

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

PERCEPTIONS DES PRATIQUES ORIENTÉES VERS LE RÉTABLISSEMENT AU
SEIN DES RESSOURCES D'ÉTABLISSEMENT

MÉMOIRE DE MAÎTRISE

PRÉSENTÉ COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOÉDUCATION (PROGRAMME 3168)

PAR

NANCY GÉLINAS

Sous la direction de

GENEVIÈVE PICHÉ ET AUDE VILLATTE

Avril 2022

Si j'aide une seule personne à avoir de l'espoir,
je n'aurai pas vécu en vain

-Martin Luther King-

Remerciements

L'aboutissement de ce mémoire est non seulement le fruit d'un dur labeur, mais aussi du soutien dont j'ai pu bénéficier tout au long de ces années. Je tiens donc à remercier sincèrement des personnes qui ont eu un impact considérable dans mon parcours.

A priori, je souhaite très chaleureusement remercier Mme Geneviève Piché et Mme Aude Villatte, directrices de recherche et professeures agrégées au département de psychoéducation. Merci d'avoir pris le temps de me guider tout au long de cette aventure.

Mille mercis à Pierre, mon mari, pour son soutien et son amour inconditionnel tout au long de ce long parcours. Ton soutien, sous toutes ses formes, n'a eu aucune limite. Tu as su me redonner espoir et bonne humeur dans les moments les plus difficiles du début du baccalauréat à la finale de cette maîtrise. Ta présence m'a permis d'atteindre le fil d'arrivée. C'est ce qu'ils doivent dire par « pour le meilleur et pour le pire ».

Un énorme merci aux usagers qui ont participé à cette étude. Votre voix est importante et mérite d'être entendue. Merci de votre confiance. Je vous souhaite d'atteindre vos rêves les plus chers !

Merci infiniment aux équipes d'intervention qui ont partagé leur vécu et favorisé l'émergence d'une compréhension commune de nos pratiques. Vous effectuez un travail remarquable. J'ai rencontré des gens passionnés et passionnant. Sachez que vous faites une différence.

Aussi, je me dois de souligner la contribution de madame Jessica Ferland, chef de service à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal. Merci pour ton enthousiasme et ton ouverture. Merci pour ton soutien indéfectible dans mes projets d'études. Sans cela, je ne serais pas arrivé au fil d'arrivée.

Un merci spécial à Catherine Briand et son équipe de recherche pour m'avoir transmis une partie des fruits recueillis lors de leur projet *À portée de main, les meilleures pratiques de réadaptation axée vers le rétablissement – Phase II généralisation* (2022),

Je tiens finalement à remercier Pierre Pariseau-Legault et Sébastien Larochelle, tous deux professeurs à l'Université du Québec en Outaouais et membre du jury. Merci d'accorder votre temps précieux afin d'apporter la touche finale à mon projet d'études.

Résumé

Contexte théorique. Le concept du rétablissement personnel a fait son apparition dans les politiques gouvernementales québécoises en 2005. Les dimensions du rétablissement demeurent bien documentées, mais, selon les récentes études, l'application des pratiques orientées vers le rétablissement demeure un défi. Au Québec, peu d'étude s'est penchée sur les facteurs facilitants et les obstacles en lien avec ces pratiques au sein de nos milieux d'intervention. Le premier objectif de cette étude est d'explorer le point de vue des différentes parties prenantes (usagers, intervenants) quant à la mise en place des principes orientés vers le rétablissement dans la pratique au sein des ressources d'établissement de la région de Montréal. Cette étude a tenté, en vain, d'interroger les familles sur le sujet. Le second objectif est de décrire les facteurs facilitants et les facteurs faisant obstacle aux pratiques orientées vers le rétablissement tel que vécu par les différentes parties prenantes. **Méthodologie.** Les données ont été recueillies de juin à novembre 2022. Une première phase quantitative a consisté à recueillir des données auprès de 14 usagers à l'aide d'un questionnaire standardisé. Nous avons comparé les réponses à ce questionnaire avec les données recueillies auprès de 24 intervenants lors du projet de recherche « *À portée de main, les meilleures pratiques de réadaptation axée vers le rétablissement* » (MP-12-2021-2511) de Briand et son équipe (2022) et qui a été conduit au sein des mêmes ressources d'hébergement en mai 2022. L'analyse de la phase quantitative a orienté une phase qualitative où six usagers ont été rencontrés en entrevue individuelle ainsi que 12 intervenants dans le cadre de groupes de discussion focalisée. **Résultats.** Les résultats indiquent que globalement, les services sont perçus comme étant orientés vers le rétablissement. Toutefois, certains éléments doivent être améliorés. Les deux populations s'entendent que des progrès pourraient être apportés en lien avec l'implication des usagers. Une différence significative a émergé dans deux domaines du RSA alors que les usagers identifiaient une faible diversité d'option de traitement contrairement aux intervenants. De leur côté, les intervenants évaluaient plus faiblement la personnalisation des services. Ces résultats ont pu être éclairés lors de la phase qualitative par des entrevues individuelles et des groupes de discussion focalisée. Aussi, certains facteurs favorisant ou faisant obstacle aux pratiques orientées vers le rétablissement ont été identifiés notamment en lien avec des caractéristiques associées aux intervenants, aux familles, aux usagers, des caractéristiques organisationnelles, sociétales ou encore associées aux partenariats. **Discussion.** Cette recherche a permis de générer certains constats. D'abord, il semblerait que les valeurs et les croyances des intervenants auraient possiblement plus d'impact sur la diversité des options de traitement offert que leur profession ou leur formation académique. Entre autres, il est observé des tabous au sujet des besoins et intérêts sexuels, un inconfort à discuter de religion ou de spiritualité ainsi que des hésitations face au partenariat avec les pairs-aidant. Aussi, cette étude a fait ressortir des facteurs organisationnels limitant la généralisation des pratiques au sein de l'organisation. Les résultats nous informent que l'implication des usagers doit passer par un profond engagement organisationnel pour améliorer les services notamment en ce qui concerne leur implication dans la dispensation de soins, leur participation à l'organisation des services et leur participation dans la formation des intervenants. Ce projet a mis en lumière non seulement le besoin

d'impliquer les usagers, mais aussi la famille qui demeure un élément important du rétablissement de la personne. Pour leur part, les intervenants ayant participé à ce projet de recherche ont constaté l'importance de la pratique réflexive comme piste d'amélioration des pratiques orientées vers le rétablissement. Enfin, les implications de ces résultats tant pour de futures recherches que pour la pratique sont discutées dans cette section.

Mots-clés : Rétablissement, santé mentale, hébergement

Table des matières

Remerciements	ii
Résumé.....	iv
Table des matières.....	vi
Liste des tableaux	x
Liste des sigles et des acronymes.....	xii
Introduction.....	13
Premier chapitre - La problématique	15
1. La santé mentale au Québec et au Canada	15
2. Évolution des services en santé mentale au Québec	15
3. Services orientés vers le rétablissement.....	20
4. Les ressources d'hébergement.....	21
4.1. Les ressources de type familiales (RTF).....	22
4.2. Les ressources intermédiaires (RI)	22
4.3. Les ressources d'établissement (RE)	22
4.4. Caractéristiques des ressources d'hébergement orientées vers le rétablissement	24
5. Défis d'implantation des pratiques orientées vers le rétablissement.....	25
Deuxième chapitre – Cadre théorique et état des connaissances.....	27
1. La méthode de recension des écrits	27
2. L'importance des termes utilisés en santé mentale	27
2.1. Problème de santé mentale (PSM)	28
2.2. Troubles mentaux	28
2.3. Troubles mentaux graves (TMG).....	28
2.4. Les usagers	29
3. Triple définition du rétablissement	29
3.1. Rétablissement clinique	29
3.2. Rétablissement personnel	30
3.3. Rétablissement relationnel	32
4. Cadre conceptuel CHIME et les stratégies d'intervention en cohérence.....	32
4.1. Connectedness : Les liens sociaux.....	34
4.2. Hope and optimism : Avoir de l'espoir.....	35
4.3. Identity : Redéfinir son identité	37
4.4. Meaning in life : Sens à la vie	38
4.5. Empowerment : l'autodétermination	40
5. Modèles conceptuels des soins familiaux dans le cadre du rétablissement personnel et relationnel.....	43
6. États des connaissances des enjeux et facteurs favorisant l'accompagnement vers le rétablissement personnel.....	45

6.1. Facteurs associés aux intervenants.....	46
6.2. Facteurs environnementaux	48
6.3. Facteurs associés à l'utilisateur	49
6.4. Facteurs associés à la famille	50
6.5. Facteurs organisationnels	50
7. États des connaissances quant à la mise en œuvre des pratiques orientées vers le rétablissement au sein des ressources d'hébergement.....	52
8. Évaluer les pratiques orientées vers le rétablissement.....	54
<i>Troisième chapitre – Méthodologie</i>	<i>56</i>
1. Question de recherche	56
2. Devis de recherche	57
2.1. Phase 1 – Approche quantitative	58
2.2. Phase 2 - Approche qualitative	58
2.3. Courant épistémologique.....	58
2.4. Critère d'inclusion et d'exclusion	59
3. Considération éthique	60
4. Les participants à l'étude.....	61
4.1. Phase quantitative	61
4.2. Phase qualitative.....	66
5. Instruments de cueillette de données.....	69
5.1. Phase quantitative	69
5.2. Phase qualitative.....	70
6. Méthode d'analyse des données.....	72
<i>Quatrième chapitre – Les résultats</i>	<i>74</i>
1. Perception des pratiques orientées vers le rétablissement	74
1.1. Soutenir le projet de vie.....	75
1.2. Implication des usagers.....	83
1.3. Diversité des options de traitement	86
1.4. Pratique centrée sur le choix des usagers.....	91
1.5. Offre de services personnalisés	94
1.6. Environnement accueillant	98
1.7. Rétablissement de la famille	98
2. Les facteurs faisant obstacle aux pratiques orientées vers le rétablissement.....	99
2.1. Caractéristiques des usagers.....	101
2.2. Caractéristiques des intervenants.....	102
2.3. Caractéristiques des familles	104
2.4. Caractéristiques sociétales.....	105
2.5. Caractéristiques organisationnelles	107
2.6. Caractéristiques associées aux partenariats	112
3. Facteurs facilitants les pratiques orientées vers le rétablissement	114
3.1. Caractéristiques de l'intervenant.....	114
3.2. Caractéristiques sociétales.....	117
3.3. Caractéristiques organisationnelles	118
<i>Cinquième chapitre. Discussion</i>	<i>119</i>

1. Les constats	119
1.1. Premier constat – Les valeurs et les croyances des intervenants pourraient possiblement avoir davantage d’impact sur la diversité des options de traitement que leur profession ou leur formation académique.....	120
1.2. Constat - La généralisation des bonnes pratiques	127
1.3. Constat – L’implication des usagers : un impératif organisationnel pour améliorer les services	128
1.4. Constat. Soutenir le rétablissement personnel par le soutien des proches.	133
1.5. Constat – La pratique réflexive : une piste pour améliorer les pratiques orientées vers le rétablissement.	135
2. Forces et limites de l’étude	136
2.1. Forces	136
2.2. Limite	137
3. Pistes pour les recherches futures.....	138
4. Apport de la recherche pour la pratique.....	139
4.1. La pratique réflexive	139
4.2. Aborder la spiritualité	140
4.3. Aborder la sexualité	141
Conclusion	142
Références bibliographiques	143
Annexe A – Approbation à la recherche, UQO.....	167
Annexe B - Formulaire de consentement usager	169
Annexe C – Formulaire de consentement intervenants.....	173
Annexe D – Énoncé de consentement famille.....	177
Annexe E – Affiche de recrutement usagers	179
Annexe F – Lettre aux usagers	180
Annexe G – Affiche de recrutement famille.....	181
Annexe H – Lettre aux familles	182
Annexe I - Affiche de recrutement intervenant.....	183
Annexe J - Lettre aux intervenants.....	184
Annexe K – Protocole d’entrevue individuelle	185
Annexe L – Protocole groupe focalisée.....	187
Annexe M - Questionnaire famille	189
Annexe N – Journal de bord.....	195
Annexe O – Caractéristiques des intervenants	196
Annexe P – Caractéristiques personnel de l’usager	197
Annexe Q – Caractéristique personnelle de la famille.....	199

Annexe R - Analyse de la moyenne par item au RSA dans les 2 groupes 200

Liste des tableaux

TABLEAU 1 - CADRE CONCEPTUEL DU RÉTABLISSEMENT PERSONNEL (CHIME).....	33
TABLEAU 2 - FACTEURS FAVORISANT OU FREINANT LES PRATIQUES ORIENTÉES VERS LE RÉTABLISSEMENT.....	46
TABLEAU 3 - CARACTÉRISTIQUES DES USAGERS PARTICIPANT À L'ÉTUDE	63
TABLEAU 4 - CARACTÉRISTIQUES DES INTERVENANTS PARTICIPANT À L'ÉTUDE.....	65
TABLEAU 5 - ANALYSE DE LA MOYENNE PAR DOMAINE DANS LES DEUX GROUPES	74
TABLEAU 6 -TEST U-MANN WHITNEY PAR DOMAINE	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
TABLEAU 7 - TEST U-MANN WHITNEY PAR ITEM	76
TABLEAU 8 - FACTEURS FREINANT LES PRATIQUES ORIENTÉES VERS LE RÉTABLISSEMENT AU SEIN DES RE	99
TABLEAU 9 - FACTEURS FACILITANTS LES PRATIQUES ORIENTÉES VERS LE RÉTABLISSEMENT AU SEIN DES RE.....	114
TABLEAU 10 - PISTES D'AMÉLIORATIONS SUGGÉRÉES PAR LES INTERVENANTS	116

Liste des figures

FIGURE 1 : MODÈLE DES DEUX CONTINUUMS	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
FIGURE 2 : PYRAMIDE DES SOINS FAMILIAUX	44
FIGURE 3 : CADRE THÉORIQUE DU CONTINUUM DE L'ENGAGEMENT DES PATIENTS	129

Liste des sigles et des acronymes

ASSS	<i>Auxiliaire en services de santé et services sociaux</i>
CISSS	<i>Centre intégré en santé et service sociaux</i>
CIUSSS	<i>Centre intégré universitaire en santé et service sociaux</i>
RE	<i>Ressource d'établissement</i>
RNI	<i>Ressource non-institutionnelle</i>
SAC	<i>Spécialiste en activités cliniques</i>
TMG	<i>Trouble mental grave</i>
TSM	<i>Trouble de santé mentale</i>
U-MW	<i>Test U-Mann Whitney</i>

Introduction

Historiquement, les personnes ayant un problème de santé mentale vivaient en marge de la société, isolées de leur famille et dépouillées de leurs droits à la pleine citoyenneté. L'époque de la désinstitutionnalisation a graduellement changé le visage des services en santé mentale. On voit notamment apparaître la première politique en santé mentale au Québec en 1989. À l'époque, la lutte des « survivants » de la psychiatrie a permis de redéfinir les soins et services en santé mentale en apportant une nouvelle vision du rétablissement. Celle-ci se présente alors comme une expérience personnelle, relationnelle, unique et subjective. Selon ce paradigme, le parcours de la personne ne peut donc plus être considéré comme standard, pas plus que l'accompagnement qui lui est offert (Provencher, 2002). Ce mouvement a eu des répercussions à l'échelle mondiale. Les gouvernements de plusieurs pays ont fait la promotion du rétablissement personnel comme un élément prédominant tant dans la dispensation des services que dans la recherche. Au Québec, le rétablissement personnel s'est taillé une place dans les plans d'action en santé mentale depuis 2005 afin de favoriser l'adoption de ces pratiques. Celles-ci constituent une stratégie de soin et de santé dans laquelle toutes les parties prenantes ont un rôle à jouer : personne en rétablissement, praticien, chercheur, gestionnaire (Barbato, 2006) ainsi que la famille (Farkas, 2007). La dernière décennie a démontré une difficulté quant à l'implantation des pratiques orientées vers le rétablissement. Afin d'assurer le bon déroulement de l'implantation de ces pratiques au sein des milieux d'intervention, il faut que les organisations posent des actions concrètes et en assurent le suivi. Certaines organisations avancent l'idée qu'il faut « aller plus loin dans la généralisation des pratiques fondées sur le rétablissement » (IUSMM, 2015, p. 8). C'est pourquoi, au-delà des cadres de référence mis en place, il importe de valider, sur le terrain, l'intégration de ces pratiques.

Ce projet de mémoire est réalisé dans le cadre d'une maîtrise en psychoéducation et s'inscrit dans le désir du secteur de l'hébergement de l'IUSMM, de questionner et d'améliorer ses pratiques. Il a pour but de mettre en lumière le point de vue des différentes parties prenantes quant à la mise en place des pratiques orientées vers le rétablissement au sein des ressources d'établissement de la région de Montréal et d'identifier les facteurs facilitants et les facteurs faisant obstacle aux pratiques orientées vers le rétablissement. Les parties prenantes considérées dans cette étude sont les usagers et les intervenants œuvrant dans les ressources d'établissement

de la région de Montréal. Nous avons tenté, en vain, d'interroger les familles. **Le premier chapitre** abordera la problématique associée au trouble de santé mentale dans la population générale. Elle décrira l'évolution des services de santé mentale au Québec notamment en lien avec les services d'hébergement. Elle abordera les problématiques liées à l'implantation du concept du rétablissement au sein des services en santé mentale et plus particulièrement au sein des ressources d'hébergement au Québec. **Le deuxième chapitre** débattrà de différentes définitions du rétablissement ainsi que des différentes dimensions étant attribuée au rétablissement personnel en s'appuyant sur le modèle conceptuel CHIME (Leamy et al., 2011) qui offre des points de repère à la pratique. Il sera aussi question des enjeux et défis de l'accompagnement vers le rétablissement. **Le troisième chapitre** présentera l'approche méthodologique utilisée dans le cadre de cette étude. **Le quatrième chapitre** fera état des résultats obtenus dans la présente recherche en intégrant les phases quantitatives et qualitatives. Enfin, **le cinquième chapitre** mettra en évidence les constats permettant de répondre aux objectifs de la recherche en fonction des résultats obtenus. Aussi, les forces et limites du présent mémoire seront mises en lumière. Ces constats permettront d'émettre des recommandations quant à l'implantation des pratiques orientées vers le rétablissement et aux questions de recherches futures qu'il pourrait être pertinent d'aborder.

Étant donné les difficultés d'implantation des pratiques orientées vers le rétablissement au sein des différentes organisations, il nous semble pertinent, suivant la philosophie du rétablissement, de donner la parole aux premiers concernés afin qu'ils puissent s'exprimer sur leur vécu et participer à l'identification des pistes de solutions dans le but d'améliorer les services.

Le rétablissement personnel n'est pas une intervention que peuvent pratiquer les intervenants (Farkas, 2007), mais ils peuvent toutefois travailler à créer un environnement favorisant l'autodétermination, l'espoir et le développement de l'identité au-delà de l'expérience et de la trajectoire de la maladie (Glover, 2012). Ce projet permettra de mettre en lumière les pratiques qui permettent de favoriser le rétablissement et celles qui pourraient être améliorées afin s'assurer de répondre à de tels objectifs.

Premier chapitre - La problématique

1. La santé mentale au Québec et au Canada

Selon l'agence de santé publique du Canada (2015), chaque année, environ un Canadien sur sept, âgé d'un an et plus, utilise des services associés à la santé mentale. Cela représente cinq millions de personnes soit près de trois millions de femmes et 2,1 millions d'hommes. Selon les données les plus récentes, au Québec, près d'une personne sur cinq vit avec un trouble de santé mentale (INSPQ, 2012) tandis que la prévalence annuelle est estimée à 12 % de la population. De 2 à 3 % de la population québécoise vivent avec un trouble mental grave (TMG) (MSSS, 2005). Selon le rapport de surveillance 2009-2010, les troubles anxio-dépressifs représentent près de 7,5 % de la population tandis que les troubles schizophréniques représentent 0,4 % des Québécois (34 000 personnes) (Lesage et Emond, 2012). Selon l'INSPQ (2012), les personnes ayant un trouble mental présentent dans une mesure importante une comorbidité avec un autre trouble mental.

Chez les personnes ayant trouble mental, l'espérance de vie est réduite de huit ans chez les hommes tandis qu'elle est diminuée de cinq ans chez les femmes. Pour les personnes ayant un diagnostic de schizophrénie, cet écart est de 12 ans chez les hommes tandis qu'il est de neuf ans chez les femmes (Lesage et Emond, 2012). Cet écart pourrait être considéré au travers divers facteurs de risque associés à la santé mentale tels les habitudes de vie et les effets secondaires de la médication (Lawrence et al., 2010). Aussi, selon une méta-analyse, la population ayant un trouble mental représenterait 87,3 % des personnes à risque de passage à l'acte suicidaire (Arsenault-Lapierre et al., 2004).

2. Évolution des services en santé mentale au Québec

Au Québec, la période asilaire a perduré jusqu'aux années 1960 (Lecomte, 1997). Traditionnellement, les systèmes de santé étaient fondés sur l'idée que les personnes ayant un TMG ne pouvaient pas guérir (Anthony, 2002). L'asile était perçu comme étant la solution en retirant la personne de tous contacts avec la communauté (Bergeron-Leclerc et Morin, 2019). La personne se retrouvait isolée. Les familles devaient éviter le plus possible les contacts

puisqu'elles étaient perçues comme étant responsables de la maladie de leur proche (Tessier et Clément, 1992). C'est dans les années 60 qu'on verra la première vague de désinstitutionnalisation apparaître dans un contexte où les conditions de vie au sein des hôpitaux psychiatriques étaient décrites comme inhumaines (Bergeron-Leclerc et Morin, 2019). En 1962, la commission Bédard, Lazure et Roberts recommande le développement de services communautaires en psychiatrie notamment en ce qui concerne l'hébergement et la réinsertion au travail ainsi que la modernisation des hôpitaux psychiatriques dont l'objectif était la guérison du « malade mental » (Lecomte, 1997). Les concepts de réhabilitation et de chronicité étaient associés aux personnes dont le vécu les avait amenés en institution (Glover, 2012).

La vague de désinstitutionnalisation des années 1970 a changé le visage des services (Anthony 1993). Avec la commission Castonguay-Nepveu sont arrivées la mise en place du régime d'assurance maladie du Québec (RAMQ) et l'adoption de la loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSS), favorisant l'égalité dans les soins (Bélanger, 1992). Cette époque a vu de nombreux changements avec le développement de ressources alternatives luttant contre le contrôle social mis de l'avant par les services traditionnels (Bergeron-Leclerc et Morin, 2019). D'ailleurs, dès les années 80, dans plusieurs pays, les mouvements des usagers ont pris naissance et ont réclamé le droit à la pleine citoyenneté et à un partenariat actif tant dans les soins que dans la recherche (Kœnig, 2016 ; Commission de la santé mentale du Canada, 2015). Le mouvement *nothing about us, without us* a pris naissance mettant de l'avant le principe que les besoins des usagers ne peuvent pas être identifiés et définis sans leur participation directe (Greacen et Jouet, 2015). De leur côté, les familles, de plus en plus sollicitées par la désinstitutionnalisation, s'organisent en association et se retrouvent progressivement incluses dans la planification des services en santé mentale (Tessier et Clément, 1992). On voit alors émerger l'approche de réadaptation visant le développement des habiletés de vie afin de favoriser l'autonomie de la personne et son pouvoir sur sa vie (Lecomte, 1997).

L'année 1989 voit apparaître la première politique de santé mentale au Québec et créer une troisième vague désinstitutionnalisation (Bergeron-Leclerc et Morin, 2019). Cette politique place la personne vivant avec un trouble mental au centre des préoccupations et met

de l'avant le travail de partenariat avec la famille et la communauté (MSSS, 1989). On voit apparaître le paradigme orienté vers les compétences familiales (Morin et St-Onge, 2016). Le plan prévoit le développement de services dans le but de maintenir les personnes dans leur milieu de vie naturel, peu importe la sévérité du trouble mental de la personne (Lecomte, 1997). Pour les usagers hospitalisés, un plan de désinstitutionnalisation est mis en place. Toutefois, en 1997, un bilan d'implantation de la politique est déposé démontrant que les objectifs n'ont pas été atteints (Lecomte, 1997).

Au niveau de l'hébergement, les premières années de la désinstitutionnalisation ont amené le développement d'option résidentielle afin de répondre aux besoins pressants des personnes vulnérables qui étaient laissées à eux-mêmes dans la communauté (Tessier et Clément, 1992). Ces auteurs décrivent la création d'un continuum de services organisé autour du niveau de fonctionnement de la personne. Toutefois, ce continuum a été établi de façon linéaire alors que chaque palier correspond à un degré de supervision et de permissivité (Ridgway et Zipple, 1990). Ces auteurs stipulent que la personne peut être orientée dans un milieu de vie moins restrictif lorsque le professionnel évalue sa stabilité mentale et qu'il considère que la personne a fait les apprentissages des diverses habiletés associées à son palier. Ce n'est qu'au moment où l'usager a atteint un haut degré d'autonomie qu'il pourra quitter le continuum des ressources résidentielles (Ridgway et Zipple, 1990).

Il faudra attendre l'année 2005 pour voir apparaître pour la première fois le concept du rétablissement dans le plan d'action en santé mentale 2005-2010 du Québec intitulé la « force des liens » (MSSS, 2005). Le gouvernement du Québec fait alors face à divers constats sur la dispensation de services en santé mentale : l'implication des usagers et de leurs proches n'est pas uniformisée à travers les organisations qui dispensent les services, il y a peu de programmes en place permettant la prévention et la promotion de la santé mentale, les jeunes ont peu accès aux services de santé mentale et le transfert de services entre l'enfance et l'âge adulte est mal articulé et présente souvent des bris de services. En outre, l'accès aux services de santé mentale à l'âge adulte demeure problématique, favorisant les personnes souffrant de troubles mentaux graves au détriment des personnes qui vivent avec des troubles mentaux de type transitoire et qui demeurent dans la communauté. Aussi, le manque de ressources d'hébergement et de soutien à l'emploi est souligné. Enfin, le Québec demeure en tête de liste

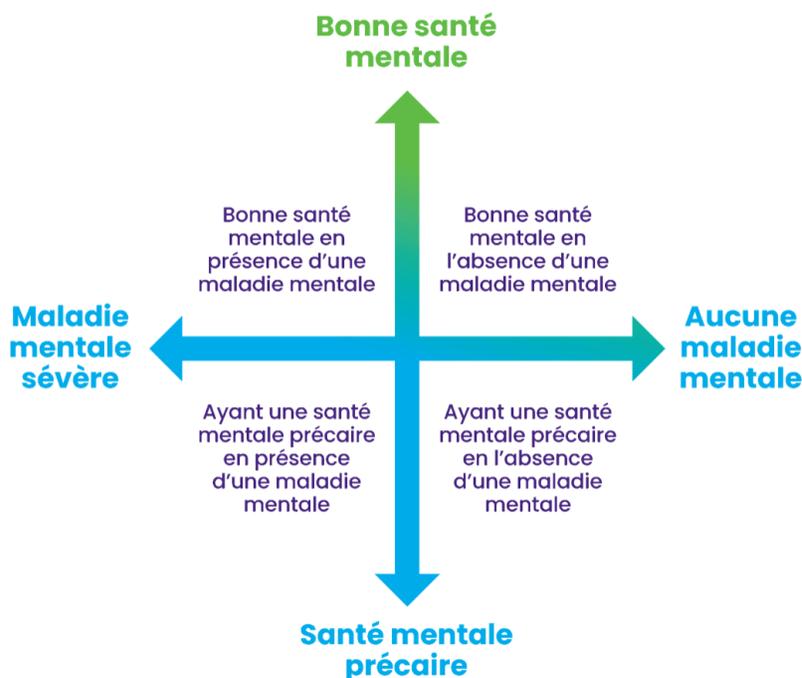
comme l'un des pays ayant le plus haut taux de suicide. Suivant ces constats, ce plan d'action a mis l'accent sur l'accès aux services et sur le rôle des usagers en se basant sur des principes directeurs tels le pouvoir d'agir, les principes du rétablissement, l'accès aux soins et services, la continuité des soins, le travail de partenariat et l'efficacité des services (MSSS, 2005).

En 2012, le gouvernement du Canada a publié sa stratégie en matière de santé mentale en émettant des recommandations afin d'accorder une place centrale à la promotion du rétablissement (Commission de la santé mentale du Canada, 2012). Les principes du rétablissement deviennent les principes fondateurs des pratiques actuelles en santé mentale aux États-Unis, Canada, Australie et Nouvelle-Zélande (Farkas, 2007).

En 2015, le Québec publie son nouveau plan d'action en santé mentale : « Faire ensemble autrement, 2015-2020 ». On y voit apparaître pour la première fois une distinction entre la santé mentale et la maladie mentale. Selon ce principe, il est possible qu'une personne présentant peu de symptômes éprouve de la difficulté à retrouver une vie satisfaisante. À l'inverse, certaines personnes vivant avec des symptômes importants seraient en mesure de maintenir une vie active ainsi que des liens sociaux satisfaisants. Ces résultats rejoignent le modèle conceptuel des deux continuums de Keyes (2002) qui stipule que la santé mentale et la maladie mentale sont deux concepts distincts ayant chacun leur continuum (figure 1). Ainsi, la santé mentale ne peut plus se définir comme l'absence de troubles mentaux. Ces résultats mettent donc en lumière le fait que les facteurs médicaux ne sont pas les seuls déterminants du devenir de la personne (Keyes, 2002). (Figure 1)

Figure 1

Modèle des deux continuums



Note. Santé mentale en milieu scolaire Ontario (2023, 16 février). <https://smho-smso.ca/eleves/comprendre-la-sante-mentale/>

Ce plan d'action énumère plusieurs constats. Une large proportion de l'apparition des troubles mentaux survient à l'adolescence et au début de l'âge adulte. Aussi, de nombreux facteurs vécus par les personnes âgées sont susceptibles de nuire à leur santé mentale. Or, il est prévu que cette population soit en croissance pour les années suivantes. Les troubles mentaux représentent des coûts sociétaux importants que ce soit par des coûts directs (services de santé et service sociaux, services judiciaires) ou indirects (mortalité par suicide, trouble concomitant, itinérance). Il demeure toutefois difficile pour les personnes ayant un trouble mental de recevoir des services correspondant à l'ensemble de leurs besoins. « Faire ensemble autrement » met l'accent sur le développement d'une « vision intégrée des services » (p. 6). Il repose sur les valeurs de « primauté de la personne, de partenariat avec les membres de l'entourage ainsi que le partage des responsabilités » (MSSS, 2017, p. 9).

Certaines orientations sont donc présentées, soit la promotion de la pleine citoyenneté et de la primauté de la personne, des soins adaptés selon l'âge et les enjeux qui y sont associés, mettre en place un mécanisme d'amélioration continue des services et améliorer l'expérience des soins en santé mentale par de meilleures pratiques (gestion, clinique).

Enfin, le plan d'action 2022-2026, « S'unir pour un bien-être collectif », se veut le premier plan interministériel alliant les organismes publics, communautaires, privés ainsi que les ministères concernés. Ce plan vise à favoriser l'accès au soin selon « un modèle de soins par étapes » (p. 1) qui dirige la personne rapidement vers le niveau de soin approprié dès le début. (MSSS, 2022). Ce plan repose sur des principes du rétablissement alors que l'approche privilégiée n'est plus la prise en charge des symptômes de la maladie, mais plutôt l'accompagnement de la personne et de ses proches en fonction du projet de vie de la personne, de ses forces et de ses volontés. Il est prévu d'améliorer la personnalisation des services en répondant à la gamme des besoins en permettant l'adaptation et la flexibilité de l'accompagnement offerte. Ce plan réitère la volonté de soutenir la prévention du suicide en intégrant les initiatives aux services en santé mentale. Il exprime à nouveau le maintien d'une offre de services orientés vers des pratiques axées vers le rétablissement (MSSS, 2022). On y retrouve à nouveau « les valeurs de primauté de la personne » ainsi que les principes de « protection des droits et de soutien à leur exercice » et l'« engagement et responsabilité collective » des partenaires (MSSS, 2022, p. 11).

3. Services orientés vers le rétablissement

Au Canada, la Commission de la santé mentale du Canada a sorti en 2015 un guide de référence orientant les pratiques orientées vers le rétablissement dans lequel émergeait six indicateurs reconnus comme étant les meilleures pratiques : 1) véhiculer l'espoir en utilisant une approche positive axée sur les forces de la personne, en favorisant l'expression des aspirations et le maintien des relations avec leur réseau social, 2) offrir des services individualisés, reposant sur l'autodétermination et le partenariat, centrés sur les besoins et les aspirations de la personne, 3) valoriser et soutenir le rôle des proches et celui de la collectivité en reconnaissant leur impact sur le rétablissement de la personne et en assurant une inclusion sociale équitable exempte de stigmatisation et de discrimination, 4) répondre à la diversité des besoins en adaptant les pratiques en fonction des capacités de la personne, de ses croyances, de

son histoire, de son stade de vie, de ses orientations sexuelles et de sa culture, 5) adapter les pratiques en fonction de la situation et la culture des Premières Nations, des Inuits et des Métis et 6) transformer les services de santé mentale en adoptant une vision et une mission favorisant le développement d'une culture orientée vers le rétablissement que ce soit par la formation des professionnels ou le partenariat avec la collectivité tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du réseau de la santé mentale (Commission de la santé mentale du Canada, 2015).

Pour leur part, le réseau d'experts ImROC a diffusé le rapport de Shepherd et al. (2010) exposant des actions concrètes de la mise en pratique du rétablissement dans les services en santé mentale. Dans leur rapport, les auteurs présentent les orientations des services axés vers le rétablissement. D'abord, les interactions entre usagers et professionnels sont basées sur un rapport d'égal à égal. Les services favorisent l'autodétermination et accroissent le pouvoir d'agir des usagers et véhiculent l'espoir d'une vie au-delà de la maladie. Les usagers sont vus comme des partenaires qui sont inclus dans la coproduction et la dispensation des formations sur le rétablissement auprès des professionnels et des usagers. Aussi, ces services ont développé une culture du rétablissement qui met l'accent sur les forces de la personne tout en favorisant un environnement qui véhicule l'espoir et la reconnaissance de l'unicité. Ces services favorisent les choix de la personne en fonction de ses besoins et ses préférences. Ils placent la personne au centre des décisions concernant son plan de soin. De plus, les usagers sont soutenus dans la préparation de plan de gestion des risques et la prise de risque positif est valorisée. Le vécu expérientiel des usagers et de leur proche est reconnu. Les services orientés vers le rétablissement favorisent la pleine citoyenneté par l'intégration de la personne dans la communauté en établissant des partenariats à l'extérieur des services en santé mentale : emploi, activités, hébergement, réseaux d'entraide en priorisant le projet de vie de la personne. Enfin, l'organisation embauche des personnes en rétablissement au sein des équipes d'intervention et soutient l'utilisation de leur vécu.

4. Les ressources d'hébergement

En 2015, 5438 places étaient occupées dans les ressources d'hébergement en santé mentale au Québec (MSSS, 2016). Les ressources d'hébergement publiques, dites ressources de type non institutionnelles (RNI), sont divisées en deux types : les ressources de type

familiales (RTF) et les ressources intermédiaires (RI). Le CIUSSS assure toutefois la direction d'un autre type de ressources, soit les ressources d'établissement (RE) dont le personnel est engagé par le CIUSSS.

4.1. Les ressources de type familiales (RTF)

Selon le cadre de référence des ressources intermédiaires et des ressources de type familial (MSSS, 2016), les RTF étaient déjà présentes au début du 20^e siècle alors qu'elles prenaient racine au sein des communautés religieuses de l'époque. Toujours selon le ministère de la Santé et des Services sociaux, ce n'est qu'en 1993 que les responsabilités administratives et professionnelles ont été confiées aux établissements désignés, maintenant les établissements CISSS et CIUSSS. Une RTF est la résidence d'un ou deux propriétaires qui accueillent un maximum de neuf personnes. Le but étant d'offrir un milieu de vie ressemblant à un milieu de vie naturel (MSSS, 2016).

4.2. Les ressources intermédiaires (RI)

Les RI ont connu une croissance marquée dans les années 1980 afin de répondre au besoin de réinsertion sociale associé à un contexte de désinstitutionnalisation (MSSS, 2016). Ce type de ressources se présente sous diverses formes : résidence de groupe, maison de chambre, appartement supervisé. Elles répondent à une clientèle nécessitant un encadrement plus grand que la clientèle référée en RTF (MSSS, 2016). Bien que les services de soutien et d'assistance sont offerts par le milieu de vie, l'établissement assurant le suivi auprès de l'utilisateur demeure responsable d'assurer les services cliniques et professionnels. C'est donc à ces établissements que revient la responsabilité d'évaluer les besoins de l'utilisateur et de déterminer les services requis (MSSS, 2016).

4.3. Les ressources d'établissement (RE)

Les ressources d'établissement sont celles qui ont fait l'objet de la présente étude. Les ressources résidentielles de l'IUSMM accueillent des personnes de 18 ans et plus, ayant majoritairement un diagnostic de schizophrénie, et nécessitant une grande intensité de services dus à des difficultés d'adaptation associées à diverses causes : sévérité du trouble mental, troubles concomitants, troubles de comportements (agressivité/violence,

opposition/provocation, utilisation excessive des services d'urgence, insistance dans les demandes, délinquance, impulsivité), des enjeux au niveau de leur autonomie et des facteurs de risques importants (Renaud et Gélinas, 2019). Les services offrent du soutien et de l'accompagnement 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Les membres du personnel sont des employés de l'IUSMM : Éducateur(rice) spécialisé(ée), infirmier(ère), responsable d'unité de vie (RUV), auxiliaires en santé et services sociaux (ASSS), spécialiste en activités cliniques (SAC) et chef de service. À l'exception des appartements supervisés, les ressources recevant plus de 12 usagers engagent aussi un cuisinier et une personne effectuant l'entretien ménagé des aires communes. Ce type d'hébergement demeure d'une durée limitée puisque l'objectif est « d'offrir des services de réadaptation intensive afin de réorienter les usagers vers des milieux de vie moins restrictifs » (Renaud et Gélinas, 2019, p. 6). Aucun délai n'est déterminé d'avance, cela dépend plutôt du rythme de la personne. La décision quant à la fin des services se prend en partenariat avec la personne et son équipe traitante. Selon Renaud (2019), ces ressources permettent à la personne de :

« Développer ses habiletés résidentielles, s'intégrer à la communauté en tant que citoyen, apprendre à adopter de meilleures habitudes de vie, mieux comprendre et gérer ses troubles de santé mentale et également réaliser ses projets personnels et vocationnels » (pp. 5-6).

Le bassin des ressources résidentielles de l'IUSMM est composé de quatre types de ressources : les foyers de groupe, les appartements supervisés, les ressources transitoires et les ressources en gérontopsychiatrie. Les foyers de groupe sont au nombre de cinq, dont un foyer qui reçoit une clientèle jeune (18 à 25 ans). Ce type de ressources reçoit de 7 à 20 personnes, en chambre individuelle. Des lieux communs sont disponibles : cuisine, salle à manger, salle de bains, salon et une cour extérieure. Deux ressources offrent des appartements supervisés. Elles reçoivent entre 23 et 30 locataires. Ceux-ci occupent un appartement de style studio comprenant un espace cuisine, salon, chambre et une salle de bains privés. Des lieux communs sont offerts aux usagers : salon, salle de lavage et une cour extérieure (Renaud, 2015). Désormais, quatre ressources transitoires sont disponibles. Il s'agit de ressources de groupe avec chambre individuelle pouvant accueillir entre 11 et 20 personnes. La mission

première est de désengorger les unités d'hospitalisation et effectuer l'évaluation des besoins résidentiels de la personne pour une orientation dans un milieu de vie à court terme.

4.4. Caractéristiques des ressources d'hébergement orientées vers le rétablissement

À l'international, plusieurs auteurs ont mené des études afin de comparer les ressources traditionnelles à celle ayant une mission de réadaptation en termes de pratiques orientées vers le rétablissement (Parker et al., 2019 ; Dalton-Locke et al., 2018). L'étude de Dalton-Locke et al. (2018) s'est intéressé aux prédicteurs de la qualité des services en interrogeant 150 professionnels, en Angleterre. Pour leur part, Parker et al. (2019) ont mené une revue systématique comportant des études à devis quantitatifs ou qualitatifs, mené en Australie. Les principales caractéristiques différenciant l'offre de service de ces deux types d'hébergement seraient la durée du séjour et l'approche orientée vers le rétablissement (Chopra et al., 2011). En effet, les ressources traditionnelles, introduites afin de répondre aux besoins lors de la désinstitutionnalisation (Parker et al., 2019) avaient pour mission initiale d'offrir un milieu d'hébergement avec un soutien à long terme (Chopra et al., 2011). Ces types de milieux sont généralement des résidences de type familiales ou des foyers de groupe offrant des services 24/7 pour une période de plus de cinq ans (Piat et al., 2015). L'accent est mis sur le développement des habitudes de vie et l'intégration à la vie dans la communauté (Parker et al., 2019). Les services offerts au quotidien sont les repas et l'administration de la médication (Dalton-Locke et al., 2018).

Avec l'arrivée de nouvelles politiques gouvernementales, certains milieux ont adopté un modèle transitoire, où l'accent est mis sur la limite du temps du séjour (Parker et al., 2019 ; Dalton-Locke et al., 2018). L'étude de Dalton-Locke et al. (2018) souligne d'ailleurs que chaque année additionnelle sur la durée d'hébergement attendu est associée à une réduction de 0,7 % des pratiques orientées vers le rétablissement. L'accent est aussi mis sur la thérapie de groupe et individuelle en plus d'inclure des pratiques novatrices tels l'intégration de pair-aidant et le partenariat avec les ressources communautaires (Parker et al., 2019). Selon Dalton et al. (2018), les pratiques orientées vers le rétablissement sont présentes à 69 % dans ce type d'hébergement contrairement à 61 % au sein des ressources traditionnelles. Enfin, ces ressources sont associées à une augmentation de la qualité de vie (Parker et al., 2019).

Finalement, selon l'étude de Dalton-Locke et al., (2018), le nombre d'utilisateurs demeurant au sein d'une même ressource aura une influence sur les pratiques orientées vers le rétablissement. En fait, ces auteurs associent une diminution de 0,1 % des pratiques orientées vers le rétablissement à chaque personne additionnelle demeurant au sein d'un même milieu. Ainsi, plus le service accueille d'utilisateurs, moins il sera associé à une offre de services personnalisés et plus les services seront institutionnalisés.

5. Défis d'implantation des pratiques orientées vers le rétablissement

Bien que l'importance du rétablissement personnel soit maintenant bien connue, et ce, dans de nombreux pays, il ne comporte pas moins de défis d'implantation au sein des systèmes de santé. Cette difficulté n'est pas étrangère à la variété des besoins et des utilisateurs : abus de substances, trouble de santé mentale, santé physique, réinsertion professionnelle, hébergement, ressource financière (Anthony, 2002). Les systèmes qui font la promotion du rétablissement personnel identifient des mesures afin de favoriser une évolution positive dans les diverses sphères de vie : sociale, psychologique, culturelle, sexuelle et spirituelle (Commission de la santé mentale du Canada, 2015). Un tel système requiert un engagement réel à promouvoir la pleine citoyenneté, les pratiques collaboratives, l'autonomie et l'espoir (Le Boutillier et al., 2011). Il s'agit donc de changer les façons de penser et d'agir des organisations de santé et de services sociaux (Jacobson, 2007). Le but est non seulement de comprendre les problèmes de santé mentale et les services qui sont mis en place, mais d'orienter la réflexion afin de savoir comment la personne, dans son unicité, est comprise et aidée (Farkas, 2007).

Au sein des services de santé, il apparaît que le passage des pratiques traditionnelles vers les pratiques orientées vers le rétablissement n'est pas une chose aisée (Slade et al., 2012). Dans leur rapport de 2015, la Commission de la santé mentale du Canada souligne que la transformation du système de santé prend du temps à s'actualiser. L'engagement à œuvrer sur la base des valeurs du rétablissement doit être porté par l'ensemble des parties prenantes : personne en rétablissement, famille, intervenant et gestionnaire. Toutefois, puisque les systèmes de santé n'ont pas une tendance naturelle à se transformer de façon globalisante, il

est parfois observé que les services adoptent un discours orienté vers de nouveaux principes sans toutefois procéder à de réel changement (Slade et al., 2012).

Le principal défi est de changer la façon dont le système de santé voit la personne. Dans un système orienté vers le rétablissement personnel, la personne n'est plus considérée comme une personne différente qui a besoin de traitement, mais plutôt comme un être à part entière qui a la possibilité de vivre une vie satisfaisante comme toute autre personne (Silverstein et Bellack, 2008). À l'heure actuelle, les données de recherche indiquent que la question n'est plus à savoir si l'on doit supporter le rétablissement, mais plutôt, comment le faire (Slade et al., 2017).

Deuxième chapitre – Cadre théorique et état des connaissances

1. La méthode de recension des écrits

Dans le cadre de la recension des écrits, les bases de données suivantes ont été consultées : PsychArticles, PubMed, Érudit et Medline. Les écrits ont été recensés en utilisant les mots clés appartenant à trois catégories. La première appartenant au concept à l'étude soit le « rétablissement » ou « recovery ». La deuxième catégorie fait référence à la clientèle ciblée soit la « santé mentale », « troubles mentaux », « mental health » et « mental disorder ». Enfin, la troisième catégorie faisant référence au milieu de vie, les termes « hébergement », « ressource résidentielle », « Community-based residential » et « custodial housing » ont été utilisés. Nous avons recensé 735 publications parmi lesquelles nous avons sélectionné 12 articles qui correspondaient aux pratiques utilisées au sein des ressources résidentielles en santé mentale. Les types d'articles visés étaient les articles de recherche originale, les revues de littérature systématiques et les méta-analyses. Les textes concernant les ressources résidentielles en itinérance ou en toxicomanie ont été exclus afin de nous concentrer sur les services en santé mentale. Étant donné le peu de littérature disponible sur le sujet, nous avons étendu notre période historique de recherche aux vingt dernières années. Aussi, le moteur de recherche Google a été utilisé afin de repérer les livres traitant du rétablissement ainsi que les récits de vie des usagers. La deuxième méthode de recherche consistait à éplucher les références bibliographiques des articles ou des chapitres de livre retenus. La troisième méthode nous a conduits à visiter les sites internet ministériels afin de repérer les plans d'action, les lignes directrices et les politiques en lien avec les services en santé mentale tant au Québec qu'au Canada. Parmi les 64 publications, nous en avons retenu six dont l'objectif était d'exposer les valeurs et principes de l'organisation des services en santé mentale.

2. L'importance des termes utilisés en santé mentale

Il importe de bien choisir les mots qu'on utilise et de prendre en compte l'impact qu'ils peuvent avoir sur les personnes auxquelles ils s'appliquent (Morin et Clément, 2019). Le présent mémoire explore les pratiques orientées vers le rétablissement. Il nous apparaissait donc important de nous soucier des termes utilisés afin d'éviter tout risque de stigmatisation

ou de discrimination. Nous dégagerons plus précisément les définitions des termes utilisés dans ces pages : troubles mentaux, troubles mentaux graves et usagers. Dans le cadre d'une recherche sur le rétablissement personnel, nous avons opté pour des définitions issues du ministère de la Santé et des Services sociaux et de l'Agence de santé publique du Canada plutôt que celle médicalisée du DSM.

2.1. Problème de santé mentale (PSM)

Selon Morin et Clément (2019), un problème de santé mentale renvoie à un état de « déséquilibre, où le fonctionnement social est altéré » (p. 39). Le PSM est généralement issu d'une difficulté d'adaptation associée à des circonstances de nature temporaire (deuil, perte) ou des situations de vie transitoires. Ces mêmes auteurs ajoutent que les personnes présentant un PSM n'ont pas nécessairement de diagnostic de trouble mental.

2.2. Troubles mentaux

Dans ce mémoire, nous privilégions l'appellation de « trouble mental » qui implique des facteurs biopsychosociaux en comparaison avec l'appellation de « maladie mentale » qui fait référence uniquement à une posture biologique et médicale (Morin et Clément, 2019). Selon l'agence de santé publique du Canada (2015), les troubles mentaux sont caractérisés par des perturbations de l'humeur, de la pensée, ou du comportement pouvant avoir une incidence importante sur le fonctionnement d'une personne au quotidien. Les troubles mentaux apparaissent le plus souvent à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, mais elles peuvent survenir à tout âge (Agence de santé publique du Canada, 2015).

2.3. Troubles mentaux graves (TMG)

Nous définirons les troubles mentaux graves selon la définition du ministère de la Santé et des Services sociaux :

« Les troubles mentaux sont qualifiés de graves lorsqu'ils sont associés à un niveau d'incapacité qui interfère de façon significative dans les relations interpersonnelles, les compétences sociales de base et la capacité fonctionnelle dans la production d'un travail. Une incapacité (suivie, prolongée ou durable)

dans au moins l'un de ces trois domaines majeurs de la vie constitue un indice pour reconnaître ce que nous entendons par troubles mentaux graves ». (MSSS, 2005, p.40)

2.4. Les usagers

Selon l'Office québécois de la langue française (OQLF) (2023, oqlf.gouv.qc.ca), un usager est une « personne qui a recours à un service public ou qui utilise un bien du domaine public ». Comparativement à l'utilisation du terme « malade » ou « patient », le terme « usager » renvoie à une vision d'une relation plus collaborative entre la personne et le dispensateur de soin. L'usager étant reconnu comme quelqu'un d'actif tant dans les soins que dans l'évaluation et l'amélioration des services (Morin et Clément, 2019).

3. Triple définition du rétablissement

Encore aujourd'hui, tant dans les écrits que dans la pratique, il n'existe aucun consensus sur la définition du rétablissement. On retrouve ce débat au cœur même des services en santé mentale (Slade et al., 2012) tandis que les auteurs classent le rétablissement en deux grandes catégories à savoir le rétablissement clinique et le rétablissement personnel (Turcotte et Dallaire, 2018) ou expérientiel (Kœnig, 2016). Les dernières années ont toutefois vu apparaître une troisième définition, celle du rétablissement relationnel (Price-Robertson et al., 2017). Les prochaines pages nous permettront de définir chacun de ces concepts.

3.1. Rétablissement clinique

La définition du rétablissement clinique émerge de la pratique professionnelle (Turcotte et Dallaire, 2018). Elle est comprise comme un retour à la normale et comprend une rémission complète des symptômes liés au trouble mental (Slade et al., 2012) ainsi que la restauration du fonctionnement de la personne (Turcotte et Dallaire, 2018).

Lieberman et al. (2002) ont proposé une définition opérationnelle du rétablissement clinique selon trois axes. Dans un premier temps, l'axe psychopathologique permet d'évaluer la rémission de la symptomatologie. Ensuite, l'axe fonctionnel prend en considération le temps consacré à certaines activités tels les occupations scolaires ou professionnelles, le

logement autonome, la gestion de la médication, la gestion des finances et le nombre de contacts sociaux chaque semaine. Enfin, l'axe temporel permettrait de juger du rétablissement lorsque les précédents critères sont remplis pour un minimum de deux ans consécutifs. Dans cette optique, le rétablissement est considéré comme étant observable et objectif (Turcotte et Dallaire, 2018), deux valeurs véhiculées par la formation des professionnels (Slade et al., 2012).

Cette définition suggère que le rétablissement se présente de façon identique d'une personne à une autre. Or, les études ont de nombreuses fois relevé une disjonction entre l'évolution de la maladie et le devenir de la personne (Bowie et al. 2010). Pachoud (2017) souligne cette absence de liaison en présentant les observations cliniques qui ont été à maintes reprises observées. Ainsi, il est possible qu'une personne présentant peu de symptômes éprouve de la difficulté à retrouver une vie satisfaisante. À l'inverse, certaines personnes vivant avec des symptômes importants seraient en mesure de maintenir une vie active ainsi que des liens sociaux satisfaisants. Ces résultats rejoignent le modèle conceptuel des deux continuums de Keyes (2002) présenté plus tôt. Ces résultats mettent donc en lumière le fait que les facteurs médicaux ne sont pas les seuls déterminants du devenir de la personne (Keyes, 2002).

Ces constats ont amené de nombreux auteurs à reconnaître l'importance d'adopter une stratégie complémentaire au volet médical en embrassant la vision du rétablissement personnel (Kœnig, 2017 ; Pachoud, 2017 ; Slade, 2012).

3.2. Rétablissement personnel

L'émergence du concept du rétablissement en psychiatrie se base sur le principe qu'il n'existe que des rétablissements uniques se manifestant dans des histoires de vie uniques (Le Cardinal, 2015). Contrairement au rétablissement clinique, le rétablissement personnel a été défini à partir des témoignages d'usagers ayant un trouble mental (Turcotte et Dallaire, 2018). Ainsi, Le Cardinal, (2015) souligne que le rétablissement ne peut plus s'en remettre à des critères normatifs tels que suggérés avec le rétablissement clinique.

Le concept du rétablissement personnel se distancie de la notion de guérison pour s'intéresser au devenir de la personne (Commission de la santé mentale du Canada, 2015). Cette conception se décentre des troubles psychopathologiques afin de considérer la personne dans sa globalité, de se concentrer sur son vécu et ses ressources personnelles malgré la présence de symptômes résiduels (Kœnig, 2016). Se rétablir fait donc référence à la restauration de l'expérience de soi (Kœnig, 2017), au fait de se dégager de l'identité de malade afin de pouvoir mener une vie satisfaisante et valorisante (Commission de la santé mentale du Canada, 2015) où l'accent est mis sur l'expérience de vie au quotidien (Pachoud, 2012). Le rétablissement peut donc être vu comme une reprise de pouvoir (Pachoud, 2017) permettant à la personne de se reconstruire une vie qu'elle considère elle-même comme étant épanouissante, et ce, malgré la présence de symptômes résiduels (MSSS, 2017).

Dans les années 1990, plusieurs définitions du rétablissement ont été avancées. Parmi les plus utilisés dans la littérature, notons celle de Anthony (1993).

« Un processus unique et profondément personnel de transformation de ses attitudes, de ses valeurs, de ses sentiments, de ses buts, de ses compétences et de ses rôles. C'est une façon de vivre une vie satisfaisante, pleine d'espoir, prometteuse et contributive, en dépit des limites causées par la maladie. Le rétablissement implique l'élaboration d'un nouveau sens et d'un nouveau but à sa vie, tout en dépassant les effets catastrophiques de la maladie mentale (traduction libre, p. 15) ».

Le rétablissement personnel vise un changement de regard sur les répercussions de la maladie (Kœnig 2016 ; Pachoud, 2012). La personne prend conscience de la maladie et de ses conséquences, mais prend un recul en sortant du rôle de malade afin de se tourner vers ses objectifs personnels (Pachoud, 2017). Cela est d'autant plus important lorsque la personne fait face à un trouble grave de santé mentale avec des difficultés résiduelles (Pachoud, 2017). Ce modèle du rétablissement considère donc le rétablissement comme étant possible chez les personnes ayant un trouble grave, ce qui contraste avec le modèle traditionnel dont le pronostic demeure en général dans une vision sombre et pessimiste (Marsili, 2015).

3.3. Rétablissement relationnel

Comme nous l'avons vu, le rétablissement clinique met l'accent sur la rémission des symptômes et sur un retour du fonctionnement normal tandis que le rétablissement personnel met l'accent sur le fait de mener une vie satisfaisante malgré les limitations de la maladie. Ce dernier paradigme est toutefois basé sur des valeurs d'indépendance et d'accomplissement personnel (Price-Robertson et al., 2017). Selon ces auteurs, même si le cadre conceptuel du rétablissement personnel a intégré une dimension sociale, la majorité de son contenu est construit de façon intrapersonnelle et demeure individualisé. Bergeron-Leclerc et al. (2019) met en garde de ne pas réduire le rétablissement qu'à un processus individuel. En effet, selon eux, le danger serait d'identifier la personne comme étant la seule responsable de ses progrès alors que la personne peut vivre avec des sources de soutien ou d'oppression dans son environnement qui ont un effet sur son rétablissement.

Le rétablissement relationnel conçoit, quant à lui, que les humains sont interdépendants et qu'ils ne peuvent s'écarter du contexte familial et social dans lequel ils évoluent (Price-Robertson et al., 2017). Pour ces auteurs, l'espoir, l'identité et l'autodétermination font partie d'un processus interactionnel plutôt que d'être le lot d'une seule personne. Le rétablissement relationnel est vu dans une optique d'interdépendance de la personne et de son environnement (Marino, 2015 ; Price-Robertson et al., 2017). Déjà en 2015, la commission de la santé mentale du Canada soulignait que le contexte social (familial, culturel, politique et économique) influait sur la santé mentale et le bien-être de la personne. Les auteurs du cadre conceptuel CHIME, qui sera présenté dans les prochaines pages, auraient déjà admis que leurs travaux sur le rétablissement personnel devaient être adaptés afin de pouvoir être appliqué au sein des cultures plus collectives (Price-Robertson et al., 2017).

4. Cadre conceptuel CHIME et les stratégies d'intervention en cohérence

Afin d'établir un cadre conceptuel du rétablissement personnel, Leamy et al. (2011) ont mené une revue systématique à partir des écrits de onze pays. Le modèle retient cinq dimensions du processus du rétablissement dont l'acronyme est le CHIME pour

Connectedness (liens sociaux), Hope and optimism about the future (espoir), Identity (identité), Meaning in life (sens à la vie) et Empowerment (autodétermination) (tableau1).

Tableau 1

Cadre conceptuel du rétablissement personnel (CHIME)

Dimensions	Composantes
Liens sociaux (Connectedness)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lien avec l'entourage ▪ Support des pairs, groupe de support ▪ Lien avec la communauté ▪ Autres sources de support
Espoir (Hope and optimism)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Croire en la possibilité de se rétablir ▪ Être motivé au changement ▪ Avoir des contacts avec des gens inspirants ▪ Vivre des succès ▪ Avoir des rêves et des aspirations ▪ Pensées positives
Identité (identity)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se redéfinir une identité positive ▪ Dépasser la stigmatisation
Sens à la vie (Meaning in life)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Spiritualité ▪ Occuper des rôles sociaux significatifs ▪ Avoir un projet de vie significatif ▪ Donner un sens à son vécu
Autodétermination (empowerment)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contrôle sur sa vie ▪ Focaliser sur ses forces ▪ Responsabilisation

Note. Adapté de Leamy et al. (2011)

Le modèle CHIME constitue un repère pour l'identification de stratégies d'intervention cohérentes avec le processus du rétablissement personnel (Bergeron et al., 2020) et relationnel pour la dimension associée aux liens sociaux. Le rétablissement n'est toutefois pas une intervention que l'on peut pratiquer (Farkas, 2007). D'ailleurs, de nombreux auteurs soulignent qu'un rétablissement peut survenir en l'absence de soutien professionnel (Bergeron-Leclerc et Morin, 2019). Le rôle des intervenants est plutôt de mettre en place des

conditions qui favoriseront ce processus chez la personne (Farkas, 2007 ; Anthony, 1993 ; Deegan 1988), en s'appuyant sur le soutien de son réseau naturel (Lemay, 2007). Pour ce faire, il importe que les professionnels se questionnent sur la façon dont ils peuvent s'impliquer afin de favoriser le processus de rétablissement de la personne (Bergeron-Leclerc et Morin, 2019). À ce sujet, Surber (2012) se décrit comme « un professionnel de la santé en voie de rétablissement » (p. 61) puisque ce paradigme l'amène à remettre en question ses propres préjugés, en apportant une écoute attentive aux préoccupations des usagers et en approfondissant sa réflexion sur l'impact de ses comportements sur la clientèle.

Les prochaines pages dresseront un tableau des dimensions du rétablissement ainsi que des stratégies d'intervention cohérente avec ce processus. Nous constaterons que les dimensions du rétablissement ne sont pas hermétiques et qu'elles s'influencent l'une et l'autre.

4.1. Connectedness : Les liens sociaux

3.1.1 Implication des liens sociaux pour la personne

Lorsqu'on parle du rétablissement personnel, il semblerait que la présence de soutien soit un élément central (Anthony, 1993). Pour les auteurs du cadre conceptuel CHIME, les liens sociaux incluent la création de nouveaux liens et le maintien des liens déjà existant au travers diverses sphères sociales : réseau de soutien, relations avec l'entourage, la communauté et la société en général (Slade et al., 2012). Certaines études soulignent que les personnes s'étant rétablies exprimaient l'importance d'avoir eu quelqu'un à leurs côtés qui croyait en eux alors qu'eux-mêmes n'y croyaient plus et qui les encourageait dans leur rétablissement (Anthony, 1993). Le soutien apporté par la famille ou les proches serait tout aussi important, et même plus que le soutien apporté par les professionnels (Fisher et Ahern, 2002). En ce qui a trait aux professionnels de la santé mentale, ceux-ci doivent soutenir la personne dans la préservation de leurs liens tant avec le réseau naturel que celui de la communauté (Commission de la santé mentale du Canada, 2015).

Aussi, le soutien par les pairs tiendrait une place importante dans le rétablissement. Il permettrait de recevoir des informations pratiques en lien avec la maladie : ressources

disponibles, stratégies de résolution de problèmes et accès aux services (Surber, 2012). Le contact avec les pairs permettrait aussi de mettre de l'avant ses compétences personnelles en offrant du soutien à un pair ayant un vécu similaire (Provencher, 2002). Dans son récit, Surber (2012) souligne que les usagers s'étant rétablis pouvaient devenir un modèle à suivre puisqu'ils sont la preuve qu'il est possible de réaliser ses rêves et de se rétablir d'un trouble mental.

4.1.2. Stratégies d'intervention soutenant les liens sociaux

Selon Bergeron-Leclerc et al., (2019), certaines stratégies d'intervention seraient cohérentes avec le cadre conceptuel du CHIME. Selon eux, le principal rôle de l'intervenant est de favoriser les liens sociaux. Plusieurs stratégies y sont associées : favoriser l'entraide par les pairs, le soutien par les pairs aidants et favoriser le maintien d'un contact et d'une relation positive avec les personnes significatives dans l'entourage de la personne. Pour favoriser ce dernier élément, l'intervention peut comprendre tant de l'enseignement psychologique sur le trouble mental, le développement de stratégies d'adaptation et du soutien psychologique ou émotionnel (Morin et al., 2021). Le professionnel favorise aussi le développement de liens sociaux par des encouragements à participer à des activités dans la communauté (Bergeron-Leclerc et al., 2019) et par l'inclusion socioprofessionnelle et académique de l'utilisateur (Fisher et Ahern, 2002). Le professionnel qui favorise l'inclusion sociale est celui qui favorise la création d'opportunités pour que le client participe activement à la collectivité (Commission de la santé mentale du Canada, 2015 ; Slade, 2012 ; Leboutillier et al., 2011). Plus largement, cela veut aussi dire de porter une attention au développement d'une communauté inclusive (Slade, 2012). La pratique orientée vers le rétablissement prône une lutte contre les inégalités sociales en lien avec les conditions de vie et le manque d'opportunités pour les personnes plus vulnérables (Commission de la santé mentale du Canada, 2015).

4.2. *Hope and optimism : Avoir de l'espoir*

« L'espoir c'est la lumière au bout du tunnel et ce n'est pas un train qui vient vers nous. L'espoir, c'est ce qui nous mène à bon port » (St-Louis, 2018, p. 175).

4.2.1. Implication de l'espoir pour la personne

L'espoir est décrit comme une source de motivation (Commission de la santé mentale du Canada, 2015) et un ingrédient essentiel permettant de surmonter les défis que vivent les gens ayant des troubles mentaux afin d'emprunter le chemin du rétablissement. (Turcotte et Dallaire, 2018 ; Slade et al., 2012 ; Schrank et al., 2012). L'espoir est fortement documenté dans les écrits sur le rétablissement et s'exprime sous plusieurs formes. Selon Provencher (2002), l'espoir comprend cinq dimensions, dont « une relation de réciprocité, un sentiment de compétences personnelles, un état de bien-être émotionnel, des objectifs de vie significatifs et un sens du possible » (p. 42). L'espoir permet aux personnes de croire en l'amélioration de leur situation (Slade et al., 2012). Selon ces auteurs, cette croyance est associée à une augmentation de la motivation au changement. La personne peut venir à croire en la possibilité de se rétablir lorsqu'elles se concentrent davantage sur ses ressources et ses capacités à affronter les changements que sur ses limites (Commission de la santé mentale du Canada, 2015). L'espoir permet de retrouver un sens à sa vie, et ce, malgré la présence de la maladie (Le Cardinal, 2015) en adoptant une pensée positive permettant d'envisager l'avenir de façon plus optimiste, ce qui favorise le bien-être et une santé mentale positive (Commission de la santé mentale du Canada, 2015). L'espoir peut aussi être véhiculé par le savoir expérientiel de pairs ayant vécu eux-mêmes avec une problématique de santé mentale (Commission de la santé mentale du Canada, 2015).

4.2.2. Stratégies d'intervention soutenant l'espoir

Selon Bergeron-Leclerc et al. (2019), il est impossible d'intervenir dans une perspective de rétablissement si le personnel ne croit pas en la possibilité que la personne puisse améliorer son bien-être. Pour susciter systématiquement l'espoir et faire germer la perspective d'un rétablissement, les professionnels de la santé mentale doivent relativiser leur propre expérience professionnelle. En effet, selon la commission de la santé mentale du Canada (2015), les intervenants œuvrant auprès d'usagers ayant un trouble mental sont plus souvent amenés à intervenir dans un contexte où la personne vit une plus grande détresse et moins dans un contexte où la personne est plus avancée dans son rétablissement. Ainsi, il arriverait que les intervenants en viennent à adopter une attitude stigmatisante envers certains

usagers faisant obstacle à une évolution favorable du rétablissement. Vigneault (2019), pair aidant, illustre ces pratiques dans son ouvrage « Cap sur le rétablissement ». Il souligne l'importance, pour les équipes d'intervention, de croire au potentiel de rétablissement de l'utilisateur en mettant l'accent sur leurs forces et la réalisation de leur projet. Pour lui, les objectifs devraient être le but ultime des programmes en santé mentale et non d'arriver à l'absence des symptômes.

Une revue systématique menée par Schrank et al. (2012) a fait ressortir cinq éléments clés à inclure dans les interventions pouvant améliorer l'espoir chez les personnes ayant un trouble de santé mentale : 1) opter pour des stratégies collaboratives en ce qui concerne la gestion des symptômes et des médicaments, 2) se préoccuper de la création d'une relation tant avec le personnel que les gens à l'extérieur des services en santé mentale, 3) faciliter la connexion avec des pairs et les pairs aidants, 4) aider la personne à prendre le contrôle sur sa vie et à poursuivre des objectifs réalistes, 5) intervenir de façon à supporter des facteurs positifs tels l'estime de soi, le sentiment d'auto-efficacité, la spiritualité et le bien-être.

En instillant l'espoir par leurs mots et par leurs gestes, les professionnels peuvent apporter une contribution significative au parcours de rétablissement (Turcotte et Dallaire, 2018). Selon la Commission de la santé mentale du Canada (2015), plusieurs autres comportements peuvent renforcer l'espoir : promouvoir l'autodétermination, adopter une posture d'écoute active et sans jugement, fournir des occasions de croissance personnelle et valoriser les succès et les expériences positives passées. Il existerait même un phénomène de contagion de l'espoir. En effet, lorsque l'intervenant croit en la capacité que la personne peut se rétablir, cela pourrait avoir une influence sur le sentiment d'espoir de cette dernière (Cormier, 2009 ; cité par Turcotte et Dallaire, 2018).

4.3. Identity : Redéfinir son identité

4.3.1. Implication de l'identité pour la personne

Le fait de se réapproprier sa vie et de reprendre le contrôle après un épisode de soin contribue grandement à redéfinir positivement son identité, sa confiance et son estime de soi (Pachoud, 2012). La redéfinition de l'identité fait partie du processus lié au rétablissement

après un épisode de trouble mental et permet à la personne de reconnaître ses forces et ses faiblesses (Provencher, 2002). Plus précisément, elle permet à la personne de se redéfinir en se dégageant d'une identité de malade (Kœnig, 2017). La personne en rétablissement doit aussi se remettre de la discrimination et de la stigmatisation internalisée et externalisée vécue tout au long de son parcours en psychiatrie (Greacen et Jouet, 2017) tout comme elle peut avoir à se rétablir des stigmates qu'elle a elle-même intégrés à son identité (Lemay, 2007). La personne peut effectivement en venir à se voir elle-même comme le problème, freinant ainsi sa reprise de pouvoir sur sa vie (Dorozenko et al., 2020). La redéfinition et la reconstruction d'une image positive de soi dépassent les idées stigmatisantes (Slade et al., 2012) qui peuvent engendrer un faible niveau d'estime de soi, de sentiment d'autoefficacité, de pouvoir d'agir (Norman et al., 2011) et de confiance en soi (Greacen et Jouet, 2015).

4.3.2. Stratégies d'intervention soutenant la redéfinition d'une identité positive

Selon Bergeron-Leclerc et al. (2019), trois stratégies d'intervention permettraient de soutenir l'émergence d'une identité positive chez la personne. D'abord, le fait de mettre l'accent sur les forces et les ressources de la personne serait un élément important notamment en mettant de l'avant des forces déjà acquises ou encore en facilitant les nouveaux apprentissages. Aussi, le fait d'encourager la personne à intégrer des rôles sociaux significatifs aurait pour effet de faciliter le développement d'une identité positive. Enfin, il demeure important de soutenir la personne dans ses efforts pour surmonter les effets de la stigmatisation ou de l'autostigmatisation.

4.4. *Meaning in life* : Sens à la vie

« *On planifie nos achats, mais pas notre vie !* » (St-Louis, 2018, p. 169)

4.4.1. Implication d'un sens à sa vie pour la personne

Le rétablissement amènerait la personne à changer sa perception de sa propre situation en prenant davantage un rôle actif (Kœnig, 2017). Il existe plusieurs façons dont la personne peut trouver un sens à sa vie et à son vécu expérientiel en santé mentale (Slade et al., 2012). Selon Deegan (1988), psychologue, chercheuse et personne en rétablissement, les personnes en rétablissement trouveraient de nouveaux buts au travers desquels ils deviendraient plus

actifs dans l'actualisation de leur projet. En acceptant les limitations associées à sa condition, la personne découvrirait graduellement ce qu'elle désire être et ce qu'elle peut réaliser (Deegan, 1988). Selon Pachoud (2012), le fait de définir des objectifs accessibles contribue à donner un sens à la vie. Lorsqu'une personne reçoit un diagnostic de trouble mental grave, elle peut rapidement se faire refléter qu'elle doit limiter ses attentes envers la vie qui l'attend. Or, il est maintenant reconnu qu'il est possible pour ces personnes de vivre une vie pleine de sens et d'être utile pour la société (Surber, 2012). Entre autres, les individus en rétablissement ont la possibilité de donner un sens à leur expérience en intégrant un rôle d'aidant en mettant leur savoir expérientiel au profit de leur pair (Martin et Franck, 2017). Dans une étude qui interrogeait les participants sur les stratégies d'autosoin, Deegan (2005) a trouvé que le fait d'avoir un rôle social valorisant ainsi que des activités significatives pouvait augmenter l'estime de soi, diminuer l'intensité des symptômes et éviter les hospitalisations.

Aussi, bien que la spiritualité ne soit pas un facteur obligatoire dans le rétablissement, elle demeure présente chez près de la moitié des personnes s'engageant dans un processus de rétablissement (Provencher, 2002). Pour St-Louis (2018), paire aidante, la spiritualité c'est de « croire en l'avenir, devenir une meilleure personne (...), être zen et rempli de gratitude envers l'univers ». Elle fait appel à un cheminement intérieur à l'aide de la méditation, de la relaxation, et en aidant les gens. Deegan (2005) parle de médecine personnelle pour décrire l'ensemble des stratégies non pharmacologique que peut mettre en place une personne afin de gérer ses symptômes et ainsi diminuer le risque de rechute. Parmi ces stratégies, on retrouve les stratégies d'autosoin qui permet d'augmenter le bien-être. Dans son étude, cette chercheuse mentionne que près de la moitié des participants avaient mentionné que le fait d'aider les autres avait un effet réciproque sur eux. Ces stratégies d'autosoin sont personnelles à la personne, choisies selon leurs besoins et seraient utilisées par la plupart des personnes rétablies.

4.4.2. Stratégies d'intervention soutenant la définition d'un sens à sa vie

Selon Bergeron-Leclerc et al. (2019), certaines stratégies d'intervention soutiendraient cette dimension. D'abord, l'intervenant peut soutenir la personne en l'aidant à identifier et à poursuivre des buts, ses projets. Aussi, le professionnel pourra encourager la personne dans

l'adoption de rôles sociaux significatifs. Enfin, il est considéré comme aidant d'aider la personne à trouver un sens à son expérience en prenant en considération la dimension spirituelle dans l'intervention.

4.5. Empowerment : l'autodétermination

4.5.1. Implication de l'autodétermination pour l'utilisateur

L'autodétermination fait référence à une prise de pouvoir sur sa vie (Slade et al., 2012). Elle inclut un objectif participatif dans lequel les personnes deviennent actrices dans la prise de décisions qui les concerne (Greacen et Jouet, 2015). L'autodétermination est décrite comme un « processus caractérisé par l'exercice d'une plus grande maîtrise sur l'atteinte d'objectifs importants pour la personne » (p. 352) mettant de l'avant les ressources matérielles et psychologiques nécessaires (Le Bossé, 1998) ainsi que les compétences (Lemay, 2007) et les forces de la personne (Slade et al., 2012). Pachoud (2012) explique que le sentiment de contrôle sur sa vie est non seulement visé dans le rétablissement, mais peut aussi le favoriser. De nombreuses études ont précisé qu'un niveau élevé d'autodétermination chez les usagers était un facteur prédictif sur l'autonomie, la qualité de vie et la symptomatologie (Greacen et Jouet, 2015). Ce principe s'inscrit comme une exigence éthique en intervention et stipule que les intervenants n'ont aucune légitimité à fixer les normes de ce qu'est une vie acceptable et accomplie à la place de la personne (Pachoud, 2012). Dans l'accompagnement, il est suggéré que les pratiques dirigées vers le choix et l'autonomie de la personne sont étroitement liées avec un meilleur processus de rétablissement et une satisfaction plus grande tant de la part de l'utilisateur que de l'intervenant (Commission de la santé mentale du Canada, 2015).

4.5.2. Stratégies d'intervention soutenant l'autodétermination

Favoriser l'autodétermination nécessite une remise en question des pratiques basées sur un modèle paternaliste ou maternaliste (Greacen et Jouet, 2015). La gestion des risques est possiblement une des raisons de l'attitude surprotectrice des intervenants. Le professionnel doit trouver un juste équilibre entre l'accompagnement de l'utilisateur dans l'exercice de ses choix et d'autres parts, assurer sa sécurité. Or, lorsque l'utilisateur fait un choix que le professionnel juge peu judicieux, malgré l'information donnée, ce dernier doit demeurer

engagé auprès de la personne. Il importe de reconnaître l'importance du savoir expérientiel acquis (Bergeron-Leclerc et al., 2019), définie par Le Bossé (1998) comme l'acquisition de « connaissances subjectives » (p. 357) issues du quotidien par la personne. Ce nouveau savoir constituera des forces et des ressources sur lesquelles l'intervenant pourra miser (Lemay, 2007). Nous parlerons de la « dignité du risque » (p.28) alors que le professionnel encourage la personne à réfléchir à ses erreurs et à les considérer comme une occasion d'apprentissage et de développement de soi (Commission de la santé mentale du Canada, 2015 ; Leboutiller et al., 2011). L'intervenant doit donc être prêt à reconnaître une diversité de solutions possibles (Lemay, 2007). Le fait d'éviter le transfert de responsabilité vers la personne peut mettre celle-ci dans une situation de prise en charge inutile en limitant son pouvoir d'agir (Dunst et al, 1994). Afin de favoriser l'engagement des personnes concernées, il importe de les impliquer d'emblée dans la définition du changement à apporter ou des objectifs à atteindre (Le Bossé, 1998). Selon ces mêmes auteurs, toute définition du changement devrait répondre aux préoccupations des usagers. Il faut donc que les intervenants soutiennent ces derniers dans l'affirmation de la vision de leur propre réalité notamment en ce qui concerne leurs compétences, leurs ressources et leurs contraintes (Lemay, 2007). Ces éléments rejoignent les composantes de l'approche de collaboration et du partenariat patient mis de l'avant dans le cadre de référence du ministère de la Santé et des Services sociaux (2018). Cette instance définit le partenariat comme un partage de savoirs et de savoirs expérientiels permettent une co-construction de la réalité vécue et une reconnaissance de chaque partie prenante (usagers, proches, professionnels) dans la définition des besoins et des actions à poser afin d'y répondre. De nombreuses études ont remarqué que le fait d'accompagner la personne à faire des choix en explorant et en expliquant les différentes options peut influencer l'atteinte des objectifs que la personne s'est donnés (Lemay, 2007). Le fait de respecter le choix des usagers pourrait grandement contribuer au développement des capacités d'autodétermination de la personne (Commission de la santé mentale du Canada, 2015). Au sein des services en santé mentale, les défenseurs du rétablissement luttent contre les pratiques qui déresponsabilisent les usagers et les rendent dépendants (Greacen et Jouet, 2015). Dans l'approche du rétablissement, l'utilisateur est vu comme un partenaire impliqué dans toutes les décisions qui le concernent. Le professionnel accompagne la personne en promouvant l'autonomie plutôt qu'en adoptant un lien hiérarchique (Le Boutiller et al., 2011).

Selon Le Bossé (1998), il est impératif de mettre en commun les compétences des intervenants et des usagers. L'intervenant établit une relation qui est complémentaire avec la personne (Lemay, 2007). Ainsi, ces auteurs expliquent qu'on ne peut laisser la personne à elle-même en lui demandant de développer instantanément ses compétences pour atteindre ses objectifs. Un accompagnement peut être nécessaire afin de soutenir l'utilisateur dans le développement des compétences nécessaires. Cette notion rejoint la conception de la démarche adaptative en psychoéducation où le professionnel doit prendre en compte le potentiel d'adaptation (PAD) de la personne et de son environnement (PEX) afin d'identifier un écart significatif entre les schèmes déjà acquis par la personne et les nouveaux apprentissages à faire. Afin d'arriver à un équilibre dynamique permettant à la personne de se mettre en action, celle-ci devra se sentir en mesure d'atteindre ses objectifs (Renou, 2005). En ce sens, il est primordial que l'intervenant reconnaisse les facteurs d'inégalité sociale comme obstacles au développement des compétences (Lemay, 2007).

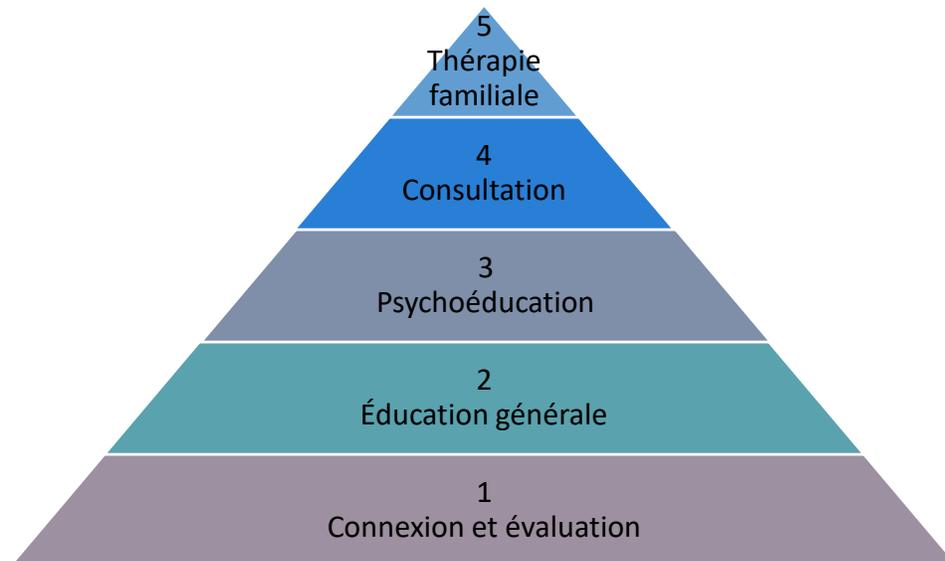
L'autodétermination nécessite certaines conditions favorables de la part de l'environnement telle l'attitude de l'entourage (Pachoud, 2012). D'abord, il importe que l'intervenant clarifie qui est à l'origine de la demande de service auprès de la personne afin d'identifier les obstacles à la prise de pouvoir par la personne (Le Bossé, 1998). Dans le domaine de la santé mentale, l'autodétermination peut rencontrer certaines limites notamment lorsqu'elle vient en conflit avec le principe de protection de la personne. Pachoud (2012). Une personne sous statut légal pourrait avoir davantage d'obstacles à la prise de pouvoir sur sa vie qu'une personne qui reçoit les services volontairement. Il faut donc identifier les facteurs de motivation de personne à vouloir agir (Lemay, 2007).

Comme nous l'avons vu, il faut que le professionnel s'assure que la personne assume un leadership dans l'ensemble des niveaux de responsabilité lorsqu'elle le désire (Le Bossé, 1998). Toutefois, dans les faits, l'utilisateur ayant un suivi en santé mentale se retrouve souvent isolé et mal informé (Greacen et Jouet, 2015). Le professionnel doit s'assurer que la personne ait les informations dont elle a besoin afin de prendre une décision éclairée dans toutes les dimensions liées à son rétablissement (Leboutiller et al., 2011).

5. Modèles conceptuels des soins familiaux dans le cadre du rétablissement personnel et relationnel

En 2013, la Commission de la santé mentale du Canada a établi des lignes directrices concernant le soutien à offrir aux familles de personnes ayant un trouble mental. L'objectif était de permettre à ces familles d'offrir un soutien à leur proche sans toutefois compromettre leur bien-être (MacCourt, 2013). L'intervention familiale voit le client comme étant le système familial. L'intervention doit être adressée à l'ensemble des membres de ce système (Morin et St-Onge, 2016) et incluse, entre autres, des valeurs d'inclusion, d'engagement actif, d'autodétermination, de respect et de dignité (MacCourt, 2013). La famille doit être incluse le plus tôt possible dans l'évaluation des besoins, la prise de décisions et l'intervention (Morin et St-Onge, 2019) puisque leur implication peut avoir des retombées positives telles la réduction des rechutes et des hospitalisations, la compliance à la médication et, pour la famille, la diminution de l'épuisement (Withnell et Murphy, 2010a). Les familles sont vues comme étant compétentes ou ayant les capacités de développer leurs compétences dans le but de surmonter leur difficulté (Dunst et al., 1994). Pour les professionnels, cette notion de compétence renvoie au fait de reconnaître et valoriser le « savoir agir » (p. 170) de la famille qui a un bagage de connaissances, d'habiletés et d'aptitudes (Morin et St-Onge, 2016).

Mottaghipour et Bickerton (2005) ont développé un modèle conceptuel de soins familiaux présentant cinq niveaux d'intervention guidant les pratiques auprès des familles (figure 3). Selon MacCourt (2013), les deux premiers sont considérés comme étant le niveau minimum à offrir aux familles dans une visée des bonnes pratiques. Le premier niveau est associé à l'explication des services, les échanges de coordonnées, l'évaluation des besoins les plus pressants et la mise en place d'un filet de sécurité. Le deuxième niveau concerne l'éducation sur le système de santé, les lois, la médication, la maladie, les ressources et les droits de la famille et des usagers. Le troisième niveau offre un accompagnement dans le développement de stratégies pour faire face aux défis auxquels les familles sont confrontées. Les deux derniers niveaux sont offerts lorsque la dynamique familiale demeure complexe et que le système familial vit toujours une détresse émotionnelle importante (Mottaghipour et Bickerton, 2005).

Figure 2*Pyramide des soins familiaux*

Note. Traduit selon le modèle de Mottaghypour et Bickerton, 2005

Certains facteurs faciliteraient la collaboration avec la famille. Dans leur étude, Morin et St-Onge (2016) nomment certaines compétences relationnelles qui favoriseraient la collaboration : l'accueil, l'écoute réelle, l'attitude empathique, l'intérêt manifeste, le savoir-être et la personnalité. Selon ces auteurs, travailler en collaboration nécessite d'abandonner le rôle d'expert ou encore celui d'allié qui consulte le proche dans le but d'obtenir de l'information pour l'utiliser de sa pratique. Un canal de communication ouvert et transparent favoriserait l'établissement d'un lien de confiance (Withnell et Murphy, 2010a). Le professionnel qui désire collaborer avec les familles doit plutôt poursuivre des objectifs d'information, de prévention (Morin et St-Onge, 2019) et d'éducation auprès de la famille (Withnell et Murphy, 2010b). Cette collaboration permettra de mettre de l'avant leur savoir expérientiel (Morin et St-Onge, 2016) et leurs compétences dans un rôle de soutien comme étant contributif à leur au processus de rétablissement (Morin et St-Onge, 2019). En fait, ces auteurs suggèrent que le rétablissement de la personne et de la famille ne soit pas considéré

comme parallèle, mais comme un seul et unique, soit celui du système familial (Morin et St-Onge, 2019).

6. États des connaissances des enjeux et facteurs favorisant l'accompagnement vers le rétablissement personnel

Le réseau international d'expert « Implementing Recovery Through Organisational Change » (ImROC) a diffusé le rapport de Shepherd et al. (2010) qui expose des actions concrètes à la mise en pratique de l'accompagnement vers le rétablissement dans les services en santé mentale : mettre l'accent sur les forces de la personne tout en favorisant un environnement qui véhicule l'espoir et la reconnaissance de l'unicité, favoriser les choix de la personne en fonction de ses besoins et ses préférences notamment en ce qui concerne son plan de soin, soutenir la personne dans la préparation d'un plan de gestion des risques, valoriser la prise de risque positif, intégrer le vécu expérientiel des usagers et de leur proche dans la prestation des soins et services, favoriser la pleine citoyenneté par l'intégration de la personne dans la communauté en établissant des partenariats à l'extérieur des services en santé mentale (emploi, activités, hébergement, réseaux d'entraide) en priorisant le projet de vie de la personne.

Toutefois, comme nous l'avons vu précédemment, malgré la présence de lignes directrices, plusieurs recherches ont identifié qu'il est parfois difficile d'implanter les principes associés aux pratiques orientées vers le rétablissement au sein des services en santé mentale. Au sein des hébergements de type non-institutionnel, les études ont soulevé un besoin d'améliorer certains aspects des pratiques orientées vers le rétablissement notamment en lien avec la diversité des options de traitement, l'implication des usagers dans la définition et l'organisation des services, l'accompagnement vers l'emploi ou le bénévolat, la possibilité de changer d'intervenant, l'accès au dossier et la discussion sur les choix alternatifs d'hébergement (Piat et al., 2015 ; Larivière et al. 2020). Certaines pratiques des intervenants viennent soutenir le rétablissement tandis que d'autres peuvent le freiner. Comme nous le verrons, de nombreux auteurs ont identifié des facteurs influençant l'accompagnement vers le rétablissement. Ils peuvent être de nature personnelle, environnementale, liée à l'utilisateur, aux familles et aux caractéristiques organisationnelles. (Tableau 2)

Tableau 2*Facteurs favorisant ou freinant les pratiques orientées vers le rétablissement*

Facteurs	Catégories
Professionnel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Confusion au sujet de la définition du rétablissement ▪ Compréhension de son rôle de professionnel ▪ Appréciation de l'utilisateur ▪ Croyances ▪ Stigmatisation ▪ Pratique réflexive
Environnemental	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contexte d'intervention
Usagers	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sévérité des symptômes ▪ Assiduité au traitement ▪ Confidentialité ▪ Autostigmatisation
Famille	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Expérience passée ▪ Stigmatisation
Organisationnelle	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lignes directrices ▪ Soutenir les interventions supportées par des données empiriques ▪ Adaptation des principes pour convenir à une structure de services ▪ Inclusion des usagers dans le développement et l'évaluation des services ▪ Indicateurs ▪ Offre de formation ▪ Mise en place des programmes d'encadrement

6.1. Facteurs associés aux intervenants

Le rétablissement se heurte parfois à certaines réticences de la part des professionnels qui accompagnent les usagers, ce qui alimente de nombreux débats dans les milieux d'intervention (Kœnig 2016). Dans leur étude, Turcotte et Dallaire (2018) soulignent la confusion chez les intervenants en lien avec la double signification du rétablissement (clinique et personnel) tant dans les valeurs véhiculées au sein des milieux, que dans les écrits

scientifiques et la formation qu'ils ont reçue. Cette confusion peut amener les professionnels à adopter une posture qui ne soutient pas toujours le rétablissement de la personne. Par exemple, le professionnel qui s'identifie à un rôle d'expert et qui prend sur lui le rôle de définir le problème et de trouver les solutions sera un frein au rétablissement en comparaison avec le professionnel qui s'appuiera plutôt sur les ressources de l'utilisateur et sa famille (Early et GlenMaye, 2000). Dans l'approche orientée vers le rétablissement, le professionnel optera pour une relation d'égal à égal en évitant d'instaurer une relation hiérarchique (Borg et Kristiansen, 2004). Le fait de reconnaître qu'un rapport de force puisse exister permet de minimiser l'adoption de pratiques directives et coercitives chez le professionnel (Commission de la santé mentale du Canada, 2015). À titre d'exemple, les démarches d'évaluation peuvent devenir problématiques lorsqu'elles ne prennent pas en compte la singularité de la personne et tendent à maintenir une situation de dépendance et de pouvoir (Marin, 2005).

Morin et St-Onge (2016) soulignent que les professionnels peuvent avoir tendance à être plus optimistes devant une personne qui est réceptive à une intervention contrairement à une personne qui est perçue comme étant plus résistante. En continuité, une autre étude remarque que l'appréciation de l'utilisateur a une influence sur le temps qu'on lui accordera (Hellzén, 2004). La stigmatisation véhiculée par les professionnels nuit à l'efficacité des services en santé mentale (Slade et al., 2014). Plus insidieuse que la stigmatisation de la population en général, elle est généralement peu reconnue par les professionnels eux-mêmes (Surber, 2012). Les croyances des intervenants ont inévitablement un impact sur les comportements de ce dernier et peuvent devenir inhibantes pour la personne qui reçoit les services (Morin et St-Onge, 2019). L'impact demeure grand puisqu'elle nuit à l'établissement d'une réelle relation de partenariat qui est essentielle pour faire naître l'espoir. Le schéma dans lequel le professionnel peut enfermer un utilisateur peut grandement nuire à la relation thérapeutique puisque, lorsque sa vision diffère de celui de l'utilisateur et qu'il poursuit dans son idée, la personne peut se sentir discréditée (Franck et al., 2017). Le conflit qui peut en résulter brisera tout simplement le lien. Ainsi, l'expertise professionnelle doit subir une modification de ses « représentations savantes » (Desmons, 2006 ; cité par Kœnig 2016, p. 185) afin de devenir un outil pour soutenir les prises de décision, le choix éclairé et l'autogestion (Commission de la santé mentale du Canada, 2015).

Surber (2012) souligne l'importance, pour les intervenants, d'entrer dans un processus d'amélioration continue en ayant un regard critique sur leur pratique et de prendre conscience de leurs émotions et de leurs réactions dans l'accompagnement des personnes. La pratique réflexive permettrait d'établir de réelles relations de collaboration avec l'utilisateur et ses proches (Commission de la santé mentale du Canada, 2015 ; Surber, 2012).

L'étude de Le Boutiller et al. (2014) certains intervenants mentionnaient qu'ils devaient enfreindre les règles pour supporter le rétablissement. Par exemple, en jouant avec son horaire pour favoriser un usager. Cette tendance à aller vers le rétablissement alors que l'organisation se base sur des valeurs plus traditionnelles est influencée par les valeurs professionnelles, personnelles et la maturité de l'intervenant (Le Boutiller et al., 2014). Selon ces auteurs, les différences entre les pratiques des professionnels ne peuvent être expliquées par la profession ou le nombre d'années d'expérience, mais plutôt par des traits de personnalité notamment en lien avec sa confiance en soi, sa conceptualisation de son rôle en tant que professionnel. D'ailleurs, en ce qui concerne le rôle du professionnel, il y a une différence entre le professionnel qui priorise son identité professionnelle versus celui qui fait la promotion de l'autodétermination et le rôle d'accompagnateur d'une personne qui vit la vie qu'elle désire.

L'attitude et les valeurs des professionnels peuvent aussi influencer leurs pratiques. Selon l'étude de Borg et Kristensen (2004), une attitude de respect, d'empathie de patience et de disponibilité peut être vue par la personne comme étant plus importante que la compréhension du trouble mental de l'utilisateur. Pour cela, il importe d'être sensible tant aux valeurs des usagers qu'à ses propres croyances et valeurs personnelles, professionnelles et culturelles.

6.2. Facteurs environnementaux

Considérant la possibilité que les usagers puissent se rétablir, il existe parfois une différence entre le pronostic de certains professionnels et les résultats positifs identifiés par la recherche sur le rétablissement (Turcotte et Dallaire, 2018). Franck et al. (2017) explique comment notre expérience clinique peut être biaisée par les caractéristiques d'un petit groupe d'utilisateurs, dans un contexte donné, et que le professionnel généralise parfois les

caractéristiques à l'ensemble des usagers en santé mentale. L'environnement où l'intervention se déroule peut avoir une influence sur les pratiques de l'intervenant. Ainsi, les intervenants œuvrant en milieux institutionnels peuvent être amenés à adopter un regard orienté vers la maladie et les difficultés en perdant de vue les projets de vie de la personne et ses ressources (Turcotte et Dallaire, 2018). Dans leur recherche, ces derniers auteurs ont relevé un sentiment d'impuissance et de découragement chez certains professionnels qui peut être mis en lien avec les difficultés comportementales, la symptomatologie, les antécédents d'échec ou une longue historique d'institutionnalisation. Ce phénomène induit une distorsion du jugement clinique puisque le professionnel ne regarde que « la partie émergée de l'iceberg » (Franck et al., 2017, p. 149). À l'inverse, Turcotte et Dallaire (2018) ont noté un discours plus optimiste face à l'échec d'une intervention chez les intervenants lorsque ceux-ci ont déjà travaillé auprès d'une clientèle suivie dans la communauté ou lorsqu'ils avaient le sentiment d'avoir vécu plus de réussites auprès de leur clientèle (Turcotte et Dallaire, 2018). Selon Surber (2012), lorsque les professionnels n'ont pas eu l'occasion de voir l'utilisateur à l'extérieur de leur rôle de soignant, il serait plus difficile pour eux d'avoir une idée des réelles aptitudes de la personne et de savoir quelles attentes il est réaliste d'avoir envers eux. Afin de favoriser le rétablissement de la personne, le milieu doit pouvoir offrir une ouverture tant aux expériences positives que négatives de la personne (Provencher, 2002).

6.3. Facteurs associés à l'utilisateur

Une étude menée par Goodwin et Gore (2000) a identifié que les professionnels appelés à intervenir auprès d'une clientèle présentant des symptômes sévères ou des troubles de comportement étaient portés à être moins engagés émotionnellement auprès de la personne. Ainsi, les symptômes du trouble mental peuvent être un facteur faisant obstacle aux pratiques orientées vers le rétablissement lorsque les usagers présentent des idées délirantes ou des croyances erronées envers leur traitement ou une personne de leur entourage (Withnell et Murphy, 2010c). Enfin, lorsque la personne est un parent et qu'elle vit avec des symptômes importants ou qu'elle connaît de fréquentes hospitalisations, cela pourrait faire perdre le rôle parental en l'excluant des décisions concernant le devenir de ses enfants et avoir un effet sur la confiance en soi (Maybery et al., 2015).

Dans l'étude de Morin et St-Onge (2016), l'obstacle principal à la collaboration des intervenants et des proches était lié au partage d'information. La confidentialité serait un des principaux enjeux du travail auprès des proches lorsque l'utilisateur refuse que le professionnel discute avec eux (Withnell et Murphy, 2010c ; Morin et St-Onge, 2019). Puisque la personne peut refuser de partager certaines informations, cela peut créer une frustration chez la famille qui tente de comprendre la situation et les services offerts à leur proche.

Enfin, comme le rétablissement médical met l'accent sur les déficits de la personne, elle peut ainsi contribuer à l'autostigmatisation qui va enfermer la personne dans son identité de malade mental (Greacen et Jouet, 2015) diminuant le sentiment de pouvoir agir. Or, des études ont souligné que le rétablissement est possible pour tous, peu importe le diagnostic, l'âge ou l'ethnie de la personne (Slade et al., 2014).

6.4. Facteurs associés à la famille

Les expériences passées peuvent avoir un impact sur les attitudes des proches envers les services. Ainsi, les familles étant présentes depuis plusieurs années peuvent avoir reçu des services dans lesquels ils se sont sentis isolés, voir ostracisés (Withnell et Murphy, 2010c). Même si les services changent graduellement leur visage, il peut être difficile pour ces proches de ressentir de l'espoir à nouveau. Aussi, la stigmatisation vécue par les familles par la société peut faire en sorte qu'elles hésitent à chercher de l'aide et à en parler à son entourage amplifiant ainsi le défi vécu (MacCourt, 2013).

6.5. Facteurs organisationnels

Les organisations peuvent utiliser différentes stratégies afin de refléter les valeurs du rétablissement dans leur documentation, notamment sur leur site web, les brochures, les médias sociaux, leurs énoncés de valeurs, leur politique (Commission de la santé mentale du Canada, 2015). Toutefois, il arrive que les ministères rédigent des cadres de références sans toutefois faire le suivi et l'évaluation de l'implantation (Withnell et Murphy, 2010c). Afin de mettre de l'avant la vision du rétablissement, l'organisation doit se doter de lignes directrices claires mettant de l'avant les principes et valeurs du rétablissement (Le Boutiller et al., 2011). Ces politiques orientent la pratique des professionnels à travers la philosophie du

rétablissement. Il est primordial que l'organisation démontre un engagement organisationnel tant dans sa vision des services que dans l'établissement de sa mission (Le Boutiller et al., 2011) en mettant de l'avant les programmes d'intervention supportés par des données empiriques tels le programme de pair-aidance, l'approche par les forces, le « recovery colleges » et le programme d'employabilité « *individual placement and support* » (IPS) (Slade et al. 2014). Toutefois, il y aurait une tendance chez les organisations à adapter le concept du rétablissement au travers une structure de service. Par exemple, une organisation qui met l'accent sur la gestion des risques peut conduire les intervenants à se sentir peu soutenus dans la prise de risques associée au rétablissement personnel (Le Boutiller et al., 2014) limitant ainsi leurs actions. Ces mêmes auteurs mentionnent que l'implantation des principes associés au rétablissement est souvent une des priorités stratégiques parmi beaucoup d'autres, ce qui rend difficile, pour les gestionnaires, la mise en place des pratiques centrées sur l'individu (Le Boutiller et al., 2014).

Une organisation qui favorise les pratiques orientées vers le rétablissement encourage la pratique collaborative en faisant participer activement l'utilisateur dans l'évaluation et le développement des services (Le Boutiller et al., 2011). Les usagers sont alors consultés en ce qui a trait à l'accessibilité et à la qualité des services (Provencher, 2002). Ils sont aussi embauchés au sein des équipes d'intervention afin d'utiliser leur vécu (Shepherd et al., 2010). Considérant l'évaluation des services, il y aurait aussi un facteur associé à la mesure de l'atteinte des cibles et qui est calculé par le temps de contact avec la clientèle. Ces exigences peuvent parfois être perçues comme étant en opposition avec le concept d'autodétermination et d'indépendance véhiculé par les principes du rétablissement (Le Boutiller et al., 2014).

Selon la Commission de la santé mentale du Canada (2015), le déploiement d'une orientation pleinement orienté vers le rétablissement exige que les parties prenantes comprennent bien, en terme concret, ce que signifie l'application de ces principes. Afin d'assurer l'implantation des principes du rétablissement, il faut faire en sorte que les intervenants aient les compétences et les ressources nécessaires (Commission de la santé mentale du Canada, 2015). À ce sujet, les usagers devraient être vus comme des partenaires qui sont inclus dans la coproduction et la dispensation des formations sur le rétablissement auprès des professionnels (Shepherd et al., 2010). Enfin, Morin et St-Onge (2019) identifient

que l'organisation doit mettre en place des stratégies et services soutenant les pratiques d'encadrement du personnel tel le mentorat.

Enfin, les programmes bien définis, associés à une homologation, tels les programmes des premiers épisodes psychotiques favoriseraient davantage les pratiques orientées vers le rétablissement à partir d'indicateurs clairs (Le bottiller et al., 2014). Aussi, ces mêmes chercheurs ont trouvé dans leur étude qu'une charge de cas plus petite favoriserait davantage la mise en place des meilleures pratiques.

7. États des connaissances quant à la mise en œuvre des pratiques orientées vers le rétablissement au sein des ressources d'hébergement

Au Québec, deux études ont été recensées en lien avec les pratiques orientées vers le rétablissement au sein des services résidentiels. Piat et al. (2015) ont comparé les perceptions des usagers avec celles des propriétaires de ressources quant aux pratiques orientées vers le rétablissement dans la région de Montréal. L'étude se déroulait au sein des ressources traditionnelles à séjour long terme. À leur tour, Larivière et al. (2020) ont mené une étude descriptive qui évaluait l'intégration des principes du rétablissement dans les services résidentiels de la région de l'Estrie. Cette étude faisait suite à une réorganisation du secteur de l'hébergement. Ils ont interrogé les usagers, les responsables de ressources et les professionnels de la santé et des services sociaux pour connaître leurs perceptions des services. Les deux études ont utilisé le Recovery Self-Assessment (RSA) afin de mesurer les diverses dimensions du rétablissement : le soutien au projet de vie, l'implication des usagers, la diversité des options de traitement, les respects des choix des usagers, les services personnalisés et l'environnement accueillant. L'étude de Piat et al. (2015) identifie un besoin d'amélioration dans cinq des six domaines du RSA. Seul l'environnement physique de la résidence était évalué comme étant un facteur fort. Dans les deux études, on note que les usagers évaluent globalement les services comme étant moins orientés vers le rétablissement que les propriétaires ou les responsables de ressources sans que cette différence soit significative. Dans l'étude de Larivière et al. (2020), les professionnels de la santé et des services sociaux étaient toutefois significativement moins en accord avec l'intégration de la vision du rétablissement que les usagers ou les responsables de ressources. Les résultats des

deux études mettaient en évidence cinq éléments devant être améliorés : l'utilisation de personnes inspirantes dans l'intervention, la possibilité de participer au comité de gestion de la ressource, l'implication des usagers dans la formation des employés et des programmes d'éducation de leur résidence, la possibilité de discuter de leurs besoins et intérêts sexuels et l'écoute du personnel envers les expériences culturelles des usagers. De leur côté, Piat et al. (2015) ont repéré d'autres éléments devant être améliorés : l'accompagnement vers l'emploi et la possibilité de changer d'intervenant. Aussi, de leur côté, les propriétaires croiraient moins en la capacité des usagers à gérer leurs symptômes tandis que les usagers croyaient que certains éléments pouvaient être améliorés dont l'accès à leur dossier, la discussion sur les choix alternatifs d'hébergement et les encouragements à redonner à la communauté.

Somme toute, ces résultats font échos à d'autres études menées à l'international. En effet, nous avons recensé plusieurs études qualitatives ainsi qu'une étude utilisant le questionnaire Quality Indicator for Rehabilitative Care (QuIRC-SAs). Ce questionnaire évalue sept domaines dont l'environnement de vie (ex. décoration, bâtiment), l'environnement thérapeutique (ex. formation du personnel), le traitement et les interventions (ex. plan d'intervention, nombre d'usagers qui participe à des activités), l'autogestion (contrainte légale, programme d'automédication), incitation à la participation sociale (réseau social, vote aux élections), les droits (confidentialité, procédure de plainte) et les pratiques de base orientées vers le rétablissement (développement de l'autonomie, implication des usagers dans le développement des services). Tout comme Piat et al. (2015), l'étude de Dalton-Locke et al., (2018) a aussi trouvé que l'environnement physique des résidences était l'élément évalué comme étant le plus satisfaisant. Cette étude révélait aussi que les services encourageaient le développement et le maintien d'un réseau social ainsi que l'actualisation de rôles sociaux. De l'autre côté, cette étude identifiait certaines pratiques à améliorer au sein des ressources résidentielles, dont le respect des droits des usagers (ex. accès au dossier), la qualité de l'environnement thérapeutique (formation, croyance des intervenants, etc.) et le soutien à l'autogestion et à l'autonomie. En ce qui concerne ce dernier élément, l'étude de Sandhu et al. (2017) révèle que le développement de l'autonomie est un objectif mis de l'avant par les services d'hébergement. Toutefois, il semblerait que dans leur étude, la moitié des intervenants croyaient que leur rôle était d'assurer la sécurité et la stabilité de l'utilisateur. Cette croyance est associée à une limitation dans la prise de risque positive chez la personne,

dont le fait d'emménager dans un milieu de vie plus autonome. Dans la même lignée, les usagers étaient considérés comme peu impliqués ou peu engagés dans les décisions qui concernent leur hébergement. Contrairement à l'étude de Sandhu et al. (2017), menée en Angleterre, l'étude de Gyamfi et al. (2020), menée au Ghana, a identifié que l'implication des usagers dans les décisions était une force. Par contre, ces auteurs identifiaient que les services étaient tout de même davantage orientés vers la gestion de la maladie que sur le projet de vie de la personne (ex. projet vocationnel). Dans la même lignée, lorsqu'un usager présente des enjeux pour sa santé physique, il serait observé que les intervenants ont une tendance à mettre les besoins associés à la santé mentale en second plan (Sandhu et al., 2017).

Roth et al. (2021) ont mené une étude au sein des services de santé mentale offerts dans la communauté (à domicile), au travers cinq pays européens (Croatie, Montenegro, Roumanie, Macédoine et Bulgarie) avec l'aide du RSA. Bien que l'orientation des services divergeait selon le pays, le domaine associé au respect du choix des usagers a reçu une cote plus élevée dans plusieurs pays (4/5). À l'opposé, cette étude a aussi révélé que l'implication des usagers devait être améliorée dans plusieurs pays (3/5). De plus, ce type de service soulevait une diversité de traitement modéré dans trois des cinq pays tandis qu'il s'agissait d'une force dans les deux autres. Globalement, les domaines les plus forts et ceux devant être améliorés sont similaires à ceux identifiés dans les études menées au Québec au sein de l'hébergement. Toutefois, ces différents domaines demeurent plus fortement cotés qu'à l'hébergement, sauf pour un pays. Ce constat rejoint celui de Dalton-Locke et al. (2018) qui ont constaté que les pratiques orientées vers le rétablissement sont considérées comme étant plus faible en milieu résidentiel comparativement au suivi dans la communauté.

8. Évaluer les pratiques orientées vers le rétablissement

Afin d'évaluer les pratiques orientées vers le rétablissement, il importe de bien comprendre les indicateurs associés aux principes de ce concept (Commission de la santé mentale du Canada, 2015). Selon Berthelette (2017), le fait d'analyser les écarts entre les principes d'une intervention et la façon dont elle est implantée par les intervenants permet d'apporter des correctifs aux pratiques ou d'identifier les adaptations qui doivent être apportées afin que ce concept corresponde au contexte d'intervention. De plus, l'utilité

d'identifier les points forts des pratiques orientées vers le rétablissement permet aux personnes de voir une progression dans l'évolution de leurs pratiques (Commission de la santé mentale du Canada, 2015).

La pratique orientée vers le rétablissement recommande d'inclure tous les acteurs (usagers, famille, professionnel) dans l'évaluation des progrès liés à l'implantation de ces pratiques (Commission de la santé mentale du Canada, 2015). Pour Lebel et al. (2017), les partages d'expérience associés à l'utilisation des services augmentent le degré de compréhension des enjeux par l'ensemble des acteurs et influe sur la réceptivité de ceux-ci face au vécu expérientiel de l'utilisateur. En ce sens, la personne qui reçoit des services en santé mentale peut s'appuyer sur son expérience de soins et services afin de poser un jugement sur la qualité des interactions et des relations avec des professionnels. L'inclusion du vécu expérientiel des différents acteurs permet l'évaluation des services au travers une approche systémique et globale (Lebel et al., 2017) en donnant la parole aux principaux concernés. Ces éléments issus de la littérature nous ont amenés à envisager la méthodologie utilisée dans la présente recherche et qui est discutée au prochain chapitre

Troisième chapitre – Méthodologie

1. Question de recherche

Le mouvement du rétablissement s'est mis en branle dans les années 1990, il y a de cela 30 ans. Encore aujourd'hui, les études soulignent que la mise en place des pratiques orientées vers le rétablissement demeure un défi au sein des services en santé mentale. En effet, tel que nous avons déjà discuté dans la section problématique, les difficultés d'implantation des pratiques orientées vers le rétablissement sont présentes au sein des divers milieux d'intervention. Un suivi de la littérature atteste que peu d'études ont été menées en lien avec ces pratiques au sein des ressources d'hébergement en santé mentale au Québec. En effet, seulement deux études ont été recensées. L'étude de Piat et al. (2015) s'est intéressé aux ressources non institutionnelles qui présentaient un portrait plus traditionnel tandis que l'étude de Larivière et al. (2020) a interrogé les changements s'étant opérés dans l'ensemble des services résidentiels pour donner suite à une réorganisation des services. Ces études énuméraient plusieurs améliorations à apporter aux ressources d'hébergement afin qu'elles soient davantage orientées vers le rétablissement. À l'étranger, des études suggèrent une différence de pratique entre les ressources traditionnelles et celles ayant une mission de réadaptation (Parker et al., 2019 ; Dalton-Locke et al., 2018 ; Chopra et al., 2011). Ces études soulignent que ces dernières ressources véhiculaient davantage une approche orientée vers le rétablissement. Au Québec, aucune étude, à ce jour, ne s'est intéressé principalement aux ressources d'hébergement institutionnelles ayant une mission de réadaptation avec un séjour limité. Il serait toutefois possible de croire que les RE offrent des services davantage orientés vers le rétablissement que les ressources non institutionnelles. Tel que mentionné, plusieurs facteurs peuvent avoir un impact sur l'adhérence des intervenants envers les principes du rétablissement telle la chronicité de la maladie et des symptômes de l'utilisateur. Les RE, quant à elles, reçoivent une clientèle ayant un trouble grave de santé mentale, majoritairement des personnes ayant un diagnostic de schizophrénie. Bien que le rétablissement médical ne soit pas toujours possible pour elles, certaines pratiques de la part des intervenants pourraient favoriser chez l'utilisateur l'émergence du rétablissement personnel.

Parmi les études recensées qui portaient sur les ressources non-institutionnelles du réseau de la santé au Québec, aucune n'interrogeait les divers intervenants œuvrant directement auprès de la clientèle. D'ailleurs, à la base, peu d'écrits scientifiques ont porté sur le vécu expérimentiel des praticiens travaillant en contact direct avec la clientèle (Turcotte et Dallaire, 2018) et celles que nous avons repérées ont été menées dans un contexte d'unité de soin. Aussi, bien que le travail de partenariat avec la famille se trouve au cœur même du plan d'action en santé mentale 2022-2026, aucune étude n'a réussi à interroger la famille à ce sujet.

À la lumière des données recueillies, il nous apparaît donc pertinent, de nous poser la question suivante : en lien avec la vision du rétablissement, de quelle façon les pratiques sont-elles perçues par les diverses parties prenantes au sein des RE. Cette étude vise, plus spécifiquement, à mieux comprendre les pratiques orientées vers le rétablissement au sein des ressources d'hébergement en croisant le regard des différents acteurs clés soit, les usagers, les familles et les intervenants œuvrant directement dans le quotidien des personnes. De façon plus spécifique, notre étude ciblera les objectifs suivants :

- Explorer le point de vue des différentes parties prenantes quant à la mise en place des principes orientés vers le rétablissement dans la pratique au sein des RE
- Décrire les facteurs facilitants et les obstacles aux pratiques orientées vers le rétablissement tel que vécu par les différentes parties prenantes.

Ce projet de recherche, réalisé dans le cadre d'une maîtrise en psychoéducation, a une visée descriptive. Le but n'est pas d'évaluer les services, mais de décrire la réalité telle que perçue par l'ensemble des parties prenantes.

2. Devis de recherche

Afin de répondre à la question de recherche, un devis mixte de type séquentiel a été utilisé. Ce type de devis comporte une première phase qui informe la collecte et l'analyse des données de la deuxième phase (Nha Hong et al., 2018). Ce devis qui amène à considérer diverses perspectives a permis de répondre de façon plus complète à la question de recherche.

2.1. Phase 1 – Approche quantitative

Une première phase de recherche quantitative descriptive a été mise en œuvre à l'été 2022. Celle-ci interrogeait les intervenants œuvrant au sein des ressources d'hébergement ainsi que les usagers de ces ressources. Cette phase a permis de dresser un portrait des pratiques orientées vers le rétablissement au sein des ressources par l'utilisation d'un questionnaire validé. La chercheuse étudiante a elle-même recueilli les données auprès des usagers tandis que le projet « À portée de mains » de Briand et al. (2022) ont partagé leurs données recueillies auprès des intervenants à l'aide du même questionnaire standardisé, et ce, à un mois d'intervalle. Enfin, nous avons exclu les familles de la phase quantitative afin de ne pas surcharger leur expérience de participation à une recherche puisque d'autres études avaient vécu une difficulté à recruter les familles (Larivière et al. 2020).

2.2. Phase 2 - Approche qualitative

Une deuxième phase qualitative a permis de clarifier la perception des diverses parties prenantes quant aux pratiques orientées vers le rétablissement à partir du vécu expérientiel des divers participants(es). Des entrevues individuelles menées auprès des usagers et des groupes de discussion focalisée ont aussi permis d'identifier les facteurs favorisant et ceux faisant obstacle à ces pratiques. Enfin, des questionnaires qualitatifs ont été proposés aux familles.

2.3. Courant épistémologique

La définition du rétablissement étant subjective et personnelle, définie selon le vécu et les perceptions de la personne, il nous apparaît évident, à la lumière de son cadre théorique, que ce concept se glisse au cœur d'un courant ontologique constructiviste. L'étude du rétablissement donne la parole aux personnes vivant avec un trouble mental ainsi qu'à leur proche et aux intervenants(es) accompagnant les usagers vers le rétablissement. Utilisant ce paradigme, la présente recherche partage le postulat selon lequel la réalité se construit de façon subjective (Gaudet et Robert, 2018). Celle-ci permettra d'obtenir un regard croisé des différentes parties prenantes sur les services actuels, mettant en avant-plan la construction d'une réalité subjective issue des perceptions et du vécu expérientiel des acteurs concernés. Cette réalité sera définie selon un contexte ciblé et qui ne vise donc pas l'universalité.

De par ma longue expérience de travail au sein des RE, j'ai eu recours à une approche teintée par le courant ethnographique. J'ai effectivement été immergée dans l'univers des ressources résidentielles pendant plus de vingt ans. En tant qu'éducatrice spécialisée et responsable d'unité de vie, j'ai accompagné quotidiennement les usagers dans leurs objectifs de réadaptation et de rétablissement. L'influence du courant ethnographique permet de mieux comprendre le sens que les parties prenantes donnent à leurs actions (Lafantaisie et al. 2018). Plus particulièrement, mon expérience a orienté le volet qualitatif de cette recherche puisque je débutais avec une connaissance pratique des milieux à l'étude. Je me suis toutefois inspirée plus particulièrement d'une approche ethnographique réaliste afin de rapporter le plus objectivement possible le récit des participants sans en dénaturer la signification par ma propre perception de la situation (Creswell, 2007). Il est important de souligner qu'aucune observation n'a fait l'objet d'une compilation des données dans le cadre de cette recherche.

2.4. Critère d'inclusion et d'exclusion

Cette étude a sollicité trois groupes d'acteurs clés dans les ressources résidentielles, soit les usagers et les intervenants(es) œuvrant directement dans le milieu d'hébergement et les familles.

2.4.1. Les usagers. Les usagers concernés sont des personnes vivant au sein d'une ressource d'établissement : foyer de groupe, appartement supervisé ou ressource transitoire. Certains critères d'inclusion ont été utilisés pour la sélection des usagers. Les participants(es) devaient être âgés de 18 à 64 ans, ils devaient bien comprendre le français et demeurer au sein d'une ressource d'établissement (RE) depuis au moins six mois. Cette étude excluait les usagers souffrant d'un trouble neurocognitif grave ou éprouvant de la difficulté à comprendre le but et les objectifs liés à l'étude.

2.4.2. Les intervenants. Les critères d'inclusion et d'exclusion associés aux intervenants variaient légèrement entre le volet quantitatif et qualitatif. Les groupes de discussion focalisée étaient ouverts aux intervenants œuvrant au sein des ressources d'établissement et ayant l'un des titres d'emploi suivants : éducateurs (rices) spécialisés (ées), responsable d'unités de vie, infirmiers(ères) et ASSS. Nous avons exclu de cette phase la participation de chef de service et de SAC dont la participation était acceptée lors du volet

quantitatif. Le but de l'exclusion de la phase qualitative était de ne pas influencer la participation des intervenants (es). Pour les mêmes raisons, un foyer de groupe a été exclu puisque la chercheuse étudiante y travaillait alors comme RUV. De plus, pour les deux phases de la recherche, les intervenants devaient travailler au sein de leur ressource d'hébergement depuis plus de six mois.

2.4.3. Les proches. À leur tour, les proches devaient avoir des contacts directs avec un usager demeurant depuis plus de six mois à sa ressource d'hébergement. Ils devaient aussi avoir des contacts réguliers (au moins une fois par mois) avec les membres du personnel de la ressource. Les proches considérés dans cette étude impliquaient toute personne offrant du soutien à la personne hébergée.

3. Considération éthique

Le présent mémoire a fait l'objet d'une approbation éthique par le CER d'un CIUSSS de la région de Montréal (2022-2682) en date du 2 mai 2022 ainsi que par le CER de l'UQO (2023-1787) en date du 10 mai 2022. (Annexe A)

Afin de répondre aux exigences éthiques, certains éléments ont été pris en considération et ont été consignés dans les formulaires de consentement (Annexe B, Annexe C et Annexe D). D'abord, aucun risque n'était associé à la recherche. Toutefois, des ressources d'aide étaient prévues au cas où les participant(es) vivraient des inconforts. À la fin de chaque rencontre, la chercheuse s'enquerrait de l'état émotionnel de la personne. La recherche suggérait certains avantages dont le fait de pouvoir émettre son opinion sur les services reçus ou offerts. Dans tous les cas, la participation à la recherche était volontaire. Chaque participant s'est vu un délai de réflexion de cinq jours avant d'accepter sa participation. Pour les usagers, le consentement a été demandé par écrit à la phase quantitative et a été renouvelé verbalement lors de la phase qualitative. En tout temps, les participants pouvaient se retirer de l'étude. Suite à leur désistement, les usagers pouvaient demander que les données recueillies ne soient pas utilisées dans le cadre de la présente étude. Concernant les intervenants désirant se désister de l'étude, ils pouvaient demander la destruction partielle des données fournies dans le cadre de ce projet en demandant le retrait du formulaire sur les

caractéristiques personnelles. Les données recueillies sont gardées de façon confidentielle dans un dossier de recherche protégé. Les participants ont été identifiés par un numéro de code et la clé du code reliant le nom au dossier de recherche est conservée par la chercheuse étudiante uniquement.

Outre les mesures associées à l'éthique procédurale, il nous apparaissait nécessaire de prendre en compte l'éthique pratique dont Caldaïrou-Besette et al. (2017) situe dans la micro-éthique et qui se réfère à « l'éthique du dialogue, de la rencontre et de l'attention » (Martineau, 2007, p. 77). Dans le cas de la présente recherche, être à l'écoute a pris forme lors d'une entrevue alors qu'une participante présentait des signes de fatigue et commençait à être envahie par des symptômes de nature psychotique. Nous avons jugé nécessaire d'adopter une position davantage clinique, en sortant de notre rôle de chercheuse afin d'offrir un soutien à la personne et valider son état de bien-être. Cette position rappelle celle de Caldaïrou-Besette et al. (2017) qui stipule que la posture scientifique ne peut être affranchie des implications personnelles dans la recherche qualitative impliquant des personnes vivant en situation de vulnérabilité.

Dans le cadre des entrevues individuelles auprès des usagers et des groupes de discussion focalisée auprès des intervenants, il nous apparaissait important de porter une attention à notre manière d'être lors des entrevues afin d'éviter les biais de désirabilité sociale. Pour ce faire, nous avons utilisé de façon systématique un exercice de réflexivité colligé dans un journal de bord.

De plus, une attention a été portée à ne pas instrumentaliser les participants. La chercheuse étudiante s'est engagée à communiquer les résultats à l'ensemble des milieux d'intervention. Les participants ont d'ailleurs été amenés à clarifier ou à suggérer de quelle façon ils aimeraient recevoir ces résultats.

4. Les participants à l'étude

4.1. Phase quantitative

4.1.1. Le recrutement. Le recrutement des usagers, pour la phase quantitative, a débuté au mois de mai 2022. Pour ce faire, nous avons présenté notre projet en réunion d'équipe au sein des divers milieux d'hébergement. Nous avons, par la même occasion, distribué les affiches du projet et une lettre de recrutement à remettre aux usagers intéressés (voir Annexe E et Annexe F). Les usagers pouvaient communiquer directement par téléphone avec la chercheuse étudiante ou demander à leur intervenant de communiquer avec nous, à la suite de quoi, la chercheuse étudiante contactait directement la personne. La participation à l'étude était alors expliquée, par téléphone, au moment de la prise de rendez-vous. Les participant(es) avaient un minimum de cinq jours pour réfléchir à leur participation. Au moment convenu, un questionnaire validé était administré aux usagers afin de brosser un premier portrait des pratiques orientées vers le rétablissement au sein des ressources d'hébergement. Le questionnaire a été complété par les usagers en présence de la chercheuse étudiante, en même temps que le formulaire de consentement et un questionnaire sur les caractéristiques personnelles. Les rencontres ont eu lieu dans un local fermé de la résidence afin d'assurer la confidentialité. La cueillette de données de la phase quantitative s'est déroulée du 20 juin au 11 juillet alors que 15 usagers ont été recrutés.

Aussi, en juillet 2022, les données recueillies auprès de 32 intervenants nous ont été transmises via le projet de recherche « *À portée de mains* » de Briand et al. (2022) parmi lesquelles 24 intervenants correspondaient à nos critères de recherche.

4.1.2. Les usagers. Ainsi, sur 15 usagers recrutés à la phase quantitative, nous avons dû exclure les données recueillies auprès d'une participante qui n'était pas en mesure de bien comprendre les questions et le mode de réponse au questionnaire. Parmi les 14 participants restants, sept demeuraient en foyer de groupe, deux en appartement supervisé et cinq provenaient des ressources transitoires. Initialement, nous avions l'objectif de recueillir un minimum de 12 usagers provenant de différents milieux. Nous considérons donc notre objectif comme atteint. Parmi les 14 participants, on retrouve quatre femmes (28,57 %) et 10 hommes (71,43 %). Sept participants (es) demeuraient en foyer de groupe (50 %), deux en appartement supervisé (14,29 %) et cinq en ressource transitoire (35,71 %). La durée de leur séjour variait entre six mois et trois ans. Plus particulièrement, cinq participants demeuraient à la ressource depuis un peu moins d'un an (35,71 %), tandis que huit y demeuraient depuis 1 à

2 ans (57,14 %) et un participant y vivait depuis 2 à 3 ans (7,14 %). Les âges étaient répartis entre 18 et 64 ans dont deux étaient âgés entre 18 à 25 ans (14,29 %), six entre 26 et 35 ans (42,86 %), deux entre 36 et 50 ans (14,29 %) et quatre entre 51 et 64 ans (38,57 %). Les participants (es) étaient soit en emploi (N=2 ; M=14,29 %), aux études (N=1 ; M=7,14 %), inscrits à une PAAS-Action (N=1 ; M=7,14 %), dans une activité structurée de la communauté (N=2 ; M=14,29 %) ou sans occupation (N=8 ; M=57,14 %). Les revenus provenaient de diverses sources : emploi (N=3 ; M=21,43 %), sécurité du revenu (n=10 ; M=71,43 %) et régie des rentes (N=1 ; 7,14 %). Au niveau de l'état civil, 11 participants (es) étaient célibataires (78,57 %), deux en couple (14,29 %) et un divorcé (7,14 %). D'autres types de liens sociaux étaient mis de l'avant dont 10 participants sur 14 avaient des liens sociaux avec leurs parents (71,43 %), neuf avec leur fratrie (64,29 %), un participant avait des liens avec ses enfants (7,14 %), trois avec la famille élargie (21,43 %) et huit affirmaient avoir des amis (57,14 %). (Tableau 3)

Tableau 3

Caractéristiques des usagers participant à l'étude

Caractéristiques	Phase quantitative		Phase qualitative	
	N (14)	%	N (6)	%
Sexe				
Femme	4	28,57	2	33,33
Homme	10	71,43	4	66,67
Âge				
18 à 25 ans	2	14,29	1	16,67
26 à 35 ans	6	42,86	2	33,33
36 à 50 ans	2	14,29	1	16,67
51 à 64 ans	4	28,57	2	33,33
Type de ressource				
Foyer de groupe	7	50	2	33,33
Appartement supervisé	2	14,29	2	33,33
Résidence transitoire	5	35,71	2	33,33
Durée de séjour à la ressource				
Moins d'un an	5	35,71	3	50
Entre 1 et 2 ans	8	57,14	3	50
Entre 2 et 3 ans	1	7,14	0	0
Entre 3 et 4 ans	0	0,00	0	0
Depuis plus de 5 ans	0	0,00	0	0

Occupation				
En emploi	2	14,29	1	16,67
Aux Études	1	7,14	0	0
PAAS-Action / entreprise d'insertion social	1	7,14	0	0
Bénévolat	0	0,00	0	0
Activités structurées	2	14,29	1	16,67
Aucune de ces réponses	8	57,14	4	66,67
État civil				
Célibataire	11	78,57	3	50
En couple	2	14,29	2	33,33
Marié	0	0,00	0	0
Séparé/divorcé	1	7,14	1	16,67
Liens sociaux				
Parents	10	71,43	4	66,67
Enfants	1	7,14	1	16,67
Fratrie	9	64,29	3	50
Famille élargie	3	21,43	0	0
Ami	8	57,14	6	100
Revenu				
Revenu d'emploi	3	21,43	1	16,67
Assurance chômage	0	0,00	0	0
Sécurité du revenu	10	71,43	5	83,33
Assurance salaire privée	0	0,00	0	0
Revenus de placements	0	0,00	0	0
Régie des rentes	1	7,14	0	0

4.1.3. Les intervenants. Pour la phase quantitative, nous avons utilisé les données associées au projet de recherche « *À portée de main, les meilleures pratiques de réadaptation axée vers le rétablissement* » (MP-12-2021-2511) de Briand et son équipe (2022). Cette équipe nous a transmis les données recueillies auprès de 32 participants parmi lesquels nous avons exclu les données d'intervenants travaillant au sein des ressources de gérontopsychiatrie. Une fois le tri fait, nous avons utilisé les données de 24 participants(es) parmi lesquels 15 éducateurs (rices) spécialisés (ées) (62,50 %), trois responsables d'unité de vie (12,5 %), quatre infirmiers (ères) (16,67 %), une spécialiste en activités cliniques (4,17 %) et un chef de service (4,17 %). Ces participants (es) comprenaient 16 femmes (66,66 %) et huit hommes (33,33 %). Les âges étaient répartis entre 18 et 64 ans dont trois étaient âgés

entre 18 à 25 ans (12,5 %), six entre 26 et 35 ans (25 %), sept entre 36 et 50 ans (29,17 %) et huit entre 51 et 64 ans (33,33 %). L'ensemble des répondants travaillait à temps plein soit en foyer de groupe (N=7 ; M=29,17 %), en appartement supervisé (n=6 ; M=25 %) ou en ressource transitoire (N=11 ; M=45,83 %). Ils travaillaient, à leur ressource respective, depuis un certain nombre d'années soit depuis moins d'un an pour cinq participants (20,83 %), entre 1 et 2 ans pour cinq participants (20,83 %), entre deux et cinq ans pour six participants (25 %), entre cinq et 10 ans pour quatre participants (16,67 %) et depuis plus de 10 ans pour quatre participants (16,67 %). Ils étaient principalement titulaires d'un diplôme d'études collégial (N=19 ; M=79,17 %) sinon d'un certificat de niveau universitaire (N=1 ; M=4,17 %), d'un baccalauréat (N=3 ; M=12,5 %) ou d'une maîtrise (N=1 ; M=4,17 %). De plus, 20 participants sont nés au Canada tandis que quatre sont nés à l'extérieur du pays. Enfin, 20 participants(es) se décrivaient d'origine caucasienne tandis qu'un était d'origine roumaine (4,17 %), un d'origine latino (4,17 %), un d'origine haïtienne (4,17 %) et un d'origine arabe (4,17 %). **(Tableau 4)**

Tableau 4

Caractéristiques des intervenants participant à l'étude

Caractéristique	Phase quantitative		Phase qualitative	
	N (24)	%	N (12)	%
Genre				
Femme	16	66,66	6	50
Homme	8	33,33	6	50
Âge				
Entre 18 et 25 ans	3	12,5	0	0
Entre 26 et 35 ans	6	25	5	41,67
Entre 36 et 50 ans	7	29,17	4	33,33
Entre 51 et 64 ans	8	33,33	3	25
65 ans et +	0	0	0	0
Titre d'emploi				
Éducateurs spécialisés	15	62,5	6	50
Responsable d'unité de vie	3	12,5	5	41,67
Infirmier (ère)	4	16,67	1	8,33
ASSS	0	0	0	0
SAC	1	4,17	--	--
Chef de service	1	4,17	--	--
Type de ressource				
Foyer de groupe	7	29,17	4	33,33
Appartement supervisé	6	25	4	33,33

Ressource transitoire	11	45,83	4	33,33
Combien d'heures par semaine				
Temps complet	24	100	12	100
Temps partiel	0	0	0	0
Dernier diplôme obtenu				
Diplôme d'études collégial	19	79,17	10	83,33
Certificat	1	4,17	2	16,67
Baccalauréat	3	12,5	0	0
Maîtrise	1	4,17	0	0
Année à la ressource				
Moins d'un an	5	20,83	0	0
Entre 1 et 2 ans	5	20,83	1	8,33
Entre 2 et 5 ans	6	25	2	16,67
Entre 5 et 10 ans	4	16,67	4	33,33
Plus de 10 ans	4	16,67	5	41,67
Lieu de naissance				
Canada	20	83,33	12	100
Extérieur du Canada	4	16,67	0	0
Groupe ethnique				
Roumain	1	4,17	0	0
Latino	1	4,17	0	0
Caucasien	20	83,33	12	100
Hàïtien	1	4,17	0	0
Arabe	1	4,17	0	0
Formation sur le rétablissement				
Oui	--	--	6	50
Non			6	50

4.2. Phase qualitative

4.2.1. Le recrutement. En septembre 2022, les affiches de recrutement (Annexe G) et les troussees adressées aux familles et aux proches ont été distribuées dans les ressources d'hébergement. Celle-ci contenait le questionnaire qualitatif, le questionnaire sur les caractéristiques personnelles, une liste de ressources de soutien pour la famille, l'énoncé de consentement, la lettre explicative du projet (Annexe H) et une enveloppe de retour. La participation était anonyme. Les intervenants distribuèrent les enveloppes aux proches et ceux-ci pouvaient retourner le questionnaire au bureau de la chercheuse étudiante dans l'enveloppe de retour fournie en cet effet. La date limite de retour était le 14 octobre 2022.

En ce qui concerne les entrevues individuelles avec les usagers, celle-ci ont eu lieu en présence, au domicile de la personne ou dans un local de rencontre de la ressource du 24 septembre au 5 octobre 2022. Les participants(es) étaient ceux et celles qui avaient mentionné leur intérêt lors de la phase quantitative. Le moment de l'entrevue a été planifié lors d'une relance téléphonique. La chercheuse étudiante s'assurait que la personne était toujours en accord avec la participation à l'étude. La durée prévue était de 45 minutes, selon les capacités d'attention de la personne.

Concernant la participation des intervenants, en septembre 2022, l'affiche et les lettres de recrutement ont été distribuées par courriel aux RUV de chacune de ressource (Annexe I, Annexe J). Les intervenants pouvaient communiquer directement avec la chercheuse étudiante ou donner leur nom aux responsables. Trois groupes ont été formés : un au sein des foyers de groupe, un au sein des appartements supervisés et un au sein des ressources transitoires. Un groupe pouvait accueillir des intervenants de différentes ressources similaires. Par exemple, un groupe comprenait des participants(es) provenant de trois foyers de groupe distincts. Les groupes de discussion ont eu lieu du 20 octobre au 9 novembre 2022. Leur durée était de 90 à 120 minutes. Le formulaire de consentement était préalablement expliqué aux participants, notamment en ce qui concerne les aspects associés à la confidentialité. Un accord de confidentialité était d'ailleurs formulé verbalement par les membres du groupe.

4.2.2. Les usagers. Parmi les 14 participants (es) ayant participé à la phase quantitative, huit avaient mentionné leur intérêt afin de participer à la phase qualitative prévue au mois de septembre 2022. À ce moment, deux participants n'étaient pas en mesure de poursuivre leur participation pour des raisons de santé. Six participants (es) ont donc été interrogés dans le cadre d'une entrevue individuelle d'environ 45 minutes. Parmi ces participants(es) deux étaient des femmes (33,33 %) et quatre étaient des hommes (66,67 %). Deux demeuraient en foyer de groupe (33,33 %), deux en appartement supervisé (33,33 %) et deux dans une ressource transitoire (33,33 %). La durée de leur séjour variait entre six mois et deux ans. Plus particulièrement, trois participants (es) demeuraient à la ressource depuis un peu moins d'un an (50 %), tandis que trois y demeuraient depuis un et deux ans (50 %). Les âges étaient répartis entre 18 et 64 ans dont un était âgé de 18 à 25 ans (16,67 %), deux de 26 à 35 ans (33,33 %), un de 36 à 50 ans (16,67 %) et deux de 51 à 64 ans (33,33 %). Les

participants (es) étaient soit en emploi (N=1 ; M=16,67 %), dans une activité structurée de la communauté (N=1 ; M=16,67 %) ou sans occupation (N=4 ; M=66,67 %). Les revenus provenaient de diverses sources : emploi (N=1 ; M=16,67 %) et sécurité du revenu (N=5 ; M=83,33 %). Au niveau de l'état civil, trois étaient célibataires (50 %), deux en couple (33,33 %) et un divorcé (16,67 %). D'autres types de liens sociaux étaient mis de l'avant dont quatre participants (es) sur six avaient des liens sociaux avec leurs parents (66,67 %), trois avec leur fratrie (50 %), un participant avait des liens avec ses enfants (16,67 %) et six affirmaient avoir des amis (100 %). (Voir tableau 3)

4.2.3. Les intervenants(es) œuvrant directement dans le milieu. Les

intervenants(es) ayant participé aux groupes de discussion focalisés lors de la phase qualitative ne sont pas nécessairement ceux et celles ayant complété le RSA lors de la phase quantitative. Parmi les intervenants, nous avons recruté 12 participants(es) pour trois groupes de discussion focalisés dans le but d'arriver à saturation des données. Suivant le minimum requis pour composer un groupe de discussion focalisé (Baribeau, 2009), trois groupes étaient composés de quatre intervenants(es). Parmi les 12 participants (es), six étaient éducateurs (rices) spécialisés (ées) (50 %), six responsables d'unités de vie (41,67 %) et une infirmière (8,83 %). Aucun ASSS n'a souhaité participer. Ces participants (es) comprenaient six femmes (50 %) et six hommes (50 %). Les âges étaient répartis entre 18 et 64 ans dont cinq étaient âgés de 26 à 35 ans (41,67 %), quatre de 36 à 50 ans (33,33 %) et trois de 51 à 64 ans (25 %). L'ensemble des répondants(es) travaillait à temps plein soit en foyer de groupe (N=4 ; M=33,33 %), en appartement supervisé (N=4 ; M=33,33 %) ou en ressource transitoire (N=4 ; M=33,33 %). Ils travaillaient, à leur ressource respective, depuis un certain nombre d'années soit entre un et deux ans pour un participant (8,33 %), entre deux et cinq ans pour deux participants(es) (16,67 %), entre cinq et 10 ans pour quatre participants(es) (33,33 %) et depuis plus de 10 ans pour cinq participants(es) (41,67 %). Ils étaient principalement titulaires d'un diplôme d'études collégial (N=10 ; M=83,33 %) sinon d'un certificat de niveau universitaire (N=2 ; M=16,67 %). De plus, 12 participants(es) sont nés au Canada et se décrivaient comme caucasien(ne). (Voir tableau 4).

4.2.4. Les familles et les proches. Le travail de partenariat avec la famille se trouve au cœur même du plan d'action en santé mentale 2022-2026 (MSSS, 2022). Il nous apparaissait

donc important d'inclure ces acteurs clés dans un projet de cette nature. Nous souhaitons recruter au minimum cinq familles/proches d'usagers demeurant depuis plus de six mois au sein de leur ressource d'hébergement. En tout, neuf questionnaires ont été distribués aux familles/proches par les intervenants des diverses ressources. Un seul questionnaire nous a été retourné sans toutefois avoir été rempli en entier. Le contenu des écrits ne nous a malheureusement pas permis de répondre à la question de recherche. La participation a donc été exclue. Aucun autre proche n'a pris contact avec nous.

5. Instruments de cueillettes de données

Afin de pouvoir répondre à nos questions de recherche, nous avons utilisé un devis mixte. Dans un premier temps, l'utilisation d'un instrument de mesure quantitatif a permis d'obtenir un portrait des pratiques orientées vers le rétablissement selon la perception des intervenants et des usagers. Pour se faire, la version française du *Recovery Self-Assessment* (RSA) a été utilisée. L'analyse de ces données a permis d'orienter la cueillette de données à la phase qualitative. En tout, six entrevues individuelles semi-dirigées ont été menées auprès d'usagers et trois groupes de discussion focalisée ont été menés auprès des intervenants à l'aide d'un guide d'entrevue inspiré du modèle CHIME (Slade et al., 2012) et de l'analyse des résultats de recherche à la phase quantitative. Enfin, un questionnaire qualitatif a été offert aux familles des personnes résidant en ressource d'hébergement.

5.1. Phase quantitative

5.1.1. Recovery Self-Assessment (RSA). Williams et al. (2012) ont effectué une revue systématique des outils d'évaluation du rétablissement. Ils ont identifié que le RSA était l'outil qui s'appuyait le plus sur un cadre conceptuel basé sur des données empiriques. Cet outil permet aux diverses parties prenantes de partager leur point de vue sur les services offerts (Piat et al., 2015). Le *Recovery Self-Assessment* (RSA) de O'Connell et al. (2007), traduit en version française par Bisson et al. (2007) et adapté à l'hébergement par Piat et al. (2015) a donc été utilisé dans le cadre de la présente recherche. Le RSA présente une consistance interne adéquate avec un alpha de Cronbach entre 0.76-0.90 (Williams et al., 2012). Selon Burgess et al. (2011), le RSA aurait aussi une validité concurrente satisfaisante. Cet outil comporte 32 items répartis en six dimensions. Le projet de vie interroge, entre

autres, les objectifs de vie, les activités vocationnelles et communautaires. L'implication des usagers questionne, quant à lui, l'implication dans la communauté, à la résidence et dans la formation du personnel. La diversité des options de traitement s'intéresse au soutien à la sexualité et à la spiritualité, aux réseaux d'entraide et aux possibilités d'hébergement. Le choix des usagers interroge, entre autres, la possibilité de changer d'intervenant, le choix dans les soins et l'accès au dossier. Les services personnalisés explorent l'offre de service en fonction de la culture et l'inclusion des proches dans le suivi. Enfin, l'environnement accueillant interroge l'accueil des intervenants et la qualité des lieux. Les répondants indiquent leurs réponses sur une échelle de Likert en cinq points allant de (1) fortement en désaccord à (5) fortement en accord. Le choix N/A (non applicable) était ajouté pour chacun des items.

5.2. Phase qualitative

5.2.1. Guide d'entrevue semi-dirigée avec les usagers. L'entrevue semi-dirigée permet au chercheur d'établir un contact direct avec les participants(es) dans le but de recueillir les informations nécessaires à la compréhension de certains phénomènes tels que vécus par eux (Fortin et Gagnon, 2016). Le guide d'entrevue se veut un outil pour orienter et alimenter la discussion selon divers thèmes déterminés (Fortin et Gagnon, 2016). Ces entrevues étaient basées sur les résultats obtenus lors de la phase qualitative. Elles reprenaient donc principalement les thèmes abordés par le questionnaire RSA. Elles étaient divisées en trois thèmes, soit 1) un retour sur les résultats de la phase quantitative 2) une discussion sur les pratiques des intervenants pouvant avoir un impact favorable ou défavorable sur les différentes dimensions associées à leur rétablissement et 3) une discussion sur les pistes d'amélioration possibles en lien avec leur milieu d'hébergement pour favoriser leur processus de rétablissement. Les participants(es) avaient la liberté de sortir du cadre d'entrevue afin de personnaliser leur expérience en lien avec leur vécu en ressource d'hébergement. En tout, six usagers ont participé aux entrevues individuelles. (Voir Annexe K).

5.2.2. Guide d'entrevue pour l'animation du groupe de discussion auprès des intervenants(es). Le groupe de discussion est un type d'entrevue où un petit nombre de participants(es) sont interrogés (Gaudet et Robert, 2018) par un chercheur qui jouera un rôle

de modérateur dans le groupe (Fortin et Gagnon, 2016). Suivant les recommandations de Van der Maren (2010), la maquette de l'entretien a été remise par courriel aux participants(es) une semaine à l'avance. Les thèmes proposés à ce groupe ont été les suivants : 1) présentation des résultats du volet quantitatif et réaction, 2) discussion sur des thèmes associés au rétablissement (vécu, rôle, facilitateurs, enjeux) et 3) une discussion sur les pistes d'amélioration afin de favoriser la pratique orientée vers le rétablissement. (Annexe L).

5.2.3. Questionnaire qualitatif pour la famille et les proches. Le questionnaire qualitatif est un outil de collecte de données qui permet de recueillir un ensemble de données sous forme de réponse écrite (Fortin et Gagnon, 2016). Dans le cas du présent questionnaire, celui-ci contenait uniquement des questions ouvertes permettant de recueillir les perceptions, opinions et croyances des gens qui devaient y répondre. Ce questionnaire interrogeait plus particulièrement les pratiques favorisant ou freinant le rétablissement en fonction des dimensions du rétablissement. Exemple : en pensant au soutien qui est actuellement offert à la résidence de votre proche, qu'est-ce qui, selon vous, favorise l'espoir ? Le questionnaire interrogeait aussi le rôle de la famille dans le rétablissement d'une personne vivant en hébergement ainsi que les pistes de solution pour améliorer l'accompagnement vers le rétablissement. (Annexe M).

5.2.4. Journal de bord complété par la chercheuse étudiante. Un journal de bord a été utilisé tout au long de la phase qualitative afin d'identifier certaines idées clés, résumer les contenus et noter les éléments semblables ou discordants. De plus, une place a été laissée pour la réflexivité, définie par Finlay (2002) comme étant la conscience de soi. Ainsi, la chercheuse étudiante a fait des efforts afin de diminuer au maximum les effets de sa présence lors des entrevues en portant attention à ses réactions et ses interventions. Le but est de diminuer les risques associés au biais personnel (Fortin et Gagnon, 2016), par une analyse réflexive des interactions entre la chercheuse et les participant(es) (Finlay, 2002). Cet outil a été utilisé après chacune des entrevues individuelles et des groupes de discussion focalisés. En plus, l'utilisation du journal de bord comme instrument de collecte de données a favorisé la triangulation des données telle que suggérée par Baribeau (2005). (Annexe N)

5.2.5. Questionnaire sur les caractéristiques des participants. Pour tous les participants(es) à l'étude (usagers, intervenants(es) et famille) un questionnaire sur les caractéristiques du participant(es) était rempli. Ce questionnaire permettait de décrire la population ayant participé à l'étude. Pour les intervenants (es), le questionnaire interrogeait les caractéristiques personnelles (p. ex. genre, âge) et l'expérience scolaire et professionnelle. Pour les usagers, le questionnaire interrogeait les caractéristiques personnelles (p. ex. genre, âge), les informations associées à l'expérience d'hébergement (type de ressource, durée, etc.), leur occupation (emploi, études, etc.), leurs liens sociaux (état civil et autres liens) ainsi que leur source de revenus. Pour la famille, cette section questionnait les caractéristiques personnelles (p. ex. genre, âge), familiales (p. ex. lien de parenté) et de soutien (p. ex. services reçus, participation au suivi). (Annexe O, Annexe P et Annexe Q).

6. Méthode d'analyse des données

Des données quantitatives et qualitatives ont été recueillies auprès de deux populations à l'étude : usagers et intervenants. Le but du devis mixte séquentiel était d'éclaircir les résultats de l'analyse quantitative. L'analyse des données qualitatives devait donc permettre une compréhension plus profonde en mettant en lumière les expériences personnelles des différents acteurs (Creswell et Plato Clark, 2017). Pour se faire, des analyses statistiques ainsi que des analyses qualitatives ont été exécutées.

6.1. Analyses quantitatives

Afin de pouvoir répondre à notre première question de recherche, soit d'explorer le point de vue des différentes parties prenantes quant à la mise en place des principes orientés vers le rétablissement, des statistiques descriptives (moyennes) ont été réalisées afin d'obtenir les moyennes obtenues pour chaque item. De façon plus spécifique, les données recueillies au RSA ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS (version 28.0.1). Afin de déterminer si une différence significative existait dans les scores obtenus au RSA entre les usagers et les intervenants, le test non paramétrique U-Mann Whitney pour échantillons indépendants a été utilisé en raison de la petite taille des échantillons. Ce test permet de vérifier l'hypothèse nulle stipulant que la distribution des deux groupes est égale (Fortin et Gagnon, 2016). Ces analyses ont permis d'orienter la collecte de données de la phase qualitative.

6.2. Analyses qualitatives

Des données qualitatives ont été recueillies lors des entrevues individuelles avec les usagers et les groupes de discussion avec les intervenants (es). Ces activités de cueillettes de données ont été enregistrées afin de pouvoir effectuer une retranscription épurée du verbatim. En effet, certaines données n'ont pas été retranscrites. Par exemple, lorsque la personne contait une anecdote qui n'était pas en lien avec la question de recherche ou encore lorsque la personne avait un dialogue avec ses voix.

Pour ce faire, une analyse de contenu inductive a été sélectionnée pour traiter l'ensemble des données qualitatives recueillies. Le logiciel NVIVO 12 a été utilisé afin de faciliter le codage, l'organisation et le triage des données (Fortin et Gagnon, 2016) dans le but de découvrir les thèmes émergents. Une relecture des thèmes a été faite par une étudiante doctorale en psychologie. Les évaluatrices se sont assurées d'une compréhension commune de chacun des thèmes associés aux questions de recherche. Elles ont par la suite comparé leurs cotations. Certains codes ont été modifiés afin d'assurer une meilleure compréhension. Par exemple, l'item « connaissance des ressources » est devenu « connaissance des ressources communautaires ». Le degré d'accord interjuge global a été calculé à partir d'une grille de calcul Excel. Nous avons obtenu un coefficient de Kappa de 0.86, ce qui est jugé comme excellent par plusieurs auteurs (Landis et Koh, 1977 ; Fleiss et al. 2003).

6.3. L'intégration des phases

Les résultats de la recherche ont fait l'objet d'une triangulation des données descriptives liées aux perceptions des diverses parties prenantes. Le but de cette approche était notamment d'enrichir le matériel et de renforcer les résultats (Roy, 2018). Les éléments où l'analyse quantitative a mis en évidence des scores élevés, bas ou des différences significatives entre les différentes parties prenantes ont été précisés dans la phase qualitative. La compréhension a été approfondie par l'analyse des perceptions des différentes parties prenantes. Ainsi, il en a émergé une meilleure compréhension des facteurs facilitants et les obstacles à l'actualisation des pratiques concrètes orientées vers le rétablissement au sein des ressources d'établissement du CIUSSS.

Quatrième chapitre – Les résultats

Les analyses réalisées en lien avec les données quantitatives et qualitatives nous ont permis d'effectuer une triangulation des données mettant en lumière les perceptions des résidents et des intervenants en lien avec les pratiques orientées vers le rétablissement. Leurs perceptions s'articulent autour de sept thèmes, qui organiseront la présentation des résultats : le projet de vie, l'implication des usagers, la diversité des options de traitement, le choix des usagers, les services personnalisés, l'environnement accueillant et le rétablissement des familles. De plus, l'analyse des données qualitative a permis de cerner les facteurs faisant obstacle et ceux favorisant les pratiques orientées vers le rétablissement. Celles-ci sont associées à des caractéristiques de la clientèle, des familles, des intervenants, aux caractéristiques sociétales, organisationnelles et associées aux partenariats.

1. Perception des pratiques orientées vers le rétablissement

L'analyse des réponses au RSA a permis de constater que les usagers évaluaient globalement les pratiques de façon plus positive ($M=4,09$) que les intervenants ($M=4,00$) (Tableau 5).

Tableau 5

Analyse de la Moyenne et U-Mann Whitney par domaine

Dimensions	Groupe	N	Moy	Rang moyen	Somme des rangs	U	P
Projet de vie	Usagers	14	4,27	22,32	312,50	128,5	0,231
	Intervenants	24	4,09	17,85	428,50		
Implication des usagers	Usagers	14	3,79	20,93	293,00	148	0,543
	Intervenants	24	3,76	18,67	448,00		
Diversité des options de traitement	Usagers	14	3,30	13,75	192,50	87,5	0,014*
	Intervenants	24	4,02	22,85	548,50		
Choix des usagers	Usagers	14	4,02	19,93	279,00	162	0,855
	Intervenants	24	4,07	19,25	462,00		
Services personnalisés	Usagers	14	4,67	29,00	406,00	35	<, 001*
	Intervenants	24	3,86	13,96	335,00		

Environnement accueillant	Usagers	14	4,36	21,21	297,00	144	0,709
	Intervenants	24	4,27	18,50	444,00		
Global	Usagers	14	4,09	20,43	286,00	155	0,694
	Intervenants	24	4,00	18,96	455,00		

* $p < .05$

Le test U-Mann Whitney n'a toutefois soulevé aucune différence significative entre les deux groupes (Tableau 5). Chez les usagers, on retrouve une cote plus élevée pour quatre des six domaines présents au RSA : le soutien au projet de vie, l'implication des usagers, les services personnalisés, le choix des usagers et l'environnement accueillant. Les dimensions associées à la diversité des options de traitement et au respect du choix des usagers ont reçu une cote plus élevée de la part des intervenants. Aussi, le domaine ayant obtenu la cote la plus élevée chez les usagers est associé aux services personnalisés ($M=4,67$) tandis que la cote la plus faible est attribuée à la diversité des options de traitement ($M=3,3$). En ce qui concerne les intervenants, l'environnement accueillant a reçu la meilleure cote ($M=4,27$) tandis que le domaine le plus faible était l'implication des usagers ($M=3,76$). Des différences significatives entre les deux groupes ont été soulevées au test U-M-W dans deux domaines, soit la diversité des options de traitement ($p=0,014$) et l'offre de services personnalisés ($p < ,001$).

1.1. Soutenir le projet de vie

Le domaine associé au développement et au soutien du projet de vie de l'utilisateur a reçu une cote élevée de la part des usagers ($M=4,27$) et des intervenants ($M=4,09$). Le test U-Mann Whitney n'a relevé aucune différence significative entre ces deux groupes (Tableau 5). Un item de cette dimension s'est particulièrement démarqué alors que les usagers exprimaient fortement que les intervenants étaient en mesure de véhiculer l'espoir. En fait, il s'agit du deuxième item le mieux évalué par les usagers ($M=4,64$) (Annexe R).

Tableau 6 - Test U-Mann Whitney par item

Items	Groupe	N	Rang Moyen	Somme des rangs	U	P	
1	Accueil des intervenants	Usagers	14	17,54	245,50	140,5	0,277
		Intervenants	24	20,65	495,50		
2	Environnement invitant	Usagers	14	22,50	315,00	126	0,183
		Intervenants	24	17,75	426,00		
3	Véhiculer l'espoir	Usagers	14	21,07	295,00	146	0,444
		Intervenants	24	18,58	446,00		
4	Changement d'intervenant possible	Usagers	10	18,95	189,50	95,5	0,422
		Intervenants	23	16,15	371,50		
5	Accès au dossier	Usagers	11	19,82	218,00	112	0,459
		Intervenants	24	17,17	412,00		
6	Absence de pression	Usagers	14	18,29	256,00	151	0,688
		Intervenants	23	19,43	447,00		
7	Croire au rétablissement	Usagers	14	22,57	316,00	125	0,137
		Intervenants	24	17,71	425,00		
8	Croire à la capacité de gérer les symptômes	Usagers	14	23,43	328,00	113	0,081
		Intervenants	24	17,21	413,00		
9	Choix des usagers	Usagers	14	21,32	298,50	142,5	0,418
		Intervenants	24	18,44	442,50		
10	Respect des décisions (traitement/soin)	Usagers	14	19,50	273,00	168	1 000
		Intervenants	24	19,50	468,00		
11	Préoccupation envers les intérêts	Usagers	14	19,39	271,50	166,5	0,957
		Intervenants	24	19,56	469,50		
12	Encourager à prendre des risques	Usagers	14	24,07	337,00	104	0,040*
		Intervenants	24	16,83	404,00		
13	Service ajusté à la culture et expérience	Usagers	12	24,63	295,50	70,5	0,007*
		Intervenants	24	15,44	370,50		
14	Discussion sur besoin spirituel	Usagers	13	12,04	156,50	65,5	0,002*
		Intervenants	24	22,77	546,50		
15	Discussion sur intérêt/besoins sexuels	Usagers	10	10,60	106,00	51	0,006*
		Intervenants	24	20,38	489,00		
16	Objectif de vie au-delà des symptômes	Usagers	14	20,79	291,00	150	0,531

17	Soutien projet d'emploi	Intervenants	24	18,75	450,00	65,5	0,059
		Usagers	10	20,95	209,50		
18	Impliquer dans activités communauté	Intervenants	22	14,48	318,50	137,5	0,317
		Usagers	14	17,32	242,50		
19	Inclusion des proches	Intervenants	24	20,77	498,50	64	<, 001*
		Usagers	14	26,93	377,00		
20	Personnes en inspirante	Intervenants	24	15,17	364,00	144	0,584
		Usagers	14	17,79	249,00		
21	Offre des programmes d'entraide	Intervenants	23	19,74	454,00	105,5	0,233
		Usagers	12	20,71	248,50		
22	Soutien au bénévolat	Intervenants	23	16,59	381,50	126,5	0,836
		Usagers	12	17,04	204,50		
23	Inclure dans création de groupes	Intervenants	22	17,75	390,50	90	0,031*
		Usagers	14	23,07	323,00		
24	Encourager à donner opinion	Intervenants	22	15,59	343,00	112,5	0,064
		Usagers	14	23,46	328,50		
25	Encourager à participer rencontre de gestion	Intervenants	24	17,19	412,50	154	0,806
		Usagers	14	19,50	273,00		
26	Discussion sur possibilité d'hébergement	Intervenants	23	18,70	430,00	164	0,895
		Usagers	14	19,21	269,00		
27	Suivi des objectifs	Intervenants	24	19,67	472,00	139	0,300
		Usagers	14	21,57	302,00		
28	Intervenants aident à accomplir objectif	Intervenants	24	18,29	439,00	146,5	0,445
		Usagers	14	17,96	251,50		
29	Formation des intervenants	Intervenants	24	20,40	489,50	89	0,551
		Usagers	12	13,92	167,00		
30	Intervenants à l'écoute des expériences	Intervenants	17	15,76	268,00	22	<, 001*
		Usagers	14	28,93	405,00		
31	Int. connaît groupe dans la communauté	Intervenants	23	12,96	298,00	57,5	<, 001*
		Usagers	13	26,58	345,50		
32	Intervenant de diverses cultures	Intervenants	24	14,90	357,50	119,5	0,108
		Usagers	14	22,96	321,50		
		Intervenants	24	17,48	419,50		

* p <.05

1.1.1. Croire en la capacité de l'utilisateur de gérer ses propres symptômes. Selon les réponses au RSA, les usagers (M=3,93) considéraient que les intervenants avaient confiance en leur capacité de pouvoir gérer leurs propres symptômes tandis que les intervenants (M=3,50), pour leur part, étaient moins enclins à le penser (Tableau 5). À cet effet, les intervenants du groupe A et B ont expliqué qu'ils avaient l'habitude, dans leur pratique quotidienne, de faire l'enseignement de moyens de gestion des symptômes. Toutefois, le groupe A précisait utiliser davantage leur bagage à eux que celui de l'utilisateur.

« On les amène à développer des stratégies, des outils pour se rétablir, acquérir l'autonomie, mais ça part souvent de nous ». (Groupe A)

Bien que les stratégies de gestion des symptômes puissent venir des intervenants de prime à bord, cette notion est nuancée par le participant 9. Lors des entrevues, ce participant nous confiait que les intervenants l'amenaient à faire l'apprentissage de moyens alternatifs à la médication pour gérer ses symptômes. Les moyens sont décrits comme étant diversifiés : utilisation d'une médication au besoin, validation des perceptions, rappels, encouragements, retour sur des situations et utilisation de contrat d'engagement. Selon son expérience, les intervenants ont un rôle à jouer dans l'apprentissage de ces moyens. Au début, ils peuvent alors être plus directifs, puis inciter à l'utilisation autonome de ces moyens.

« Les intervenants nous disent : quand tu as besoin d'un PRN, gêne-toi pas, vient nous le demander. (...) Puis, à l'occasion, ils nous obligent à en prendre un, mais ça fait longtemps que ça ne m'est pas arrivé là. Quand je vais moins bien, au lieu de péter ma coche, je demande un PRN pour me calmer ». (Participant 9)

« Souvent, ils nous font signer des contrats qu'il faut respecter (...). Par exemple, ne pas consommer la drogue, être respectueux, valider mes perceptions. Ils donnent pleins d'affaires à signer dans le contrat. Et quand je le respecte, ça me rend moins vulnérable d'être enfermé en psychiatrie (...) quand je les respecte, ça m'encourage à aller au bout de mes rêves qui seraient

de vivre tout seul à mes dépens. Fait que les contrats, ça m'aide à aller au bout de mes rêves ». (Participant 9)

1.1.2. Choix du milieu de vie. Un item interrogeait l'habitude des intervenants à discuter des habiletés à développer afin de changer de milieu d'hébergement. Cet item a obtenu une cote plus élevée de la part des intervenants ($M=4,38$) que chez les usagers ($M=3,93$) (Annexe R). Parmi les six usagers rencontrés, tous nommaient le désir de vivre de façon plus autonome. Deux usagers demeuraient en appartement supervisé et désiraient aller vivre dans un milieu offrant moins d'encadrement. De la même façon, quatre participants demeuraient dans une résidence offrant une vie de groupe et désiraient aller vivre en appartement supervisé ou autonome. Trois de ces usagers nous expliquaient que leur désir de vivre en appartement était en lien avec l'impact et les bienfaits qu'ils anticipaient sur eux comme le révèlent les extraits suivants :

« Bien, c'est de prendre mon envol. Pour aller dans un lieu où est-ce que je vais pouvoir avoir le plein contrôle sur ma vie. Un appartement tout seul »
(Participant 5)

« Bien. Je vais pouvoir recevoir mes enfants, mes petits-enfants. Puis je vais pouvoir enfin être plus libre de faire ce que j'aime, ce que je veux ».
(Participant 7)

L'appartement supervisé est décrit, par certains intervenants et usagers, comme une étape pour gérer les risques. De ce fait, les intervenants mentionnaient qu'ils avaient l'impression de ne pas toujours suivre le rythme et le choix des usagers. Parfois, ils observeraient, chez ces derniers, des capacités résidentielles suffisantes pour la vie en appartement, mais le temps venu, ils se retrouveraient parfois confrontés à l'hésitation des équipes traitantes :

« On apprend d'aller étape par étape, pas trop vite. On ne suit pas toujours le rythme du client on se dit c'est irréaliste, on juge. Quand un client désire aller en appartement et là il se dit, « tu ne crois pas en moi, tu ne veux pas que j'y aille. Rendu là, f*** you all. C'est là qu'on se trouve des situations qu'ils se

trouvent des appartements tout seul, et qu'on a plus de lien thérapeutique ».
(Groupe A)

Pour trois usagers, l'appartement supervisé est vu comme une obligation de faire leurs preuves plutôt qu'un choix réel.

« Je suis obligé d'aller là, il faut que je montre mes preuves, encore ».
(Participant 15)

« Bien, disons qu'on vise l'appartement supervisé. C'est ce qu'on m'a proposé. Moi, je viserais un appartement tout court. Je n'ai pas vraiment besoin d'être supervisé, mais s'il juge que c'est préférable d'être supervisé, à ce moment-là on ira de ce côté-là pour une certaine période de temps. Ensuite, on sera autonome ». (Participant 7)

Un item du RSA interrogeait la tendance des intervenants à encourager les usagers à prendre des risques et à essayer de nouvelles choses. Cet item était marqué par une différence significative ($p=0,040$) entre les deux groupes au test U-MW (Tableau 6). Étonnamment, les usagers ($M=4,43$) se voyaient davantage encouragés à prendre des risques que les intervenants ($M=3,92$) (Annexe R).

« On a eu la discussion dernièrement. Et on se disait qu'il fallait prendre la chance de prendre des risques. Qu'est-ce qui arriverait si on la laissait aller en appartement supervisé. Tsé, la réflexion est intéressante. On veut tellement protéger, ne pas être imputable de ce qui va arriver. On ne veut pas qu'elle décompense ». (Groupe A)

1.1.3. Soutien au projet vocationnel. Les réponses au RSA suggéraient que les usagers ($M=4,10$) considéraient être encouragés à intégrer un emploi alors que les intervenants ($M=3,5$) étaient moins optimistes à ce sujet (Annexe R). Lors des entrevues individuelles, deux participants se considéraient à la retraite et deux usagers étaient en emploi. Parmi les deux participants sans emploi, le participant 9 nous mentionnait que les intervenants lui auraient suggéré un programme d'aide et d'accompagnement social (PAAS-Action) il y a quelques mois. Toutefois, ce programme était perçu comme étant

sous-payé en rapport au nombre d'heures travaillé et qu'il offrait uniquement un horaire de jour. Le travail régulier ne lui aurait pas été suggéré, mais un programme d'étude aurait été abordé avec lui. Une participante nous a confié l'importance de la valeur emploi pour elle :

« Aider les autres tsé. Je veux aider les autres. Je suis ici à ne rien faire, je veux faire quelque chose de ma vie, de ma semaine, de ma fin de semaine. C'est ça que je veux ». (Participante 15)

Cette même participante dénonçait toutefois devoir faire ses preuves avant d'aller en emploi. Selon elle, les intervenants lui demandaient de démontrer qu'elle était en mesure d'être assidue à ses activités.

« J'ai un nouvel horaire parce que je veux travailler un jour. Mais c'est trop vite ils ont dit, c'est trop vite pour moi, mais j'aimerais ça. (...). Premièrement, pour commencer, il faut que j'aïlle aux fitness et au (nom de l'organisme) les mercredis, puis aller avec des gens, pour parler de leur vie. (...). Après je vais travailler. Quand je vais être sûr d'être capable de respecter mes activités. (Participant 15)

1.1.4. Encourager les usagers à développer et à maintenir des liens sociaux.

Les liens sociaux peuvent inclure divers réseaux : les proches, les pairs et la communauté. Lors des entrevues individuelles auprès des usagers, la présence des proches était un élément central. Le fait d'encourager les liens sociaux diffère de l'élément associé à l'inclusion des proches qui est discuté plus loin en ce sens qu'il a été rapporté par de nombreux usagers qu'ils étaient encouragés à avoir des contacts avec leur proche, mais que ceux-ci étaient peu inclus dans leur plan de rétablissement et de traitement des usagers. Il arrive donc que l'utilisateur soit encouragé à avoir des contacts avec sa famille sans que les intervenants aient eux-mêmes des contacts avec ces derniers.

« Ils m'encouragent fortement à avoir d'autre contact. D'aller manger avec eux autres, d'aller au restaurant, puis tout ça ». (Participant 7)

Entre autres, la majorité des ressources représentées mentionnait qu'un usager pouvait recevoir son partenaire à dormir. En appartement supervisé, une participante nous mentionnait qu'ils avaient beaucoup de liberté à cet effet.

« Je n'ai pas eu de limitation parce qu'il y a un moment où mon chum dormait tous les jours chez moi, puis c'est correct. Ils ont accepté. Je trouve ça le fun pour ça ». (Participante 5)

Un intervenant du groupe A soulignait que le personnel pouvait aussi servir de facilitateur à la relation. Par exemple, en ayant l'autorisation de discuter avec la famille, l'intervenant pouvait amorcer la discussion sur un sujet délicat comme l'abus de substance. L'enseignement favoriserait la déstigmatisation de l'usager par la famille et ouvrirait la porte à la discussion. Enfin, cela permettrait alors de mettre en place un soutien familial à plus long terme.

« Surtout que le but c'est qu'il ne reste pas dans nos ressources ad vitam æternam. Justement le rétablissement, c'est le après, pas juste on est là et on le gère. Après, à qui ils vont s'adresser quand ils vont partir? Ils vont peut-être être en logement autonome. Oui il y a des centres de crise, mais aussi l'implication de leur proche qui peut appeler et que ça fasse partie de leur moyen ». (Groupe A)

Le groupe A nous parlait aussi des pratiques mises en place au sein des ressources pour favoriser les opportunités de créer des liens entre pairs. À titre d'exemple, un intervenant nous confie qu'il déployait des efforts pour faciliter l'intégration d'un usager ne parlant ni français ni anglais. À partir de la culture et des forces de cet usager, il offrait un soutien dans la préparation de mets typique à offrir au reste du groupe. Cela favoriserait les interactions entre les pairs en plus de favoriser l'estime de soi et le sentiment d'appartenance.

Selon un item du RSA, les intervenants ($M=4,38$) étaient davantage portés à croire qu'ils réfèrent les usagers vers des activités hors du réseau de la santé mentale alors que les usagers ($M=3,79$) en étaient moins convaincus (Annexe R). Lors des entrevues,

certains intervenants ont tenu à expliquer que des améliorations étaient effectivement constatées à cet effet, mais qu'ils avaient encore tendance à prendre le chemin rapide vers le réseau de la santé mentale :

« Le chemin facile ça va être les organismes communautaires en santé mentale. Il y a tellement plein d'organismes, mais on choisit tout le temps le centre d'activité en santé mentale. Voyons un peu plus large. Il y en a beaucoup qui ne veulent pas à cause de ça aussi ». (Groupe A)

Bien que les intervenants évaluent orienter les usagers vers les groupes hors réseau de la santé mentale, ils sont moins en accord avec leur connaissance des groupes dans la communauté. À cet item, les intervenants ont obtenu une moyenne plus faible ($M=3,75$) que les usagers ($M=4,62$) exprimant ainsi une différence significative entre les deux groupes ($p < ,001$) avec le test U-MW (Tableau 6). Lors des groupes de discussions, les intervenants confirmaient qu'ils connaissaient peu les ressources de la communauté et qu'ils n'avaient pas de partenariat d'établi.

1.2. Implication des usagers

L'implication des usagers a été le domaine qui a reçu la cote la plus basse de la part des intervenants ($M=3,76$) tandis que les usagers ont obtenu une moyenne similaire ($M=3,79$) (Annexe R).

1.2.1. Implication des usagers dans les comités. Lors de la cueillette de données qualitative, la majorité des intervenants et des usagers interrogés mentionnaient la présence de comité des résidents au sein de leur ressource. Ces comités serviraient à « s'entendre sur des règles de vie » (Groupe C) ou pour apporter des modifications au fonctionnement de la ressource (Participant 7). D'ailleurs, au RSA, les usagers exprimaient qu'ils étaient grandement encouragés à donner leur opinion sur les services ($M=4,57$), ce que confirmaient les intervenants ($M=4,21$) (Annexe R). Cet item a d'ailleurs reçu la cote la plus élevée de son domaine par les intervenants.

« Au sujet des règlements, nous avons besoin des règles de vie, mais nous devons l'appliquer individuellement et en rediscuter régulièrement. On inclut les résidents dans cette réflexion lors des comités des résidents ». (Groupe C)

Bien que ces comités permettent de recueillir l'opinion des résidents en lien avec le fonctionnement au quotidien, il y aurait un désaccord sur le fait que les usagers sont inclus dans la création de nouveaux services ou de nouveaux groupes. En effet, une différence significative ($p=0,031$) au test de U-MW a été soulevée alors que les intervenants ($M=3,41$) évaluaient cet item plus faible que les usagers ($M=4,14$) (Tableau 6).

1.2.2. L'implication des usagers dans la formation des intervenants. Il s'agit de l'item ayant reçu la cote la plus faible dans l'ensemble des réponses au RSA tant chez les usagers ($M=2,5$) que chez les intervenants ($M=2,41$) (Annexe R). Lors des groupes de discussion, l'ensemble des intervenants se disaient en accord avec le fait que les usagers n'étaient pas impliqués dans la formation des intervenants et dans les programmes d'éducation de la résidence. En fait, les intervenants et les usagers ont exprimé de la surprise face à la présence de cet item au questionnaire. Les usagers se questionnaient sur leur contribution possible à ces formations. De leur côté, la majorité des intervenants se sont montrés à la fois critiques face à l'exclusion des usagers dans leurs formations et ouverts à modifier leur pratique. Le groupe A et C ont toutefois souligné l'enjeu de la confidentialité lors de certains types de formations. Par contre, certaines formations se prêteraient bien à un ajustement du contenu en présentant des capsules ou en organisant des discussions autour d'un témoignage.

« En effet, je crois que ça n'a pas de sens que les résidents ne soient pas plus impliqués dans la formation ». (Groupe B)

« Je trouve ça super intéressant. Moi, quand j'ai eu la formation « concept de base en toxico », je me demandais pourquoi nos toxicos n'étaient pas avec nous en train d'entendre ces informations-là. Ça serait tellement utilise au lieu d'essayer de se souvenir de ça pour leur transmettre ça ». (Groupe A)

Un usager nous a toutefois affirmé qu'il considérerait participer à la formation du personnel en interagissant avec les stagiaires dans le quotidien.

« Moi je ne suis pas d'accord. Il y a des staffs qui viennent ici, c'est des stagiaires qui vont à l'école. Puis qui apprennent comment vivre en santé mentale, puis comment devenir un staff. Puis, les staffs quand ils ont fini leur formation, la plupart du temps, ils sont bons là, ils font leur job comme du monde. Ils savent quoi faire quand il faut, ils interviennent à certains moments à propos d'un résident ». (Participant 9)

Lors des groupes de discussion focalisée, certains intervenants mentionnaient avoir participé aux formations offertes via le projet de recherche « *À portée de mains* » au courant des derniers mois. Les formations étaient données conjointement par une intervenante et une personne ayant une expérience de suivi en santé mentale. Ces intervenants ont partagé qu'ils avaient l'impression que le partage du vécu expérientiel résonnait davantage pour eux que celui du professionnel.

« Comme la formation *CARS* qu'on a reçue, on voyait beaucoup de pairs aidants et de clients qui étaient dans la formation et apportaient leur point de vue. En fait, j'ai plus aimé leur perception à eux que la formation en soit ». (Groupe B)

Selon les intervenants, le fait de participer à des formations conjointement avec les usagers pourrait avoir un apport dans leur accompagnement au quotidien notamment pour faire le lien entre le contenu des formations, le vécu et les besoins de la personne.

« Mais tu pourrais avoir du feedback de la part des résidents avec la formation. Ex. c'est vrai que je me sens comme ça quand je prends ça. Je suis sûr qu'ils voudraient en parler de leur expérience et d'eux autres, qu'est-ce qui en pense de ce que le formateur vient de dire ». (Groupe A)

« Les résidents devraient être impliqués dans toutes les formations, car ils ont quand même leur mot à dire. Même les conférences-midi, qu'ils aient accès à

ça aussi. Prochainement, il y en a un sur l'itinérance, mais on en a beaucoup qui sont sur le mode itinérant ». (Groupe B)

1.3. Diversité des options de traitement

La diversité des options de traitement est le domaine du RSA ayant reçu la cote la plus faible de la part des usagers (M=3.0) tandis que les intervenants obtenaient un score plus élevé (M=4,02) (Tableau 5). Ainsi, le test U-MW a indiqué une différence significative (p=0,014) entre ces deux populations. La cote obtenue par les intervenants au RSA est toutefois contredite par les perceptions de l'ensemble des intervenants des trois groupes de discussion notamment en ce qui concerne le soutien face aux besoins sexuels et spirituels.

1.3.1. Opportunité de discuter des intérêts et des besoins sexuels. Au RSA, cet item est le deuxième le plus faiblement évalué de la part des usagers (M=2,6) alors que les intervenants (M=4,25) considéraient davantage offrir leur soutien face aux intérêts et aux besoins sexuels de la personne (Annexe R). Cet écart est marqué par une différence significative (p=0,006) au test de U-MW (Tableau 6). Lors des groupes de discussion, les intervenants s'étonnaient du score obtenu par leurs confrères lors de la phase quantitative. La majorité des intervenants participant aux groupes de discussion reconnaissaient avoir un malaise à aborder ce sujet avec les usagers. Cet inconfort apporterait de l'ambivalence chez les intervenants qui éviteraient tout simplement le sujet. Toutefois, le niveau d'aise serait plus élevé lorsque l'utilisateur aborde lui-même le sujet. Sinon, il y aurait une impression d'aborder un sujet trop personnel.

« Moi, j'ai toujours eue l'ambivalence de dire, est-ce que c'est vraiment nécessaire d'aller aussi loin sur toutes les sphères de l'individu? (...) D'emblée, je trouve qu'on va vraiment loin dans la personne. Je trouve ça intrusif » (Groupe A).

Le participant 12 a observé ce malaise chez les intervenants de la ressource : « mais ils ne vont pas en parler, (...) ils ne sont pas à l'aise d'en parler ». Une

intervenante nous rapporte que, selon elle, certains pairages entre intervenant et usager pourraient inhiber le sujet.

« C'est vrai, je n'en pose pas beaucoup de ce genre de question à des hommes de 55 ans. Oui, il y a une clientèle avec laquelle je n'aborderais pas cela comme éducatrice dans la vingtaine. Il y a des combos des fois que c'est plus *touché*. Je pense qu'on est tous différents et que la clientèle est toute différente et ce n'est pas toujours un bon pairing pour s'ouvrir ». (Groupe B)

Toutefois, deux groupes d'intervenants admettaient l'importance de la sexualité dans la vie des usagers et trois groupes reconnaissaient l'impact positif que pouvait représenter le fait d'aborder la sexualité avec eux en dépistant certains enjeux.

Malheureusement, le sujet peut aussi être tabou pour les usagers.

« Un moment donné, j'en ai eu un avec qui j'ai posé des questions sur les conduites sexuelles sécuritaires. Et j'ai fini par savoir qu'il avait besoin d'aide parce qu'il était plus capable de bander, il avait plus d'éjaculations pis on a réussi à y faire avoir une machine. Parce qu'il a pu avoir une place au niveau sexuel, il a pu demander. Si je ne l'avais pas abordé, il ne l'aurait probablement pas ouvert. Ce n'est pas tout le monde qui est à l'aise » (groupe B).

1.3.2. Opportunité d'aborder les intérêts et besoins spirituels. Au RSA, cet item est le troisième le plus faiblement évalué de la part des usagers ($M=2,85$) alors que les intervenants ($M=4,5$) considéraient davantage offrir leur soutien face aux intérêts et aux besoins spirituels de la personne (Annexe R). Cet écart est marqué par une différence significative ($p=0,002$) au test de U-MW (Tableau 6). Tout comme le fait d'aborder les intérêts et les besoins sexuels, cet élément amènerait un certain niveau d'inconfort chez les intervenants. Les trois groupes s'entendaient sur le fait qu'ils accueilleraient les croyances de la personne lorsqu'elle abordait elle-même le sujet, mais qu'ils n'avaient pas tendance à initier le sujet.

« Moi je n'ai jamais abordé le spirituel avec un client à moins qu'il m'en parle. Tu as tes croyances et j'ai les miennes. On dirait qu'on accueille, mais élaborer on ne le fait jamais » (Groupe A)

Les intervenants du groupe A et C expliquaient leur réticence à aborder ce sujet pour plusieurs raisons. D'abord, dû à un manque de connaissance, le sentiment de compétence à aborder ce sujet serait faible. Aussi, la spiritualité est particulièrement associée à la religion qui, à son tour, est associée à une croyance très personnelle. « Tsé, politique et spirituel, on ne parle pas de ça en famille parce que ça fait de la chicane » (Groupe A). Il y a aussi une crainte de faire face à des délires religieux.

« Je vais offrir de l'écoute, je peux lui trouver l'église la plus proche. Mais je me sens zéro compétente là-dedans. Je ne suis pas croyante, je me fous de Jésus. J'ai un malaise de parler de religion ». (Groupe C)

« Je pense qu'il y a quand même une petite crainte de creuser là-dedans avec l'aspect délirant. Il y en a qui sont très croyants et que ça fait partie des délires donc à quel point est-ce que certains intervenants ont envie de rentrer là-dedans. Mais cette personne-là a des besoins spirituels et on ne les adresse pas nécessairement. Moi je pense qu'il y a matière à amélioration ». (Groupe A)

Malgré tout, deux participants expliquaient que la spiritualité ou la religion leur avait permis de redonner un sens à leur vie et à ce qu'ils vivaient depuis l'apparition de leur trouble mental. À titre d'exemple, le participant 12 mentionnait vivre sa spiritualité au travers de sa musique et de ses compositions. Il ajoutait : « si je ne croyais pas en ça puis juste un amour de toutes les formes, mais je ne serais pas rendu là aujourd'hui ». L'importance de donner un sens à son vécu est aussi partagée par certains intervenants. Pour le groupe A, la spiritualité est « l'évolution de ton toi au travers cette épreuve » et elle peut être « un morceau de casse-tête qui manque pour aller plus loin ».

1.3.3. Présentation de personnes inspirantes. Au sein des ressources d'hébergement, les intervenants (M=3.09), tout comme les usagers (M=2,86),

considéraient qu'ils avaient peu recours à des personnes inspirantes dans le cadre des services offerts (voir Annexe R). La phase qualitative a amené de nombreuses réactions de la part de cinq usagers et des trois groupes de discussion.

Cinq usagers reconnaissaient qu'ils n'avaient jamais entendu parler de pair aidant dans leur milieu d'hébergement. En fait, deux usagers ignoraient de quoi il s'agissait, deux usagers en avaient déjà entendu parler lorsqu'ils étaient hospitalisés (sans aucun contact) et un usager avait déjà rencontré un pair aidant lors d'une hospitalisation. Un groupe de discussion mentionnait n'avoir jamais vu de pair aidant au sein de leur ressource et certains intervenants des deux autres groupes avaient rapporté avoir déjà invité un pair aidant au sein de leur milieu. Les groupes A et B mentionnaient leur désir d'avoir accès à un bassin plus grand de pairs aidants afin de répondre aux divers besoins et profils chez la clientèle.

« Est-ce qu'on présente des pairs aidants à nos résidents ? Pas assez quant à moi. On l'a fait il y a quelques années ». (Groupe B)

Pour le participant 4, les personnes qui peuvent l'inspirer se retrouvent aussi dans les personnalités publiques qui ont réussi malgré la présence de leur trouble mental :

« Moi, à un moment donné, j'ai décidé de l'accepter que j'ai un problème de santé mentale. Puis je n'ai pas honte d'en parler. Je me suis basé sur les personnes connues. (...) parmi le milieu artistique. Vous devez peut-être trouver ça prétentieux de ma part. Souvent parmi les maladies mentales, il y a beaucoup d'anxiété (...). Puis il y a Florence K. Elle a parlé beaucoup de son anxiété. Puis elle est allée en psychiatrie. Pis est pas gêné de parler de ça et ça l'aide d'autres personnes ». (Participant 4)

Lors des entrevues, les usagers ont identifié de nombreux impacts positifs possibles que peuvent engendrer des rencontres avec des personnes en rétablissement. La participante 5 nous mentionne qu'elle aimerait bien rencontrer une paire aidante afin de pouvoir lui poser des questions sur son cheminement vers le rétablissement : « Je pense que ça me motiverait » dit-elle. (Participante 5). Le participant 9 croit que ça pourrait

l'aider à avoir un « bon rétablissement » et ça pourrait permettre aux intervenants d'avoir des conseils pour le soutenir. Selon lui un pair aidant pourrait favoriser son rétablissement puisqu'il aurait une meilleure compréhension des « problèmes plus profonds de la santé mentale » comparativement aux intervenants. (Participant 9).

Les personnes inspirantes se retrouvent aussi parmi les résidents des milieux d'hébergement, lorsqu'un usager a traversé certaines épreuves. Un intervenant du groupe A nous donne l'exemple d'un pair qui avait cessé de consommer des drogues et qui partageait son histoire et ses outils avec un autre usager. À propos du personnel, cet intervenant ajoute que « des fois, nous avons moins d'impact parce qu'on gère tout l'aspect du quotidien ». (Groupe A)

Enfin, selon le participant 9, favoriser les liens avec des personnes inspirantes peut aussi vouloir dire de créer des liens avec les organismes d'entraide de la communauté.

« Puis je vais dans un meeting, les narcotiques anonymes. (...) Ça m'encourage, je me dis, moi aussi plus tard je vais peut-être faire ça. Ça fait dix mois, maintenant ! » (Participant 9)

1.3.4. Programmation d'activité thérapeutique offerte au sein de la ressource.

Il s'agit ici d'un élément qui n'était pas inclus dans les items du RSA. Toutefois, malgré son absence, cinq usagers sur six ont tenu à nous en parler et à préciser l'impact des activités thérapeutiques sur leur rétablissement. Ainsi, cinq résidents mentionnaient qu'il y avait des activités thérapeutiques à leur résidence, mais trois d'entre eux ont déploré qu'il n'y en avait pas suffisamment. Le groupe B nous souligne que la pandémie a eu un impact sur la programmation d'activité au sein de la ressource. La moitié des usagers espèrent désormais voir une augmentation du nombre d'activités offertes puisqu'ils voient les impacts qu'elles peuvent avoir sur eux : briser l'isolement (participante 5), développer une confiance en soi (Participant 15) et selon le participant 7, « ça l'aide pour le moral ».

1.4. Pratique centrée sur le choix des usagers

De façon générale, les intervenants (M=4,07) considéraient davantage que leurs pratiques étaient centrées sur le choix des usagers que les personnes demeurant au sein de ces ressources (M=4,02). Lors des entrevues individuelles et des groupes de discussion, les intervenants et les usagers ont décidé de réagir aux résultats obtenus à deux items : la possibilité de changer d'intervenant et le suivi des progrès en lien avec les objectifs des usagers.

1.4.1. Possibilité de changer d'intervenant. Les réponses du RSA indiquent que les usagers (M=3,70) croient davantage pouvoir changer d'intervenant que les intervenants (M=3,43) (Annexe R). Lors de la phase qualitative, la majorité des intervenants reconnaissaient qu'il était peu possible de changer d'intervenant. Plusieurs raisons pouvaient, selon eux, entraîner un frein au changement d'intervenants. D'abord, un intervenant du groupe B soulignait des difficultés associées au manque de personnel.

« Je sais qu'une femme qui devrait être avec une femme s'il y a juste une intervenante femme et que son case load est complet l'opportunité est peut-être moins là. (Groupe A)

Aussi, l'opinion demeure partagée sur l'idée de permettre ce changement. Certains intervenants reconnaissaient que c'était « très légitime quand ça ne connecte pas avec la personne ». (Groupe A) Toutefois, d'autres intervenants ont une opinion opposée.

« Moi j'ai une position drastique. Moi c'est un non. Moi je pars de l'idée qu'on est tous des intervenants et que ça pas rapport qui on est (jeune, beau, jovial, etc.) Je pense que ça fait partie de la vie ». (Groupe B)

De plus, les trois groupes identifient une tendance à juger négativement l'intention de l'utilisateur lorsqu'il demande un changement d'intervenant. Selon plusieurs expériences, les demandes de changement d'intervenant seraient souvent associées à du clivage et à une clientèle ayant des troubles relationnels. Or, tel que mentionné par le groupe A, il est plus fréquent que ce soit un intervenant qui demande un changement de suivi que

l'inverse. Malgré tout, le participant 12 nous mentionne avoir été capable de faire entendre son point et de changer d'intervenant pour des raisons cliniques.

1.4.2. Favoriser l'atteinte des objectifs de l'utilisateur. Un item questionnait le soutien offert par les intervenants dans le cadre du suivi des progrès en fonction des objectifs. Selon les réponses au RSA, cet item a obtenu la troisième meilleure cote chez les usagers (M=4,71). Les intervenants ont aussi obtenu une cote élevée à cet item (M=4,54). Un autre item questionnait le soutien offert par les intervenants pour aider les usagers à accomplir leur objectif. Cet item a aussi obtenu une moyenne élevée chez les usagers (M= 4,36) et chez les intervenants (M=4,63) (Annexe R). Le groupe A et les participants 5 et 9 mentionnaient que les usagers étaient encouragés à avoir des objectifs et que des rencontres de suivi étaient régulièrement planifiées. Tel que mentionné par le participant 9, ces rencontres permettaient de faire le point : « Oui, ils me disent ce que je réussis bien, ce que je réussis moins bien ». Le groupe A, quant à lui, mettait en garde contre la tendance à être davantage orienté vers les difficultés dans la définition des objectifs. Par exemple :

« Il faut que tu prennes ta douche aux 2 jours. Est-ce qu'on peut voir les forces, se dire qu'elle a une belle estime de soi, qu'elle veut être fière ? On peut l'amener de cette manière-là plutôt que de dire, faut que tu prennes ta douche aux deux jours parce que tu dégages des odeurs et qu'avec tes pairs ça ne fonctionne pas ».

Malgré ces données, un groupe de discussion demeurait critique en lien avec le formulaire du plan d'intervention actuelle servant à faire le suivi des objectifs. Tout d'abord, la démarche actuelle est perçue comme une démarche administrative par la majorité des intervenants et plusieurs usagers. Deux groupes disaient ressentir une pression en lien avec de possibles audits de dossiers. Selon le groupe A, cela devrait être davantage arrimé aux besoins et aux désirs de l'utilisateur.

« Moi je le vois que c'est beaucoup de l'administratif pour eux. J'essaie de leur dire que je n'ai pas envie de remplir un papier pour remplir un papier pis je lui dis qu'il faut que ça l'aide du sens pour lui. S'il me dit qu'il ne veut

rien, je ne vais pas forcer pour le remplir. Mais je le vois dans les équipes et je l'ai senti personnellement aussi que c'est quelque chose d'organisationnel qui se transmet aux intervenants, qui se transmet à la clientèle. Je veux un PI à telle fréquence ». (Groupe A)

Un usager prêt à quitter les services ressentait cette même pression d'avoir des objectifs.

« Il y a une certaine pression pour avoir des objectifs. Puis, si on n'a pas d'objectifs, bien là, on se fait demander tout le temps de trouver des objectifs. Parce que des fois. Moi, je trouve que j'ai déjà atteint mes objectifs. (...) Je trouve que, au point où je suis rendu, je n'ai pas d'autres objectifs à travailler selon moi. (Participant 5)

Selon les intervenants, le format du plan d'intervention devrait être repensé afin d'être orienté vers les forces et les ressources de la personne. Un intervenant suggère d'utiliser le plan d'intervention par les forces mis de l'avant dans les formations orientées vers le rétablissement et qui permet de discuter avec l'utilisateur de sa perception des différentes sphères de sa vie. Il permet à la personne de décrire sa situation actuelle et les changements qu'il aimerait apporter. Cet outil met la personne au centre et ne peut être complété sans la présence de l'utilisateur.

« La rédaction du plan d'intervention, moi j'aimerais que ça soit le résident qui le fasse. Que ça serait vraiment lui avec ses objectifs, son crayon au "Je". Comme ça devrait être ». (Groupe B)

« Le client c'est le premier. On est tous des accompagnateurs. Je crois que c'est donnant-donnant. Je crois que dans les discussions, c'est de l'amener à prendre conscience sans le pousser. Je pense que c'est discuter d'égal à égal. D'y amener ta perception et de la perception qu'il a de lui-même ». (Groupe B)

Comparativement au plan d'intervention par les forces, un intervenant nous explique que le plan d'intervention actuel permet difficilement une mesure de l'évolution.

Dans le plan d'intervention par les forces, l'utilisateur dresse un portrait de sa situation actuelle et, dans un deuxième temps, de la situation souhaitée. Il peut ainsi constater son cheminement un plan à l'autre. De plus, un bilan de ses forces et de ses capacités est fait. De son côté, le plan d'intervention actuel ne ferait que nommer les objectifs.

« Si tu prends le PI actuel, j'ai beau prendre celui de 2 ans pis tu vois aucune évolution. On est complètement out » (Groupe A)

1.5. Offre de services personnalisés

Il s'agit du domaine ayant obtenu la meilleure cote chez les usagers (M=4,67). Pour leur part, les intervenants se sont montrés moins optimistes (M=3,86). Le test de U-MW a d'ailleurs indiqué une différence significative entre les deux groupes ($p < ,001$) (Tableau 5). Un item a toutefois reçu une cote particulièrement élevée de la part des intervenants. En effet, les intervenants (M=4,63) jugeaient se préoccuper grandement des intérêts des usagers et des choses qu'ils désiraient faire dans la communauté. Cet item est le deuxième le plus élevé chez les intervenants. Il s'agissait aussi d'un item élevé chez les usagers (M=4,57) (Annexe R). Deux éléments devaient toutefois être améliorés dont le fait d'offrir un service ajusté à la culture et aux expériences de vie de l'utilisateur et l'inclusion des proches dans les services.

1.5.1. Service ajusté à la culture et aux expériences de vie. Deux items du RSA interrogeaient l'aspect culturel des services offerts. Le premier item questionnait la propension des intervenants à être à l'écoute des expériences culturelles, intérêts et préoccupations des usagers. Cet item a reçu la deuxième cote la plus faible chez les intervenants (M=2,78) alors que les usagers (M=4,57) considéraient que les intervenants étaient grandement attentifs à leur bagage personnel (Annexe R). Une différence significative apparaissait entre les groupes ($p < ,001$) au test U-MW (Tableau 6). Aussi, un item interrogeait l'inclinaison des intervenants à offrir des services spécifiques selon la culture ou l'expérience de vie des usagers. Étonnamment, les intervenants ont obtenu une cote de 4,08 à cet item tandis qu'il s'agissait du deuxième item le mieux évalué par les usagers (M=4,75) amenant une différence significative entre les groupes au test U-MW ($p < ,007$) (Tableau 6). Les cotes élevées de la part des usagers pourraient être

associées au fait que la majorité des participants étaient caucasiens. Lors des groupes de discussion, le groupe A souhaitait donner leur avis sur ces résultats. Il semblerait que les valeurs culturelles de l'utilisateur, lorsque celui-ci en parle, soient généralement bien accueillies, considérées et respectées. Les intervenants étaient donc étonnés de la faible cote associée à leur position d'écoute. Lorsque des actions sont à poser, les intervenants poseraient alors des gestes concrets comme l'adaptation de la nourriture. Par exemple, ils proposeraient un menu alternatif à une personne musulmane lorsqu'il y a du porc au menu. La nourriture est aussi utilisée pour intégrer et favoriser le sentiment d'appartenance d'une personne provenant d'une minorité ethnique.

« On a un monsieur vietnamien pis nous, c'est pour maintenir les liens avec le groupe, on fait une sortie au marché asiatique pis il va chercher des ingrédients pis il cuisine pour la ressource au complet. Pis il est fier. Tu le vois, ce sont ses racines, il est fier, pis comme ça, ça lui donne un sentiment d'appartenance ». (Groupe A)

Les intervenants du groupe A suggéraient toutefois d'aller plus loin dans les interventions culturelles en effectuant une cueillette de données plus approfondie afin de comprendre davantage les éléments plus complexes d'une culture et ainsi intervenir de façon moins linéaire.

« On ne fait pas une collecte de données sur comment ça se passait chez eux, disons. On le fait un peu par curiosité parce qu'on est sensible à la personne. Mais ce n'est pas d'emblée et pourtant on en aide de plus en plus ». (Groupe A)

« Je vais préciser mon point, je dirais plus prendre en compte les valeurs de la culture de la personne pour adapter nos interventions pour la compréhension de ces comportements. Parce que des fois, j'ai l'impression qu'on a le même pattern pis qu'on fait la même affaire. Pis après ça, si tu t'attardes un peu plus aux valeurs de la culture, tu vois que finalement, ce n'est pas de la lâcheté ». (Groupe A)

1.5.2. Inclusion des proches. En ce qui concerne l'inclusion des proches dans la planification du rétablissement et le traitement de l'utilisateur, une différence significative était soulevée au test U-MW en comparant les deux populations à l'étude ($p < ,001$). Alors que les usagers considéraient grandement ($M=4,86$) que leurs proches étaient inclus dans les services, les intervenants étaient moins en accord avec cet item ($M=3,92$). D'emblée, les trois groupes de discussion mentionnaient qu'ils avaient peu tendance à impliquer les proches (famille, ami, employeur, etc.) dans le suivi.

« On n'inclut pas tant les proches. Je pense que c'est une pratique qu'on essaie d'intégrer, mais avec la famille il y a du lâcher-prise. Surtout si la famille n'est pas aidante pour le client ». (Groupe C)

Le groupe A mentionnait toutefois leur appréciation lorsque les proches étaient présents :

« J'ai déjà eu une admission où le père était présent et je suis porté à me dire que c'est le fun de les voir impliqués. N'hésitez pas à nous appeler s'il y a quelque chose. Mais s'ils n'étaient pas là, on ne l'initierait pas ». (Groupe A)

« Non, on ne fait pas les PI avec eux autres, mais je pense que pour ceux qui sont là, on communique souvent avec eux et on est d'emblée à vouloir un partenariat ». (Groupe A)

Plusieurs raisons pouvaient expliquer le fait que les intervenants puissent être hésitant à impliquer les proches. Selon le groupe B, en référence à un contexte historique, l'absence des proches serait trop souvent tenue pour acquise. Selon le groupe A, il y aurait aussi une perception que l'hébergement consiste à un filet de sécurité suffisant et que cela peut suppléer aux familles épuisées. Aussi, les trois groupes ajoutaient qu'ils hésitaient à inclure les proches lorsqu'ils étaient considérés comme un élément négatif.

« Ce qu'on oublie souvent, dans le rétablissement, c'est qu'il y a des personnes positives et il y en a qui le sont moins. Mais ils font partie du réseau. Souvent on a tendance à les tasser dans le processus. Par exemple, si la personne est un consommateur. Des fois, on fait des chasses gardées.

Souvent, le réseau, il peut avoir un aspect négatif vu de l'extérieur. Mais dans le rétablissement de la personne, c'est significatif ». (Groupe B)

Il semble aussi que l'inclusion des proches serait plus souvent liée à certains contextes. Deux groupes soulevaient que les proches étaient davantage impliqués lorsque les intervenants étaient inquiets, préoccupés ou lorsqu'ils avaient l'impression que la famille était le problème. Le groupe A soulevait aussi les réticences de certains usagers à autoriser que l'intervenant communique avec leurs proches.

« L'inclusion des proches, souvent ça vient par la bande, quand un proche est inquiet d'un des usagers, de son frère ou de sa sœur, son fils ». (Groupe A)

« C'est surtout lorsqu'on est dans un cul-de-sac, quand on a l'impression que c'est la famille le problème ». (Groupe B)

Deux usagers nous ont confié l'impact ressenti lorsque leur proche était impliquée auprès d'eux :

« Puis, émotivement, il est tout le temps là pour moi. Si j'ai un problème, je me sens moins bien, mais il est là pour m'écouter, puis me soutenir, puis il est présent. C'est réconfortant qu'il soit juste là aussi, sa présence. On constate qu'on peut compter sur quelqu'un et qu'on n'est pas seul. Ça aide beaucoup ». (Participant 4)

« Du confort, encore plus de stabilité, je dirais. Comment je pourrais dire, faire plus de bonté, quelque chose de bon qui touchent le cœur, qui touchent les émotions ». (Participant 12)

En ce qui concerne l'implication des proches dans la planification du rétablissement et du traitement de l'utilisateur, les participants 9 et 12 nous rapportaient que leurs proches étaient inclus dans le suivi et participaient à certaines rencontres de suivi à la ressource. Les participants 4 et 7 nous mentionnaient que leur proche n'avait jamais été impliqué dans leur suivi malgré leur présence régulière auprès d'eux. Selon les

intervenants du groupe A, l'implication devrait débiter dès la rencontre de préadmission puis à l'admission, dans la planification du plan d'intervention et au déménagement.

« On ne les inclut pas de manière régulière. Il n'y a pas d'inclusion régulière, dans le quotidien, dans la planification des objectifs. Je trouve qu'ils ne sont pas tellement inclus » (Groupe A)

1.6. Environnement accueillant

Il s'agit du domaine le mieux coté par les intervenants (M=4,27). Pour leur part, les usagers (M=4,36) se montrent aussi satisfaits de l'environnement. L'item interrogeant la qualité de l'accueil des intervenants a obtenu la cote la plus élevée chez les intervenants (M=4,79) tandis que les usagers (M=4,57) accordaient un résultat similaire. Aussi, l'environnement a été considéré moins invitant par les intervenants (M=3,75) que de la part des usagers (M=4,14). Ce domaine n'a pas été discuté lors des entrevues et des groupes de discussion focalisée.

1.7. Rétablissement de la famille

Il s'agit ici d'un domaine qui n'est pas pris en compte dans le questionnaire RSA. Le rétablissement de la famille a toutefois été identifié comme étant un élément important dans le parcours de rétablissement de deux participants. Bien que cet item ne semble pas être directement associé aux pratiques des intervenants au sein des ressources, nous verrons par les témoignages des usagers que les pratiques des intervenants peuvent avoir un impact sur le rétablissement familial. En effet, les intervenants des divers groupes avouaient qu'ils leur arrivaient fréquemment d'être en contact avec des familles épuisées et de ne pas savoir où les référer. Pour leur part, trois usagers ont reconnu que leur famille avait obtenu du soutien professionnel ou communautaire dans le passé. Ce soutien aurait eu des effets bénéfiques sur leur propre rétablissement comme le témoignent ces extraits.

« Elle est très impliquée. J'aime beaucoup ça. Et puis je l'en remercie. (...). Elle connaît plus mon souci en santé mentale, puis est plus à l'écoute ».
(Participant 12)

« Je voyais beaucoup ma mère qui m’a encouragée. Elle allait dans des réunions sur la rue Sainte-Catherine. Vous savez où il y a le métro. L’autre côté de la rue, il y a une salle de réunion. C’est pour aider des personnes qui souffrent de maladie mentale. Puis ma mère allait des fois, une fois, deux fois par mois dans des réunions. Pour les proches aidants. Ben ça m’encourageait. Je me disais elle se donne la peine d’aller là pour moi. Je trouvais ça spécial. Tsé, je n’avais pas douze ans là, j’étais adulte. Pis ma mère était âgée quand elle allait là ». (Participant 4)

Bien que les intervenants des trois groupes aient mentionné qu’ils devaient améliorer le soutien auprès des familles, les participants du groupe B affirmaient qu’ils réfèrent de plus en plus les proches vers des réseaux pouvant répondre à leurs besoins.

2. Les facteurs faisant obstacle aux pratiques orientées vers le rétablissement

Les facteurs faisant obstacle aux pratiques orientées vers le rétablissement ont été davantage commentés par les intervenants que par les usagers. Ces facteurs sont associés à différentes caractéristiques, notamment en lien avec les usagers, les intervenants, la famille, des caractéristiques sociétales, organisationnelles et associées aux partenariats. Le tableau 7 résume l’analyse de contenu ayant été effectuée pour décrire les différents facteurs freinant les pratiques orientées vers le rétablissement (Tableau 7).

Tableau 7

Facteurs freinant les pratiques orientées vers le rétablissement au sein des RE

Catégories	Enjeux	Code
Caractéristiques associées aux usagers	Complexité des troubles mentaux	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Limite cognitive ▪ Contact avec la réalité ▪ Autocritique ▪ Symptômes négatifs
	Refus du partenariat avec les familles	

Caractéristiques des intervenants	Faible sentiment de compétence associé à certaines dimensions du rétablissement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Connaissance des ressources communautaires ▪ Connaissance des outils ▪ Compréhension de certains comportements ▪ Anticipation ▪ Craintes des symptômes
	Craintes des intervenants	
	Temps de contact clientèle et stigmatisation	
Caractéristiques des familles	Lien émotif parent-enfant. L'épuisement des proches Troubles mentaux chez les proches	
Caractéristiques sociétales	La crise du logement.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pénurie du logement ▪ Prix des logements ▪ Faible qualité des logements disponibles
	Préjugé de la communauté. Valeurs d'une culture laïque	
	Accessibilité des ressources d'hébergement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manque d'appartement supervisé ▪ Temps d'attente dans les ressources
	Lenteur du processus de changement des pratiques	
Caractéristiques organisationnelles	Ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manque de personnel ▪ Roulement du personnel ▪ Suivi de la qualité des services ▪ Suivi de l'implantation des pratiques ▪ Disponibilité d'outils cliniques ▪ Absence de cadre de référence
	Stratégies d'encadrement du personnel	

	Développement et formation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombreux besoins de formation ▪ Contexte de formation actuel inefficent ▪ Faible généralisation des bonnes pratiques ▪ Partage des connaissances et des pratiques ▪ Inaccessibilité de la formation par la clientèle
Caractéristiques associées aux partenariats	Approche collaborative	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cohérence des interventions ▪ Communication ▪ Gestion des risques

2.1. Caractéristiques des usagers

Certaines caractéristiques associées aux usagers demeurant au sein des ressources d'hébergement du CIUSSS étaient identifiées par les intervenants comme pouvant être un obstacle aux pratiques orientées vers le rétablissement, dont la complexité des troubles mentaux et le choix de l'utilisateur de refuser le travail de partenariat avec les proches.

2.1.1. Complexité des troubles mentaux. Plusieurs particularités associées à la complexité des usagers ont été nommées lors des entrevues. D'abord, le manque d'autocritique était identifié par deux groupes de discussion. Il y aurait effectivement une difficulté perçue à travailler auprès d'une personne qui nie sa maladie et ses vulnérabilités. Aussi, le groupe A nous mentionnait que la présence de symptômes positifs associés à la schizophrénie pouvait affecter la personne dans son rétablissement. Entre autres, dans leur discours, certains usagers présenteraient des idées délirantes de façon constante, ce qui rendrait difficile les échanges sur des éléments soutenus par le concept du rétablissement. Par exemple, la ligne peut être mince entre les délires religieux et les besoins spirituels.

« On en a beaucoup avec qui il est juste difficile d'avoir une discussion cohérente faite qu'on n'est pas porté à aller là-dedans, c'est illogique ».

(Groupe A)

« Il y en a qui sont très croyants et que ça fait partie des délires donc à quel point est-ce que certains intervenants ont envie de rentrer là-dedans ».

(Groupe A)

Enfin, les symptômes négatifs de la schizophrénie et les effets secondaires de la médication étaient décrits, par la participante 4, comme un enjeu dans son parcours de rétablissement.

« Je ne sais pas, pour moi c'est gros de trouver un travail et de le garder parce que c'est pas évident. Avec la maladie, on est comme fatigués par la médication. Je n'ai pas le même rythme de travail que quelqu'un de normal. C'est dû à la maladie, puis à la médication ». (Participante 5)

2.1.2. Refus du partenariat. Il semblerait que les usagers décident parfois d'interdire le contact entre les intervenants et leur proche. Plus particulièrement, le groupe de discussion réunissant des intervenants œuvrant au sein des appartements supervisés affirmait qu'il y avait beaucoup de leurs locataires qui refuseraient d'inclure leurs proches dans le suivi. Les intervenants avaient l'impression que les usagers cherchaient à se distancier de leur famille afin de prendre leur autonomie.

2.2. Caractéristiques des intervenants

2.2.1. Anticipation des intervenants. Les participants du groupe A nous rapportaient certaines anticipations de la part des intervenants qui pourraient limiter certaines pratiques orientées vers le rétablissement. Par exemple, la crainte d'un contact difficile avec un proche pourrait mener à l'évitement du contact par crainte que ce dernier devienne un obstacle aux interventions mises en place. Aussi, comme nous l'avons vu, les intervenants éviteraient parfois d'aborder la question de la spiritualité de peur d'aborder des idées délirantes.

« Des fois, on a peut-être l'anticipation. J'en ai quelques-uns en tête que c'est difficile alors on n'est pas porté à initier parce qu'on a peur que ça soit un contact difficile pis que ça aille à l'encontre ou que ça soit un obstacle, peut-être ». (Groupe A)

2.2.2. Faible sentiment de compétence associé à certaines dimensions du rétablissement. Le groupe A et C nous mentionnaient qu'un faible sentiment de compétence dans certains domaines pouvait grandement freiner les pratiques orientées vers le rétablissement. Ainsi, il semblerait que les ressources communautaires soient peu connues tout comme les approches familiales. Pour certains intervenants, ce manque de ressources et de connaissances aurait un effet inhibant, qui à son tour, entraînera une inactivité de leur part. La résolution de ce problème dépendrait de la proactivité de l'intervenant.

2.2.3. Compréhension de certains comportements. Ici, la compréhension des comportements fait référence à l'ouverture de l'intervenant à inclure différents facteurs permettant de mieux interpréter la situation de l'utilisateur. Ceci inclut, par exemple, le fait de recueillir les informations nécessaires afin de bien comprendre les valeurs culturelles pouvant influencer le comportement de la personne. Le fait de ne pas considérer la perception de l'utilisateur peut avoir des effets nuisibles sur celle-ci.

« Parce que des fois, j'ai l'impression qu'on a le même pattern pis qu'on fait la même affaire. Souvent on tire des conclusions hâtives, mettons. Pis ça peut être heurtant aussi. (...) Je reviens à mon monsieur vietnamien. Je parlais avec l'interprète et il me disait que lui c'est une personne qui est plus âgée et c'est mal vu de ne pas être matché et ça, ça explique certain comportement qui peut avoir dans la communauté pis qui veut aller vers les femmes rapidement. Fait qu'au début tu penses qu'il a un comportement sexuel qui n'est pas correct, mais en même temps il y a un côté qui est culturel. Fait que des fois, comprendre certaines choses va t'amener une compréhension dans les comportements donc il faut voir plus large. » (Groupe A)

2.2.3. Temps de contact clientèle et stigmatisation. Pour le groupe B, le temps passé en présence des usagers aurait un impact sur la croyance que la personne peut améliorer sa situation. Les personnes travaillant à temps partiel ou celle étant moins impliquée dans les suivis seraient perçues comme ayant davantage de préjugés et ayant un sentiment de sécurité plus faible.

« Pour certains, les clients, ça ne va jamais aller plus loin dans la vie. C'est hypothéqué au bout pis il n'y aura jamais d'amélioration. Et j'ai l'impression que moins tu es impliqué dans le suivi plus tu peux avoir ce genre de propos là. Parce que tu vas probablement voir les côtés plus difficiles en lien avec les problématiques » (Groupe B).

2.3. Caractéristiques des familles

L'ensemble des groupes de discussion ont nommé des facteurs faisant obstacle aux pratiques orientées vers le rétablissement en lien avec la famille. La relation émotive parent-enfant, les problèmes de santé mentale des proches et l'épuisement des proches étaient décrits comme un enjeu.

2.3.1. Lien émotif parent-enfant. Une intervenante du groupe B révélait que le lien émotif parent-enfant pouvait tout autant aider que nuire à la responsabilisation et la reprise de pouvoir chez l'usager. Il pourrait, par exemple, devenir un enjeu lorsque la personne a vécu des événements de vie difficile (prostitution, consommation excessive, automutilation) et que les membres de la famille adopteraient une attitude surprotectrice afin d'éviter la rechute chez leur être cher.

2.3.2. Troubles mentaux chez les proches. Le groupe B exprimait que certains proches pourraient être atteints, eux aussi, d'un trouble de santé mentale, rendant parfois la collaboration plus difficile. Il serait alors observé, chez certains proches, une difficulté à comprendre la situation de l'usager. Ceux-ci agiraient parfois à l'encontre du plan d'intervention mis en place.

2.3.3. L'épuisement des proches. L'épuisement est une caractéristique familiale qui aurait été observée par les trois groupes. Les intervenants reconnaîtraient que les

proches ont souvent dû offrir beaucoup de soutien à la personne avant qu'elle obtienne une place en hébergement. Selon les intervenants, les proches pourraient alors ressentir un besoin de prendre du recul étant ainsi moins disponible. Parfois, les intervenants sont naturellement portés à prendre la relève.

« Mais plus d'une fois, j'ai parlé avec des membres de la famille juste pour qu'ils ventilent parce qu'ils sont épuisés. Parce qu'ils trouvent ça lourd. Ils sont donc ben contents qu'ils soient dans une ressource parce qu'enfin ils sentent qu'ils ont des services ». (Groupe A)

2.4. Caractéristiques sociétales

Le groupe A et B auraient, tous deux, observé des facteurs sociétaux qui font obstacle aux pratiques orientées vers le rétablissement. D'abord, la crise actuelle du logement est décrite comme étant un facteur inhibant pour la clientèle tout comme les préjugés de la communauté qui sont encore bien présents. Du côté des intervenants, ce sont les valeurs laïques de notre société qui sont décrites comme inhibante.

2.4.1. La crise du logement. La crise du logement, nommée par deux groupes de discussion, fait référence à la pénurie du logement, le prix exhaustif de ces derniers et la qualité de l'environnement des logements à faible coût. Bien que cela ne semble pas avoir un lien avec les pratiques orientées vers le rétablissement, les intervenants mentionnent que cela a bel et bien un impact. En effet, ces facteurs décourageraient les usagers à poursuivre leur projet de vie de façon plus autonome, les maintenant dans des ressources offrant du soutien intensif alors qu'ils ne nécessiteraient plus ce genre de service. Les intervenants mentionnaient alors se sentir inconfortables, coincés entre les obligations d'offrir des services intensifs et la crainte d'une régression chez l'utilisateur. Pour leur part, les intervenants œuvrant au sein des appartements supervisés mentionnaient que le faible coût du loyer, l'absence de colocation et la qualité des logements supervisés ne reflèteraient pas les logements de la communauté. Les usagers préfèrent donc demeurer au sein des ressources en santé mentale.

« Ce n'est pas la norme ceux qui vont en autonome. Il y en a qui préfèrent être sur la liste des 35 heures parce que ça coûte moins cher. Ils aiment mieux rester dans le milieu de la santé mentale parce qu'ils ne sont pas capables d'aller vivre dans la communauté. Parce que c'est trop cher, il n'y a rien ». (Groupe B)

« Ce qui est dur aussi, c'est qu'ici ils sont habitués d'avoir un grand appartement pour le prix et s'ils vont ailleurs, ils vont payer 750 \$ pour un demi-sous-sol tout croche. Tout petit, pas de lumière. Ils ne veulent pas diminuer leur standard et je comprends ». (Groupe B)

Enfin, les groupes B et C aimeraient que les équipes traitantes effectuent une demande de logement à prix modique à l'Office municipal d'habitation (OMH) dès leur entrée dans les services d'hébergements :

« Le problème c'est qu'on attend que l'autre soit près pour faire la demande. Pourquoi on ne fait pas de demande de HLM d'emblée ? Ils refuseront s'ils ne sont pas près. » (Groupe B)

2.4.2. Préjugé de la communauté.

Deux groupes ont exprimé que les efforts fournis par les intervenants pour intégrer socialement la personne dans la communauté et soutenir le projet de vie sont parfois anéantis par les préjugés de la communauté. Ils expriment le découragement ressenti face aux obstacles qu'ils rencontrent, notamment lorsque cela impacte l'accès au logement.

« Je pense qu'un autre frein qui peut avoir, c'est tous les préjugés que la communauté peut avoir. Ça m'est arrivé souvent de visiter des appartements avec mon client et dès que le propriétaire voit qu'il est accompagné d'un intervenant, dès qu'il sait qu'il est sur l'aide sociale, même s'il est sur la curatelle, là soudainement l'appartement est loué ». (Groupe B)

2.4.3. Valeurs d'une culture laïque

Un facteur directement associé à la dimension de la religion et de la spiritualité a été identifié comme étant un frein aux pratiques orientées vers le rétablissement. En effet, nous l'avons vu précédemment, les trois groupes de discussion nommaient leur hésitation à aborder cette dimension avec les usagers. Parfois, ce serait en raison de la crainte des intervenants de faire face à des délires religieux, mais parfois ce serait directement associé aux valeurs de la société québécoise. Plus précisément, cette hésitation serait associée aux débats sur les valeurs laïques de l'état et sur la perception que la religion demeure un sujet très personnel comme en témoignent les extraits suivants :

« Je comprends qu'on est dans une culture, on est dans le système de la santé qui se veut laïc, mais on n'est pas habitué, ce n'est pas un automatisme pour nous autres versus les Haïtiens qui sont directs là-dedans ». (Groupe A)

« Tsé, politique et spirituel, on ne parle pas de ça en famille parce que ça fait de la chicane ». (Groupe A)

2.5. Caractéristiques organisationnelles

Nombreuses sont les caractéristiques organisationnelles à avoir été identifiées comme obstacle aux pratiques orientées vers le rétablissement : accessibilité des ressources d'hébergement, lenteur du processus de changement, ressources humaines, stratégies d'encadrement du personnel et les dispositifs de développement et formation. (Tableau 7)

2.5.1. Accessibilité des ressources d'hébergement. La majorité des intervenants ainsi que les participants 4 et 7 ont identifié le manque de ressources d'hébergement comme étant un frein au rétablissement.

« Moi je souhaiterais qu'il y ait plus d'appartements supervisés au Québec, pour aider les gens qui sortent de la psychiatrie. Pour qu'ils aient un endroit où ils peuvent s'épanouir et continuer à cheminer avant d'être... ils ne sont pas tout à fait prêts à être en appartement ordinaire ». (Participant 4)

« Ce n'est pas normal. Quand je dis, ce n'est pas normal, je veux dire le système. Les priorités ne sont pas toujours à bonne place dans la société ».

(Participant 4)

Le manque de ressources d'hébergement entraînerait des temps d'attente importants pour intégrer une ressource adaptée aux besoins de la personne et à ses projets de vie. Le participant 4 mentionnait avoir attendu plus d'un an pour avoir accès à un appartement supervisé tandis que le participant 7 serait maintenant en attente depuis plus d'un an et trois mois. Deux groupes de discussion estimaient présentement un temps d'attente de deux ans. Cela aurait un impact sur la motivation de la personne comme le mentionnent ces extraits :

« Le manque de ressources. Si on parle de rétablissement, il y a beaucoup d'usagers qui régressent parce qu'ils stagnent dans un endroit. On veut tout mettre en place, il est hyper motivé, mais il perd sa motivation parce que ça ne bouge pas ». (Groupe C)

« C'est comme si on disait "travaille fort aujourd'hui pour avoir ta paie dans cinq ans". Personne ne ferait ça. Tu veux récolter les fruits le plus rapidement possible et c'est normal ». (Groupe A)

2.5.2. Lenteur du processus de changements. Deux groupes déploraient la lenteur des démarches administratives lorsque vient le temps d'apporter un changement aux services ou d'implanter de nouvelles pratiques. Le projet de recherche « *À portée de mains* », ayant débuté au printemps 2022, aurait fait prendre conscience aux intervenants de la possibilité d'améliorer leurs pratiques. À cet effet, plusieurs intervenants nous mentionnaient qu'ils aimeraient apporter certains changements dans le fonctionnement de leur milieu (ex. PI par les forces), mais ils nommaient avoir peu confiance d'obtenir l'autorisation dans un avenir rapproché.

« On a une culture qu'on traîne derrière nous et le changement est long à amener. Changer les choses c'est très long, Ex. ça fait longtemps qu'on est

supposé changer la tenue de dossier, qu'on en parle, ça pris trois ans pour que ça débouche ». (Groupe A)

2.5.3. Ressources humaines. Selon le groupe A et C, le manque de personnel pour combler les remplacements et l'instabilité du personnel auraient un impact direct sur leurs pratiques et les services offerts notamment en lien avec la qualité du suivi, la cohérence des interventions et le lien de confiance entre l'utilisateur et l'intervenant. Cela aurait aussi limité certaines pratiques associées à des indicateurs du rétablissement comme le fait de pouvoir changer d'intervenant. Un groupe a déploré que la situation ait empiré avec la pandémie.

« Nous, ils savent qu'aux deux mois ça se peut que ce soit une autre personne. À quel point ils ont le goût à chaque fois de répéter et de réexpliquer ! Ça ne doit pas aider ». (Groupe A)

« Au début, quand je suis arrivé à ma résidence (...) j'avais un homme comme intervenant. Quelques mois plus tard, (...) ils m'ont donné mon intervenante actuelle, puis mon intervenante c'est sa dernière semaine. Je vais encore changer d'intervenante. Oui, ça va faire trois intervenants, en même pas deux ans. (...) Ce n'est pas très stable de changer d'intervenant comme ça toute tout les un an, ce n'est pas bon ». (Participant 12)

2.5.4. Stratégies d'encadrement du personnel. Selon les intervenants du groupe A et C, quelques enjeux se situeraient au niveau de l'encadrement du personnel. Le suivi de l'implantation des pratiques a été décrit comme étant insuffisant par deux groupes. Les intervenants mentionnaient aussi que lorsqu'ils participaient à une formation, il y avait peu de suivi en lien avec l'implantation des nouvelles pratiques apprises. Les contenus s'implanteraient alors de façon non uniforme selon les milieux et seraient souvent oubliés. À ce sujet, les participants du groupe A expliquaient qu'ils ont généralement les « grandes lignes qui sont interprétées de manière différente dépendamment de l'intervenant ». Il y aurait peu de communication entre les milieux d'intervention afin de parvenir à une compréhension commune.

« Avant ils faisaient de la formation systémique, mais après ça, il n'y a rien qui a suivi. On a souvent un blitz de formation, puis après ça plus rien. Si on n'est pas toute à le faire, ça se perd. Il y en a un qui part, l'autre qui arrive ». (Groupe C).

En plus du suivi de l'implantation des pratiques, le suivi de la qualité des services serait aussi à améliorer. À titre d'exemple, le groupe A déplorait que, concernant la tenue de dossier, l'accent était mis sur les audits de dossier (présence ou non) plutôt que sur la qualité du contenu « Je veux un PI à telle fréquence, mais il ne check pas le contenu ».

L'absence d'outil clinique et de cadre de référence est aussi considérée comme un frein puisque la pratique est perçue comme étant moins encadrée. Deux intervenants ayant plusieurs années d'expérience nous ont expliqué qu'un outil de cueillettes de données, le QBRP, avait déjà été utilisé il y a plusieurs années. Celui-ci permettait alors de couvrir différentes sphères de vie, dont plusieurs indicateurs des pratiques orientées vers le rétablissement. Cet outil n'est toutefois plus utilisé.

« Moi, les besoins sexuels, j'explorais ça quand je faisais le QBRP. Je trouvais que c'était un bon moyen pour aller voir toutes les sphères. Une belle façon d'ouvrir sur la sexualité » (Groupe C)

2.5.5. Développement et formation. Le développement et la formation est la sphère organisationnelle qui a reçu le plus de réactions de la part des trois groupes de discussion, notamment en lien avec les besoins de formations, la généralisation des bonnes pratiques, le partage de connaissance, la structure de formation et l'accessibilité de la formation pour les usagers.

En lien avec plusieurs dimensions du rétablissement, les intervenants du groupe A et C mentionnaient ne pas se sentir suffisamment formés pour aborder certains sujets et intervenir de façon efficace. C'est le cas notamment de la sexualité, la spiritualité et le multiculturalisme.

« C'est sûr qu'il y en a dans notre clientèle qui ont des enjeux d'identité sexuelle, d'orientation sexuelle et ils restent pris avec ça. D'où l'importance d'avoir des formations pour être au courant. Pour pouvoir se faire une tête pour mieux l'aborder. Quand tu ne connais pas la situation et que tu poses des questions, c'est comme si tu demandais à la personne de se justifier alors que l'ouverture est différente. » (Groupe A)

La difficulté à généraliser les bonnes pratiques au sein du CIUSSS est perçue comme un frein à l'intégration des meilleures pratiques dans les milieux d'intervention. Certaines pratiques orientées vers le rétablissement seraient implantées dans des programmes homologués comme les programmes de suivi d'intensité variable (SIV), le suivi intensif dans le milieu (SIM) et le programme des premiers épisodes psychotique (PEP), mais n'ont jamais été présentées à l'hébergement. Ce serait le cas de l'approche par les forces.

« Comme l'approche par les forces, ils devraient nous le présenter parce que ça concorde avec notre milieu. Je trouve qu'à l'hébergement, on est souvent dans une direction à part, on est un peu à l'oubliette. » (Groupe A)

Un groupe mentionnait aussi l'absence de mécanisme de partage des connaissances entre les milieux d'hébergement. Selon les intervenants, « chaque place est cloisonnée. » (Groupe A). Selon eux, il devrait y avoir des mécanismes mis en place tels une communauté de pratiques, des rencontres de codéveloppement et un bottin de ressources à partager.

« Une communauté de pratique au sein de l'hébergement. Oui, d'avoir quelque chose qui nous relie. On perdrait tellement moins de temps qu'en travaillant en silo. En créant une communauté de pratique, on serait capable d'avoir une ligne directrice pour l'ensemble de l'hébergement pis ça rapprocherait les gens. Souvent on travaille dans nos petits milieux puis on ne sait pas ce qui se passe de l'autre bord. On s'isole dans ses petites maisons. » (Groupe A)

En lien avec l'intégration des usagers dans la formation des intervenants et les programmes d'éducation de la ressource, les intervenants du groupe A identifiaient deux enjeux. D'abord, la structure actuelle de formation mettrait l'intervenant en situation d'expert. Un intervenant mentionnait « qu'encore une fois on part du haut et on va vers le bas ». (Groupe A) plutôt que d'accompagner la personne. Ensuite, l'accessibilité aux formations par la clientèle était perçue comme inexistante. Comme nous l'avons vu auparavant, certains intervenants croient qu'il n'est pas toujours nécessaire de servir d'intermédiaire lorsque la formation transmet des informations sur des sujets tels la consommation, les ressources en itinérance, l'utilisation du Naloxone, etc.

« Nos formations se sont beaucoup faites dans un contexte que c'est pour des intervenants, c'est moins adapté. On n'a pas cette banque-là au CIUSSS de pouvoir adapter les formations pour qu'elles soient moins longues, plus vulgarisées. Aller chercher les gens un peu plus. Je trouverais ça pertinent de pouvoir assister avec eux pour pouvoir faire le lien après. Je trouve que c'est un manque. » (Groupe A)

2.6. Caractéristiques associées aux partenariats

Lors des groupes de discussion focalisée, les trois groupes ont identifié des facteurs associés au partenariat. D'abord, plusieurs intervenants feraient le constat de l'absence de partenariat dans la communauté, mettant ainsi un frein au soutien à l'intégration sociale des usagers. Les causes de cette absence sont toutefois identifiées comme étant en lien avec des caractéristiques de l'intervenant (sentiment de compétence et proactivité) et organisationnelle (stratégies d'encadrement du personnel). Le défi perçu était davantage associé à la mise en place de l'approche collaborative avec les équipes traitantes et les familles notamment en lien avec la cohérence des interventions, la communication et la gestion du risque.

2.6.1. Cohérence des interventions. Il serait souvent difficile d'obtenir une cohérence dans les interventions (plans comportementaux, filet de sécurité, moyens

d'atteinte des objectifs) dues à un manque de concertation entre les intervenants, l'équipe traitante, la famille et les usagers. Les intervenants du groupe B et C nous rapportaient plusieurs exemples où le manque de concertation quant aux interventions à mettre en place pouvait rendre plus complexe l'orientation de l'intervention.

« Par exemple, je travaille le budget avec mon client, mais toutes les fins de semaine sa mère lui apporte la bouffe et elle lui donne de l'argent. C'est plus dur de les inclure dans ce temps-là. C'est plus dur de faire notre travail, ce que vous faites-vous la défaite d'une certaine façon. » (Groupe B)

« J'ai l'image qu'on voit le résident à temps plein. Le psychiatre et l'équipe traitante le voient pas trop souvent et des fois ils vont aller dans un sens qui selon moi ne fait pas toujours de sens. » (Groupe C)

2.6.2. Communication. Le groupe C nous mentionnait que parfois, la communication était difficile avec l'équipe traitante. Ces intervenants nommaient qu'ils ne réussissaient pas toujours à discuter de leurs préoccupations. « On ne se sent pas écouté, pas entendu. » (Groupe C). Le groupe A avait aussi l'impression que leur bilan d'observation n'était pas toujours lu ou considéré.

2.6.3. Gestion des risques. Les groupes A et C nous mentionnaient qu'il pouvait être difficile d'arriver à une décision de partage des risques avec l'équipe traitante. Les intervenants du groupe A nous donnaient l'exemple d'un usager qui désirait aller vivre en appartement et pour qui des observations positives étaient faites depuis quelques mois en ce qui concernait ses habiletés résidentielles. Ils auraient toutefois été confrontés aux réticences de l'équipe traitante qui expliquait son refus par des facteurs historiques ne prenant pas en compte l'évolution de la personne. Parfois, les intervenants ont l'impression que les droits des usagers ne sont pas toujours respectés.

« Ça dépend c'est qui qui est en haut pis c'est qui ton équipe traitante parce qu'elle met le frein parfois à des clients qui n'ont pas d'ordonnance. Moi demain matin, je pourrais faire la demande de HLM et le faire transiter vers le HLM. C'est ça qui veut ». (Groupe C)

3. Facteurs facilitants les pratiques orientées vers le rétablissement

Tout comme les facteurs faisant obstacle aux pratiques orientés vers le rétablissement, les facteurs facilitant les pratiques ont été davantage commentés par les intervenants que par les usagers. Ces facteurs ont pris la forme de différentes caractéristiques, notamment en lien avec les intervenants, les caractéristiques sociétales et organisationnelles. (Tableau 8)

Tableau 8

Facteurs facilitants les pratiques orientées vers le rétablissement au sein des RE

Catégories	Facilitateurs	
Caractéristiques des intervenants	Diversité des intervenants	Diversité culturelle Diversité de profession
	La pratique réflexive	
	Schèmes relationnels de l'intervenant	Confiance Considération Disponibilité Empathie
Caractéristiques sociétales	Diminution de la stigmatisation de la santé mentale	
Caractéristiques organisationnelles	Mandat des RE	Mission de réadaptation Séjour à délais limité
	Inclusion de stagiaires au sein des ressources d'hébergement	Diversité des professionnelles Inclusion des stagiaires

3.1. Caractéristiques de l'intervenant

3.1.1. Diversité des intervenants. La diversité des intervenants était comprise par le groupe A comme la diversité culturelle, professionnelle, académique et expérientielle. Les intervenants considéraient que cette diversité pouvait amener une compréhension plus approfondie de la personne et de la situation permettant de personnaliser notre accompagnement.

« Je pense que dans nos équipes le fait d'avoir une diversité culturelle nous aide vraiment parce que souvent on s'identifie à notre bagage, mais on pas mal de gens haïtiens et souvent ils m'apprennent des choses sur des clients haïtiens. Sur la nature des comportements. Des fois, je ne l'aurais pas su et je n'aurais pas questionné ça ». (Groupe A)

« Pour moi, ça serait l'expérience de travailler avec des gens différents qui ont des compétences différentes qui ont des formations ou une bonne approche, tu apprends d'eux autres. Après ça, toi tu le prends et tu l'intègres et tu le partages aux autres personnes ». (Groupe A)

3.1.2. La pratique réflexive. Les pratiques orientées vers le rétablissement seraient considérées comme améliorées lorsque l'intervenant a la capacité de se questionner et d'approfondir sa réflexion sur ses pratiques. Une intervenante du groupe A aimerait d'ailleurs aller plus loin dans cette pratique.

« La pratique réflexive, je crois que c'est toujours une bonne chose et il faudrait l'amener plus, par le coaching clinique. Il faudrait aller plus loin. On est déjà bon, mais je crois que c'est quelque chose qu'on pourrait plus utiliser. » (Groupe A)

À ce sujet, les intervenants ont d'ailleurs mentionné que les diverses activités proposées par le projet de recherche « *À portée de mains* » avaient contribué, dans les derniers mois, à une réflexion plus approfondie de leur approche auprès de la clientèle. Par les activités de formation où des personnes ayant un trouble mental étaient présentes et par des discussions dirigées au sein des milieux, certains intervenants ont nommé avoir pris conscience de l'impact de leur pratique sur les usagers. Ceux-ci étaient prompts à suggérer des solutions afin d'améliorer leur pratique réflexive et désiraient même se mettre rapidement en action dans la mise en place de solution et/ou de discussion avec l'organisation. (Voir tableau 9)

Tableau 9*Pistes d'améliorations suggérées par les intervenants*

Suggestions d'amélioration	Objectifs visés par les améliorations
Implanter une approche centrée sur la famille	<ul style="list-style-type: none"> • Baliser l'intervention familiale • Améliorer le travail de collaboration • Savoir où référer
Soutenir la formation orientée vers le rétablissement <ul style="list-style-type: none"> • Approche par les forces • Culturelle • Sexualité • Spiritualité et religion 	<ul style="list-style-type: none"> • Baliser l'intervention • Identifier des indicateurs clés associés à ces interventions • Obtenir des outils cliniques
Implanter une communauté de pratique associée à l'hébergement	<ul style="list-style-type: none"> • Partager des ressources et des partenariats • Partager des outils cliniques • Uniformiser les pratiques • Effectuer le suivi de l'implantation des pratiques / formation
Implanter des groupes de codéveloppement	<ul style="list-style-type: none"> • Réfléchir sur sa pratique, l'améliorer • Dénouer des impasses cliniques
Implantations d'un outil de cueillettes de données	<ul style="list-style-type: none"> • Effectuer une cueillette de données complète en prenant en considération les différentes sphères de développement
Élaborer un réseau de soutien culturel	<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser une approche personnalisée • Comprendre les enjeux culturels pour intervenir de façon personnalisée
Adapter certaines formations pour améliorer l'accessibilité à la clientèle	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer l'inclusion des usagers • Établir un lien plus égalitaire

3.1.3. Schèmes relationnels de l'intervenant. Il s'agit ici d'un facteur principalement documenté par les usagers comme étant un facteur soutenant leur

rétablissement. Quatre schèmes relationnels ont été rapportés comme étant présents chez les intervenants : confiance, considération, disponibilité et empathie. Lorsque ces résultats ont été présentés lors du groupe de discussion focalisée, un intervenant soutenait que ces schèmes prenaient naissance dans ce qu'était fondamentalement un intervenant. Pour lui, le savoir-être inné des intervenants soutenait la mise en place des pratiques orientées vers le rétablissement.

Le schème de confiance se présenterait particulièrement, selon quatre participants, par des encouragements à aller de l'avant, en soulignant leurs forces, en étant positif et en leur reflétant leur capacité à réussir ce qu'ils entreprenaient. Le participant 5 nous mentionnait : « Ils croient en nous, les intervenants ».

Le schème de considération a été relevé par deux participants qui mentionnaient que leurs efforts étaient considérés et qu'ils recevaient des félicitations lorsqu'ils faisaient de bons coups. Ce schème est aussi reconnu comme étant une force par les intervenants. Les intervenants du groupe A expliquaient que leur force est de prendre en compte l'expérience de vie des usagers dans leur cheminement. Entre autres, ils mettaient de l'avant leur ouverture face aux situations de vie difficile des usagers puisque certains auraient des expériences de vie « rock n'roll ». Cette force rejoindrait aussi le schème de l'empathie nommé par une participante.

« Puis ils nous parlent de comment on se sent. Ils portent une attention à nous autres. Ils sont empathiques ». (Participant 5)

Le schème de disponibilité, quant à lui, a été nommé par trois participants qui soulignaient les capacités des intervenants d'être à l'écoute lorsqu'ils en avaient besoin.

« Quand j'ai besoin de parler à mon intervenante, elle m'écoute, puis elle me soutient et m'encourage à être positif ». (Participante 15)

3.2. Caractéristiques sociétales

Deux intervenants ayant plus de dix ans d'expérience en santé mentale ont tenu à souligner la diminution de la stigmatisation de la santé mentale au cours des dernières

années. Alors, bien que les préjugés de la société soient perçus comme un enjeu, les améliorations elles, sont perçues comme un facteur favorable.

« C'est différent qu'avant, les familles sont plus présentes. Maintenant, la population générale a un regard différent sur la santé mentale. Ils en parlent partout. On dirait depuis 7-8 ans, les mentalités ont changé, les stigmas aussi s'atténuent ». (Groupe A)

3.3. Caractéristiques organisationnelles

3.3.1. Mandat des RE. Le mandat des RE implique une durée limitée au séjour des usagers. Cette limite de temps ferait en sorte que les intervenants devraient planifier l'intervention en pensant à l'orientation future et en identifiant les ressources sur lesquelles les usagers pourront compter une fois qu'ils auront quitté leur ressource.

« Mais c'est sûr qu'on voit des changements ici, c'est un genre de tremplin pour autre chose. On ne reste pas ici toute notre vie. Donc ça, c'est bien, c'est motivant. Puis, ça peut prendre de 2 à 4 ans là, tout dépendamment des gens. Oui, ils nous aident à nous rétablir ». (Participante 5)

3.3.2. Inclusion de stagiaires au sein des ressources d'hébergement. Un groupe d'intervenant mentionnait que les stagiaires étaient perçus comme un facteur positif dans les pratiques puisqu'elles permettaient de les remettre « sur la bonne voie ». (Groupe A)

Cinquième chapitre. Discussion

En lien avec le rétablissement, cette étude avait pour objectifs d'explorer de quelle façon les pratiques étaient perçues par les diverses parties prenantes au sein des ressources d'établissement d'un CIUSSS. C'était la première fois qu'un projet de recherche interrogeait les RE au sujet des pratiques orientées vers le rétablissement. Les acteurs qui ont été interrogés dans cette étude sont les usagers et les intervenants œuvrant au sein de ces ressources. De façon plus spécifique, notre étude ciblait deux objectifs : 1) explorer le point de vue des différentes parties prenantes quant à la mise en place des principes orientés vers le rétablissement dans la pratique, 2) décrire les facteurs facilitants et les obstacles aux pratiques orientées vers le rétablissement tel que perçu par les différentes parties prenantes.

Ce présent chapitre nous permettra de répondre à nos objectifs de recherche par une réflexion approfondie des résultats, tout en portant un regard sur les similitudes et les divergences de la littérature recensée. En tout, cinq constats ont émergé de ce projet et seront présentés dans la prochaine section. Aussi, les forces et les limites de ce projet seront exposées afin d'obtenir une interprétation éclairée de nos résultats. Enfin, notre regard se portera sur l'implication de nos résultats pour la recherche future.

1. Les constats

Notre étude a relevé que les usagers et les intervenants évaluaient globalement les services orientés vers le rétablissement comme étant similaires. En lien avec les réponses au RSA, des divergences de point vues ont émergé en ce qui concerne le niveau de satisfaction associé à la diversité des options de traitements offerts et la personnalisation des services. Les entrevues individuelles et les groupes de discussion focalisée ont toutefois amené un certain éclairage en ce qui concerne certains indicateurs des pratiques orientées vers le rétablissement. En effet, la triangulation des données quantitative et qualitative a permis de préciser et nuancer les résultats quantitatifs en identifiant un besoin d'améliorer certains aspects de la diversité des options de traitement, de la personnalisation des services et de l'implication des usagers au sein de la ressource. Plus précisément, la triangulation de nos données nous a permis d'arriver à certains constats similaires aux études menées au sein des RNI par Piat et al. (2015) et Larivière (2020).

Les trois études identifient un besoin d'amélioration aux items suivants : l'implication des usagers dans la formation des intervenants, l'intégration de mentor auprès des usagers, le fait d'être à l'écoute des expériences culturelles des usagers et d'être attentif aux intérêts et besoins sexuels de ces derniers. D'autres résultats étaient aussi en cohérence avec l'étude de Piat et al. (2015) quant aux items à améliorer : la possibilité de changer d'intervenant, le soutien au projet vocationnel et le soutien pour redonner à la communauté. Notre étude identifie aussi un besoin d'améliorer la disponibilité des intervenants à discuter des intérêts et besoins spirituels. En outre, le verbatim recueilli lors de cette étude a permis de dégager une certaine asymétrie des pouvoirs entre les intervenants et les usagers alors qu'on observe une approche davantage paternaliste de la part des intervenants. Enfin, lors de notre étude, les intervenants identifiaient davantage d'enjeux face à l'utilisation des pratiques orientées vers le rétablissement que de facilitateurs. Ce constat rejoint d'autres études. Notons celle de Le Boutiller et al. (2014) qui ont observé le même phénomène dans leur étude alors que leur étude était focalisée sur les histoires de succès.

1.1. Premier constat – Les valeurs et les croyances des intervenants pourraient possiblement avoir davantage d'impact sur la diversité des options de traitement que leur profession ou leur formation académique

Notre étude a mis en lumière la façon dont les intervenants et les usagers percevaient les pratiques orientées vers le rétablissement au sein des ressources d'établissement. Ayant pris en considération les études menées en Australie et en Angleterre, nous avons comme hypothèse de départ que les pratiques des RE seraient plus orientées vers le rétablissement que celles des RNI. En effet, plusieurs critères différencient les RE et les RNI notamment le séjour limité, les intervenants formés et diversifiés et la supervision clinique plus étroite de par la présence régulière des RUV et des SAC au sein des milieux d'intervention. Or, globalement, les réponses aux RSA suggèrent que les pratiques étaient orientées vers le rétablissement de façon satisfaisante tout comme l'étude de Piat et al. (2015) et celle de Larivière et al. (2020). Tout comme ces études, il a été trouvé que la diversité des options de traitement était le domaine du RSA ayant obtenu la cote la plus faible chez les usagers. Dans ces trois études, ce

domaine présentait une différence significative entre le score obtenu par les usagers et les intervenants. Aussi, en lien avec la diversité des options de traitement, certains éléments devaient être améliorés dont la présence de personnes en rétablissement pouvant servir de mentors et la possibilité de discuter de ses intérêts et ses besoins sexuels. Notre étude a aussi soulevé le besoin d'améliorer la disponibilité des intervenants à discuter des intérêts et besoins spirituels. Les groupes de discussion focalisée nous ont apporté des éclaircissements sur ces pratiques et les facteurs qui pouvaient les freiner. Ces résultats semblent suggérer que certaines pratiques ne sont pas en lien avec la profession, mais plutôt avec les valeurs et les croyances de l'intervenant au-delà des formations académiques.

1.1.1. Le tabou des besoins et intérêts sexuels. La sexualité peut être définie comme un élément central chez l'être humain et inclue les activités sexuelles, « l'identité de genre et de rôle, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction » (WHO, 2023, traduction libre, 16 mars). Bien qu'il s'agisse d'un élément central, notre étude a relevé qu'il n'était pas toujours aisé pour les intervenants d'aborder ce sujet puisque cela soulevait un sentiment d'intrusion, d'inconfort et d'incompétence. Ce constat rejoint d'autres études comme celle de Varrastro et al., (2020) qui souligne que plusieurs barrières existent en ce qui concerne l'implantation des pratiques qui adressent la sexualité, et ce, tant chez les professionnels que chez les médecins. D'abord, elle crée une insécurité chez les professionnels puisque ce sujet est considéré comme étant tabou (Varrastro et al., 2020) et du domaine privé (Cesnik et Zerbini, 2017).

Pourtant, dans notre étude, les intervenants reconnaissent en grande majorité l'importance de la sexualité, les comportements à risque chez la clientèle et l'impact que peut avoir la médication psychiatrique sur la sexualité. En fait, d'autres études ont identifié que la majorité des professionnels de la santé (60 %) étaient en accord avec le fait que la sexualité devait être adressée auprès des usagers, mais seulement 6 % discuteraient de ce sujet avec leur usager (Haboubi et Lincoln, 2003). Les intervenants ayant participé au groupe de discussion nommaient que, selon eux, plusieurs stratégies pourraient favoriser un plus grand sentiment de compétence et davantage de proactivité à ce sujet. Le besoin de formation était unanime. Selon Cesnik et Zerbini (2017),

l'insécurité chez les intervenants est effectivement en lien avec un manque de formation. Selon l'étude de Haboubi et Lincoln (2003), 79 % des professionnels mentionnaient avoir un inconfort en lien avec un manque de formation tandis que 67 % mentionnaient se sentir embarrassé. Or, il est rare que la formation des professionnels offre une formation sur la sexualité.

1.1.2. L'inconfort que suscite la religion et la spiritualité. Dans la littérature, il existe de nombreuses définitions de la spiritualité et peu de consensus à cet égard. Cette étude interrogeait la spiritualité selon la définition propre qu'en donnait chaque personne. Pour cette raison, nous définirons ici la spiritualité et la religion selon des définitions générales trouvées dans le texte de Simard (2006). Ce dernier partageait une définition de la religion « comme un ensemble spécifique de croyances et de pratiques habituellement reliées à un groupe organisé d'appartenance ou de confession » (p. 110) tandis que la spiritualité pouvait être présentée comme ayant une « connotation plus individuelle, étant souvent définie par les gens comme le sens de paix, de raison de vivre, de relation avec les autres et de croyances relatives au sens de la vie » (p. 110). Selon cet auteur, une personne peut s'impliquer dans des pratiques associés aux deux concepts ou à un seul.

Notre étude a relevé une réticence de la part des intervenants à parler de spiritualité ou de religion avec les usagers tandis que certains usagers mentionnaient que cela était important dans leur vie. Un des éléments freinant cette pratique était le fait de vivre dans une société laïque. D'ailleurs, une intervenante nous mentionnait que « politique et spirituel, on ne parle pas de ça en famille parce que ça fait de la chicane ». En fait, il semblerait que ces croyances ancrées ne sont pas uniquement identifiées au Québec puisque l'étude de Smith et Suto (2014), menée en Colombie-Britannique rapportait le même adage alors qu'un participant rapportait : « when you go to party, you never talk about religion or politics » (p. 13). Il semblerait que ce soit une leçon bien apprise. En Suisse, une étude a identifié que les professionnels de la santé étaient moins religieux que la population générale. En effet, Huguelet et al. (2016) ont trouvé que les opinions religieuses venaient parfois en contradiction avec les pratiques défendues par les professionnels de la santé tels que l'avortement, l'homosexualité et la fin de vie.

L'ensemble des études consultées soulignaient une hésitation chez les professionnels de la santé à aborder ce sujet. Nombreux sont les professionnels œuvrant en santé mentale qui se méfient des délires à saveur mystique (Huguelet et al., 2016). D'ailleurs, notre étude met en lumière que la crainte de faire face à un délire mythique était une seconde source de réticence à discuter de religion ou de spiritualité avec les usagers. Or, la religion est une stratégie d'adaptation particulièrement présente chez les personnes vivant avec une schizophrénie (50 %), notamment pour faire face à leurs troubles mentaux et se rétablir (Mohr et al., 2006). La clientèle des RE ayant majoritairement un diagnostic de schizophrénie, il apparaît donc important d'aborder ce sujet. Selon une étude, 45 % des usagers présentant des délires mythiques utilisent malgré tous des stratégies d'adaptation religieuses ou spirituelles qui sont positives (Pargament, 2013 ; cite par Huguelet et al., 2016). D'ailleurs, de nombreuses études menées auprès d'une clientèle en santé mentale soulignent des impacts positifs lorsque la personne a des pratiques spirituelles ou religieuses. Les usagers qui nous ont parlé de l'importance de pouvoir discuter de la spiritualité nous rapportaient des bienfaits principalement sur la sphère psychologique. D'autres études ont, quant à elles, relevé d'autres effets bénéfiques en plus de la sphère psychologique (stratégies de coping, espoir) (Milner, 2020 ; Mohr et al. 2006) soit, sur la sphère sociale (communauté religieuse), sur les habitudes de vie (mode de vie sain) (Mohr et al., 2006 ; Ho et al., 2016), sur la comorbidité (éviter à la rechute de consommation, de dépression et de pensées suicidaires) (Mohr et al., 2006 ; Simard, 2006 ; Milner et al. 2020), sur l'évolution du trouble mental (Huguelet et al., 2016), sur la santé physique (Simard, 2006) sur la sphère développementale (identité) (Milner et al. 2020), sur la sphère affective (sentiment de calme, d'amour et d'empathie) et cognitive (processus analytique de réflexion) (Ho et al. 2016). À la lumière de ces résultats, nous ne pouvons passer ici sous silence les liens évidents entre les effets bénéfiques de la religion et la spiritualité et les dimensions associées au rétablissement tels les liens sociaux, l'espoir, et le sens à la vie. Ces études ont toutefois soulevé que la religion ou la spiritualité pouvaient aussi avoir un impact sur l'adhérence aux traitements (refus et abandon) (May, 1995 ; Mohr et al., 2006). En effet, dans leur étude, Mohr et al. (2006) ont révélé que 23 % des usagers identifiaient une contradiction entre la prise d'une médication et leur croyance religieuse. Ces résultats ont aussi été mis de l'avant par la

revue systématique de Milner et al. (2020). La préférence d'une « guérison spirituelle » (p. 2096) peut alors mener la personne à refuser les traitements et ainsi créer davantage de souffrance (Mohr et al. 2006). Ces résultats indiquent d'autant plus l'importance d'aborder le sujet avec les usagers et pour ces raisons, différents chercheurs recommandent donc de faire une évaluation systématique (Mohr et al., 2006 ; Milner et al. 2020 ; Huguelet et al., 2016). Du côté des usagers, selon une étude, 14 % des usagers considéraient que la religion était une source de souffrance due à une exacerbation des délires, le fait de se sentir rejeté par la communauté religieuse ou par l'échec de la guérison attendue par la démarche spirituelle (Mohr et al. 2006). Il convient donc de savoir comment aborder le sujet. Les établissements offrant des services d'hébergement en santé mentale devraient donc s'assurer d'offrir une formation adéquate, particulière à une clientèle ayant un trouble psychotique afin d'améliorer les pratiques.

1.1.3. L'intégration des pair-aidants : un partenariat à démystifier.

L'embauche accrue de pairs aidants fait partie des indicateurs d'une organisation orientée vers le rétablissement (Lalancette et Rioux, 2013 ; Briand et al. 2022). En effet, comme nous l'avons vu, le soutien par des personnes servant de mentors fait partie intégrante des dimensions associées au rétablissement personnel (Leamy et al., 2011). Elle est présentée par la commission de la santé mentale du Canada (consulté, juin 2023), comme « une relation d'entraide qui se crée entre deux personnes ayant un vécu expérientiel commun ». Parmi ce type de soutien, la pair-aidance devient de plus en plus connue au sein des services en santé mentale. Les pairs-aidants se définissent comme des personnes vivant des problèmes de santé mentale et qui interagissent avec des personnes vivant des difficultés similaires (Kormaroff et Perreault, 2013) dans le but d'assurer un soutien social, émotionnel (Cyr et al., 2016), psychologique et un soutien à la reprise du pouvoir sur sa vie (Briand, 2022). Pour ce faire, cela implique que la personne ait tiré une réflexion de son expérience afin de pouvoir transmettre les apprentissages et constats faits au cours de cet épisode (Lamadon, 2019). Selon cet auteur, le pair-aidant se retrouve comme dans « Alice au pays des merveilles » (p.38) alors qu'il est en mesure de voir les deux côtés du miroir et peut favoriser une meilleure compréhension de la situation et du vécu émotionnel chez les équipes traitantes.

Bien que l'intégration de pair-aidants fasse partie des recommandations de la commission de la santé mentale du Canada et du ministère de la Santé et des Services sociaux, il demeure que ce type de soutien est peu connu au sein des ressources d'hébergement. Plusieurs usagers de notre étude n'ont jamais entendu parler de ce type de soutien alors que les intervenants qui en ont entendu parler connaissent peu le mécanisme d'accès. Les responsables d'unités de vie mentionnent qu'ils peuvent faire une demande de service d'un pair-aidant d'un autre service qui offre une intervention brève (maximum 3 mois), mais il s'agit toutefois de la seule pair-aidante disponible pour l'ensemble du bassin d'hébergement, ce qui représente des milliers de personnes. Les intervenants interrogés suggèrent d'avoir une variété de pairs-aidants pouvant répondre aux divers besoins de leur clientèle (trouble psychotique, consommation, clientèle jeune, TPL). D'ailleurs, parmi les recommandations de la commission de la santé mentale du Canada en ce qui concerne l'intégration de pair-aidants dans les services traditionnels, il est suggéré d'embaucher plusieurs pairs-aidants afin d'éviter l'isolement et d'assurer une supervision clinique par les pairs (Cyr et al., 2016).

Chez les participants, certaines craintes ont été nommées en lien avec l'inclusion de pair-aidant au sein de leur service. Certains intervenants auraient la crainte de perdre leur lien thérapeutique en faveur « d'un ami ». Ils s'interrogent sur le rôle réel du pair-aidant et sur la façon d'intégrer un tel intervenant. Ces craintes font écho à certaines expériences vécues où le pair-aidant aurait contrevenu au plan mis en place par la ressource. Il importe alors de s'interroger sur la façon de les intégrer au sein des équipes en maintenant la spécificité de leur rôle tout en misant sur la cohérence des services. Ces questionnements nous semblent pertinents au regard des impacts positifs anticipé par les usagers ayant participé à notre étude. En effet, pour leur part, les usagers envisagent un impact positif de l'inclusion de pair-aidants au sein de l'hébergement : augmentation de l'espoir, de la motivation et de l'acceptation, normalisation du trouble mental, meilleure compréhension et développement de stratégies pour se rétablir. Des résultats similaires ont été trouvés dans deux revues de littérature en ce qui concerne l'efficacité de l'intervention des pair-aidants. Les études incluses dans celle de Quiles et al. (2022) ne permettaient pas de confirmer l'efficacité de ces interventions. Toutefois, certaines études ont tout de même soulevé des améliorations significatives quant à la diminution des

épisodes de crise et de l'isolement, amélioration des stratégies d'adaptation, renforcer la reprise de pouvoir et de l'atteinte des objectifs personnels (Cyr et al., 2016), diminution des hospitalisations, amélioration du soutien social et de la qualité de vie (Quiles et al. 2022). La commission de la santé mentale du Canada (2023, 11 mars) rapporte aussi que l'intégration de pair-aidant dans les équipes favorise le lien entre l'utilisateur et sa famille, favorisant une meilleure compréhension commune des services afin d'augmenter leurs compétences à prendre soin d'eux et de leur proche.

Dans notre étude, les craintes des intervenants envers l'intégration de pair-aidant étaient notamment associées à la formation et la supervision reçue puisqu'ils avaient l'impression que leurs compétences variaient. À ce sujet, l'étude de Cyr et al. (2016) ont relevé que la majorité des répondants souhaitaient voir la pair-aidance devenir une profession officielle dans le champ de la santé mentale. Pour ce faire, ces auteurs rejoignent Lamadon (2019) qui exprime la nécessité d'avoir une profession réglementée selon une formation uniformisée et des normes de pratiques. Lamadon (2019) milite aussi pour la sélection des futurs pairs-aidants puisqu'il craint une décredibilisation de la profession naissante alors que la personne pourrait par exemple, entraver le fonctionnement de l'équipe traitante. Deux revues de la littérature ont permis d'identifier des barrières à l'intégration des pairs-aidants dans les équipes : des difficultés à définir le rôle du pair-aidant auprès de l'équipe et des usagers, un manque de formation et une faible rémunération, des tâches inadaptées en lien avec un rôle flou, l'accueil dans les équipes qui sont moins orientées vers le rétablissement (Quiles et al., 2022 ; Ibrahim et al., 2020), un risque de discrimination suite au dévoilement de soi (Quiles et al., 2022) et des ressources de travail insuffisantes (ex. ordinateur) (Ibrahim, 2020). En contrepartie, ces auteurs relèvent certains facteurs qui vont soutenir l'intégration des pairs-aidants : une orientation claire des services et un soutien organisationnel, une supervision clinique offerte, une formation adaptée (Quiles et al., 2022 ; Ibrahim et al., 2020), la professionnalisation du métier de pair-aidant (Quiles et al., 2022) et l'accès à une communauté de pratique (Ibrahim, 2020). En bref, cela nécessite un réel engagement organisationnel.

1.2. Constat - La généralisation des bonnes pratiques

L'application des principes du rétablissement serait directement influencée par les priorités du système de santé, les stratégies de l'organisation et l'implication des gestionnaires (Le Boutiller et al. 2014). Un manque d'engagement de leur part aurait directement un impact sur la capacité des professionnels à mettre en place des pratiques orientées vers le rétablissement.

Cette étude a effectivement mis en lumière de nombreux enjeux de nature organisationnelle. À la lumière des résultats recueillis avec le RSA, les intervenants rencontrés reconnaissaient que certaines sphères d'intervention ou des services offerts devaient être améliorés. Notre étude n'est toutefois pas la seule à avoir constaté que les facteurs organisationnels étaient un grand enjeu aux pratiques orientées vers le rétablissement au sein des services de santé et des services sociaux. Ces résultats rejoignent celle de Le Boutiller (2014). Cette étude relevait que bien que l'organisation énumérait des principes directeurs du rétablissement et de pleine citoyenneté, les intervenants mentionnaient un manque d'engagement de leur part.

Les intervenants reconnaissent que, dans une certaine mesure, l'organisation procède à l'implantation de programmes homologués supportés par des données empiriques telles que le suivi d'intensité variable (SIV), le suivi d'intensité dans le milieu (SIM) et le programme des premiers épisodes psychotique (PEP). Ces programmes ont tous un cadre de référence dans lequel on retrouve des indicateurs clairs quant à l'offre de service, incluant les interventions basées sur les principes directeurs des pratiques orientées vers le rétablissement. À titre d'exemple, l'approche par les forces fait partie intégrante des programmes homologués et est jugée, par les intervenants interrogés, une pratique orientée vers le rétablissement et qui devrait être implantée au sein des ressources d'hébergement. Or, les intervenants déploraient une discrimination organisationnelle freinant la généralisation des bonnes pratiques. La majorité des intervenants avaient l'impression que l'hébergement était mis de côté et déploraient ne pas avoir accès aux formations et aux outils leur permettant d'offrir les meilleures pratiques. Ces intervenants suggéraient que l'organisation fasse la promotion des

approches à données probantes en s'assurant de la généralisation à l'ensemble des services afin d'éviter le travail en silo.

Aussi, il semblerait que le suivi de l'implantation des nouvelles pratiques doit aussi être amélioré. Selon les éléments relevés par la revue systématique de Cesnik et Zerbini (2017), l'implantation de nouvelles pratiques devrait se soumettre à certaines étapes : une évaluation pré-implantation, l'implantation comme telle ainsi qu'une évaluation post-implantation afin d'assurer l'adoption des meilleures pratiques. Or, bien que les principes des pratiques orientées vers le rétablissement face partie des plans d'action en santé mentale depuis 2005, à l'hébergement, il n'y aurait jamais eu d'évaluation à ce sujet ni même de formation. Le présent projet de recherche ainsi que le projet « *À portée de mains* » sont les premiers à s'intéresser aux pratiques des RE. Ainsi, les intervenants déplorent que, lorsque de nouvelles pratiques leur sont enseignées, celles-ci seraient implantées selon la compréhension des intervenants et seraient souvent oubliées dû à un manque de suivi et au roulement du personnel. Il serait pertinent, au sein d'un institut universitaire, de mobiliser la mission de recherche, d'enseignement et de transfert de connaissances afin de définir les meilleures stratégies à adopter. L'institut universitaire en santé mentale de Québec a justement procédé à la création d'une échelle mettant de l'avant des indicateurs des services orientés vers le rétablissement parmi lesquelles on retrouve un programme d'enseignement/formation sur le rétablissement pour les professionnels et les usagers et l'évaluation de l'implantation de services orientée vers le rétablissement à l'aide d'indicateurs clairs qui peuvent indiquer l'atteinte des objectifs et/ou le progrès (Lalancette et Rioux, 2013).

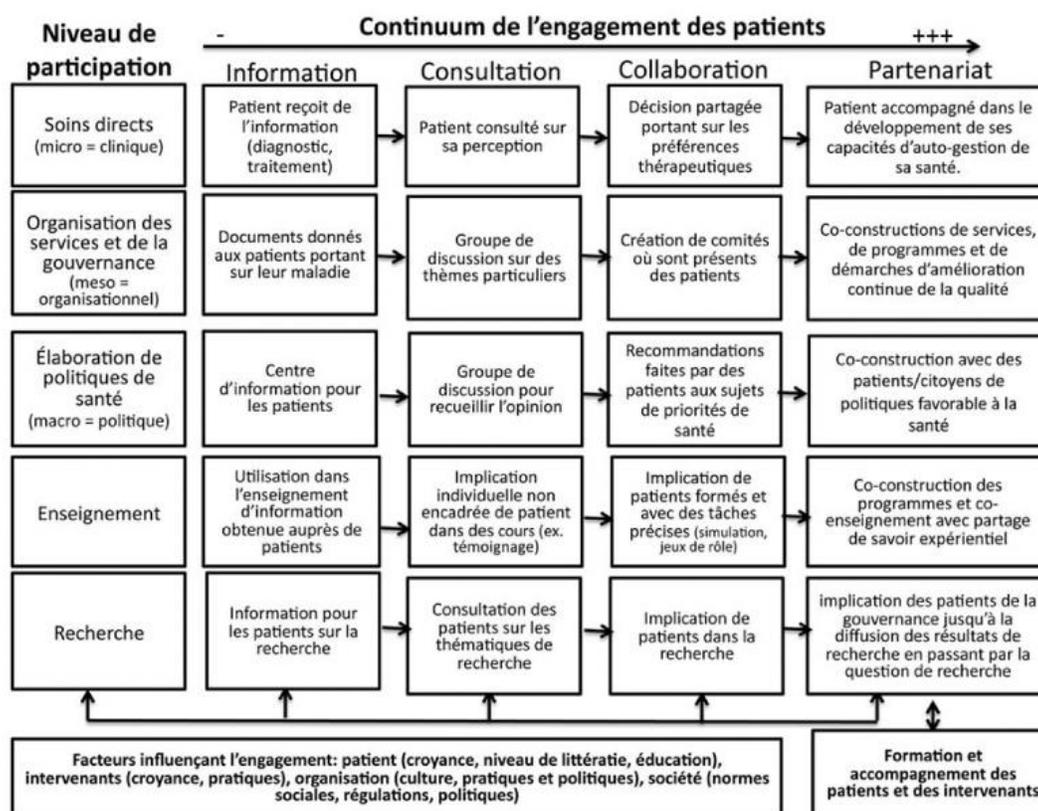
1.3. Constat – L'implication des usagers : un impératif organisationnel pour améliorer les services

L'implication des usagers et de leurs proches est d'une importance capitale puisqu'ils sont les seuls à avoir une vue d'ensemble de la trajectoire complète de soin au sein des services en santé mentale (MSSS, 2018). Leur vécu expérientiel est une source précieuse de savoir ayant le potentiel de soutenir le développement et l'amélioration des services (MSSS, 2018). L'implication pour les usagers peut se faire tant dans la dispensation des soins, l'organisation des services, l'élaboration de politiques dans

l'enseignement et la recherche, et ce, selon un continuum d'implication allant de la transmission d'informations au partenariat (voir figure X).

Figure 3

Cadre théorique du continuum de l'engagement des patients



Note. Cadre théorique de Pomey et al. (2015), inspiré de Carman et al. (2013)

En ce qui concerne les pratiques orientées vers le rétablissement en hébergement, trois niveaux ont été explorés : le niveau de soin direct, l'implication dans l'organisation des services et l'enseignement.

1.3.1. Implication de l'utilisateur dans la dispensation des soins. La participation de l'utilisateur et de ses proches concerne leur implication dans le processus de soins alors que l'utilisateur choisit les soins et les services en fonction de « ses besoins, ses attentes, ses valeurs et ses préférences » (Allaire et al., 2018, p. 4). Pomey et al. (2015) précisent que

la personne doit être « impliquée tout au long du processus qui le concerne comme lors de son plan de soins, les décisions étant prises en fonction de ses savoirs, ses propres valeurs et ses objectifs de vie » (p. 44). Suivant ce modèle, la présente recherche a révélé que l'implication dans la dispensation des soins se retrouve à mi-chemin entre la consultation et la collaboration. En fait, les usagers et les intervenants partagent l'avis que les usagers sont encouragés à avoir des objectifs personnels et qu'un suivi des progrès est fait en lien avec ces objectifs. Toutefois, les usagers nommaient que, bien qu'ils se sentaient écoutés et encouragés à dire leur opinion, ils n'étaient pas toujours impliqués dans les décisions finales. Des éléments ressortaient en lien avec une confusion entre le rôle des intervenants de soutenir le développement de l'autonomie de la personne et le devoir s'assurer la protection de la personne. On retrouve ces mêmes éléments dans la recherche de Rodrigue et Raymond (2021) qui définit un dynamique relationnel entre les usagers des RNI et les employés sous trois thèmes : l'autonomie, la protection et l'autorité permettant d'agir sur l'autonomie ou la protection. Selon ces auteurs, le fait d'agir sur un de ces éléments amène généralement l'effet inverse sur l'autre. Dans la même lignée, notre étude a relevé que les caractéristiques des usagers (manque d'autocritique, symptômes résiduels importants) pouvaient jouer un rôle sur l'approche des intervenants. Pour les intervenants travaillant auprès d'une clientèle ayant des troubles graves, l'autodétermination et la gestion du risque peuvent être deux concepts incompatibles puisque le professionnel est parfois amené à prendre des décisions pour assurer la sécurité de la personne (Ørjasæter et Almvik, 2021). Pour les usagers de notre étude, ce dilemme était soulevé alors que plusieurs mentionnaient devoir faire leurs preuves et avoir des conditions préalables pour atteindre leur projet de vie. Les services orientés vers le rétablissement transfèrent le leadership du professionnel à l'utilisateur. Par contre, dans un contexte de gestion des risques, Ørjasæter et Almvik (2021) ont trouvé que la décision partagée se veut à mi-chemin entre l'approche traditionnelle paternaliste et le leadership de l'utilisateur et est considérée comme étant aidante dans le cadre d'une proche collaborative en support à l'autodétermination et la sécurité des usagers.

Les intervenants de notre étude nommaient toutefois le désir de permettre davantage la prise de risque par l'utilisateur. Les intervenants identifiaient plusieurs autres limites freinant le partenariat avec la communauté, dont des facteurs sociétaux (accès au

logement, stigmatisation) et ceux associés au partenariat avec les équipes traitantes (divergence de point de vue, partage des risques). Il s'agit ici d'éléments qui seraient intéressants à investir dans le but de travailler davantage dans un contexte de partenariat entre tous les acteurs clés, y compris l'utilisateur.

1.3.2. Participation à l'organisation des services. Selon Allaire et al., (2018) l'utilisateur et ses proches peuvent participer à l'organisation des services de diverses façons : répondre à un sondage, participer à un comité, en exprimant leur opinion, leur expérience personnelle et en participant à des discussions de groupe. Notre étude révèle que les RE ont l'habitude d'animer des conseils des résidents. Ceux-ci sont décrits comme un lieu d'échange et de participation active où l'utilisateur peut exercer un pouvoir sur l'organisation de son milieu d'hébergement. C'est un lieu d'échange entre les usagers et les intervenants où peuvent être amenés des commentaires, propositions, insatisfactions et pistes de solution. Au sein des milieux de vie interrogés, les proches n'étaient toutefois pas invités à participer à ces comités. En comparaison avec deux autres études menées au Québec auprès des RNI, notre étude ne mentionnait pas de besoin d'amélioration dans l'élaboration de réunions d'équipe/comités consultatifs et rencontres de gestion. La différence peut s'expliquer alors qu'il s'agit d'une demande clairement identifiée dans la programmation clinique des ressources orientant ainsi les pratiques. Selon le cadre théorique de Pomey et al. (2015), on se retrouve, encore une fois, davantage au niveau de la consultation. La question demeure : comment aller plus loin vers un partenariat actif ? Sur ce point, pour considérer un réel travail de partenariat, les intervenants mentionnent la responsabilité associée à l'engagement des gestionnaires à intégrer les usagers dans l'orientation de la programmation clinique et l'évaluation des services dans une démarche d'amélioration des pratiques. Ce présent projet de recherche a fait ressortir un intérêt de la part des usagers à donner leur opinion. Plusieurs ont mentionné s'être sentis « importants » et « considérés ». Leur surprise de se voir questionner sur les services reçus attire l'attention sur un trop grand écart entre la réalité des milieux d'hébergement à l'heure actuelle et les principes et valeurs qui sous-tendent les pratiques collaboratives et les pratiques orientées vers le rétablissement.

1.3.3. Implication des usagers dans la formation. Il s'agit ici de l'élément qui a sans nul doute suscité le plus de surprise et de questionnement auprès des usagers et des intervenants. Outre l'implication des usagers dans la formation des stagiaires, aucune initiative portant sur l'implication des usagers dans la formation des intervenants n'a été observée par les intervenants à l'hébergement. Ces résultats ne sont pas isolés puisque d'autres études ont identifié un besoin d'amélioration dans cette pratique (Larivière et al., 2020 ; Piat et al., 2015). Selon les données recueillies et en lien avec le cadre conceptuel de Pomey et al. (2015), l'hébergement se retrouve au premier niveau du continuum de partenariat dans ce domaine alors que les intervenants apportent en formation des éléments du vécu rapporté par les usagers ou encore vécu avec les usagers, sans toutefois les impliquer directement dans la formation. Encore une fois, notre étude met en lumière des facteurs organisationnels freinant ces pratiques : une offre de formation soit insuffisante ou orientée vers des besoins administratifs, un manque de fluidité dans la généralisation des bonnes pratiques et le manque d'accessibilité à des formations adaptées à la clientèle (format, contexte, etc.).

Favoriser l'implication des usagers et de leurs proches nécessite la création d'initiatives à plusieurs niveaux. Néanmoins, depuis une dizaine d'années, la littérature abonde d'initiatives dont les résultats suggèrent qu'il s'agit davantage qu'une simple idéologie. Une recension des écrits menés par Thériault et Sauvageau (2019) a identifié des principes directeurs guidant ces pratiques : l'égalité des participants, la mise en commun des savoirs clinique, expérientiel et théorique, la mixité des formateurs et des participants, l'utilisation d'une approche orientée vers les forces et la reconnaissance des savoirs expérientiels. Au Québec, de plus en plus d'initiatives incluent les usagers dans les formations. Notons l'université de Sherbrooke qui a été la première à créer une école d'été réunissant des étudiants(es), des usagers(ères) et des professionnels(elles) (Maltais, 2018). L'objectif était alors de réunir le savoir académique, expérientiel et professionnel afin de sensibiliser sur les relations égalitaires et apporter une réflexion quant à la relation dans l'intervention. Le modèle du Recovery College est une formation offerte dans la communauté animée par une personne œuvrant dans le domaine de la santé et une autre personne qui a un vécu expérientiel en lien avec les troubles mentaux. Pour sa part, l'Université de Montréal a mis sur pied le Centre d'excellence sur le partenariat avec les

patients alors qu'ils sont invités à intervenir dans la formation des professionnels et médecins tant dans les cours magistraux que dans des activités de mentorat (Borde, 2017).

Le modèle du Recovery College a été expérimenté par certains intervenants des groupes de discussion alors qu'ils ont participé aux activités de recherche du projet « À portée de mains ». La présence de personnes en rétablissement comme animateurs et participants a été grandement appréciée alors que les intervenants mentionnaient retenir davantage le vécu expérientiel que les éléments théoriques. Ce partage d'expertise a favorisé une réflexion sur la pratique et la posture de l'intervenant en tant qu'expert. D'ailleurs, ces éléments sont reconnus dans l'étude de Thériault et Sauvageau (2019) alors que chez les professionnels, ils ont pu observer une amélioration des pratiques orientées vers le rétablissement, une adoption d'une posture plus égalitaire et une reconnaissance du savoir expérientiel de l'utilisateur et de ses proches. Certains avantages peuvent aussi être anticipés par les usagers : augmentation des connaissances au sujet du rétablissement et de la santé mentale, amélioration des habiletés d'autogestion, augmentation du sentiment d'espoir, développement du réseau social (Thériault et Sauvageau, 2019), une dynamique relationnelle fondée sur une relation réciproque, une augmentation de l'autodétermination (Boylan et al., 2000), une augmentation du pouvoir d'agir, du sentiment de reconnaissance et de l'implication des usagers (Maltais, 2018).

1.4. Constat. Soutenir le rétablissement personnel par le soutien des proches.

Le devis mixte de notre étude nous a permis de dresser un portrait des perceptions, non seulement des pratiques orientées vers le rétablissement tel que prévu par le questionnaire RSA, mais aussi d'élargir une vision ancrée dans le rétablissement relationnel. En effet, une forte proportion des usagers ont identifié le soutien de leur proche comme étant indissociable de leur rétablissement. Or, les résultats de notre recherche ont révélé que les proches étaient peu inclus dans le suivi de la personne au sein des ressources d'hébergement, et ce, dans les diverses étapes du suivi. Malgré ces résultats, les usagers étaient moins enclins à discuter de l'inclusion directe de leurs proches dans leur suivi. Certains soulignaient toutefois l'impact, sur eux, lorsque leurs

proches avaient bénéficié d'un accès à une forme de soutien associé à la problématique de santé mentale.

Les éléments qui sous-tendent l'approche centrée sur la famille ne font pas partie du modèle conceptuel du rétablissement personnel de Leamy et al. (2011). Cet élément n'était pas questionné via le RSA. Pourtant, la majorité des usagers nous ont fait part de l'impact de leurs proches dans leur rétablissement. Suivant la définition du rétablissement relationnel de Price-Robertson et al. (2017), le rétablissement est un processus social inhérent où l'environnement a un impact sur l'individu et l'individu sur l'environnement. Le processus est donc vu comme interrelationnel. D'autres auteurs mettent en évidence l'importance de placer le rétablissement de la personne dans une perspective écologique en considérant la personne en interaction avec son environnement (Onkel et al., 2007). L'approche centrée sur la famille va plus loin que l'inclusion familiale dans le soutien à la personne, elle insiste sur la façon que les professionnels soutiennent les besoins des autres membres de la famille (Foster et al. 2016). Ainsi, les usagers nous mentionnaient que le soutien offert aux proches dans le passé avait eu des impacts sur eux personnellement et sur leur relation avec les êtres chers. Ils sentaient alors que leurs proches comprenaient mieux leur situation, ils se sentaient considérés et observaient une amélioration dans leur relation. En effet, la psychoéducation auprès de la famille peut amener une meilleure compréhension du processus de rétablissement de leur proche et ainsi, un meilleur engagement dans un soutien actif au rétablissement (Lalancette et Rioux, 2013). Il apparaît d'autant plus important de s'intéresser à cette approche alors que, parmi les facteurs freinant les pratiques orientées vers le rétablissement, les intervenants mentionnaient l'épuisement des familles. En effet, l'hébergement étant un choix de dernier recours, la famille peut avoir offert un soutien important avant la demande de service et aurait parfois vécu des événements traumatiques. Le refus des usagers d'impliquer leurs proches était aussi perçu comme étant un frein à de telles pratiques. Or, selon les données recueillies, il serait possible de soutenir la personne au travers la famille (Foster et al., 2016). Alors, même si la famille ne vit pas avec leurs proches, certains types de soutien identifiés comme principes aux approches centrées sur la famille par Foster et al. (2016) notamment le support émotif (empathie et compassion) et instrumental (référer vers des ressources), peuvent avoir un impact sur la personne.

1.5. Constat – La pratique réflexive : une piste pour améliorer les pratiques orientées vers le rétablissement.

Notre étude présentait un devis mixte séquentiel alors que la complétion d'un questionnaire à la phase un orientait les entrevues de la phase deux. La triangulation des données entre ces deux phases a relevé plusieurs éléments discordants entre les réponses des intervenants au RSA et les réflexions partagées lors des groupes de discussion focalisée des intervenants. La cueillette de données de la première phase s'est déroulée en avril 2022 alors que les groupes de discussion focalisée ont eu lieu au mois d'octobre et novembre 2022. Il s'est donc écoulé près de 6 mois entre les deux activités. Lorsque les intervenants ont complété le questionnaire, la majorité n'avait reçu aucune formation sur le rétablissement. Toutefois le projet de recherche « À portée de mains » a permis aux intervenants de se sensibiliser sur ce concept. En effet, lors ces six mois, des activités de formation sur le rétablissement ont eu lieu via le Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement (CASR) basé sur le modèle du Recovery College. Les thématiques étaient diversifiées : Regards sur la stigmatisation, rétablissement 101, mobiliser ses ressources et son réseau social, la schizophrénie sans préjugés, la résilience, etc. D'ailleurs, les intervenants engagés dans le projet de recherche « À portée de mains » exprimaient avoir une meilleure compréhension, être plus sensibilisé, considérait avoir un nouveau vécu expérientiel qu'il pouvait utiliser dans leur milieu et remettait en question certaines de leur pratique. Ces activités pourraient expliquer le fait que les intervenants ont été plus critiques sur leur pratique lors des groupes de discussion focalisée que lors de la complétion du questionnaire. De plus, le fait de prendre conscience des divergences entre leur point de vue et celle des usagers quant aux pratiques orientées vers le rétablissement était décrit comme favorisant la réflexion. Par exemple, le fait de constater qu'un item a pu être faiblement évalué par un usager amenait les intervenants à réfléchir, à questionner l'impact de leur pratique et à remettre en question leur vision.

Selon plusieurs intervenants, un facteur favorisant l'adoption de pratique orientée vers le rétablissement était justement la pratique réflexive. Celle-ci permettrait au professionnel de prendre conscience des réflexes mis de l'avant lors d'une intervention (Dionne, 2023). Elle permet donc d'améliorer la pratique des intervenants en donnant un

sens à leurs actions. La pratique réflexive peut se faire à divers moments, soit lors de l'intervention, en rétroaction de l'intervention (Lafantaisie et Roy, 2023) ou encore lors de la phase de préparation (Dionne, 2023). En plus de prendre conscience de l'intervention elle-même, elle prend en considération le contexte où se déroule l'action (Lafantaisie et Roy, 2023). Plusieurs approches peuvent soutenir la pratique réflexive dans les milieux de la santé. Les suggestions faites par les intervenants lors des groupes de discussion focalisée sont des occasions de développement de la pratique réflexive. Les deux principales étaient le groupe de co-développement et la communauté de pratique.

2. Forces et limites de l'étude

2.1. Forces

La principale force de cette étude est associée à la validité de construit. En effet, une attention a été portée à la compréhension du concept du rétablissement par l'ensemble des participants. Pour ce faire, avant chacune des activités, une discussion était menée sur la perception de la définition du rétablissement personnel et des explications supplémentaires étaient apportées afin de préciser les éléments. Il est aussi à noter que la majorité des intervenants des groupes de discussion focalisée avaient pu profiter des enseignements sur le rétablissement fait lors du projet de recherche « À portée de mains ». De plus, notre étude a été menée via un devis mixte, poussant ainsi plus loin la compréhension des dimensions du rétablissement par le participant et des facteurs favorisant et faisant obstacle aux pratiques orientées vers le rétablissement. En ce qui concerne la perception des pratiques orientées vers le rétablissement, une triangulation des données est venue solidifier et expliquer les résultats obtenus par les questionnaires quantitatifs.

Lors de la phase qualitative, nous avons effectué une analyse thématique, suite à quoi, nous avons eu recours à la comparaison de l'accord interjuge. Cela a permis d'arriver à un degré d'accord élevé entre deux évaluateurs, augmentant ainsi le niveau de fidélité de l'étude.

La chercheuse étudiante a aussi pris en considération la possibilité associée à un biais de désirabilité sociale qui aurait pu avoir un impact lors des groupes de discussion

focalisée. Lors de la première partie de la recherche, la chercheuse étudiante était alors responsable d'unité de vie au sein d'un foyer de groupe. Dans le but de diminuer les risques de biais, le foyer de groupe où elle travaillait a été exclu de l'étude.

De plus, la chercheuse étudiante a travaillé pendant 20 ans au secteur de l'hébergement de son CIUSSS. Cette longue expérience, associée à une compréhension approfondie du contexte d'intervention, a pu favoriser l'orientation des entrevues et des groupes de discussion focalisée de façon plus précise ainsi qu'une meilleure compréhension de la réalité tel que décrite par les usagers et les intervenants.

2.2. Limite

La taille de l'échantillon, relativement petite, consiste une limite à la validité externe de l'étude, limitant la possibilité de pouvoir généraliser les résultats. Toutefois, l'étude avait pour objectif de décrire un milieu précis, il n'était donc pas prévu d'obtenir la représentativité.

Des facteurs historiques sont aussi à prendre en compte. En effet, les données quantitatives associées aux intervenants ont été recueillies au mois d'avril, soit au début du projet de recherche « À portée de mains » tandis que les données ont été recueillies auprès de résidents au mois de mai. La phase qualitative a débuté six mois plus tard pour les intervenants. Il se pourrait qu'après avoir participé à des ateliers et discussions sur le rétablissement, ils aient été davantage conscientisés sur le sujet (Facteurs contextuels externes). Cela pourrait expliquer la divergence d'opinions des intervenants entre la phase qualitative et quantitative. En même temps, nous sommes conscientes que cette sensibilisation nous a permis d'obtenir un matériel plus riche lors des groupes de discussion. D'ailleurs, les intervenants se référaient régulièrement à leur expérience avec le projet de recherche « À portée de mains » pour définir leur pratique ou parler des facteurs favorisant ou freinant les pratiques orientées vers le rétablissement.

Enfin, les difficultés à recruter les familles demeurent une limite à notre étude. Alors que des affiches de recrutement étaient installées à l'entrée des ressources d'hébergement, les questionnaires demeuraient à la disposition des intervenants qui décidaient d'en discuter ou non avec les familles. Les usagers pouvaient aussi parler de l'étude à leurs proches.

Les responsables de ressources nous ont expliqué que peu d'usagers recevaient la visite de leur proche. Aussi, ils nous ont expliqué avoir tenté de recruter des proches, mais que le peu de contact et de collaboration qu'ils ont eux-mêmes avec les familles et les proches ont possiblement limité la participation.

Cette étude n'a pu atteindre la saturation des données. Le bassin d'intervenants et d'usagers étant trop petit au sein des RE. Nous avons toutefois rencontré l'ensemble des participants qui avaient mentionnés leur intérêt. Aussi, nous avons eu des représentants dans la totalité des milieux d'hébergement, ce qui nous a permis d'obtenir un portrait des pratiques dans l'ensemble des ressources.

3. Pistes pour les recherches futures

L'objectif de ce présent mémoire était de décrire les pratiques orientées vers le rétablissement au sein des RE et développer une meilleure compréhension des facteurs favorisant ou freinant les pratiques orientées vers le rétablissement dans un contexte de services en santé mentale au Québec. À notre connaissance, il s'agit d'une des premières études québécoises à se pencher sur les facteurs influençant les pratiques orientées vers le rétablissement à l'hébergement au Québec. Elle comble alors les limites des études existantes en incluant un devis mixte et en incluant les intervenants(es) œuvrant directement dans le quotidien des usagers. Nous n'avons malheureusement pas réussi à impliquer les proches dans le projet. Un intervenant nous a d'ailleurs suggéré que l'absence de participation des familles reflétait probablement la faible inclusion des proches au sein des milieux d'intervention.

L'approfondissement des connaissances concernant les pratiques orientées vers le rétablissement au sein des RE ouvre la porte à des pistes de solutions concrètes pour favoriser ces pratiques. Elle pose toutefois certaines questions qui pourraient être éclaircies par de future recherche : comment promouvoir l'approche collaborative avec les usagers et sa famille dans un contexte spécifique d'hébergement ? Comment impliquer, dans la planification des services, une clientèle présentant des troubles mentaux graves ? Comment pouvons-nous repenser la façon d'assurer la formation et le

transfert des connaissances à l'ensemble des services en santé mentale ? Comment l'organisation peut-elle soutenir les changements de pratique ?

4. Apport de la recherche pour la pratique

Les résultats insistent sur le fait que l'organisation doit mettre en branle des mécanismes pouvant soutenir les intervenants dans l'adoption de pratiques orientées vers le rétablissement et le partenariat notamment en mettant de l'avant les dimensions de l'enseignement, du transfert de connaissance, de la recherche et des pratiques de pointe de la mission universitaire. Les intervenants de notre étude se sont montrés intéressés à mettre en place des mécanismes d'amélioration des pratiques en ce qui concerne la pratique réflexive et la diversité des options de traitements. Dans la littérature, ces concepts sont déjà associés à des initiatives faisant leurs preuves.

4.1. La pratique réflexive

Certaines pratiques sont vues par les intervenants de notre étude comme étant cohérentes avec les pratiques orientées vers le rétablissement notamment le co-développement et la communauté de pratique. Le co-développement est « une approche de formation qui mise sur le groupe et sur les interactions entre les participants » (p. 7) dans le but de favoriser l'amélioration des pratiques chez l'intervenant tant au niveau du développement des connaissances et des compétences que du perfectionnement pour une meilleure maîtrise de sa profession (Payette et Champagne, 1997). Selon ces auteurs, les rencontres de codéveloppement permettent au professionnel de prendre un temps de recul en amenant en groupe une discussion de cas et de pouvoir profiter de l'expertise développée chez ses pairs. Cela permettrait, entre autres, d'identifier certains enjeux qui freinent son développement professionnel, améliorer ses compétences à analyser plus finement les situations complexes qu'il rencontre, apprendre à aider et à être aidé, développer ses compétences relationnelles et apprendre ensemble. Pour sa part, la communauté de pratique est comprise comme un mode de travail qui est collaboratif alors que les apprentissages se font en interaction avec d'autres personnes travaillant dans le même domaine d'activité et au sein d'une même structure sociale (INSPQ, 2017). Selon cette instance, la communauté de pratiques est relativement nouvelle dans le domaine de la

santé. Les personnes qui composent cette communauté travaillent en collaboration autour d'activités communes (ex. prévention du risque suicidaire, médecine familiale) afin de s'approprier des savoirs issus de l'expérience, clarifier, uniformiser et améliorer des pratiques et arriver à une compréhension commune d'un thème (INSPQ, 2017). Ces activités permettent sans nul doute de partager ou alimenter cinq types de réflexion dont Meierdirk (2016) met en lumière à partir des travaux de Schon et Ghaye. D'abord, le savoir en action (*knowing in action*) fait référence à une réponse rapide et inconsciente de la part du professionnel à partir de son vécu expériences et du bagage de connaissances accumulés au fil du temps. Il s'agirait d'un savoir tacite. Ensuite, la réflexion en action (*reflection in action*) se fait de façon consciente alors qu'une action est posée en réponse à une situation qui se déroule à ce moment. La réflexion sur l'action (*reflection on action*), quant à elle, survient suite à l'évènement et est associée à un processus d'amélioration continue et de développement de nouvelles connaissances. En ce qui concerne la réflexion pour l'action (*reflection for action*), celle-ci permet de faire l'utilisation d'évènements passés pour améliorer les actions futures. Enfin, la réflexion avec l'action (*reflection with action*) se fait en discussion avec un tiers tel un mentor. Ces pratiques seraient, selon les intervenants de notre étude, un facteur clé aux pratiques orientées vers le rétablissement.

4.2. Aborder la spiritualité

Malgré les craintes exprimées par les intervenants, la littérature souligne que le fait de parler de religion avec un usager vivant avec une schizophrénie ne comporterait pas de risque si le professionnel s'abstient de juger les croyances ou d'en prescrire (Huguelet et al., 2016). Différents auteurs suggèrent d'introduire le sujet de façon neutre en questionnant les sources d'espoir et de sens pour la personne, sur les stratégies sur lesquelles elles s'appuient pour surmonter les difficultés (Smith et Suto, 2014 ; Simard, 2006) et comment, selon elle, le professionnel peut la soutenir pour répondre à ses besoins dans ce domaine (Simard, 2006). Plante (2007) suggère pour sa part d'aborder le sujet en utilisant une approche interdisciplinaire afin de pouvoir éviter les biais pouvant interférer dans la compréhension de l'état du client. Enfin, Smith et Suto (2014) suggèrent de porter attention à la communication verbale et non verbale puisque dans

leurs études, ces auteurs relevaient que les participants mentionnaient être conscients que les professionnels conçoivent leur spiritualité comme une invention de leurs troubles mentaux. Une considération réelle et authentique de ce domaine favorisera une alliance thérapeutique qui à son tour est associée, selon nos participants, à un facteur favorisant leur rétablissement.

4.3. Aborder la sexualité

Cesnik et Zerbini (2017) ont conduit une revue de la littérature sur les programmes d'éducation, de développement et de l'entraînement à la sexualité qui indique que la formation est une bonne stratégie. De nombreuses études ont identifié que les programmes éducationnels axés sur les connaissances et l'attitude contribueraient à augmenter le niveau de confort des professionnels pour adresser la sexualité (Cesnik et Zerbini, 2017) ainsi que le sentiment de compétence (Varrastro et al., 2020). Les formations peuvent permettre au professionnel de développer ses connaissances, son savoir-faire et son savoir-être (Varrastro et al., 2020). Ces formations sont d'une durée de 3 heures à plusieurs jours et abordent différents contenus : information sur la sexualité, sur les traitements, maladie, les effets des différents diagnostics sur les relations et l'intimité, les stéréotypes, les perceptions des professionnels et comment aborder la sexualité (Varrastro et al., 2020). Il a été observé, de nombreuses fois que l'éducation sexuelle augmente les connaissances, les compétences, le niveau de confort et la proactivité tout en diminuant le niveau d'insatisfaction en lien avec les performances en ce qui concerne l'éducation sexuelle et la détection et la prévention de problèmes sexuels (Cesnik et Zerbini, 2017 ; Varrastro et al., 2020). Toutes les études ont mis de l'avant une augmentation durable des connaissances et du niveau de confort suite à une formation d'au moins 40 minutes. Les établissements offrant des services en santé mentale devraient donc s'assurer d'offrir une formation adéquate aux personnels de la santé afin d'améliorer la diversité des traitements.

Finalement, dans une perspective d'amélioration continue et de supervision des pratiques, nous suggérons la création d'un lieu de partage entre les intervenants, les gestionnaires, les usagers et leur famille dans la poursuite d'un engagement vers une co-construction de la définition et de l'organisation des services.

Conclusion

Le présent mémoire a permis de mettre en évidence la perception des acteurs concernés en ce qui concerne les pratiques au sein des RE. C'était la première fois qu'une recherche interrogeait les ressources d'établissement au sujet des pratiques orientées vers le rétablissement. Ce projet a pris en considération le point de vue des usagers et des intervenants afin de décrire leur réalité telle qu'ils la perçoivent. Plus particulièrement, cette étude s'est penchée sur les pratiques orientées vers le rétablissement et a permis de répondre à deux questions : 1) De quelle façon les parties prenantes perçoivent-elles les pratiques orientées vers le rétablissement et 2), quelle sont les facteurs favorisant ou faisant obstacle aux pratiques qui peuvent les soutenir.

Les objectifs de notre projet font écho au plan d'action en santé mentale 2022-2026 dont les principes directeurs invitent entre autres à 1) orienter les services vers le rétablissement, 2) adopter une approche collaborative et de partenariat et 3) mettre de l'avant une culture d'évaluation et d'implantation des meilleures pratiques (MSSS, 2022).

Ce mémoire a contribué à la compréhension des pratiques orientées vers le rétablissement au sein des RE. Il a aussi contribué à faire la promotion de pratiques permettant à l'intervenant d'adopter une stratégie d'intervention favorisant l'autodétermination, le choix des usagers, l'espoir, le sens à sa vie, les liens sociaux. Ce projet de recherche a aussi permis de faire le point sur les pratiques, d'identifier les domaines à améliorer, d'amorcer une réflexion sur des éléments qui pourraient soutenir l'amélioration des pratiques selon des indicateurs d'implantation clairs.

Références bibliographiques

- Agence de la santé publique du Canada (2015). *Rapport du système canadien de surveillance des maladies chroniques : Les maladies mentales au Canada*.
Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/rapport-systeme-canadien-surveillance-maladies-chroniques-maladies-mentales-canada-2015.html>
- Allaire, J.-F., St-Martin, K.-A., Massougbojji, J., Zomahoun, H.T.V. et Langlois, L. (2018). S'outiller pour favoriser la participation des usagers, des proches, des citoyens et des communautés à l'amélioration continue de la qualité des soins et des services : Recueil d'idées inspirantes. Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux du CIUSSS de l'Estrie.
<https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/3487091>
- Anthony, W. (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.proxybiblio.uqo.ca/10.1037/h0095655>
- Anthony, W. (2002). Pour un système de santé axé sur le rétablissement. Douze points de repère pour l'organisation d'ensemble des services. *Santé mentale au Québec*, 27(1), 102-113. <https://doi.org/10.7202/014541ar>
- Arsenault-Lapierre, G., Kim, C. et Turecki, G. (2004). Psychiatric diagnoses in 3275 suicides; a meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 4, 4-37. <http://doi:10.1186/1471-244X-4-37>
- Association des éducatrices et éducateurs spécialisés du Québec (2019). Le référentiel de compétences lié à l'exercice de la profession d'éducatrice spécialisée ou

éducateurs spécialisé au Québec.

<https://cdn.ca.yapla.com/company/CPYkUKqkUKNkTgn3ok733k7c/asset/files/Re%CC%81fe%CC%81rentiel%20-%20Version%20abre%CC%81ge%CC%81e.pdf>

- Barbato, A. (2006). Psychosocial rehabilitation and severe mental disorders: a public health approach. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 5(3), 162-163. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17139347>
- Baribeau, C. (2005). L'instrumentation dans la collecte de données. Le journal de bord du chercheur. *Recherches qualitatives*, 2, 98-114. http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v2/CBaribeau%20H2-issn.pdf
- Baribeau, C. (2009). Analyse des données des entretiens de groupe. *Recherches qualitatives*, 28 (1), 133-148. [http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero28\(1\)/baribeau\(28\)1.pdf](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero28(1)/baribeau(28)1.pdf)
- Bélanger, J.-P. (1992). De la Commission Castonguay à la Commission Rochon... Vingt ans d'histoire de l'évolution des services de santé et des services sociaux au Québec. *Service social*, 41(2), 49-70.
- Bergeron-Leclerc, C. et Morin, M-H. (2019). L'exercice du travail social dans le champ de la santé mentale. Dans C. Bergeron-Leclerc, M-H. Morin, B Dallaire et C. Cormier (dir.), *La pratique du travail social en santé mentale* (p.11-32). Presses de l'Université du Québec.

- Bergeron-Leclerc, C., Cormier, C., Dallaire, B. et Morin, M. (2020). Le rétablissement en santé mentale : émergence, représentations et perspectives. *Quintessence*, 11(10), 1-2. <https://qualaxia.org/wp-content/uploads/2020/10/quintessence-vol11-10.pdf>
- Berthelette, D. (2017). Les clés de l'évaluation d'intervention conçues pour améliorer la santé. *Le partenaire*, 25 (3), 14-17. <https://aqrp-sm.org/partenaire/flipbook/vol25no3-698201/#p=1>
- Bisson, J., Pelletier, J.-F., Vasiliadis, H.-M., Lesage, A. et Corrigan. (2007). Traduction française du Recovery Assessment Scale. Centre de recherche Fernand-Séguin.
- Borde, V. (2017). « Fini, le patient passif ! », *L'Actualité*, 28 décembre 2016, 49-50. <https://lactualite.com/sante-et-science/les-medecins-ne-sont-plus-les-seuls-decideurs-en-ce-qui-concerne-les-soins-et-les-plans-de-traitement-voici-venu-le-temps-des-patients-engages-fini-le-patient-passif/>
- Borg, M. et Kristiansen, K. (2004). Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services. *Journal of Mental Health*, 13(5), 493-505. <https://doi.org/10.1080/09638230400006809>
- Bowie, C. R., Depp, C., McGrath, J. A., Wolyniec, P., Mausbach, B. T., Thornquist, M. H., James Luke, J., Patterson, T. L., Harvey, P. D. et Pulver, A. E. (2010). Prediction of Real-World Functional Disability in Chronic Mental Disorders: A Comparison of Schizophrenia and Bipolar Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 167(9), 1116-1124. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09101406>
- Boylan, J., Dalrymple, J. et P. Ing (2000). « Let's do it! », *Social Work Education*, 19(6), 553-563. <https://www-tandfonline->

com.proxybiblio.uqo.ca/doi/epdf/10.1080/02615470020002290?needAccess=true
&role=button

- Briand, C., St-Paul, R. A., & Dubé, F. (2016). Mettre à contribution le vécu expérientiel des familles : l'initiative Pair Aidant Famille. *Santé mentale au Québec, 41*(2), 177-195. <https://doi.org/10.7202/1037964ar>
- Burgess, P., Pirkis, J., Coombs, T et Rosen, AL. (2011). Assessing the value of existing recovery measures for routine use in Australian mental health services. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 45*, 267–280. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.3109/00048674.2010.549996>
- Caldairou-Besette, P., Vachon, M., Bélanger-Dumontier, G, et Rousseau, C. (2017). La réflexivité nécessaire à l'éthique en recherche : l'expérience d'un projet qualitatif en santé mentale jeunesse auprès de réfugiés. *Recherche qualitatives, 36*(2), 29-51. <https://doi.org/10.7202/1084436ar>
- Chen, S.-P., Krupa, T., Lysaght, R., McCay, E., & Piat, M. (2013). The Development of Recovery Competencies for In-patient Mental Health Providers Working with People with Serious Mental Illness. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 40*(2), 96-116. <https://doi.org/10.1007/s10488-011-0380-x>
- Chopra, P. et Herrman, H.E. (2011). The Long-term Outcomes and Unmet Needs of a Cohort of Former Long-Stay Patients in Melbourne, Australia. *Community Mental Health Journal, 47*, 531-541. DOI 10.1007/s10597-010-9351-z
- Commission de la santé mentale du Canada (2015). *Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement.*

https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2021-01/MHCC_Recovery_Guidelines_2016_fr.pdf

Commission de la santé mentale du Canada (consulté juin 2023). Soutien par les pairs.

<https://commissionsantementale.ca/ce-que-nous-faisons/acces-a-des-soins-de-sante-mentale-de-qualite/soutien-par-les-pairs/#:~:text=Facteur%20important%20du%20rétablissement%2C%20le,qui%20partagent%20une%20expérience%20commune.>

Creswell, J.W. et Plano Clark, V.L. (2017). Analyzing and Interpreting Data in Mixed Methods Research. Dans John W. Creswell, Vicki L. Plano Clark (dir.). *Designing and Conducting Mixed Methods Research* (3ed., 209-256). SAGE Publications, Inc.

Cyr, C., Mckee, H., O'Hagan, M. et Priest, R. (2016). *Le soutien par les pairs : une nécessité-Rapport présenté au comité du Projet de soutien par les pairs de la Commission de la santé mentale du Canada.*

https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2016-10/Making_the_Case_for_Peer_Support_2016_Fr.pdf

Dalton-Locke, C., Attard, R. et Killaspy, H. (2018). Predictors of quality of care in mental health supported accommodation services in England: a multiple regression modelling study. *BMC Psychiatry* (18)344, 1-11, <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1912-7>

Deegan P. E. (2005). The importance of personal medicine: a qualitative study of resilience in people with psychiatric disabilities. *Scandinavian Journal of Public Health. Supplement*, 66, 29–35. <https://doi.org/10.1080/14034950510033345>

- Deegan, P.E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial rehabilitation journal*, 11(4), 11-19. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1037/h0099565>
- Demers, G. et Tremblay, D.-G. (2020). Les communautés de pratique (CdP) comme nouvelles modalités d'apprentissage : enjeux et défis. *Enjeux et société. Approches transdisciplinaires*, 7(2), 217–244. <https://doi.org/10.7202/1073366ar>
- Dionne, J. (2023). Réfléchir sur la pratique de l'intervention psychoéducative et sur son sens. Dans V. Lafantaisie et J. Dionne, Pour une pratique réflexive de l'intervention psychoéducative. (p. 3-17). Presses de l'université du Québec.
- Dorozenko, K. P., Martin, R., Gillieatt, S. et Milbourn, B. (2020). Learning to Re-create your Life: An Evaluation of a Residential Mental Health Recovery Program. *Advances in Mental Health*, 18(2), 143–155. <https://doi.org/10.1080/18387357.2019.1565917>
- Dunst, C.J., Trivette C.M., Davis, M. et Cornwell, J.C. (1994). Characteristics of effective help-giving practices. Dans C.J. Dunst, C.M. Trivette et A.G. Deal (dir.). *Supporting & strengthening families* (vol.1, p.30-48). Brookline Books.
- Early, T. J. et GlenMaye, L. F. (2000). Valuing families: social work practice with families from a strengths perspective. *Social Work*, 45(2), 118–130. <https://doi.org/10.1093/sw/45.2.118>
- Farkas M. (2007). The vision of recovery today: what it is and what it means for services. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 6(2), 68–74. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2219905/>

- Finlay, L. (2002). “Outing” the Researcher: The Provenance, Process, and Practice of Reflexivity. *Qualitative Health Research*, 12(4), 531-545. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1177/104973202129120052>
- Fisher, D. B. et Ahern, L. (2002). PACE : une approche qui va plus loin dans l’empowerment. *Santé mentale au Québec*, 27(1), 128–139. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.7202/014543ar>
- Fortin, M-F. et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives*. Chenelière éducation.
- Foster, K., Maybery, D., Reupert, A., Gladstone, B., Grant, A., Ruud, T., Falkov, A. et Kowalenko, N. (2016). Family-focused practice in mental health care: An integrative review, *Child & Youth Services*, 37(2), 129-155, DOI:10.1080/0145935X.2016.1104048
- Franck, A., Martin, B. et Péneau, E., (2017). L’illusion du clinicien. Dans J-P Arveiller, B. Durand et B. Martin (dir.), *Santé mentale et processus de rétablissement* (p.146-153). Champ social éditions.
- Gyamfi, N., Badu, E, Kwado Mprah, W. et Mensah, I. (2020). Recovery services and expectation of consumers and mental health professionals in community-based residential facilities of Ghana. *BMC Psychiatry*, 20, 1-16.2 <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02768-w>
- Gaudet, S. et Robert, D. (2018). *L’aventure de la recherche qualitative. Du questionnement à la rédaction scientifique*. Les presses de l’université d’Ottawa.

- Glover, H. (2012). Un nouveau paradigme se fait-il jour ? Dans E. Jouet et T. Greacen (dir), *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie* (p.33-59). Érès éditions.
- Goodwin, A.M. et Gore, V. (2000). Managing the stresses of nursing people with severe and enduring mental illness: A psychodynamic observation study of a long-stay psychiatric ward. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 311–325.
<https://bpspsychub-onlinelibrary-wiley-com.proxybiblio.uqo.ca/doi/pdf/10.1348/000711200160534>
- Greacen, T. et Jouet, E. (2015). L'empowerment en santé mentale. Dans C. Déchamp-La Roux et F. Rafael (dir.), *Santé mentale : guérison et rétablissement* (p.91-100). John Libbey Eurotext.
- Greacen, T. et Jouet, E. (2017). Le rétablissement : contexte international et situation en France. Dans J-P. Arveiller, B. Durand et B. Martin (dir), *Santé mentale et processus de rétablissement* (p.16-30). Éditions Champ social.
- Haboubi, N.H. et Lincoln, N. (2003). Views of health professionals on discussing sexual issues with patients. *Disability and Rehabilitation*, 25, 291–296.
<https://doi.org/10.1080/0963828021000031188>
- Hellzén, O. (2004). Nurses' personal statements about factors that influence their decisions about the time they spend with residents with long-term mental illness living in psychiatric group dwellings. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(3), 257–263. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00284.x>^[OBI]
- Heyeres, M., Kinchin, I., Whatley, E., Brophy, L., Jago, J., Wintzloff, T., Morton, S., Mosby, V., Gopalkrishnan, N. et Tsey, K. (2018). Evaluation of a Residential

Mental Health Recovery Service in north Queensland. *Frontiers in Public Health*, 6, 1-9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00123>

Huguelet, P., Brandt, P.Y. et Mohr, S. (2016). Pourquoi et comment aborder la spiritualité et la religiosité des patients souffrant de troubles mentaux sévères ; une étude de terrain. *L'Encéphale*, 42, 219-225.
<https://doi.org/10.1016/j.encep.2015.12.005>

Ibrahim, N., Thompson, D., Nixdorf, R., Kalha, J., Mpango, R., Moran, G., ... & 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, 285-293. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01739-1>

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) (2012). *Surveillance des troubles mentaux au Québec : Prévalence, surmortalité et profil d'utilisation des services*. https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1578_SurvTroublesMentauxQc_PrevalMortaProfilUtiliServices.pdf

IUSMM (2015). *Cadre de référence : une vision clinique de la psychiatrie centrée sur la pleine citoyenneté*, IUSMM.
<https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2497093>

Jacobson, N. (2007). Politiques et pratiques en santé mentale. Comment intégrer le concept du rétablissement. *Santé mentale au Québec*, 32(1), 245–264. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.7202/016519ar>

- Keyes, C. L. (2002). The mental health continuum : From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207-222.
https://us.corwin.com/sites/default/files/upm-binaries/23185_Chapter_67.pdf
- Koenig, M. (2016). *Le rétablissement dans la schizophrénie. Un parcours de reconnaissance*. Presses universitaires de France.
- Kœnig, M. (2017). Rétablissement dans la schizophrénie et sens de soi. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 175(8), 726-729.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.amp.2017.08.001>
- Komaroff, J. et Perreault, M. (2013). Toutes les organisations ne sont pas égales quant au pouvoir décisionnel de leurs pairs aidants ! *Drogues, santé et société*, 12(1), 41–56. <https://doi.org/10.7202/1021538ar>
- Lafantaisie, V, Milot, T, et Lacharité, C. (2018). L’ethnographie pour explorer comment les représentations des situations de négligence se construisent à l’intérieur de l’institution de la protection de la jeunesse. Dans M. Lapalme, A-M. Tougas, M-J. Letarte (dir), *Recherches qualitatives et quantitatives en sciences humaines et sociales : Pour une formation théorique et pratique appuyée empiriquement* (p263-286). Les éditions JFD.
- Lalancette, D. et Rioux, A. (2013). Mise en priorité des pratiques cliniques et de gestion associées à l’approche du rétablissement. Institut universitaire de santé mentale de Québec. <https://www.ciussc-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/d8/files/docs/MissionUniversitaire/ETMISSS/rapport-etmis-et03-0810.pdf>

- Lamadon (2019). Rôle du pair-aidant en santé mentale. *Pratiques en santé mentale*, 65(2), 36-43. <https://doi.org/10.3917/psm.192.0036>
- Landis, R et Koch, G. (1977). The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data, *Biometrics*, 33(1), 159-174.
https://dionysus.psych.wisc.edu/iaml/pdfs/landis_1977_kappa.pdf
- Larivière, N., Gauthier-Boudreault, C., Morin, P. et Boyer, R. (2020). Les visions du rétablissement dans des services résidentiels en santé mentale d'une région québécoise. *Santé mentale au Québec*, 45(1), 53–77. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.7202/1070241ar>
- Lawrence, D., Kisely, S. et Pais, J. (2010). The epidemiology of excess mortality in people with mental illness. *La revue Canadienne de la psychiatrie*, 55(12), 752-760. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1177/070674371005501202>
- Lebel, P., Martel, S., Roberge, F., Mongodin, A. et Tremblay, D-S. (2017). L'apport unique des personnes vivant avec une problématique de santé mentale dans l'évaluation du continuum de soins et de services. *Le partenaire*, 25(3), 26-29. <https://aqrp-sm.org/partenaire/flipbook/vol25no3-698201/pdf/le-partenaire-vol25no3-2017.pdf>
- Le Bossé, Y. (1998). Introduction à l'intervention centrée sur le pouvoir d'agir. *Cahiers de la recherche en éducation*, 5(3), 349–370. <https://doi.org/10.7202/1017126ar>
- Le Boutillier, C., Leamy, M., Bird, V.J., Davidson, L. et Slade, M. (2011). What Does Recovery Mean in Practice? A Qualitative Analysis of International Recovery-Oriented Practice Guidance. *Psychiatric Services* 62(12), 1470-1476. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1176/appi.ps.001312011>

- Le Boutillier, C., Slade, M., Lawrence, L., Bird, V.J., Chandler, R., Farkas, M., Harding, C., Larsen, J., Oades, L.G., Roberts, G., Shepherd, G., Thornicroft, G., Williams, J., et Leamy, M. (2014). Competing Priorities: Staff Perspectives on Supporting Recovery. *Administration Policy Mental Health* 42, 429–438. [https://DOI: 10.1007/s10488-014-0585-x](https://doi.org/10.1007/s10488-014-0585-x)
- Le Cardinal, P. (2015). Résilience et rétablissement, fondements et points communs. Dans C. Déchamp-La Roux et F. Rafael (dir.). *Santé mentale : guérison et rétablissement* (p.101-107). John Libbey Eurotext.
- Lecomte, Y. (1997). De la dynamique des politiques de désinstitutionnalisation au Québec. *Santé mentale au Québec*, 22(2), 7–24. <https://doi.org/10.7202/032412ar>
- Lemay, L. (2007). L'intervention en soutien à l'empowerment : du discours à la réalité. La question occultée du pouvoir entre acteurs au sein des pratiques d'aide. *Nouvelles pratiques sociales*, 20(1), 165–180. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.7202/016983ar>
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J. et Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445–452. [doi:10.1192/bjp.bp.110.083733](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733)
- Liberman, R. P., Kopelowicz, A., Ventura, J. et Gutkind, D. (2002). Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 14(4), 256-272. <https://doi.org/10.1080/0954026021000016905>
- MacCourt P. (2013). *Directives pancanadiennes en faveur d'un système de prestation de services pour les proches aidants d'adultes ayant une maladie mentale.*

Commission de la santé mentale du Canada.

<https://www.commissionsantementale.ca>

Maltais, S. (2018). École d'été en travail social, Quand les usagers forment les futurs travailleurs sociaux. <https://www.usherbrooke.ca/travail-social/actualites/nouvelles/details/37617>

Marino, C. K. (2015). To belong, contribute, and hope: First stage development of a measure of social recovery. *Journal of Mental Health*, 24(2), 68–72.

doi:10.3109/09638237.2014.954696

Marsili, M. (2015). Des soins centrés sur l'individu et non sur la maladie. Dans C. Déchamp-La Roux et F. Rafael (dir.). *Santé mentale : guérison et rétablissement* (p.81-89). John Libbey Eurotext.

Marin, C. (2005). Le sujet face à l'épreuve. *Revue interdisciplinaire de sciences sociales* <https://www.espacetemps.net/articles/sujet-face-epreuve>

Martin, B. et Franck, N. (2017). Processus de rétablissement et pratiques de soin psychiatriques ; quelle articulation. Dans J-P. Arveiller, B., Durand et B. Martin (dir.), *Santé mentale et processus de rétablissement* (p.165 à 175). Champ social Éditions.

Martineau, S. (2007). L'éthiques en recherche qualitative : quelques pistes de réflexion. *Recherches qualitative, Hors-série*, 5, 70-81. http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v5/martineau.pdf

May, L. (1995). "Challenging Authority: the Refusal of Treatment by Christian Scientists", *Hastings Center Report*, 25, 5-21. <https://doi.org/10.2307/3562485>

- Maybery, D., Goodyear, M., O'Hanlon, B., Cuff, R. et Reupert, A. (2014). Profession Differences in Family Focused Practice in the Adult Mental Health System. *Family Process*, 53(4), 608–617. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1111/famp.12082>
- Maybery, D. Meadows, G, Clark, J.C., Sutton, K., Reupert, A. et Nicholson, J. (2015). A personal recovery model for parents with mental health problems. Dans A. Reupert, D. Maybery, J. Nicholson, M. Göpfert et M.V. Seeman (dir), *Parentale psychiatric disorder : distressed parents and their families* (3e éd., p.313-323). Cambridge university press.
- Meierdirk, C. (2016). Reflective practice in teacher education. Dans W. Sims-Schouten et S. Horton (dir.), *Rethinking Social Issues in Education for the 21st Century : UK Perspectives on International Concerns* (p.220-235). Cambridge Scholars Publishing.
https://www.researchgate.net/publication/310800555_REFLECTIVE_PRACTICE_IN_TEACHER_EDUCATION
- Milner, K., Crawford, P., Edgley, A., Hare-Duke, L., et Slade, M. (2020). The experiences of spirituality among adults with mental health difficulties: a qualitative systematic review. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 29(34). doi: 10.1017/S2045796019000234
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). *La force des liens. Plan d'action en santé mentale 2005-2010*. Gouvernement du Québec.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000786/>

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2016). *Cadre de référence. Les ressources intermédiaires et les ressources de type familial*. Gouvernement du Québec.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000168/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2017). *Faire ensemble et autrement. Plan d'action en santé mentale 2015-2020*. Gouvernement du Québec.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001319/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2018). Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-727-01W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2022). *S'unir pour un bien-être collectif. Plan d'action en santé mentale 2022-2026*. Gouvernement du Québec.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-914-14W.pdf>
- Mohr, S., Borrás, L., Gillieron, C., Brandt, P-Y. et Huguelet, P. (2006). Spiritualité, pratiques religieuses et schizophrénie ; mise au point pour le praticien. *Revue médicale Suisse*, 2, 2092-2098.
https://www.revmed.ch/view/624984/4862144/RMS_79_2092.pdf
- Morin, M-H. et Clément, M. (2019). Le poids des mots dans le domaine de la santé mentale. Dans C. Bergeron-Leclerc, M-H. Morin, B Dallaire et C. Cormier (dir.), *La pratique du travail social en santé mentale* (p.35-59). Presses de l'Université du Québec.
- Morin, M.-H. et St-Onge, M. (2016). La collaboration entre les parents et les travailleuses sociales œuvrant dans une clinique spécialisée pour les premières psychoses : une

voie prometteuse pour établir un réel partenariat. *Revue canadienne de service social*, 33(2), 229–254. <https://doi.org/10.7202/1038700ar>

Morin, M-H. et St-Onge, M. (2019). L'intervention familiale dans la pratique du travail social en santé mentale. Dans C. Bergeron-Leclerc, M-H. Morin, B Dallaire et C. Cormier (dir.), *La pratique du travail social en santé mentale* (p.161-186). Presses de l'Université du Québec.

Morin, P. et Lambert, A. (2017). L'apport du savoir expérientiel des personnes usagères au sein de la formation en travail social. *Intervention*, 145, 21-30.

https://revueintervention.org/wp-content/uploads/2017/05/ri_145_2017.1_morin_et_lambert.pdf

Mottaghypour, Y. et Bickerton, A. (2005). The Pyramid of Family Care: A framework for family involvement with adult mental health services, *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4(3), 210-217, <https://www-tandfonline-com.proxybiblio.uqo.ca/doi/ref/10.5172/jamh.4.3.210?scroll=top&role=tab>

Ngo-Minh, T. (2018). *Des outils informatiques pour mieux expliquer la psychose et engager la personne dans ses soins*. Journées internationales de pathologies émergentes du jeune adulte et de l'adolescent (JIPEJAAD), Paris.

Nha Hong, Q, Pluye, P, Bujold, M. et Wassef, M. (2018). Les défis des revues systématiques mixtes : devis de synthèse convergents et séquentiels. Dans M. Bujold, Q. Nha Hong, V. Ridde, C. Bourque, M. Dogba, I. Vedel et P. Pluye (dir.). *Oser les défis des méthodes mixtes en sciences sociales et sciences de la santé* (p.102-119).

https://www.acfas.ca/sites/default/files/documents_utiles/ACFAS_Cahier-scientifique-117_Methodes-mixtes.pdf

Norman, R.M.G., Widdell, D., Lync, J. et Manchanda, R. (2011). Parsing the relationship of stigma and insight to psychological well-being in psychotic disorders, *Schizophrenia Research*, 133(1–3), 3-7.

<https://doi.org/10.1016/j.schres.2011.09.002>.

O’Connell, M., Tondora, J., Croog, G., Evans, A. et 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), 378-388. <https://doi.org/10.2975/28.2005.378.386>

Office québécois de la langue française (OQLF) (consulté 23 janvier). *Vocabulaire de la prestation des services*.

https://www.oqlf.gouv.qc.ca/ressources/bibliotheque/dictionnaires/terminologie_pds/fiches/usager.html

Ørjasæter, K.B. et Almvik, A. (2021). Challenges in Adopting Recovery-oriented Practices in Specialized Mental Health Care: “How Far Should Self-determination Go; Should One be Allowed to Perish?” *Journal of psychosocial rehabilitation and mental health*, 9, 395–407. <https://link.springer.com/article/10.1007/s40737-022-00276-6>

Pachoud, B. (2012). Se rétablir de troubles psychiatriques : un changement de regard sur le devenir des personnes. *L’Information psychiatrique*, 88(4), 257-66.

<http://doi:10.1684/ipe.2012.0914>

- Pachoud, B. (2017). Perspectives éthiques et philosophiques inhérentes au paradigme du rétablissement. Dans J-P Arveiller, B. Durand et B. Martin (dir.), *Santé mentale et processus de rétablissement* (p.44-55). Champ social éditions.
- Parker, S., Dark, F., Newman, E., Hanley, D., McKinlay, W. et Meurk, C. (2019). Consumers understanding and expectations of a community-based recovery-oriented mental health rehabilitation unit: a pragmatic grounded theory analysis. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 28, 408-417.
doi:10.1017/s2045796017000749
- Parker, S., Hopkins, G., Siskind, D., Harris, M., McKeon, G., Dark, F. et Whiteford, H. (2019). A Systematic Review of Service Models and Evidence Relating to the Clinically Operated Community-Based Residential Mental Health Rehabilitation for Adults with Severe and Persisting Mental Illness in Australia. *BMC Psychiatry*, 19(1), 55. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1186/s12888-019-2019-5>
- Payette, A. et Champagne, C. (1997). Ce qu'est le groupe de codéveloppement professionnel. Dans A. Payette et C. Champagne, *Le codéveloppement professionnel* (p.7-17). Presses de l'Université du Québec.
- Piat, M., Boyer, R., Fleury, M.-J., Lesage, A., O'Connell, M. et Sabetti, J. (2015). Resident and proprietor perspectives on a recovery orientation in community-based housing. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(1), 88–95. <https://doi.org/10.1037/prj0000104>

- Plante, T. G. (2007). Integrating spirituality and psychotherapy: Ethical issues and principles to consider. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 891–902.
doi:10.1002/jclp.20383
- Pomey, M.-P., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., Vanier, M.-C., Débarges, B., Clavel, N. et Jouet, É. (2015). « Le "Montreal model" : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé », *Santé Publique*, 1, 41-50.
<https://www-cairn-info.proxybiblio.uqo.ca/revue-sante-publique-2015-HS-page-41.htm>
- Price-Robertson, R., Obradovic, A. et Morgan, B. (2017). Relational recovery: beyond individualism in the recovery approach, *Advances in Mental Health*, 15(2), 108-120, <https://doi.org/10.1080/18387357.2016.1243014>
- Provencher, H. L. (2002). L'expérience du rétablissement : perspectives théoriques. *Santé mentale au Québec*, 27(1), 35–64. <https://doi.org/10.7202/014538ar>
- Quiles, C., Renelleau, C., Douriez, E. et Verdoux, H. (2022). Efficacité des interventions de pair-aidants (schizophrénie, trouble bipolaire). Revue systématique de la littérature. *L'Encéphale*. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2022.01.009>
- Renaud, J. (2019). *Programmation clinique, Appartement supervisé Poupart*. CIUSSS de l'est-de-l'île de Montréal.
- Renaud, J. et Gélinas, N. (2019). *Programmation clinique, foyer de groupe Petite-Patrie*. CIUSSS de l'est-de-l'île de Montréal.
- Renou, M. (2005). Une conception de la démarche adaptative. Dans M. Renou, *Psychoéducation : une conception une méthode* (p.127-163). Béliveau édition.

- Ridgway, P. et Zipple, A.M. (1990). The Paradigm Shift in Residential Services: From the Linear Continuum to Supported Housing Approaches. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 13(4), 11-31. <https://doi.org/10.1037/h0099479>
- Rodrigue, G. et Raymond, É. (2021). L'influence des employés et des propriétaires des ressources non institutionnelles en santé mentale sur l'intégration communautaire des résidents. *Revue canadienne de service social*, 38(1), 5–23. <https://doi.org/10.7202/1078387ar>
- Roth, C., Wensing, M., Kuzman, M.R., Bjedov, S., Medved, S., Istvanovic, A., Grbic, D.S., Simetin, I.P., Tomcuk, A., Dedovic, J., Djuricic, T., Nica, R.I., Rotaru, T., Novotni, A., Bajraktarov, S., Milutinovic, M., Nakov, V., Zarkov, Z., Dinolova, R., Walters, B.H., Shields-Zeeman, L., 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(1), 525. doi: 10.1186/s12888-021-03542-2.
- Roy, É (2018). L'utilisation de méthodes mixtes en recherche dans le domaine des addictions. Université de Sherbrooke. https://www.usherbrooke.ca/toxicomanie//fileadmin/user_upload/Ecole_d_ete/Roy__Arruda_et_Morvannou_-_18juin2018.pdf
- Sandhu, S., Priebe, S., Leavey, G., Harrison, I, Krotofil, J., McPherson, P., Dowling, S., Arbuthnott, M., Curtis, S., King, M., Shepherd, G. et Killaspy, H. (2017). Intentions and experiences of effective practice in mental health specific

supported accomodation services: a qualitative interview study. *BMC health services research*, 17, 471. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2411-0>

Santé mentale en milieu scolaire Ontario (2023, 16 février). *Le modèle du double continuum* [PNG]. Santé mentale en milieu scolaire Ontario. <https://smho-smso.ca/a-propos-de-la-sante-mentale-de-leleve-en-ontario>.

Schrank, B., Bird, V., Rudnick, A. et Slade, M. (2012). Determinants, self-management strategies and interventions for hope in people with mental disorders: systematic search and narrative review. *Social science & medicine*, 74(4), 554–564. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.008>

Shepherd, G., Boardman, J. et Burns, M. (2010). Mise en pratique du rétablissement : une méthodologie en vue d'un changement organisationnel. Montréal. <https://associationvoxquebec.ca/app/uploads/2022/02/Mise-en-pratique-du-re%CC%81tablissement.pdf>

Silverstein, S. M. et 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/https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.03.004>

Slade, M. (2012). Everyday Solutions for Everyday Problems: How Mental Health Systems can Support Recovery. *Psychiatric services* 63(7), 702-704. [http://doi : 10.1176/appi.ps .201 100 521](http://doi.org/10.1176/appi.ps.201100521)

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.proxybiblio.uqo.ca/10.3109/09540261.2011.644847>

- Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., Perkins, R., Shepherd, G., Tse, S. et Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 13(1), 12–20. <https://doi.org/10.1002/wps.20084>
- Slade, M., McDaid, D., Shepherd, G., Williams, S. et Repper, J. (2017). *Recovery: The Business Case*. ImRoc. https://imroc.org/wp-content/uploads/2017/10/ImROC-Recovery-Business-Case-Paper_final-5.pdf
- Simard, N. (2006) Spiritualité et santé. *Revue ontarioise d'intervention sociales et communautaire*, 12(1), 107-126. <https://www.erudit.org/en/journals/ref/2006-v12-n1-ref1328/013440ar/>
- Smith, S. et Suto, M.J. (2014). La spiritualité dans le contexte des unités de soins intensifs psychiatriques : Explorer les conversations des patients sur la spiritualité. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 81(1), 8-17. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1177/0008417413516932>
- St-Louis, C. (2018). *Entre mes psychoses, survivre*. Édition carte blanche.
- Surber, R.W. (2012). Le rétablissement des professionnels qui stigmatisent leurs patients. Dans E. Jouet et al. (dir.), *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie*. Érès. <https://www.cairn.info/pour-des-usagers-de-la-psychiatrie-acteurs-deleur---page-61.htm>
- Tessier, L., Clément, M. et Wagener-Jobidon, V. (1992). *La réadaptation psychosociale en psychiatrie : défis pour les années 90*. G. Morin éditeur.

- Thériault, J, et Sauvageau, A. (2019). Les Recovery College : Un exemple concret de partage de responsabilités et d'intersectorialité.
https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/journees-annuelles-de-sante-mentale/A5_2019_04_29_RC_JASM.pdf
- Turcotte, K. et Dallaire, B. (2018). Croire, s'impliquer, s'attacher : perspectives d'intervenants d'unités de longue durée en psychiatrie sur l'expérience d'accompagnement vers le rétablissement. *Santé mentale au Québec*, 43(1), 39–53. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.7202/1048893ar>
- Van der Maren, J-M. (2010). La maquette d'un entretien. Son importance dans le bon déroulement de l'entretien et dans la collecte de données de qualité. *Recherches qualitatives*, 29(1), 129-139. [http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero29\(1\)/RQ_VanderMaren.pdf](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero29(1)/RQ_VanderMaren.pdf)
- Vigneault, L., Demers, M.-F. et Méthot P-A. (2019). *Cap sur le rétablissement : exiger l'excellence dans les soins en santé mentale*. Performance Édition.
- World Health Organization (WHO) (2023, 16 mars). Sexual Health.
https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_2
- Whitnell, N. et Murphy, N. (2010a). Key concepts in family intervention. Dans N. Whitnell et N. Murphy (dir.), *Family interventions in mental health* (p.26-33). McGraw Hill Open University Press.
- Whitnell, N., & Murphy, N. (2010b). The evidence for family interventions. Dans N. Whitnell et N. Murphy (dir.), *Family interventions in mental health* (p.7-14). McGraw Hill Open University Press.

Withnell, N., & Murphy, N. (2010c). The barriers to implementation. Dans N. Whitnell et N. Murphy (dir.), *Family interventions in mental health* (p.159-168). McGraw Hill Open University Press.

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

Annexe A – Approbation à la recherche, UQO



Le 10 mai 2022

À l'attention de :
Nancy Gélinas
Étudiante, Université du Québec en Outaouais

Objet : Reconnaissance de l'approbation éthique de votre projet de recherche

Projet #: 2023-1787

Titre du projet de recherche : Regards croisés sur la pratique orientée vers le rétablissement au sein des ressources résidentielles

Nous avons pris connaissance de votre projet de recherche. Suivant l'examen de la documentation reçue et considérant qu'il s'agit d'un projet de recherche qui a déjà fait l'objet d'une évaluation en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains par le **CER du CIUSSS** [redacted] nous constatons que votre projet de recherche rencontre les normes éthiques établies par l'UQO. Un certificat d'approbation éthique est par conséquent émis par le CER de l'UQO.

Nous désirons vous rappeler que pour assurer la validité de votre certificat d'éthique pendant toute la durée du projet, vous avez la responsabilité de produire, chaque année, un rapport de suivi continu à l'aide du formulaire *F9 - Suivi continu*. Le prochain suivi devra être fait au plus tard le : **10 mai 2023**.

Un rappel automatique vous sera envoyé par courriel quelques semaines avant l'échéance de votre certificat.

Si des modifications sont apportées à votre projet, vous devrez remplir le formulaire *F8 - Modification de projet* et obtenir l'approbation du CER avant de mettre en œuvre ces modifications. Finalement, lorsque votre projet sera terminé, vous devrez remplir le formulaire *F10 - Rapport final*.

Notez qu'en vertu de la *Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains*, il est de la responsabilité des chercheurs d'assurer que leurs projets de recherche conservent une approbation éthique pour toute la durée des travaux de recherche et d'informer le CER de la fin de ceux-ci.

Nous vous souhaitons bon succès dans la réalisation de votre recherche.



CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Projet # : 2023-1787

Titre du projet de recherche : Regards croisés sur la pratique orientée vers le rétablissement au sein des ressources résidentielles

Chercheure principale :

Nancy Gélinas
Étudiante UQO

Directrice et codirectrice de recherche :

Geneviève Piché; Aude Villatte
Professeures UQO

Date d'approbation du projet : 10 mai 2022

Date d'entrée en vigueur du certificat : 10 mai 2022

Date d'échéance du certificat : 10 mai 2023

Caroline Tardif
Attachée d'administration, CÉR
pour André Durivage, Président du CÉR

Signé le 2022-05-10 à 15:51

Annexe B - Formulaire de consentement usager



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche :	Regards croisés sur les pratiques orientées vers le rétablissement au sein des ressources résidentielles
Chercheuse-étudiante :	Nancy Gélinas
Chercheuses responsables :	Geneviève Piché, Ph.D. Aude Villatte, Ph.D.
Installation(s) ou site(s) :	

INTRODUCTION

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la chercheuse responsable de ce projet ou à un membre de son personnel de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE

En lien avec la vision du rétablissement, le but de ce projet est de décrire de quelle façon les pratiques sont perçues par les diverses parties prenantes au sein des ressources d'hébergement du CIUSSS qui accueille une clientèle en santé mentale adulte. Les parties prenantes considérées dans cette étude sont les usagers, les familles et les intervenants œuvrant en contexte de vécu partagé. De façon plus spécifique, notre étude ciblera les objectifs suivants :

- Explorer le point de vue des différentes parties prenantes quant à la mise en place des principes orientée vers le rétablissement dans la pratique au sein des ressources d'hébergement.
- Décrire les facteurs facilitants et les obstacles aux pratiques orientées vers le rétablissement tel que vécu par les différentes parties prenantes.

Pour la réalisation de ce projet de recherche, nous comptons recruter dix utilisateurs de services, hommes et femmes, âgés de 18 à 64 ans. Pour répondre à l'objectif de recherche, des intervenants œuvrant au sein des ressources résidentielles et des familles seront aussi recrutés.

DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Votre participation consiste à deux rencontres d'une durée approximative de 45 minutes chacune. Ces rencontres se dérouleront à l'endroit qui vous convient le mieux. En effet, la rencontre peut se faire à votre domicile ou au CIUSSS.

La première étape consistera à répondre à un questionnaire papier incluant des données sur vos caractéristiques personnelles afin de mieux vous connaître ainsi que des questions en lien avec la pratique du rétablissement dans votre milieu de vie.

La deuxième rencontre vous amènera à participer à une entrevue individuelle au cours de laquelle il vous sera demandé de décrire votre expérience du rétablissement au sein de votre ressource d'hébergement. Cette entrevue sera enregistrée numériquement avec votre permission et prendra environ 45 minutes de votre temps. La transcription du verbatim sera faite à l'aide d'un logiciel informatique et ne permettra pas de vous identifier.

AVANTAGES ASSOCIÉS AU PROJET DE RECHERCHE

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, mais nous ne pouvons vous l'assurer. En effet, votre participation vous donnera l'opportunité d'échanger sur votre expérience et permettra de co-construire une définition de la réalité des milieux d'hébergement en réadaptation. Par ailleurs, nous espérons que les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances scientifiques et au développement des pratiques dans ce domaine.

RISQUES ET INCONVÉNIENTS ASSOCIÉS AU PROJET DE RECHERCHE

Outre le temps consacré à la participation à ce projet de recherche et le déplacement, les risques associés à cette recherche sont minimaux et la chercheuse étudiante s'engage à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour les réduire. Le fait de discuter de votre situation en hébergement pourrait vous faire vivre un inconfort. Notez que vous demeurez libre de ne pas répondre à une question que vous estimez embarrassante ou de vous retirer en tout temps sans avoir à vous justifier. Une ressource d'aide appropriée pourra vous être proposée si vous souhaitez discuter de votre situation. Il est de la responsabilité de la chercheuse de suspendre ou de mettre fin à l'entrevue s'il estime que votre bien-être est menacé.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en informant l'équipe de recherche.

Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins et des services auxquels vous avez droit ou sur votre relation avec les équipes qui les dispensent.

Les chercheuses responsables de ce projet de recherche, le comité d'éthique de la recherche du CIUSSS et le comité d'éthique de la recherche de l'UQO peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement. Cela peut se produire si de nouvelles informations indiquent que votre participation au projet n'est plus dans votre intérêt ou encore s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Sauf sur avis contraire de votre part, si vous vous retirez du projet ou êtes retiré du projet, vous pourrez demander la destruction partielle des données fournies dans le cadre de ce projet.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait avoir un impact sur votre décision de continuer à participer à ce projet vous sera communiquée rapidement.

CONFIDENTIALITÉ

Durant votre participation à ce projet de recherche, les chercheuses responsables de ce projet ainsi que la chercheuse-étudiante recueilleront, dans un dossier de recherche, les renseignements vous concernant et nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet.

Tous les renseignements recueillis demeureront confidentiels dans les limites prévues par la loi. Vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par la chercheuse étudiante de ce projet de recherche.

Ces données de recherche seront conservées pendant au moins cinq ans par la chercheuse responsable de ce projet de recherche. Les données numériques seront hébergées sur le serveur du laboratoire LaPProche à l'UQO et seront détruites à la fin de ce délai, en utilisant un logiciel spécialisé de destruction de fichiers. Les questionnaires papiers seront quant à eux conservés dans un classeur verrouillé au bureau de la chercheuse responsable et seront détruits par une firme spécialisée.

Les données de recherche pourront être publiées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

À des fins de surveillance, de contrôle, de protection, de sécurité, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par l'établissement, le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS et le comité d'éthique à la recherche de l'Université du Québec en Outaouais. Ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin.

COMPENSATION

En guise de compensation pour votre participation au projet de recherche, vous aurez la chance de participer au tirage d'une carte cadeau d'un montant de 20 \$ à la pharmacie. Un billet vous sera remis après la première rencontre et un second suite à la deuxième rencontre. Vous aurez une ou deux chances sur 20 de gagner, en fonction de votre participation. Le tirage aura lieu au mois de janvier, sous supervision des responsables de la recherche. Vous serez informé par infolettre, une semaine à l'avance, de la date du tirage. Nous communiquerons avec le gagnant par téléphone.

Si vous décidez de vous retirer du projet, vous serez tout de même admissible au tirage en fonction du nombre de coupons accumulés.

EN CAS DE PRÉJUDICE

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits et vous ne libérez pas la chercheuse responsable de ce projet de recherche et l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

IDENTIFICATION DES PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions ou éprouvez des problèmes en lien avec le projet de recherche, ou si vous souhaitez vous en retirer, vous pouvez communiquer avec la chercheuse étudiante de ce projet de recherche au _____ ou par courriel au _____.

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le Commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CIUSSS au _____.

SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES DU PROJET DE RECHERCHE

Le comité d'éthique de la recherche du CIUSSS a approuvé le projet et en assurera le suivi. Pour toute information, vous pouvez communiquer avec le secrétariat du Comité au _____. De la même façon, le comité d'éthique à la recherche de l'Université du Québec en Outaouais a aussi approuvé ce projet. Si vous avez des questions concernant les aspects éthiques de ce projet, vous pouvez communiquer avec André Durivage, président du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais (1 819 595-3900 poste 4406 ; courriel : andre.durivage@uqo.ca).

Titre du projet de recherche : Regards croisés sur les pratiques orientées vers le rétablissement au sein des ressources résidentielles

SIGNATURES

Signature du participant

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. On m'a expliqué le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement. On a répondu à mes questions et on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Après réflexion, je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées.

- Je consens à ce que la présente étude partage les données anonymisées recueillies par le questionnaire RSA avec le projet de recherche « MP-12-2021-2511 - À portée de main, les meilleures pratiques de réadaptation axée vers le rétablissement – Phase II généralisation » qui a pour objectif d'évaluer les retombées sur l'organisation et les services d'une programmation d'activités orientées vers le rétablissement

Nom et signature du participant	Signature	Date
---------------------------------	-----------	------

- Je désire recevoir un court résumé des résultats de la recherche. Les résultats me seront envoyés d'ici six mois.

Signature de la personne qui obtient le consentement

J'ai expliqué au participant le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Nom et signature de la personne qui obtient le consentement	Signature	Date
---	-----------	------

Engagement de la chercheuse responsable

Je certifie qu'on a expliqué au participant le présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions qu'il avait.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée et datée au participant.

Nom et signature de la chercheuse responsable de ce projet de recherche	Date
---	------

Annexe C – Formulaire de consentement intervenants



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche :	Regards croisés sur les pratiques orientées vers le rétablissement au sein des ressources résidentielles
Chercheuse-étudiante :	Nancy Gélinas
Chercheuses responsables :	Geneviève Piché, Ph.D. Aude Villatte, Ph.D.
Installation(s) ou site(s) :	

INTRODUCTION

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la chercheuse responsable de ce projet ou à un membre de son personnel de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE

En lien avec la vision du rétablissement, le but de ce projet est de décrire de quelle façon les pratiques sont perçues par les diverses parties prenantes au sein des ressources d'hébergement du CIUSSS qui accueille une clientèle en santé mentale adulte. Les parties prenantes considérées dans cette étude sont les usagers, les familles et les intervenants œuvrant en contexte de vécu partagé. De façon plus spécifique, notre étude ciblera les objectifs suivants :

- Explorer le point de vue des différentes parties prenantes quant à la mise en place des principes orientée vers le rétablissement dans la pratique au sein des ressources d'hébergement.
- Décrire les facteurs facilitants et les obstacles aux pratiques orientées vers le rétablissement tel que vécu par les différentes parties prenantes.

Pour la réalisation de ce projet de recherche, nous comptons recruter une vingtaine d'intervenants (es) œuvrant au sein des ressources résidentielles : éducateurs (rices) spécialisés (ées), infirmiers (ères) et auxiliaires en services de santé et services sociaux. Pour répondre à l'objectif de recherche, des utilisateurs de service et des familles seront aussi recrutés.

DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Ce projet de recherche se déroulera au sein de votre milieu de travail.

Vous serez amené à participer à une discussion de groupe portant sur les pratiques orientées vers le rétablissement. Cette rencontre a une durée prévue d'environ 90 minutes. Cette entrevue sera enregistrée numériquement. La transcription du verbatim sera faite à l'aide d'un logiciel informatique et ne permettra pas de vous identifier.

AVANTAGES ASSOCIÉS AU PROJET DE RECHERCHE

Nous espérons que les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances scientifiques dans ce domaine et au développement des services pour les usagers. Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel de votre participation à ce projet. Cependant, votre participation vous donnera l'opportunité d'échanger et de réfléchir sur votre pratique professionnelle tout en vous exprimant sur les forces et les enjeux des services en santé mentale.

RISQUES ET INCONVÉNIENTS ASSOCIÉS AU PROJET DE RECHERCHE

Outre le temps consacré à la participation à ce projet de recherche, aucun risque n'est associé votre participation.

Toutefois, il se peut que le fait de discuter de votre situation de travail puisse vous faire vivre certaines frustrations ou inconforts. Notez que vous demeurez libre de ne pas répondre à une question que vous estimez embarrassante ou de vous retirer en tout temps sans avoir à vous justifier. Vous êtes néanmoins invité à discuter de votre situation avec un membre de l'équipe de recherche. Au besoin, une ressource d'aide appropriée pourra vous être proposée si vous souhaitez discuter de votre situation. Il est de la responsabilité de la chercheuse de suspendre ou de mettre fin à l'entrevue s'il estime que votre bien-être est menacé.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en informant l'équipe de recherche.

Les chercheuses responsables de ce projet de recherche, le comité d'éthique de la recherche du CIUSSS et le comité d'éthique de la recherche de l'UQO peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement. Cela peut se produire s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Sauf sur avis contraire de votre part, si vous vous retirez du projet ou êtes retiré du projet, vous pourrez demander la destruction partielle des données fournies dans le cadre de ce projet.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait avoir un impact sur votre décision de continuer à participer à ce projet vous sera communiquée rapidement.

CONFIDENTIALITÉ

Durant votre participation à ce projet de recherche, les chercheuses responsables de ce projet et la chercheuse-étudiante recueilleront, dans un dossier de recherche, les renseignements vous concernant et nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet.

Tous les renseignements recueillis demeureront confidentiels dans les limites prévues par la loi. Vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par la chercheuse étudiante de ce projet de recherche.

Ces données de recherche seront conservées pendant au moins cinq ans par la chercheuse responsable de ce projet de recherche. Les données numériques seront hébergées sur le serveur du laboratoire LaPProche à l'UQO et seront détruites à la fin de ce délai, en utilisant un logiciel spécialisé de destruction de fichiers. Les questionnaires papiers seront quant à eux conservés dans un classeur verrouillé au bureau de la chercheuse responsable et seront détruits par une firme spécialisée.

Les données de recherche pourront être publiées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

À des fins de surveillance, de contrôle, de protection, de sécurité, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par l'établissement, le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS et le comité d'éthique à la recherche de l'université du Québec en Outaouais. Ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de

confidentialité.

Si vous décidez de participer au groupe de discussion, il ne vous sera pas possible de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis puisque lors d'un groupe de discussion focalisé, le verbatim est recueilli dans un ensemble.

COMPENSATION

Vous ne recevrez pas de compensation financière pour votre participation à ce projet de recherche.

EN CAS DE PRÉJUDICE

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits et vous ne libérez pas la chercheuse responsable de ce projet de recherche et l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

IDENTIFICATION DES PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions ou éprouvez des problèmes en lien avec le projet de recherche, ou si vous souhaitez vous en retirer, vous pouvez communiquer avec la chercheuse étudiante de ce projet au numéro suivant : _____

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le Commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CIUSSS au _____.

SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES DU PROJET DE RECHERCHE

Le comité d'éthique de la recherche du CIUSSS a approuvé le projet et en assurera le suivi. Pour toute information, vous pouvez communiquer avec le secrétariat du Comité au _____. De la même façon, le comité d'éthique à la recherche de l'Université du Québec en Outaouais a aussi approuvé ce projet. Si vous avez des questions concernant les aspects éthiques de ce projet, vous pouvez communiquer avec André Durivage, président du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais (1 819 595-3900 poste 4406 ; courriel : andre.durivage@uqo.ca).

Titre du projet de recherche : Regards croisés sur les pratiques orientées vers le rétablissement au sein des ressources résidentielles

SIGNATURES

Signature du participant

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. On m'a expliqué le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement. On a répondu à mes questions et on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Après réflexion, je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées.

Nom et signature du participant	Signature	Date
---------------------------------	-----------	------

Signature de la personne qui obtient le consentement

J'ai expliqué au participant le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Nom et signature de la personne qui obtient le consentement	Signature	Date
---	-----------	------

Engagement de la chercheuse responsable

Je certifie qu'on a expliqué au participant le présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions qu'il avait.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée et datée au participant.

Nom et signature de la chercheuse responsable de ce projet de recherche	Date
---	------

Annexe D – Énoncé de consentement famille

Énoncé de consentement

Regards croisés sur les pratiques orientées vers le rétablissement au sein des ressources résidentielles

En lien avec la vision du rétablissement, le but de ce projet est de décrire de quelle façon les pratiques sont perçues par les diverses parties prenantes au sein des ressources d'hébergement du CIUSSS qui accueille une clientèle en santé mentale adulte. Les parties prenantes considérées dans cette étude sont les usagers, les familles et les intervenants œuvrant en contexte de vécu partagé. De façon plus spécifique, notre étude ciblera les objectifs suivants : 1) explorer le point de vue des différentes parties prenantes quant à la mise en place des principes orientée vers le rétablissement dans la pratique au sein des ressources d'hébergement. 2) décrire les facteurs facilitants et les obstacles aux pratiques orientées vers le rétablissement tel que vécu par les différentes parties prenantes.

Pour la réalisation de ce projet de recherche, nous comptons recruter cinq participants(es) majeurs(es) associés (es) à la famille ou aux proches. Pour répondre à l'objectif de recherche, des intervenants œuvrant au sein des ressources résidentielles et des utilisateurs de services seront aussi recrutés. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à l'équipe de recherche avant de prendre part à ce projet.

DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE : Votre participation à ce projet de recherche consistera à remplir un questionnaire papier, anonyme, incluant des données sociodémographiques (caractéristiques professionnelles et personnelles) ainsi que des questions en lien avec votre expérience d'accompagnement d'un usager vivant dans une ressource d'hébergement en santé mentale. Cette démarche vous prendra approximativement 30 minutes.

RISQUES, INCONVÉNIENTS ET AVANTAGES ASSOCIÉS AU PROJET DE RECHERCHE : Il n'y a aucun risque ou inconvénient associé à cette étude outre le temps consacré à remplir les questionnaires. Vous ne retirerez pas de bénéfices de votre participation à ce projet de recherche. Nous espérons que les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances scientifiques dans le domaine de l'intervention auprès d'une clientèle en santé mentale. Vous ne recevrez pas de compensation financière pour votre participation à ce projet de recherche.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT : Votre participation à ce projet de recherche est volontaire et anonyme. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Comme le présent questionnaire ne donne aucun moyen à l'équipe de recherche de vous identifier, il ne sera pas possible de demander aux chercheuses d'exclure vos données après avoir rempli et soumis le questionnaire.

CONFIDENTIALITÉ : Tous les renseignements recueillis dans le cadre de ce projet de recherche demeureront confidentiels dans les limites prévues par la loi. Les chercheuses ne recueilleront aucune information permettant de vous identifier et vos données seront anonymes. Les données de recherche seront conservées cinq ans et pourront être publiées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

Les données de recherche pourront être transmises par la chercheuse responsable du projet à un chercheur responsable d'un autre projet de recherche autorisé. Cependant, la chercheuse responsable et les personnes à qui il transmettra les données de recherche sont tenus de respecter les règles de confidentialité en vigueur au Québec et au Canada, et ce, quels que soient les pays.

IDENTIFICATION DES PERSONNES-RESSOURCES : Si vous avez des questions ou éprouvez des problèmes en lien avec le projet de recherche, vous pouvez communiquer avec l'étudiante-chercheuse : Nancy Gélinas au _____. Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le Commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CIUSSS. Le comité d'éthique de la recherche du CIUSSS et celui de l'Université du Québec en Outaouais ont approuvé le projet et en assureront le suivi.

CONSENTEMENT : J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement et je comprends la nature du projet de recherche. On a répondu à mes questions, si j'en avais, et on m'a laissé le temps voulu pour décider de participer. Je comprends qu'en remplissant ce questionnaire et en le retournant par la poste, je consens à y participer aux conditions qui y sont énoncées

Annexe E – Affiche de recrutement usagers

RECHERCHE DE PARTICIPANTS

Résidents



QUELLES SONT LES AILES DE VOTRE RETABLISSEMENT ?

Vous demeurez en ressource d'hébergement depuis plus de six mois ?

Cette étude vise à mieux connaître la perception des différentes parties prenantes en regard aux pratiques orientées vers le rétablissement au sein des ressources d'hébergement.

Elle implique, pour les résidents, une première rencontre de 45 minutes afin de remplir un questionnaire papier. Par la suite, si vous le désirez, une rencontre individuelle de 45 minutes vous donnera la parole sur votre vécu quotidien.

Possibilité de gagner une carte cadeau de 20\$ de la pharmacie.

Chercheure-étudiante Nancy Gélinas

Chercheure responsable Geneviève Piché, professeure à l'UQO

Aude Villatte, professeure à l'UQO



Annexe F – Lettre aux usagers

Aux usagers



Bonjour,

Vous demeurez au sein d'une résidence d'hébergement depuis plus de six mois? Votre expérience est précieuse, on veut vous entendre!

Nous menons actuellement un projet de recherche intitulé *Regards croisés sur les pratiques orientées vers le rétablissement au sein des ressources résidentielles*. Ce projet vise à mieux connaître la perception des différents acteurs (intervenants, usagers et familles) en regard aux pratiques orientées vers le rétablissement au sein des ressources d'hébergement.

Nous vous invitons à participer à deux rencontres d'une durée de 45 minutes chacune. Dans la première, vous remplirez un questionnaire décrivant les pratiques au sein de votre ressource. Dans la seconde, si vous le désirez, pour aurez la chance de discuter de votre expérience de rétablissement et suggérer des pratiques qui pourraient améliorer votre expérience.

Vos réponses demeureront confidentielles. Aucun des participants ne pourra être identifié dans la présentation des résultats.

Pour participer, vous n'avez qu'à communiquer avec la chercheuse étudiante qui répondra à toutes vos questions et planifiera, avec vous, une première rencontre.

Vous courrez la chance de gagner un certificat cadeau de 20 \$ à la pharmacie

Cette recherche se fait sous la supervision de Geneviève Piché, Ph. D. et Aude Villatte, Ph.D. de l'université du Québec en Outaouais. Ce projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS (projet 2022-2682) et par le comité d'éthique de la recherche de l'université du Québec en Outaouais (2023-1787).

Votre collaboration est précieuse. Nous l'apprécions et vous en remercions.

Cordialement,

Nancy Gélinas
Chercheuse-étudiante à la maîtrise en psychoéducation



Annexe G – Affiche de recrutement famille

RECHERCHE DE FAMILLE / PROCHE

Membre de la famille et proche

Regards croisés sur les pratiques orientées vers le rétablissement

Un de vos proches vit dans une ressource d'hébergement depuis plus de six mois ? Partagez-nous votre expérience !

Cette étude vise à mieux connaître la perception des différentes parties prenantes en regard aux pratiques orientées vers le rétablissement au sein des ressources d'hébergement en santé mentale.

Elle implique, pour vous, de remplir un questionnaire papier d'une durée de 30 minutes de façon tout à fait anonyme.

Chercheure-étudiante	Nancy Gélinas
Chercheures responsables	Geneviève Piché, Ph. D. Aude Villatte, Ph.D.

INFORMATION



Annexe H – Lettre aux familles

Aux familles et aux proches des usagers

Bonjour,

Vous avez un membre de votre famille ou un proche qui demeure au sein d'une ressource d'hébergement ?
Votre expérience est précieuse !

Dans le cadre d'un projet de maîtrise, nous menons actuellement un projet de recherche intitulé *Regards croisés sur les pratiques orientées vers le rétablissement au sein des ressources résidentielles*. Ce projet vise à mieux connaître la perception des différents acteurs (intervenants, usagers et familles) en regard aux pratiques orientées vers le rétablissement au sein des ressources d'hébergement.

Nous vous invitons à participer à cette étude qui consiste à remplir un questionnaire papier d'une durée approximative de 30 minutes.

Vos réponses demeureront confidentielles. Aucun des participants ne pourra être identifié dans la présentation des résultats.

Pour participer, vous n'avez qu'à remplir le questionnaire papier distribué par les intervenants de la ressource et le retourner dans l'enveloppe prévue à cet effet.

Pour toutes questions ou informations concernant ce projet, n'hésitez pas à communiquer avec Nancy Gélinas, chercheuse-étudiante à l'UQO par courriel ou téléphone. Les chercheuses responsables de ce projet sont Geneviève Piché, Ph. D. et Aude Villatte, Ph.D que vous pouvez rejoindre au _____.

Ce projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS (projet 2022-2682) et par le comité d'éthique de la recherche de l'université du Québec en Outaouais (2023-1787).

Votre collaboration est précieuse. Nous l'apprécions et vous en remercions.

Cordialement,

Nancy Gélinas
Chercheuse-étudiante à la maîtrise en psychoéducation

Annexe I - Affiche de recrutement intervenant

RECHERCHE DE PARTICIPANTS

Intervenants œuvrant en contexte de vécu partagé

Regards croisés sur les pratiques orientées vers le rétablissement

Vous travaillez en ressource d'hébergement depuis plus d'un an? Votre expérience est précieuse!

Cette étude vise à mieux connaître la perception des différentes parties prenantes en regard aux pratiques orientées vers le rétablissement au sein des ressources d'établissement.

Elle implique de participer à un groupe de discussion focalisé d'une durée de 90 minutes.

Votre collaboration est précieuse!

Chercheure-étudiante

Nancy Gélinas

Chercheure responsable

Geneviève Piché, Ph.D.

Aude Villatte, Ph.D.



Annexe J - Lettre aux intervenants



Aux intervenants œuvrant en ressource d'hébergement Éducateur (rice) spécialisé (ée), infirmier (ère) et ASSS

Bonjour,

Vous travaillez dans une ressource d'hébergement depuis plus d'un an? Votre expérience est précieuse!

Dans le cadre d'un projet de maîtrise, nous menons actuellement un projet de recherche intitulé *Regards croisés sur les pratiques orientées vers le rétablissement au sein des ressources résidentielles*. Ce projet vise à mieux connaître la perception des différents acteurs (intervenants, usagers et familles) en regard aux pratiques orientées vers le rétablissement au sein des ressources d'hébergement.

Pour ce faire, nous vous invitons à participer à un groupe de discussion focalisé d'une durée de 90 minutes afin d'identifier les facteurs facilitants et les enjeux à la pratique du rétablissement dans vos ressources. Vous aurez aussi la chance de prendre la parole afin de participer à un remue-méninge qui a pour but d'identifier des stratégies d'amélioration de l'accompagnement vers le rétablissement.

Vos réponses demeureront confidentielles. Aucun des participants ne pourra être identifié dans la présentation des résultats.

Pour toutes questions ou informations concernant ce projet, n'hésitez pas à communiquer avec Nancy Gélinas, chercheure-étudiante à l'UQO par courriel au _____. Les chercheuses responsables de ce projet sont Geneviève Piché, Ph. D. et Aude Villatte, Ph.D que vous pouvez rejoindre au _____.

Ce projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS (projet 2022-2682) et par le comité d'éthique de la recherche de l'université du Québec en Outaouais (2023-1787).

Votre collaboration est précieuse. Nous l'apprécions et vous en remercions.

Cordialement,

Nancy Gélinas
Chercheure-étudiante à la maîtrise en psychoéducation

Annexe K – Protocole d’entrevue individuelle

Entrevue semi-structurée- usager

Planifier l’entrevue semi-structurée	
Instruction	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Durée - 45 minutes à 1 heure ▪ Entrevue individuelle ▪ Avant l’entrevue, s’assurer auprès de l’intervenant que la personne est disposée à participer au projet (psychologiquement).
Matériel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enregistreur ▪ Canevas d’entrevue ▪ Image des Ailes du rétablissement

Introduction - présentez brièvement les résultats du volet quantitatif	
1	Êtes-vous surpris de ces résultats ? Pourquoi oui ? Pourquoi non ?
Présentez les dimensions du rétablissement (les ailes du rétablissement)	
2	<p> A Autodétermination I Identité L Lien E Espoir S Sens </p> <div style="text-align: center;">  <p>Autodétermination - Identité - Lien social - Espoir - Sens</p> </div> <p>Adapté de Ngo-Minh (2018)</p>

Discussion - Thèmes suggérés afin d'alimenter la discussion	
3	<p>À partir de votre expérience en hébergement, quelles sont les dimensions du rétablissement qui vous sont les plus significatives, pouvez-vous me dire...</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Que veut dire pour vous cette dimension (autodétermination, espoir, etc.) ? ▪ Dans votre milieu, quelles sont les pratiques qui sont susceptibles de favoriser votre processus de rétablissement ? ▪ Dans votre milieu, quelles sont les pratiques qui sont susceptibles de faire obstacle votre processus de rétablissement ? ▪ Quel est votre rôle dans votre rétablissement ? ▪ Quel est le rôle de l'intervenant dans votre rétablissement ? ▪ Avez-vous des proches ? Quel est leur rôle dans votre rétablissement ?
Piste d'amélioration	
4	<p>Selon vous, quel changement pourrait-on apporter dans votre milieu afin d'améliorer l'accompagnement vers le rétablissement ?</p>
Conclusion	
5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avez-vous trouvé cette discussion pertinente dans votre cheminement ? Si oui, comment ? ▪ Valider l'état de la personne à la fin de l'entrevue ▪ Au besoin, référez la personne à l'intervenant de la ressource ou à la liste de ressource d'aide ▪ Remerciement

Annexe L – Protocole groupe focalisée

Groupe focalisé auprès des intervenants

Planifier la discussion de groupe	
Instruction	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Durée - 90 minutes ▪ 4 à 5 intervenants par groupe ▪ Faire une entente de confidentialité au sein du groupe
Matériel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enregistreur

Activité brise-glace - Les ailes du rétablissement		
1	Question	Qu'est-ce que le rétablissement selon vous ?
	Instruction 5 min	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'idée est de partir sur les mêmes bases en ce qui concerne la définition du rétablissement personnel ▪ Complétez avec les dimensions nommées dans la littérature

Présentez brièvement les résultats de l'analyse quantitative		
2	Question 15 min	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Est-ce que vous êtes surpris des résultats ? ▪ Pourquoi oui ? Pourquoi non ?

DISCUSSION - Thèmes suggérés afin d'alimenter la discussion			
	Thèmes	Questions	Ex. de précision
3	Vécu 10 min	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pouvez-vous me partager des expériences où vous avez été témoin d'un résident qui se trouvait dans un processus de rétablissement ? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qu'est-ce que vous aviez alors observé ? ▪ Quelle dimension trouviez-vous le plus significative ?
	Rôles 10 min	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quel est le rôle de l'utilisateur dans son rétablissement ? ▪ Quel est le rôle de l'intervenant ? ▪ Quel est le rôle de la famille ? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comment ces rôles sont-ils départagés dans vos milieux ?

Facilitateurs 20 min	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dans votre milieu, quels sont les pratiques qui favorise le processus de rétablissement de la personne ? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organisationnel ▪ En lien avec l'utilisateur ▪ Personnel à votre pratique/formation
Enjeux 20 min	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dans votre milieu, quels sont les pratiques qui peuvent freiner le rétablissement de la personne ? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organisationnel ▪ En lien avec l'utilisateur ▪ Personnel à votre pratique/formation
Amélioration 15 min	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Selon vous, quel changement pourrait-on apporter dans votre milieu afin d'améliorer l'accompagnement vers le rétablissement ? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des pratiques ? ▪ Des règles ? ▪ Etc.

Conclusion

4	Question 5 min	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avez-vous trouvé cette discussion pertinente dans le cadre de votre pratique ? Si oui, comment ? ▪ Comment aimeriez-vous que les résultats vous soient présentés ? 	
	Remerciement		

Annexe M - Questionnaire famille

Regards croisés sur les pratiques orientés vers le rétablissement au sein des ressources résidentielles

Nous tenons à vous remercier de l'attention que vous portez à ce projet de recherche. Votre participation à cette étude est précieuse pour l'avancement des connaissances en lien avec les pratiques dans les services en santé mentale.

Les plus récentes recherches ont démontré que certaines dimensions sont fondamentales dans le processus de rétablissement d'une personne ayant un trouble de santé mentale. Le modèle CHIME¹ traduit par les AILES² du rétablissement présente cinq de ces dimensions.

A utodétermination	Le contrôle sur sa vie, la responsabilisation, l'utilisation de ses forces.
I dentité	Surmonter la stigmatisation, maintenir une identité positive de soi, malgré la présence de la maladie.
L iens sociaux	Avec les pairs, la famille, les amis, les intervenants et la communauté.
E spoir	Avoir des rêves, des aspirations. Avoir une motivation face aux changements et des pensées positives face au présent et au future.
S ens à sa vie	Jouer un rôle social (étudiants, employés, père/mère, etc.), spiritualité, avoir des projets de vie.

Afin d'accompagner la personne dans son processus de rétablissement, certaines **pratiques** sont reconnues pour favoriser leur démarche. Le but de la présente étude est :

1. Explorer le point de vue des différentes parties prenantes quant à l'intégration des principes orientés vers le rétablissement dans la pratique au sein des ressources d'hébergement.

¹ Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J. et Slade, M. (2011). A conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis, *British Journal of Psychiatry*, 199, 445-452.

² Ngo-Minh, T. (2018). Des outils informatiques pour mieux expliquer la psychose et engager la personne dans ses soins, 12e JIPEJAAD Journées internationales de pathologies émergentes du jeune adulte et de l'adolescent, Paris, 26 mars 2019.

2. Décrire les facteurs facilitants et les obstacles aux pratiques orientées vers le rétablissement tel que vécu par les différentes parties prenantes (famille, personne en rétablissement et intervenant).

Pour les prochaines questions, pensez aux dimensions du rétablissement présentées ci-haut. Nous voulons connaître vos perceptions et vos préoccupations, il n'y a donc pas de bonnes ou de mauvaises réponses. **Si une question vous met mal à l'aise, vous pouvez poursuivre à la question suivante. Vous pouvez aussi utiliser l'envers de la page si vous voulez répondre plus longuement.**

En pensant au soutien qui est actuellement offert à la résidence de votre proche, qu'est-ce qui, selon vous, FAVORISE son rétablissement dans les dimensions suivantes :

Autodétermination

Identité positive de soi

Développement et maintien des liens sociaux

Espoir véhiculé

Donner un sens à sa vie

En pensant au soutien qui est actuellement offert à la résidence de votre proche, qu'est-ce qui, selon vous, **FAIT OBSTACLE** son rétablissement dans les dimensions suivantes :

Autodétermination

Identité positive de soi

Développement et maintien des liens sociaux

Espoir véhiculé

Donner un sens à sa vie

LISTE DES RESSOURCES POUR LA FAMILLE



Association québécoise des parents et amis de la personne atteinte de maladies mentales

1260 Ste-Catherine Est, bureau 208
Montréal H2L 2H2

Téléphone : 514-524-7131

Courriel : accueil@aqpamm.ca

Web : www.aqpamm.ca



Société québécoise de la schizophrénie

7401 Rue Hochelaga,
Montréal, QC H1N 3M5

Téléphone : 514-251-4125

Courriel : info@schizophrénie.qc.ca

Web : www.schizophrénie.qc.ca

Ligne pairs aidants famille

1-800-349-9915

Annexe N – Journal de bord

Liste des activités prévues	Durée en minute		L'activité a-t-elle permis d'atteindre les objectifs spécifiques visés ?			Dimensions ou mots clés, retenus lors de l'entrevue
	Prévue	Réelle	Non	Oui	En partie	
Entrevue # ____						
	Compte rendu					
	Réflexivité					

Annexe O – Caractéristiques des intervenants

Profil professionnel et personnel - Intervenants

Les prochaines questions visent à identifier les caractéristiques associées à l'ensemble des intervenants qui ont participé à l'étude. Ces données serviront à des fins statistiques. Elles ne permettront en aucun cas à vous identifier.

1. Genre	<input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Autre
2. Âge	<input type="checkbox"/> Entre 18 et 25 ans <input type="checkbox"/> Entre 26 et 35 ans <input type="checkbox"/> Entre 36 et 50 ans <input type="checkbox"/> Entre 51 et 64 ans <input type="checkbox"/> 65 ans et +
3. Dernière scolarité complétée	<input type="checkbox"/> Diplôme d'études secondaires <input type="checkbox"/> Diplôme d'études professionnel <input type="checkbox"/> Diplôme d'études collégiales <input type="checkbox"/> Diplôme d'études universitaires
4. Quel est votre titre d'emploi	<input type="checkbox"/> Éducateur (rice) spécialisé (ée) <input type="checkbox"/> Infirmier (ère) <input type="checkbox"/> Auxiliaire en service de santé et service sociaux
5. Combien d'heures par semaine travaillez-vous ?	<input type="checkbox"/> Temps complet <input type="checkbox"/> Temps partiel
6. Combien d'années d'expérience avez-vous auprès d'une clientèle en santé mentale	<input type="checkbox"/> Moins d'un an <input type="checkbox"/> Entre 1 et 2 ans <input type="checkbox"/> Entre 2 et 5 ans <input type="checkbox"/> Entre 5 et 10 ans <input type="checkbox"/> Plus de 10 ans
7. Combien d'années d'expérience cumulées vous en ressource d'hébergement	<input type="checkbox"/> Moins d'un an <input type="checkbox"/> Entre 1 et 2 ans <input type="checkbox"/> Entre 2 et 5 ans <input type="checkbox"/> Entre 5 et 10 ans <input type="checkbox"/> Plus de 10 ans
8. Dans quel type de ressource	<input type="checkbox"/> Appartement supervisé <input type="checkbox"/> Foyer de groupe <input type="checkbox"/> Ressource transitoire
9. Avez-vous déjà eu une formation spécifique sur le rétablissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Annexe P – Caractéristiques personnel de l’usager**Caractéristique personnelle de l’usager**

Les prochaines questions visent à identifier les caractéristiques associées à l’ensemble des usagers qui ont participé à l’étude. Ces données serviront à des fins statistiques. Elles ne permettront en aucun cas à vous identifier.

- Q. 1 Genre
- Femme
 - Homme
 - Autre
- Q. 2 Âge
- Entre 18 et 25 ans
 - Entre 26 et 35 ans
 - Entre 36 et 50 ans
 - Entre 51 et 64 ans
- Q. 3 Depuis combien d’années demeurez-vous à la ressource ?
- Moins d’un an
 - Entre 1 et 2 ans
 - Entre 2 et 3 ans
 - Entre 3 et 5 ans
 - Depuis plus de 5 ans
- Q. 4 Quel est votre occupation principal
- En emploi
 - Aux études
 - PAAS-Action ou entreprise d’insertion sociale
 - Bénévolat
 - Activités structurées dans la communauté

- Aucune de ces réponses
- Q. 5 État civil
- Célibataire
- En couple
- Marié
- Séparé/divorcé
- Q.6 Avec qui entretenez-vous des liens sociaux
- Parents
- Enfants
- Fratrie
- Famille élargie :

- Ami
- Autre : _____
- Q. 7 Quelle est votre principale source de revenu
- Revenu d'emploi
- Assurance chômage
- Sécurité du revenu (aide sociale)
- Assurance salaire privée
- Revenus de placements
- Autre (spécifiez) :

Annexe Q – Caractéristique personnelle de la famille

Profil personnel, familial et de soutien

Les prochaines questions visent à identifier les caractéristiques associées à l'ensemble des participants qui ont participé à l'étude. Ces données serviront à des fins statistiques. Elles ne permettront en aucun cas à vous identifier.

1.	Genre	<input type="checkbox"/> Femme	
		<input type="checkbox"/> Homme	
		<input type="checkbox"/> Autre	
2.	2. Âge	<input type="checkbox"/> Entre 18 et 25 ans	<input type="checkbox"/> Entre 46 et 55 ans
		<input type="checkbox"/> Entre 26 et 35 ans	<input type="checkbox"/> Entre 56 et 64 ans
		<input type="checkbox"/> Entre 36 et 45 ans	<input type="checkbox"/> Entre 65 et +
3.	Lien avec votre proche	<input type="checkbox"/> Parents	<input type="checkbox"/> Conjoint
		<input type="checkbox"/> Enfants	<input type="checkbox"/> Ami
		<input type="checkbox"/> Fratrie	<input type="checkbox"/> Autre :
4.	Avez-vous déjà reçu les services d'un organisme offrant un soutien aux familles qui accompagne un proche vivant avec un trouble mental ?	<input type="checkbox"/> Oui	
		<input type="checkbox"/> Non (pourquoi ?)	
		<input type="checkbox"/> Je ne connais pas ces organismes	
		<input type="checkbox"/> Je n'en ressens pas le besoin	
5.	Depuis combien d'années votre proche demeure-t-il en ressource d'hébergement (foyer de groupe, appartements supervisés, etc.) ?		_____ années
6.	Depuis combien d'années votre proche demeure-t-il à sa ressource actuelle ?		_____ années
7.	En moyenne, combien de fois par année avez-vous un contact avec les intervenants de la ressource		En présence : _____ Par téléphone : _____
8.	Participez-vous à des rencontres de suivi avec les intervenants de la ressource ou l'équipe traitante ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non (pourquoi ?)
			<input type="checkbox"/> Je n'en ressens pas le besoin
			<input type="checkbox"/> Je ne suis pas invité
			<input type="checkbox"/> Mon proche refuse
			<input type="checkbox"/> Autre : _____

Annexe R - Analyse de la moyenne par item au RSA dans les 2 groupes

Items	Usagers		Intervenants	
	N	Moy	N	Moy
1 Accueil des intervenants	14	4,57	24	4,79
2 Environnement invitant	14	4,14	24	3,75
3 Véhiculer l'espoir	14	4,64	24	4,46
4 Changement d'intervenant possible	10	3,70	23	3,43
5 Accès au dossier	11	3,73	24	3,63
6 Absence de pression	14	4,29	23	4,61
7 Croire au rétablissement	14	4,50	24	4,42
8 Croire à la capacité de gérer les symptômes	14	3,93	24	3,50
9 Choix des usagers	14	3,79	24	3,67
10 Respect des décisions (traitement/soin)	14	3,71	24	4,13
11 Préoccupation envers les intérêts	14	4,57	24	4,63
12 Encourager à prendre des risques	14	4,43	24	3,92
13 Service ajusté à la culture et expérience de vie	12	4,75	24	4,08
14 Discussion sur besoin spirituel	13	2,85	24	4,50
15 Discussion sur intérêt/besoins sexuels	10	2,60	24	4,25
16 Objectif de vie au-delà des symptômes	14	4,50	24	4,50
17 Soutien projet d'emploi	10	4,10	22	3,50
18 Impliquer dans activités communauté	14	3,79	24	4,38
19 Inclusion des proches	14	4,86	24	3,92
20 Personnes inspirantes	14	2,86	23	3,09
21 Offre des programmes d'entraide	12	4,17	23	3,83
22 Soutien au bénévolat	12	3,42	22	3,73
23 Inclure dans création de groupes	14	4,14	22	3,41
24 Encourager à donner opinion	14	4,57	24	4,21
25 Encourager à participer rencontre de gestion	14	4,14	23	4,35
26 Intervenants parle de ce que ça prend pour changer de type d'hébergement	14	3,93	24	4,38
27 Suivi des objectifs	14	4,71	24	4,54
28 Intervenants aident à accomplir objectif	14	4,36	24	4,63
29 Impliqué dans la formation des intervenants	12	2,50	17	2,41

30	Intervenants à l'écoute des expériences	14	4,57	23	2,78
31	Int. connaît groupe dans la communauté	13	4,62	24	3,75
32	Intervenant de diverses cultures	14	4,36	24	4,21
