

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES

PAR

KARINE FORTIN

**LA SIGNIFICATION DE LA SANTÉ MENTALE DANS LE CADRE DE
L'EXPÉRIENCE DU RÉTABLISSEMENT CHEZ DES ADULTES VIVANT
AVEC UNE MALADIE MENTALE**

JANVIER 2012

Résumé

Dans la perspective de comprendre, d'aider et de soutenir davantage les personnes qui vivent avec une maladie mentale, de nombreux écrits théoriques et études empiriques ont été publiés sur le rétablissement au cours des deux dernières décennies. Toutefois, la définition de ce concept ne fait pas l'objet d'un consensus. Une autre limite concerne la documentation de l'expérience du rétablissement du point de vue des usagers au Québec, notamment à l'égard de son articulation avec le concept de santé mentale. Le but de cette étude est de comprendre l'articulation entre la santé mentale et la conception du rétablissement chez des adultes vivant avec une maladie mentale. Elle vise à déterminer la signification donnée à la santé mentale et au rétablissement et de même qu'à explorer le lien entre la santé mentale et la conception du rétablissement chez des adultes vivant avec une maladie mentale. L'approche théorique de la conception élargie du rétablissement de Provencher et Keyes (2010, 2011) est ici utilisée puisqu'elle fait état du rétablissement complet. La théorie intermédiaire du *caring* de Watson (1988; 1998; 1999; 2008) sert également de cadre disciplinaire afin d'orienter la disposition de l'étudiante, notamment à l'égard du lien chercheur-participant ainsi que pour guider l'exploration de la santé mentale et du rétablissement. L'échantillon de convenance est composé de 15 adultes vivant avec une maladie mentale (13 femmes et 2 hommes) et des entretiens en profondeur permettent d'explorer la signification donnée à la santé mentale et au rétablissement. L'analyse des données repose sur la méthode phénoménologique herméneutique proposée par Van Manen (1997, 2002). Les résultats mettent en évidence trois niveaux hiérarchiques, soit primaire, intermédiaire et

supérieur, ce dernier étant le plus englobant. Ces niveaux se rapportent à la signification de la santé mentale d'une part, et la signification du rétablissement d'autre part. Chaque niveau correspond à un processus défini à l'aide de stratégies. De même, les autres résultats de l'étude se rapportent à divers recoulements entre la santé mentale et le rétablissement. Les résultats révèlent que la notion de santé mentale fait partie intégrante de la signification donnée à l'expérience du rétablissement. La discussion fait ressortir les liens entre les résultats de l'étude et les connaissances actuelles tout en identifiant les éléments contributifs et les limites de l'étude et en dégageant les points saillants visant à promouvoir la pratique infirmière orientée vers le rétablissement. L'originalité de cette étude consiste à articuler le processus de rétablissement à l'aide d'indicateurs liés à une structure hiérarchique. Elle signale la relation indissociable entre le concept de santé mentale et celui du rétablissement, elle démontre que la façon dont la personne voit sa santé mentale est un indicateur de son rétablissement et elle met en lumière des éléments de santé mentale positive qui coexistent avec l'absence de maladie mentale. Au plan de la pertinence clinique, les résultats de cette recherche soutiennent l'importance d'un accompagnement plus personnalisé et centré sur la personne, mettant ainsi l'accent sur la signification de l'expérience de la santé mentale et du rétablissement vécue par la personne. Ce mode d'accompagnement représente un repère en matière d'intervention, permettant aux intervenants de soutenir l'usager dans sa démarche de rétablissement et d'ainsi améliorer la qualité des soins dispensés.

Mots clés : santé mentale complète, rétablissement, méthode de phénoménologie herméneutique, pratique infirmière orientée vers le rétablissement.

Remerciements

Je suis bien consciente que je n'aurais jamais pu réaliser cette maîtrise sans le soutien de plusieurs personnes et organismes à qui je souhaite exprimer ma profonde gratitude et mes plus sincères remerciements.

Mes remerciements s'adressent à toutes les personnes qui ont accepté de participer à l'étude, pour m'avoir reçue généreusement, pour l'ouverture qu'elles ont démontrée et pour le partage de leur expérience de vivre avec une maladie mentale. Sans elles, je n'aurais pu comprendre et décrire en profondeur la signification de la santé mentale et du rétablissement, et cette recherche n'aurait pu avoir lieu.

À madame Marie Tremblay, professeure à l'Université du Québec à Chicoutimi, à titre de directrice de mémoire, et à madame Hélène Provencher, professeure à l'Université Laval, à titre de co-directrice de mémoire, pour l'excellente qualité de leur encadrement de même que pour leur professionnalisme, leur confiance en moi et le respect de mes idées et de mes convictions tout au long de ce processus, je tiens à leur exprimer toute ma gratitude.

Je remercie les organismes suivants, pour les bourses octroyées, et dont je suis entièrement redevable : Le Ministère de l'Éducation des Loisirs et du Sport, l'Université du Québec à Chicoutimi, la Fondation de recherche en sciences infirmières du Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, l'Ordre régional des infirmières et

infirmiers du Saguenay-Lac-Saint-Jean/Nord-du-Québec et l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale.

Je suis très reconnaissante envers les intervenantes du Centre Augustinien, pour avoir facilité le recrutement des participants.

À toutes les personnes qui côtoient le Centre Augustinien, qui ont démontré de l'intérêt à l'égard de mon projet de maîtrise et qui m'ont apporté leur soutien jour après jour, je dis un grand merci.

À toutes les personnes qui m'ont soutenue de près ou de loin tout au long de ma maîtrise, je tiens à leur dire que cela a été grandement apprécié.

Enfin, j'adresse mes plus sincères remerciements à ma communauté religieuse, qui tout au long de ce cheminement, a été très présente, m'a toujours soutenue et dont tous les membres ont enrichi ma démarche par leurs idées et leurs commentaires constructifs.

Table des matières

Résumé	ii
Remerciements	iv
Table des matières	vi
Liste des tableaux	x
Liste des figures	xi
Introduction	1
Chapitre I Problématique	4
Chapitre II Recension des écrits	20
Le concept de santé mentale	21
Le concept de santé mentale positive	23
Le concept de maladie mentale	26
Historique, définition et dimensions du paradigme du rétablissement	27
L'évolution du paradigme du rétablissement à travers ses définitions	27
Historique du rétablissement	28
État et processus du rétablissement	32
Le rétablissement selon une vision scientifique	33
Le rétablissement selon une vision basée sur les conceptions des personnes utilisatrices de services	34
Les dimensions du rétablissement	38
La redéfinition et l'expansion du soi	39
Le processus de deuil	39
Le processus de découverte d'un nouveau soi	40
La relation à l'espace temporel	41
L'espérance	42
La spiritualité	42
Le pouvoir d'agir	45
Un processus	46
Un construit	47
La transformation du sentiment d'impuissance	47
Le pouvoir d'agir en tant qu'engagement	48
La relation aux autres	50
Relation avec la famille	50
Relation avec les pairs	50
Relation avec les intervenants	52
Relation avec les services de santé et de soutien	53

Approche conceptuelle et théorique en sciences infirmières	55
Le paradigme de la transformation	56
La théorie intermédiaire du caring de Watson	58
Les concepts centraux	59
La personne	59
Le soin	60
L'environnement	60
La santé	61
Les processus de caritas cliniques	61
 Chapitre III Méthodologie	64
Échantillon	65
Caractéristiques des participants à l'étude	67
Méthode	72
Choix de la méthode	72
Approche phénoménologique	73
Approche phénoménologique herméneutique	73
Approche de Van Manen : Instruments de recherche, collecte et analyse des données	76
Se tourner vers un phénomène qui nous intéresse sérieusement ..	76
Examiner l'expérience telle qu'elle est vécue et non pas telle qu'elle est conceptualisée	77
Réfléchir sur les thèmes essentiels qui caractérisent le phénomène	79
Analyse des données	79
Décrire le phénomène par l'art d'écrire et de réécrire	82
Maintenir une relation pédagogique forte et orientée par rapport au phénomène	83
Équilibrer le contexte de la recherche en considérant les parties et le tout	84
Considérations éthiques	84
 Chapitre IV Résultats	86
Signification donnée à la santé mentale	88
Structure hiérarchique liée à la santé mentale	93
Niveau primaire	93
Niveau intermédiaire	100
Niveau supérieur	103
Signification donnée au rétablissement	105
Structure hiérarchique liée au rétablissement	110
Niveau primaire	110
Niveau intermédiaire	114
Niveau supérieur	116
Liens entre la santé mentale et le rétablissement	121

Structure hiérarchique liée aux liens entre la santé mentale et le rétablissement	126
Niveau primaire	126
Niveau intermédiaire	129
Niveau supérieur	130
 Chapitre V Discussion	134
Signification donnée à la santé mentale	137
Santé mentale et maladie mentale	137
Discussion des principaux résultats liés à la signification donnée à la santé mentale	140
Niveau primaire	140
Niveau intermédiaire	146
Niveau supérieur	147
Signification donnée au rétablissement	149
Rétablissement et guérison	149
Discussion des principaux résultats liés à la signification donnée au rétablissement	150
Niveau primaire	150
Niveau intermédiaire	153
Niveau supérieur	153
Recoupements entre la santé mentale et le rétablissement	155
Discussion des principaux résultats liés aux recoupements entre la santé mentale et le rétablissement	155
Niveau primaire	155
Niveau intermédiaire	156
Niveau supérieur	156
Liens des résultats avec la théorie intermédiaire du <i>caring</i> de Watson	157
Implications pour la pratique infirmière	159
Recommandations pour la recherche en sciences infirmières	165
Forces et limites de l'étude	166
Forces de l'étude	166
Limites de l'étude	168
 Conclusion	174
 Références	177
 Appendice A : Lettre de présentation de la recherche	188
Appendice B : Coupon-réponse	191
Appendice C : Questionnaire des données sociodémographiques et cliniques ..	193

Appendice D :	Guide d'entrevue	196
Appendice E :	Lettre accompagnant le résumé	198
Appendice F :	Formulaire de consentement	200
Appendice G :	Approbation du comité d'éthique de la recherche de l'UQAC ...	206
Appendice H :	Lettre d'approbation de la directrice des services professionnels du CSSS Maria-Chapdelaine	208

Liste des tableaux

Tableau 1 :	Facteurs et dimensions liés à la santé mentale positive	25
Tableau 2 :	Historique du rétablissement	29
Tableau 3 :	Données sociodémographiques et cliniques des participants (N=15) et comparaison avec la population québécoise	68
Tableau 4 :	Regroupements des participants selon les niveaux, processus et stratégies représentant la signification donnée à la santé mentale	92
Tableau 5 :	Regroupements des participants selon les niveaux, processus et stratégies représentant la signification donnée au rétablissement	109
Tableau 6 :	Regroupements de participants selon les niveaux, processus et stratégies représentant les recouplements entre la signification donnée à la santé mentale et celle donnée au rétablissement	125

Liste des figures

Figure 1 :	Processus et stratégies de la signification donnée à la santé mentale (N=15)	91
Figure 2 :	Processus et stratégies de la signification donnée au rétablissement (N=15)	108
Figure 3 :	Recouplements entre la santé mentale et le concept du rétablissement (N=15)	124

Introduction

Accompagner une personne qui souffre d'une maladie mentale est assez complexe. En général, le personnel soignant étant formé pour donner des soins axés sur les symptômes de la maladie ne se sent pas à l'aise et efficace pour aider des personnes qui ont davantage besoin d'une approche touchant toutes les dimensions de l'être. De par sa complexité, l'approche holistique représente un défi de taille dans l'offre de soutien à la personne. En effet, les intervenants¹ doivent posséder une bonne connaissance de la maladie, mais surtout, ils doivent comprendre le vécu de la personne soignée afin d'adapter leurs interventions à sa réalité.

L'intérêt de l'étudiante pour cette clientèle s'est développé grâce au contact quotidien de personnes vivant avec une maladie mentale au Centre Augustinien. Ce Centre a pour mission d'accueillir, tant à l'interne qu'à l'externe, des personnes ayant un diagnostic de maladie mentale afin d'améliorer leur bien-être. Pour ce faire, l'accent est mis sur la qualité des liens qui se créent, sur le partage des connaissances et sur les objectifs que les personnes se fixent afin d'apprendre à vivre avec leur maladie. Côtoyant et vivant avec cette clientèle depuis de nombreuses années, l'étudiante a pu constater une évolution et un épanouissement de plus en plus présent chez ces personnes.

¹ Le terme « intervenant » est utilisé à titre épicène et inclut les intervenants et les intervenantes.

Voyant que ces personnes cheminent vers un mieux-être, l'étudiante s'est posée la question suivante : comment leur expérience de vie les aide à apprendre à vivre avec la maladie ? Elle a consulté des écrits d'auteurs spécialisés sur le rétablissement en santé mentale et a choisi de réaliser la présente étude sur la signification de la santé mentale dans le cadre de l'expérience du rétablissement chez des adultes vivant avec une maladie mentale.

Le mémoire comporte cinq chapitres. Le premier chapitre présente la problématique de recherche. Le second chapitre expose une recension des écrits qui s'articule autour de la santé mentale, de la santé mentale positive, de la maladie mentale et du concept de rétablissement. Le troisième chapitre présente l'ensemble de la méthode utilisée, les considérations éthiques et les critères de rigueur scientifique. Le quatrième chapitre fait état des résultats de cette recherche. Enfin, le dernier chapitre porte sur la discussion des résultats et propose des implications pour la pratique infirmière ainsi que des recommandations pour les recherches ultérieures en lien avec le domaine étudié. Les forces et limites de l'étude complètent ce chapitre de discussion.

Chapitre I

Problématique

Les maladies mentales représentent un des grands fléaux de notre société et constituent l'une des principales causes d'incapacité dans le monde (Organisation mondiale de la santé, 2001). Tous les Canadiens sont directement ou indirectement touchés par la maladie mentale (Gouvernement du Canada, 2006), soit parce qu'ils souffrent eux-mêmes de la maladie ou qu'un membre de leur famille, un ami, un collègue de travail ou bien une connaissance en est atteint. Au Québec, une personne sur six sera touchée au cours de sa vie par la maladie mentale (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005) et 31 % d'entre elles seront susceptibles d'avoir un diagnostic de maladie mentale grave (Hôpital Louis-H. Lafontaine, 2009). De plus, la maladie mentale ne fait aucune discrimination quant à l'âge, la scolarité, la classe sociale et la culture. Personne ne peut donc se croire à l'abri des maladies mentales (Santé Canada, 2002).

Même si la maladie mentale touche chacun d'entre nous, la société marginalise ceux et celles qui portent un tel diagnostic. Plusieurs personnes n'ont pas la chance de pouvoir exploiter leurs habiletés, ni l'opportunité de les mettre au service de la société (Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2003).

Pourtant, beaucoup de personnes vivant avec un problème de santé mentale sont capables et ont besoin d'apporter leur contribution à la vie sociale. Malheureusement, plusieurs en sont privées à cause des préjugés tenaces les excluant de leur communauté (Martin & Johnston, 2007; Stuart & Arboleda-Florez, 2009). Elles ont non seulement à accepter d'avoir une maladie mentale et de vivre avec toutes les souffrances et les contraintes que cela suppose, mais elles ont aussi à faire face à une société pour laquelle la maladie mentale est taboue. Tout cela a un impact non seulement sur l'individu atteint, mais aussi sur ses proches, sa famille et son travail (Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2003).

En santé publique, les maladies mentales représentent un problème majeur causé d'abord par son incidence élevée et par la diversité des services et des ressources nécessaires pour aider les personnes vivant avec une telle maladie (Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2003). Elles occasionnent des coûts sociaux considérables tant sur les plans personnel et humain que dans l'organisation des services de santé et du travail. En 1998, les maladies mentales représentaient un fardeau économique de quelque 7,9 milliards de dollars en matière de soins de santé (Association Canadienne pour la santé mentale, 2009) et ce fardeau ne fait que s'accroître avec les années (Santé Canada, 2002). De plus, au plan économique, les coûts sont élevés en raison des pertes de productivité que génèrent les maladies mentales et des coûts des soins de santé (Santé Canada, 2002).

Afin d'aider et de soutenir davantage les personnes qui vivent avec une maladie mentale, le Québec s'est doté d'un Plan d'action en santé mentale (PASM) en 2005. Ce plan a comme objectif de faciliter la participation active de la personne à la vie en société et vise le développement de moyens suscitant l'espoir chez cette clientèle (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005). Toutefois, même si le rétablissement est l'un des six principes directeurs du PASM 2005-2010, et que ce plan priorise le mieux-être de la personne dans sa globalité, un certain flou persiste face à ce concept, et ce, malgré les efforts consentis pour le clarifier et le définir. Dans le PASM 2005-2010, le rétablissement est décrit comme étant la croyance dans les capacités de la personne à prendre le contrôle de sa vie et de sa maladie (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005). Dans cette perspective, le rétablissement invite à soutenir les personnes atteintes d'une maladie mentale en les aidant à réintégrer leur rôle en société, et ce, malgré l'existence de symptômes ou d'handicaps. Même si le PASM accentue l'importance du rétablissement en tant que cadre d'organisation des services, d'autres orientations ministérielles (par exemple, un cadre de référence pour promouvoir le rétablissement) s'avèrent nécessaires afin de préciser les orientations découlant du PASM, notamment dans un contexte où une pluralité de définitions à l'égard du rétablissement est documentée dans les écrits.

De nombreux écrits théoriques et recensions des écrits proposent des repères pour définir le rétablissement, dont des éléments de précision (Andresen, Oades, & Caputi, 2003; Anthony, 2008; Anthony, 1993; Beeble & Salem, 2009; Bellack, 2006;

Provencher, 2002; Provencher & Keyes, 2010, 2011). Ces écrits démontrent que la notion de rétablissement est complexe et difficilement saisissable dans une perspective globale. Il appert que deux visions du rétablissement coexistent, soit une vision axée sur la maladie mentale (pathogénique) et une vision axée sur la notion de sentiment de bien-être subjectif ou santé mentale positive (salutogénique).

La première perspective du rétablissement, communément appelée la vision traditionnelle, est bien connue par les différents acteurs du système de santé actuel et correspond à une conception pathogénique de la santé mentale (Provencher & Keyes, 2010, 2011). En ce sens, le niveau de rétablissement peut être défini en fonction des indicateurs de résultats directement et uniquement liés à la maladie. Les symptômes et les déficits engendrés par la maladie mentale en sont de bons exemples (Provencher & Keyes, 2010, 2011; Silverstein & Bellack, 2008). Ainsi, on doit supposer que la personne qui présente une nette amélioration des symptômes de sa maladie est donc en rémission partielle et peut être considérée en rétablissement (Liberman & Kopelowicz, 2005). Toutefois, ce n'est pas l'avis de tous les auteurs puisque certains affirment que pour s'estimer rétablie, la personne doit être complètement guérie de sa maladie mentale (Andreasen, Carpenter, Kane, Lasser, Marder, & Weinberger, 2005). Donc pour les uns, une rémission partielle peut s'appeler rétablissement et pour les autres, il faut une rémission complète. Il est donc intéressant de consulter des experts du rétablissement, c'est-à-dire ceux qui le vivent afin de savoir ce qu'ils pensent de la vision traditionnelle du rétablissement et quels sont les éléments qui en sont tributaires.

La seconde vision du rétablissement, quant à elle, semble davantage rejoindre la perception des personnes qui utilisent les services en santé mentale à propos du rétablissement. Dans leur recherche sur le rétablissement, Noiseux et Ricard (2005) démontrent que les personnes qui utilisent les services en santé mentale peuvent apporter une perspective différente du concept de rétablissement. Plus précisément, la vision des usagers à l'égard du rétablissement ne fait pas seulement référence à la restauration de pertes occasionnées par la maladie mentale, elle met également l'accent sur l'ensemble des transformations positives que vit la personne tout au long de son processus de rétablissement et sur tous les facteurs qui peuvent y avoir un impact positif ou négatif (Provencher & Keyes, 2010, 2011; Silverstein & Bellack, 2008). Par conséquent, cette vision renvoie à la fois à une vision pathogénique et salutogénique du rétablissement (Provencher & Keyes, 2010, 2011). Bref, ces transformations débordent du cadre de la maladie et englobent l'optimisation du bien-être subjectif de la personne malgré la maladie. Dans cette perspective, la gestion de la maladie et de ses conséquences ainsi que les transformations positives qui l'accompagnent sont des éléments clés. On peut supposer que, grâce à cette perspective positive de voir le rétablissement, les personnes qui ont une maladie mentale peuvent vivre l'expérience de se rétablir en dépit de leur maladie (Davidson & Roe, 2007; Provencher & Keyes, 2010, 2011). Cette seconde vision du rétablissement ouvre de nombreux horizons aux personnes qui vivent avec une maladie mentale. Elle vise le développement de leurs ressources individuelles et environnementales face à la maladie et au bien-être subjectif. De toute évidence, elle leur permet de s'approprier du pouvoir sur la maladie, leur donne l'espoir qu'une

évolution positive à travers la maladie est possible et les aide à trouver et à développer des moyens pour prévenir les rechutes ou restaurer leur fonctionnement psychosocial (Anthony, Cohen, Farkas, & Gagne, 2004; Corrigan, Mueser, Bond, Drake, & Solomon, 2008; Provencher & Keyes, 2010, 2011).

Jusqu'à maintenant, les chercheurs se sont grandement intéressés à l'aspect pathogénique du rétablissement et l'accent a été mis sur les facteurs qui permettent d'être moins malade. Toutefois, la seconde vision du rétablissement, qui inclut des éléments apparentés à la santé mentale positive, c'est-à-dire le côté sain de la personne ainsi que le sentiment de bien-être qu'elle peut éprouver, est une perspective théorique en émergence, voire prometteuse. Cependant, il demeure difficile de l'opérationnaliser. Bien que des initiatives d'intervention dans la communauté soutiennent cette perspective, il y a encore beaucoup à faire au regard de l'aspect salutogénique du rétablissement.

L'expérience du rétablissement peut donc être vue comme un parcours non linéaire de santé reposant sur un processus de transformation défini à partir de nombreuses dimensions. Ainsi, le rétablissement met l'accent sur le côté sain, soit la santé mentale de la personne plutôt que sur les pertes engendrées par la maladie. La santé mentale positive dépend à la fois d'un ensemble de sentiments positifs et de la capacité qu'a la personne de fonctionner dans son quotidien (Keyes, 2006). L'un des indicateurs de santé mentale est le bien-être subjectif. Le sentiment de bien-être que peut ressentir la

personne représente une facette fondamentale de sa qualité de vie et repose sur de multiples dimensions (Ong & Zautra, 2009).

En effet, les personnes utilisatrices de services décrivent le rétablissement en fonction de leur qualité de vie qui prend racine à travers le fait d'avoir un but dans la vie. Lagueux (2011) l'exprime en ces termes :

Pour moi, le rétablissement est un processus unique débutant lorsque la personne décide de ne plus donner au trouble mental le pouvoir de contrôler sa vie. C'est la redécouverte de soi, de ses capacités et de ses rêves tout en se donnant de nouvelles possibilités, et cela avec ou sans la présence de limites et de symptômes engendrés par la maladie mentale. C'est l'espoir d'une vie meilleure. (p. 1)

De plus, Bizier (2007) le décrit ainsi :

Je voyais maintenant ma vie s'orienter, s'aligner vers un but, ceci après avoir eu une jobine et fait du bénévolat. En réalisant des travaux en continuité des recherches sur le logement et le travail comme déterminants de la santé et du bien-être, j'ai pris conscience de l'importance que représentaient pour moi ces aspects dans mon parcours personnel de rétablissement. (p. 16)

Enfin, Deegan (2007) voit son rétablissement de cette façon :

Je me mis à penser : « Je vais devenir le Dr. Deegan et je changerai le système des soins de santé mentale pour que personne n'y soit plus blessé ». Et ce plan devient ce que je commençais à appeler ma mission de survie. Oui, c'était un grand rêve qui aurait à s'adapter et se modifier avec le temps et la maturité. Mais c'était malgré tout mon rêve et il devint le projet autour duquel j'organisais mon rétablissement. (p. 15)

Pour être stimulées à cheminer dans leur processus de rétablissement, l'intégration sociale est un élément important pour ces personnes. Elles doivent trouver leurs places dans la société et contribuer à son évolution. De plus, elles ont besoin de sentir qu'elles

évoluent dans leur croissance personnelle et de prendre conscience que leur autonomie se développe (Keyes, 2006). Pour les personnes qui vivent avec une maladie mentale, le rétablissement va de pair avec une orientation de santé mentale positive où l'accent est mis sur les forces et les capacités de la personne et cela, de façon complémentaire avec ses efforts pour minimiser les déficits engendrés par la maladie (Provencher & Keyes, 2010, 2011).

En lien avec cette orientation de santé mentale positive, les stratégies d'adaptation déployées par la personne sont prises en considération, lui permettant de faire face aux multiples facteurs de stress afin d'arriver à un sentiment de bien-être émotionnel, psychologique et social. Le fait que chaque personne ait la possibilité et soit encouragée à développer et à utiliser ses propres stratégies d'adaptation contribue à l'émergence et à la consolidation de l'espoir et d'une vision optimiste face à une vie meilleure. Ces deux concepts sont alors tributaires de la qualité de vie de la personne et concourent à l'accroissement de son sentiment de bien-être et, par le fait même, ont un impact positif sur son rétablissement (Brown Kirschman, Johnson, Bender, & Roberts, 2009).

Tout cela porte à croire que la notion de rétablissement de la personne abordée dans une perspective de globalité dans le PASM 2005-2010, fait référence à la fois, à la première vision du rétablissement, laquelle repose sur l'aspect pathogénique de la santé mentale, et à la seconde vision du rétablissement. Celle-ci repose sur un processus qui met en évidence les transformations positives vécues par la personne au fil de son

rétablissement, que ce soit à l'égard de la maladie mentale ou de la santé mentale positive.

Conformément avec l'esprit du PASM 2005-2010, l'organisation des services de santé doit prendre en compte une orientation axée vers le rétablissement. Ainsi, des services sont mis en place dans les diverses régions du Québec (Thomson, Gélinas, & Ricard, 2002) même si de nombreux intervenants demeurent peu formés dans l'esprit du rétablissement. De plus, les conceptions diverses entourant ce concept, ainsi que le manque de repères dans la façon de l'opérationnaliser, n'aident pas les intervenants à passer d'un regard axé sur la maladie à celui de l'épanouissement de la personne.

L'expérience personnelle, de vivre avec des personnes souffrant de maladie mentale, et professionnelle, en tant qu'infirmière en santé mentale, ont amené l'étudiante à prendre conscience que cette clientèle a sa propre vision du rétablissement et de l'expérience qui s'y rattache. De plus, les écrits appuient l'idée qu'il existe une vision singulière du rétablissement chez les personnes qui utilisent les services en santé mentale. Pour mieux la comprendre, elle doit être examinée en fonction des repères scientifiques proposés pour définir ce concept.

Afin d'améliorer l'état des connaissances, certaines solutions ont été proposées par différents auteurs. Entre autres, Provencher et Keyes (2010, 2011) ont effectué une relecture du rétablissement et ont récemment proposé une nouvelle conception de cette

expérience basée sur le modèle de la santé mentale complète (Keyes, 2007). Ce modèle conçoit le rétablissement à partir d'une expérience de santé mentale complète qui renvoie à des processus (par exemple, des stratégies) et des indicateurs de résultats liés, d'une part, à l'expérience de restauration à l'égard de la maladie mentale, et d'autre part, à l'expérience d'optimisation de la santé mentale positive, générant six états de rétablissement complet. Le modèle inclut également un état de bien-être subjectif, aussi appelé santé mentale positive. Ainsi, la santé mentale est considérée comme étant plus que l'absence de maladie mentale. À partir de ce modèle, le rétablissement est redéfini comme une expérience complète de santé mentale qui s'oriente de part et d'autre vers la restauration de la maladie mentale ainsi que l'optimisation de la santé mentale positive. Ainsi, cela renvoie à deux composantes nécessaires et complémentaires au rétablissement, soit la maladie mentale et la santé mentale positive (Provencher & Keyes, 2010, 2011). Selon Provencher et Keyes (2010, 2011), les transformations positives que vit la personne ne se rapportent pas qu'à la maladie mentale, mais comprennent également les transformations se rapportant à l'optimisation de la santé mentale positive. Cette relecture en tant qu'expérience de rétablissement incite à un rapprochement entre les champs de la réadaptation psychiatrique et la promotion de la santé mentale grâce à des interventions qui permettent aux personnes atteintes de maladie mentale de s'épanouir et d'avoir une vie florissante (Barry, 2009; Keyes & Haidt, 2003; Peterson, 2006; Provencher & Keyes, 2010, 2011).

Il importe donc de s'intéresser à l'aspect subjectif de l'expérience et au regard singulier qui est posé par les personnes qui vivent avec une maladie mentale. En explorant ce que ces personnes vivent au quotidien, l'accent est mis davantage sur la personne dans sa globalité avec ses côtés positifs et non pas uniquement sur sa maladie. Le regard se pose sur une personne et non sur le diagnostic qu'elle porte et ses symptômes. Toutefois, la signification de la santé mentale dans le cadre du rétablissement représente un domaine relativement inexploré, que ce soit au Québec ou ailleurs dans le monde.

Des recherches antérieures ont porté, entre autres, sur les différents éléments pouvant influencer l'expérience ou le processus de rétablissement (Andresen et al., 2003; Beeble & Salem, 2009; Bellack, 2006; Bonney & Stickley, 2008; Jacobson, 2001; Jacobson & Curtis, 2000). Elles ont conduit à une meilleure compréhension du rétablissement et ont permis d'identifier les facteurs qui le facilitent ou l'entravent, spécifiquement dans l'optique de transformations positives associées à la gestion optimale de la maladie (Andresen et al., 2003; Barker, 2001b; Bledsoe, Lukens, Onken, Bellamy, & Cardillo-Geller, 2008; Borg & Davidson, 2008; Davidson & Strauss, 1992; Noiseux & Ricard, 2005). Toutefois, la signification donnée à la santé mentale par les utilisateurs de services, dans le cadre de leur expérience du rétablissement, ressort comme un aspect qui a été largement négligé, incluant son articulation avec la maladie mentale et la santé mentale positive. L'importance de documenter la signification donnée à la santé mentale et au rétablissement renvoie à la conception élargie du rétablissement

qui propose la restauration à l'égard de la maladie et l'optimisation de la santé mentale positive comme deux expériences différentes, mais complémentaires (Provencher & Keyes, 2010, 2011). Cette limite fait en sorte que seulement une vision partielle du rétablissement est apportée, soit la vision pathogénique, faisant référence à la restauration de la maladie. Ainsi, dans ces recherches, l'accent est mis essentiellement sur la croissance personnelle associée à l'expérience de la maladie. Toutefois, la conception élargie du rétablissement propose que la restauration de la maladie et l'optimisation de la santé mentale positive représentent deux expériences différentes, mais complémentaires.

Le manque de connaissances face aux éléments liés à la vision élargie du rétablissement qui sont présents dans le discours des usagers a un impact majeur sur la pratique infirmière. Étant donné le peu de recherches effectuées sur le rétablissement dans la population québécoise, l'infirmière¹ qui travaille dans les équipes communautaires en santé mentale ne possède pas toutes les connaissances lui permettant d'apporter un soutien efficace et efficient aux personnes souffrant d'une maladie mentale. Comme l'infirmière a reçu une formation initiale en fonction de la vision traditionnelle du rétablissement (pathogénique), elle a plutôt tendance à offrir des soins et des services orientés sur cette vision, c'est-à-dire axés sur la rémission des symptômes liés à la maladie mentale. Cette façon de faire semble appartenir au paradigme infirmier

¹ Le terme « infirmière » est utilisé à titre épicène et inclut les infirmières et les infirmiers.

de la catégorisation, dans lequel les interventions infirmières sont centrées sur la maladie de la personne. C'est l'aspect pathogénique des soins qui est privilégié. Toutefois, la vision du rétablissement, telle que définie par les personnes utilisatrices de services, appartient davantage au paradigme infirmier de la transformation, où l'infirmière tient compte de la personne dans sa globalité lors des soins qu'elle apporte (Pepin, Kérouac, & Ducharme, 2010). Cette façon de faire implique un changement de paradigme pour l'infirmière qui exerce dans le domaine de la santé mentale. Celle-ci doit faire face aux croyances contraignantes qui prennent place dans le quotidien de son travail et elle doit remettre en question sa manière de percevoir la personne, l'environnement, la santé et le soin afin que son regard se situe dans la même visée que le paradigme de la transformation.

Cette étude vise donc à combler cette lacune, soit le manque de connaissance concernant la signification de la santé mentale, et ce, afin de mieux comprendre comment celle-ci s'articule avec la conception du rétablissement chez des personnes qui vivent avec une maladie mentale. Quoique certaines études aient exploré la signification du rétablissement chez les personnes utilisatrices de services, aucune ne l'a articulée en prenant compte de leur conception de la santé mentale. Elles n'ont pas suffisamment pris en considération l'incidence de la signification de la santé mentale par rapport à la signification donnée au rétablissement. Cette étude soutient des pratiques infirmières à la fois orientées vers la récupération d'habiletés altérées par la maladie, domaine classique d'intervention, et la promotion d'une vie florissante associée à un niveau optimal de santé

mentale positive. Bien que cela demande à être confirmé, on peut également supposer que la signification qu'une personne donne au rétablissement a tendance à changer au fil de son expérience, passant d'une perspective plus axée sur la maladie à une autre davantage axée sur la santé mentale positive (Provencher, 2007). De plus, les connaissances actuelles sont passablement limitées à l'égard de la vision de la santé mentale en lien avec le vécu du rétablissement. Ce manque de connaissances s'explique par le fait que ce n'est que très récemment qu'a été soulignée l'importance de mieux comprendre l'articulation entre la santé mentale et le rétablissement (Provencher & Keyes, 2010, 2011). C'est pourquoi il devient important de poursuivre la recherche en ce sens afin d'arriver à saisir réellement ce qu'est le rétablissement et ce qu'il signifie dans sa globalité.

Afin de mieux comprendre les différents éléments pouvant être en lien avec le rétablissement, et ce qu'ils signifient pour les personnes qui vivent avec une maladie mentale, la question de recherche est la suivante : quelle est la signification donnée à la santé mentale dans le cadre de l'expérience du rétablissement telle que vécue chez des adultes ayant une maladie mentale ? Le but général de cette étude consiste à comprendre l'articulation entre la santé mentale et la conception du rétablissement chez des adultes vivant avec une maladie mentale. Les objectifs spécifiques de l'étude visent à déterminer la signification donnée à la santé mentale, à déterminer la signification donnée au rétablissement, et à explorer le lien entre la santé mentale et la conception du rétablissement selon des adultes vivant avec une maladie mentale.

Au plan de la pertinence clinique, les résultats de cette recherche devraient contribuer à légitimer un accompagnement plus personnalisé et centré sur la personne, mettant l'accent sur la signification de l'expérience de la santé mentale et du rétablissement vécue par la personne. Une meilleure connaissance du sens qu'elle donne à son expérience pourra guider davantage les intervenants dans le soutien offert à la personne et ainsi améliorer la qualité des soins dispensés.

Chapitre II

Recension des écrits

Les concepts de santé mentale, maladie mentale et rétablissement prennent différentes significations. Afin d'éviter toute ambiguïté reliée à l'utilisation de ces différents concepts, il importe de définir chacun d'eux dans la présente recension des écrits. Ainsi, les concepts de santé mentale, de santé mentale positive et de maladie mentale seront d'abord définis, puis suivront l'historique, la définition et les dimensions du rétablissement. Enfin, l'approche conceptuelle et théorique, choisie comme perspective infirmière à la base de cette étude sera présentée.

Le concept de santé mentale

La santé mentale joue un rôle important sur le bien-être de chaque personne (Organisation mondiale de la santé, 2001). Il est important de préciser que le concept de santé mentale représente bien plus que seulement l'absence de maladie, malgré le fait que de nombreuses personnes l'associent à celui-ci (Direction de santé publique, 2005). En fait, la santé mentale est la capacité qu'a chaque personne à utiliser ses fonctions mentales de façon efficace (Direction de santé publique, 2005), c'est-à-dire à ressentir, à penser et à agir de manière à augmenter son niveau de bonheur et de bien-être, et à relever les défis auxquels elle est confrontée. La santé mentale est évoquée à travers un sentiment de bien-être émotionnel et spirituel qui permet à la personne de se réaliser, de surmonter les tensions normales de la vie, d'accomplir un travail productif et fructueux et de contribuer à la vie de sa communauté (Organisation mondiale de la santé, 2001,

2007). Ce n'est pas un concept statique, car la santé mentale fluctue au fil du temps et d'une façon non linéaire, et ce, tant pour les personnes ayant une maladie mentale que pour toutes autres personnes.

La santé mentale est d'une grande valeur et exerce une certaine fonction protectrice. Elle aide à freiner l'apparition de la maladie mentale et atténue les conséquences du stress et des ennuis quotidiens (Commision de la santé mentale du Canada, 2009). Elle permet aussi à la personne de faire face aux exigences et aux défis de la vie quotidienne. Il va sans dire que la santé mentale est une ressource précieuse qui n'a jamais fini de se développer. Afin d'être en bonne santé mentale, la personne doit s'engager dans des activités productives, des relations gratifiantes avec autrui et développer une bonne capacité d'adaptation aux changements et à l'adversité (Direction de santé publique, 2005). Toujours dans le but de se maintenir en bonne santé mentale, la personne travaille au maintien et à l'augmentation de son estime d'elle-même. Cela implique qu'elle est capable de se questionner sur son identité et sa valeur de même que de développer ses compétences personnelles et sociales afin d'être mieux. Les connaissances acquises lui donnent une certaine sécurité qui lui permet plus d'autonomie et de meilleures relations interpersonnelles (Direction de santé publique, 2005).

Certains facteurs individuels, psychologiques et sociaux tels l'emploi, l'éducation, le logement, le revenu, le soutien social, ou le stress peuvent avoir une certaine influence sur la santé mentale d'une personne (Commision de la santé mentale du Canada, 2009;

Organisation mondiale de la santé, 2001). Pour les personnes qui vivent avec une maladie mentale, le fait de recouvrer un certain niveau de santé mentale constitue une étape essentielle du processus de rétablissement et de l'atteinte du bien-être. On peut donc, malgré un diagnostic de maladie mentale, avoir une bonne santé mentale ou espérer la retrouver. En d'autres termes, une personne ayant un problème de santé mentale peut arriver à éprouver un sentiment de bien-être, et ce, en dépit de la maladie (Commision de la santé mentale du Canada, 2009).

Le concept de santé mentale positive

Le concept de santé mentale positive est l'une des composantes de la santé mentale complète qui met l'accent sur les aspects positifs de la santé mentale, comme l'épanouissement personnel et social, le bien-être, les forces et le fonctionnement positif (Institut canadien d'information sur la santé, 2009; Provencher & Keyes, 2010, 2011). La santé mentale positive est définie par le bien-être subjectif, celui-ci étant basé sur des symptômes d'hédonie et d'eudaimonie (Keyes, 2007). D'une part, les symptômes d'hédonie, rattachés au bien-être émotionnel, correspondent à des sentiments positifs à l'égard de la vie tels que la perception d'avoir du bonheur et de la satisfaction dans sa vie. D'autre part, les symptômes d'eudaimonie, reliés au fonctionnement positif, correspondent à des aspects relevant du bien-être psychologique et social, comme d'avoir une vie personnelle et sociale enrichissante et bien remplie (Keyes, 2007; Ryff & Singer, 1996). Ainsi, afin de favoriser une meilleure compréhension de la santé mentale positive, Keyes (2007) définit le bien-être subjectif, c'est-à-dire la santé mentale positive

à l'aide de trois facteurs : (1) le bien-être émotionnel, (2) le bien-être psychologique et (3) le bien-être social. Le bien-être émotionnel comprend deux dimensions, soit : (1) l'affect positif et (2) la qualité de vie déclarée. Le bien-être psychologique, quant à lui, renvoie aux six dimensions suivantes : (1) l'acceptation de soi, (2) la croissance personnelle, (3) le sens à la vie, (4) la maîtrise de l'environnement, (5) l'autonomie et (6) les relations positives avec les autres. Quant au bien-être social, il recoupe cinq dimensions, soit : (1) l'acceptation sociale, (2) l'actualisation sociale, (3) la contribution sociale, (4) la cohérence sociale et (5) l'intégration sociale (Keyes, 2007). Le Tableau 1 présente des données plus précises de ces facteurs et dimensions liées à la santé mentale positive.

Tableau 1 : Facteurs et dimensions liés à la santé mentale positive

Facteurs	Dimensions	Définition
Bien-être émotionnel	Affect positif	La personne est heureuse, intéressée par la vie, de bonne humeur et pleine de vie.
	Qualité de vie déclarée	La personne est satisfaite de sa vie ou de certains aspects ou domaines dans sa vie.
Bien-être psychologique	Acceptation de soi	La personne a une attitude positive à l'égard d'elle-même et elle accepte la plupart des aspects de sa personnalité.
	Croissance personnelle	La personne reconnaît son potentiel et elle a la possibilité de le développer. Elle est ouverte à de nouvelles expériences.
	Sens à la vie	La personne donne une direction et un sens à sa vie.
	Maîtrise de l'environnement	La personne organise et gère son environnement pour répondre à ses besoins personnels.
	Autonomie	La personne fait preuve d'auto-détermination en ayant ses propres objectifs. Elle est en mesure de résister aux pressions sociales.
	Relations positives avec les autres	La personne a des relations chaleureuses, satisfaisantes et confiantes. Elle est capable d'empathie et d'intimité.
Bien-être social	Acceptation sociale	La personne adopte une attitude positive envers les autres, elle reconnaît et accepte leurs différences.
	Actualisation sociale	La personne croit que les gens, les groupes sociaux et la société ont du potentiel et peuvent évoluer de manière positive.
	Contribution sociale	La personne voit sa vie comme étant utile à la société, et estime ce qu'elle fait comme étant appréciée par les autres.
	Cohérence sociale	La personne s'intéresse à la vie sociale et à la société dans laquelle elle vit.
	Intégration sociale	La personne a un sentiment d'appartenance à la communauté et se sent soutenue par celle-ci.

(Keyes, 2007; Provencher & Keyes, 2010, 2011)

Le concept de maladie mentale

Le concept de maladie mentale, quant à lui, est caractérisé par une altération de la pensée, de l'humeur ou du comportement et il est associé à une importante détresse et à un dysfonctionnement de longue durée (Organisation mondiale de la santé, 2001; Santé Canada, 2002). La maladie mentale se manifeste par des symptômes et des signes spécifiques, permanents ou répétitifs, qui causent une souffrance et qui constituent un handicap dans une ou plusieurs sphères de la vie quotidienne telles que l'école, le travail, les relations sociales ou familiales et la capacité de vivre de façon autonome (Commission de la santé mentale du Canada, 2009). Il est important de noter qu'une souffrance morale n'est pas nécessairement associée à une maladie mentale. Pour qu'il y ait diagnostic de maladie mentale, tous les critères de bases d'une pathologie bien déterminée doivent être réunis. Ainsi, si les signes et les symptômes manifestés par la personne ne répondent pas aux critères diagnostiques, même si cette dernière vit une grande souffrance, il ne s'agit pas pour autant d'une maladie mentale (Santé Canada, 2002). En effet, chaque maladie est catégorisée selon des critères diagnostiques précis répertoriés dans des manuels reconnus comme le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-IV-TR) ou celui de *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* (CIM-10). Les troubles de l'humeur, la schizophrénie, les troubles anxieux, les troubles de la personnalité et les troubles de l'alimentation se trouvent parmi les maladies mentales les plus fréquemment rencontrées (Gouvernement du Canada, 2006; Santé Canada, 2002). Pour émettre un diagnostic, le médecin tient compte du type de symptômes présenté par la personne, soit des

symptômes émotionnels, comportementaux, cognitifs ou somatiques. Le diagnostic est aussi basé sur la fréquence, l'intensité et la durée de ces symptômes (Gouvernement du Canada, 2006).

Il faut retenir que les maladies mentales peuvent prendre plusieurs formes et qu'il est possible que certaines de ces formes se manifestent simultanément chez la personne, ce qui rend le diagnostic plus complexe. La personne qui reçoit un diagnostic de maladie mentale entre très souvent dans un processus intérieur et extérieur de stigmatisation et d'oppression. Pour aider la personne à sortir de ce processus, il faut l'amener à diminuer ses propres préjugés et lui apporter le soutien qu'elle désire recevoir à l'égard de sa démarche de rétablissement (Rice, 2007). Ceci implique au départ qu'elle doit apprendre à se connaître en tant que personne, à connaître sa maladie et les outils qui peuvent l'aider dans son quotidien.

Historique, définition et dimensions du paradigme du rétablissement

L'évolution du paradigme du rétablissement à travers ses définitions

Tel que présenté dans la problématique, deux visions du rétablissement coexistent actuellement. Même si l'on insiste sur leur complémentarité, d'importantes tensions perdurent et alimentent le débat en cours sur la façon d'opérationnaliser le rétablissement en tenant compte de ces deux visions (Provencher & Keyes, 2010, 2011). Afin de mieux comprendre le concept du rétablissement dans sa globalité, les deux visions de ce paradigme sont explicitées davantage dans cette section. On retrouve, en

premier lieu une vision scientifique et en second lieu, une vision basée sur les conceptions des personnes utilisatrices des services.

Historique du rétablissement. On peut voir à travers les différents écrits que le concept de rétablissement n'est pas nouveau puisqu'il remonte à plusieurs décennies. En effet, l'évolution du paradigme du rétablissement est marquée par des éléments importants, lesquels sont présentés dans le Tableau 2. Le concept du rétablissement voit le jour aux États-Unis, en concomitance avec l'ère de la désinstitutionnalisation des années 1960 et 1970. Toutefois, en 1970, le concept de rétablissement n'est pas encore clairement défini. Au cours de ces années, des failles manifestes dans l'application de la politique de désinstitutionnalisation démontrent que les personnes vivant avec une maladie mentale ont besoin de bien plus que de simples prescriptions pour soulager leurs symptômes. Elles ont aussi des besoins et des désirs à combler par rapport à leur lieu de résidence, à leur vocation, à leur éducation, à leur insertion dans la société et à leur contribution sociale. Ceci a pour effet de favoriser la mise sur pied de regroupements de personnes utilisatrices des services en santé mentale. Ces groupes sont orientés surtout vers la défense des droits des personnes (Davidson, Rakfeldt, & Strauss, 2010). Au cours des années 1980, la promotion de systèmes de soutien dans la communauté ainsi que la pratique de la réhabilitation psychiatrique vont de l'avant et s'implantent aux États-Unis (Anthony, 1993).

Tableau 2 : Historique du rétablissement

HISTORIQUE DU RÉTABLISSEMENT	
À l'échelle mondiale	
Avant 1960	- Aucune guérison n'est possible en santé mentale
1960-1970	- Ère de la désinstitutionnalisation - Émergence du concept du rétablissement
Aux États-Unis	
1980	- Systèmes de soutien dans la communauté - Pratique de la réhabilitation psychiatrique - La notion de rétablissement commence à se faire entendre
1980-1990	- Publication de récits autobiographiques d'utilisateurs de services - Publication d'études d'impacts - Déploiement d'efforts d'utilisateurs de services pour la promotion d'une approche de rétablissement distincte de la vision médicale - Production de connaissance sur le rétablissement - Développement et offre d'interventions orientées selon la vision du rétablissement
1990-2000	- Décennie du rétablissement
Au Canada	
2000-2010	- La vision du rétablissement demeure méconnue - Le rapport Kirby place le rétablissement au cœur d'une transformation majeure des services de santé mentale
Au Québec	
1960-1970	- Première vague de désinstitutionnalisation
1970-1980	- Deuxième vague de désinstitutionnalisation
1989	- Première politique en santé mentale
1990	- Troisième vague de désinstitutionnalisation - L'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale voit le jour
2000-2010	- La vision du rétablissement demeure peu développée - Le rétablissement est documenté à partir d'une perspective américaine - Proposition d'une tentative de conceptualisation de l'expérience du rétablissement - Le rétablissement est l'un des six principes directeurs du plan d'action en santé mentale 2005-2010
2010	- La recherche est essentielle pour guider la planification et l'organisation des services en santé mentale - La vision du rétablissement parvient difficilement à s'implanter

C'est dans les années 1980 que la notion de rétablissement connaît un véritable essor. Cette notion provient de deux phénomènes survenus à cette époque, soit la publication de récits autobiographiques de personnes souffrant de maladies mentales qui décrivent leur processus de rétablissement (Deegan, 1988; Deegan, 1996; Houghton, 1982; Unzicker, 1989) et des études d'impacts, comprenant des devis de recherche de type longitudinal, venant corroborer les idées à la base de la vision du rétablissement (Harding, Brooks, Ashikaga, Strauss, & Breier, 1987a, 1987b). La publication des récits et des conclusions d'études permet au concept de rétablissement de prendre de l'ampleur (Andresen et al., 2003). Aussi, aux États-Unis, les personnes utilisatrices de services comptent déployer des efforts afin de promouvoir une approche du rétablissement se distinguant de la vision médicale. Ces usagers veulent faire connaître leur vision du rétablissement. Donc, nous passons de la défense des droits à la promotion de l'idée qu'il est possible de se rétablir. Les usagers doivent recevoir un soutien qui leur permet de répondre à leurs aspirations plutôt que d'être considérés comme des malades incurables, chroniques, avec peu de potentiel. En conséquence, la lutte contre les préjugés et la discrimination sociale s'intensifie de façon importante. Les revendications des personnes aux prises avec une maladie mentale favorisent la production de connaissances sur le rétablissement ainsi que le déploiement et l'offre d'interventions orientées selon cette vision (Provencher, 2007). Ces progrès permettent l'émergence de nouveaux services dispensés aux personnes vivant avec une maladie mentale, de même que le développement du paradigme de rétablissement.

À la suite des deux vagues de désinstitutionnalisation qui ont lieu au Québec, dans les années 1960 et 1970 (Dorvil, Guttman, Ricard, & Villeneuve, 1997), la première politique en santé mentale voit le jour en 1989. Celle-ci va de pair avec l'orientation donnée par les regroupements de personnes utilisatrices de services en santé mentale, et soutien l'implantation de ressources en défense des droits dans toutes les régions du Québec (Gouvernement du Québec, 1989). Tout au long des années 1990, une troisième vague de désinstitutionnalisation se fait sentir au Québec. Ces trois vagues de désinstitutionnalisation marquent la transformation des services en santé mentale au Québec (Dorvil et al., 1997). Enfin, les années 1990 représentent, aux États-Unis, la décennie du rétablissement. De nombreuses publications de récits et d'études sur le rétablissement marquent cette période, représentant un point tournant dans la manière d'aborder et de percevoir les maladies mentales (Anthony, 2002).

Dans les années 2000, alors que la vision du rétablissement demeure encore méconnue au Canada, le rapport Kirby en 2006, place le rétablissement au cœur d'une transformation majeure des services de santé mentale dans notre pays (Gouvernement du Canada, 2006). Tout comme au Canada, la vision du rétablissement demeure peu développée au Québec et ce phénomène est presque essentiellement documenté à partir de la perspective américaine. Comme les possibilités et les modalités, d'appliquer la vision du rétablissement dans la réalité québécoise demeurent imprécises, Provencher (2002) propose de conceptualiser le rétablissement à partir d'une vision multidimensionnelle, processuelle et interactionnelle. De plus, l'Association québécoise de réadaptation psychosociale, qui

voit le jour en 1990, joue un rôle clé dans la promotion de la vision et des pratiques axées sur le rétablissement (Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, 2010).

Actuellement, le rétablissement est l'un des six principes directeurs du PASM 2005-2010 du Québec (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005). Toutefois, les services qui sont considérés comme essentiels en santé mentale et la hiérarchisation de ces services sont très peu articulés au regard de l'approche du rétablissement dans le plan d'action du ministère (Provencher, 2007). Cela porte à croire que même si une avancée s'est fait sentir au cours des dernières années, il est essentiel de poursuivre les recherches pouvant guider, dans le futur, la planification et l'organisation des services en santé mentale, car en pratique, l'approche du rétablissement parvient difficilement à prendre place (Anthony, 2002; Anthony & Huckshorn, 2008).

État et processus du rétablissement. Dans la section suivante, est présentée d'une part, la vision scientifique qui met l'accent sur l'état de rétablissement. Cette vision repose sur l'aspect pathogénique qui cible l'amélioration des symptômes et des déficits comme indicateurs de résultats. D'autre part, est présentée la conception du rétablissement selon des personnes utilisatrices de services, où l'accent est mis sur l'aspect processuel du rétablissement. Cette vision renvoie aux facteurs qui aident à composer efficacement avec la maladie et à la prévenir, en lien avec l'approche pathogénique et aux facteurs qui contribuent à avoir une vie plaisante et florissante, en lien avec l'approche salutogénique (Provencher & Keyes, 2010, 2011).

Il importe ici de mentionner que tout au long de ce mémoire, les termes de « maladie mentale » sont utilisés plutôt que ceux de « trouble mental », puisque ces termes renvoient à l'aspect pathogénique du rétablissement, faisant ainsi référence à l'utilisation de cette terminologie dans la plupart des ouvrages utilisés pour la présente recherche.

Le rétablissement selon une vision scientifique. Le rétablissement, défini à partir d'une vision scientifique, était traditionnellement associé à une rémission totale de la maladie, ce qui relève plutôt de l'exception. En effet, peu de personnes parviennent à cet état asymptomatique, notamment celles ayant une maladie mentale grave. C'est pourquoi les systèmes de soins étaient basés sur l'hypothèse que les personnes vivant avec une maladie mentale grave ne guérissaient pas et que leur état ne pouvait que se détériorer ou dans le meilleur des cas, se maintenir (Anthony, 2002). Comme aucune guérison n'était possible et qu'on ne connaissait pas la notion de rétablissement, l'action des professionnels s'orientait uniquement vers le traitement des maladies et la réhabilitation des patients (Davidson, O'Connell, Tondora, Styron, & Kangas, 2006). Or, les écrits scientifiques démontrent que la personne vivant avec une maladie mentale peut se rétablir sans pour autant guérir de sa maladie (Anthony, 1993). Ainsi, selon la vision scientifique, le rétablissement s'oriente en fonction de la maladie et il vise la rémission partielle, jugée suffisante pour être considérée comme étant rétablie (Liberman & Kopelowicz, 2005), ou la rémission complète des symptômes (Bellack, 2006; Liberman & Kopelowicz, 2005). Dans les deux cas, la maladie est à la base de la définition et la notion de santé mentale positive y est absente.

Provencher et Keyes (2010, 2011), amènent le fait que la vision scientifique met l'accent sur l'état du rétablissement qui est défini à partir d'une vision pathogénique de la santé qui cible l'amélioration des symptômes et des déficits comme indicateurs de résultats. Selon cette perspective, le rétablissement est basé sur une approche pathogénique de la santé mentale, le concevant ainsi comme une absence de maladie (Provencher, 2011; Provencher & Keyes, 2010, 2011). Il vise donc à diminuer la sévérité des symptômes de la maladie mentale et à mieux les contrôler (Provencher, 2007).

Ainsi, lorsque l'on parle de rétablissement selon une conception pathogénique, la vision scientifique met l'accent sur les indicateurs de résultats liés à la maladie, comme les symptômes et les déficits (Provencher, 2011; Provencher & Keyes, 2010, 2011). Ces déficits peuvent être selon différents domaines, soit cognitifs, fonctionnels ou sociaux par exemple (Silverstein & Bellack, 2008). Le niveau de rémission que la personne doit atteindre pour être considérée rétablie demeure l'objet de controverses. Certains préconisent une rémission partielle (Liberman & Kopelowicz, 2005) alors que d'autres la voient comme devant être totale et l'associent à la guérison (Andreasen et al., 2005).

Le rétablissement selon une vision basée sur les conceptions des personnes utilisatrices de services. Cette vision tire son origine des définitions du rétablissement qu'en donnent les personnes utilisatrices de services en santé mentale (Silverstein & Bellack, 2008) et des expériences qui sont partagées par des personnes qui réussissent à se rétablir de leur maladie mentale (Davidson & Roe, 2007). La gestion de la maladie et de ses

conséquences de même que les transformations positives qui l'accompagnent sont donc un volet très important de cette seconde vision du rétablissement. De plus, le développement de ressources individuelles et environnementales, comme l'appropriation du pouvoir sur la maladie ou l'espoir d'une évolution positive de celle-ci, aide à prévenir les rechutes et à restaurer le fonctionnement psychosocial chez la personne (Anthony et al., 2004; Corrigan et al., 2008).

Selon les personnes qui utilisent les services en santé mentale, le rétablissement est perçu comme un processus, une manière de vivre, une attitude et une façon d'aborder les défis quotidiens. Or, pour ces personnes, le rétablissement n'est pas linéaire, mais plutôt un processus en forme de spirale, impliquant des retours en arrière que l'on peut davantage décrire comme une série de petits débuts et de petites étapes, marqués par des essais, des erreurs et de nouveaux essais (Deegan, 1988). Le but du processus du rétablissement ne doit pas être perçu comme le fait de « devenir normal », mais comme le fait d'avoir le droit de vivre, d'être heureux, d'être une personne empreinte de dignité humaine (Barker, 2003).

Selon cette perspective, comprenant des aspects liés au sentiment de bien-être, le processus de rétablissement contribue à soutenir la personne à travers les rôles sociaux qu'elle privilégie ainsi que dans les efforts qu'elle effectue afin d'optimiser son bien-être et sa qualité de vie. Ce processus met l'accent sur la reconnaissance du savoir expérientiel de la personne, sur le soutien par et pour les pairs ainsi que sur la lutte contre la discrimination et les préjugés (Provencher, 2007). Dans cette perspective, le rétablissement suppose la

capacité de la personne à donner un nouveau sens à sa vie et à entrevoir de nouveaux buts dans la vie. Tout cela apparaît au fur et à mesure que la personne grandit au-delà des effets catastrophiques de la maladie mentale (Anthony, 1993).

Bien que le rétablissement soit souvent vu comme un phénomène plutôt marginal, les personnes utilisatrices de services tentent de le faire connaître comme étant une expérience courante de vie (Provencher, 2007). Pour les personnes vivant avec une maladie mentale, il consiste à choisir de vivre une vie bien remplie et significative pour elles (Rice, 2007). Lorsque la personne choisit cette voie, son rétablissement peut alors être vécu comme une transformation à travers laquelle l'ancienne personnalité est progressivement abandonnée pour une nouvelle vision de soi, remplie de possibilités (Deegan, 2007).

Dans ce contexte, le rétablissement fait référence au vécu, à l'expérience des gens, à leur acceptation de la maladie et à comment ils surmontent les défis de la maladie mentale (Deegan, 1988). Il incite la personne à acquérir et à développer les habiletés nécessaires pour vivre une vie heureuse en actualisant son plein potentiel (Rice, 2007). Même si l'expérience du rétablissement est rarement identique d'une personne à l'autre, certains éléments sont tout de même similaires dans ce processus. Entre autres, toute personne qui chemine vers le rétablissement développe ses propres forces, augmente ses attitudes mentales positives pour accepter la responsabilité de sa propre santé mentale et apprend à être bien avec elle-même (Brown, 2008). Enfin, il est important de mentionner que pour les personnes qui vivent avec une maladie mentale, le rétablissement ne fait pas référence à un

produit final ou à un résultat. Il s'agit plutôt d'un processus en dents de scie dans lequel la personne chemine à partir d'une acceptation continue de ses propres limites (Deegan, 1988).

Ainsi, en faisant une relecture du rétablissement, Provencher et Keyes (2010, 2011) proposent une conception élargie du rétablissement. Cette conceptualisation recoupe des éléments se rapportant à la vision du rétablissement qui est mise de l'avant par les usagers. La conception élargie du rétablissement soutient l'aspect processuel de cette expérience et renvoie aux facteurs qui aident à composer efficacement avec la maladie et à la prévenir. La conception élargie du rétablissement met également l'accent sur les facteurs qui contribuent à avoir une vie plaisante et florissante, dont les transformations positives que la personne vit au fil de son rétablissement ainsi que sur les facteurs environnementaux qui les facilitent ou les entravent (Provencher 2011; Provencher & Keyes, 2010, 2011). Bref, Provencher et Keyes (2010, 2011) soulignent que des éléments de santé mentale positive se retrouvent dans cette vision du rétablissement préconisée par les usagers, sans être explicitement nommés. C'est le cas, entre autres, des forces de la personne, des ressources positives dans l'environnement, des émotions positives, de la contribution à la société ou de l'inclusion sociale comme dimension du bien-être social.

Enfin, la conception de la santé mentale complète (Keyes, 2007) est à la base du modèle du rétablissement complet proposé par Provencher et Keyes (2010, 2011). L'expérience du rétablissement y est définie à l'aide de processus et d'indicateurs de

résultats qui se rapportent à l'expérience de restauration à l'égard de la maladie mentale (c'est-à-dire, la vision pathogénique) de même qu'à l'expérience d'optimisation de la santé mentale positive (c'est-à-dire, la vision salutogénique). Ces expériences sont toutes deux complémentaires, chacune étant définie comme un processus qui conduit à un résultat (Provencher & Keyes, 2010, 2011). Dans cette perspective de complémentarité, le modèle de Keyes (2007), recouvrant le continuum de maladie mentale et celui de santé mentale positive, est utilisé afin de définir six états de rétablissement basés sur une vision de la santé mentale complète.

Les dimensions du rétablissement

Selon Provencher (2002), le rétablissement ne peut être documenté et compris qu'à partir de l'expérience perçue et vécue par la personne elle-même, et cela en tenant compte de tous les facteurs pouvant influencer ce processus. Ceci souligne le fait que la personne a un accès privilégié à son expérience. Bien que celle-ci puisse être l'objet d'interprétation de la part de personnes significatives, l'usager demeure le principal porte parole et sujet de son rétablissement. Afin de mieux comprendre la signification de l'expérience du rétablissement chez des personnes vivant avec une maladie mentale, le concept de rétablissement est maintenant détaillé à l'aide des quatre dimensions suivantes : (1) la redéfinition et l'expansion du soi, (2) la relation à l'espace temporel, (3) le pouvoir d'agir et (4) la relation aux autres (Provencher, 2002).

La redéfinition et l'expansion du soi

Cette dimension du rétablissement correspond à la redéfinition du soi de la personne qui évolue dans une plus grande connaissance de qui elle est. Elle apprend à découvrir ses forces et ses faiblesses et à se percevoir comme étant dotée d'une plus grande complexité. Tous ces changements découlent de l'expérience vécue par la personne en lien avec le processus de deuil associé à la présence de la maladie mentale et avec le processus de découverte d'un nouveau soi (Provencher, 2002). Dans cette dimension, la personne en voie de rétablissement se différencie de sa maladie mentale et a ainsi tendance à se définir de moins en moins en fonction de celle-ci (Provencher, 2007). Elle expérimente le rétablissement comme un nouveau sens de soi, au sein et au-delà des limites de son handicap (Deegan, 1988).

Le processus de deuil. Le rétablissement est un processus qui permet de surmonter l'épreuve de la maladie, ce qui nécessite plusieurs deuils. Au début de son cheminement, la personne franchit une série d'étapes qui la conduisent à résoudre le deuil qui est lié à la présence de la maladie mentale dans sa vie (Provencher, 2002). Pour arriver à se rétablir, la personne doit d'abord reconnaître qu'elle est malade et accepter sa maladie. L'acceptation de la maladie suscite chez la personne malade le désir et la motivation d'adapter sa vie à sa condition. Cette acceptation devient une source d'espoir et d'inspiration (Young & Ensing, 1999). En s'investissant dans le processus de deuil, la personne apprend à laisser de côté son rôle de patient. Elle découvre de nouvelles façons de s'investir qui lui permettent de se

reconstruire et de garder ou d'augmenter l'estime d'elle-même (Provencher, 2007). Bref, elle apprend à connaître un nouveau soi et à vivre avec, le mieux possible (Deegan, 2007).

Encore une fois, le fait d'accepter de vivre avec une maladie mentale permet à la personne de se découvrir sous un nouveau jour. Cette acceptation lui permet de réactiver des forces intérieures qui, généralement, sont oubliées (Provencher, 2007) et lui donne la chance de pouvoir transformer les pertes en possibilités (Provencher, 2002). Tout au long du processus de deuil, la personne apprend non seulement à découvrir ses limites, mais aussi à découvrir les possibilités que ses limites lui ouvrent (Deegan, 2007). Elle peut centrer son attention sur la personne qu'elle désire être plutôt que sur celle qu'elle n'est plus (Pettie & Triolo, 1999) et apprend à développer ses propres stratégies de rétablissement (Deegan, 2007). À travers ce cheminement, elle réapprend à se sentir une personne à part entière (Deegan, 2007) et se donne le droit d'accéder, elle aussi, au bien-être et au bonheur que procure le rétablissement.

Le processus de découverte d'un nouveau soi. Deegan (1988) explique que le paradoxe du rétablissement consiste à accepter ce qu'on ne peut pas faire ou être. Il consiste aussi à commencer à découvrir tout ce qu'on est et ce qu'on peut faire. Ainsi, le rétablissement est un cheminement profondément personnel vers la découverte de soi. C'est un processus de changement, de travail sur soi, sur ses attitudes, ses valeurs, ses sentiments, ses buts, ses compétences, ses rôles et ses projets de vie (Anthony, 2002). Cette quête de redécouverte et de reconstruction continue de soi est un agent actif dans le

rétablissement. En effet, se redécouvrir et se reconstruire constituent chez la personne, la condition d'une importante, voire cruciale, source de progrès dans son parcours de rétablissement (Davidson & Strauss, 1992). Au cours de ce cheminement, la personne réalise qu'elle a du potentiel et a de plus en plus la conviction qu'elle détient le pouvoir de changer (Bouchard, 2007). Elle apprend à se connaître et à percevoir qui elle est dans le plus profond d'elle-même (Corin, 2002). La personne découvre et développe de nouvelles aptitudes et habiletés (Young & Ensing, 1999) et apprends à voir toutes les options qui s'offrent à elle plutôt que de voir les contraintes (Rapp, 2004). Toutes ces possibilités amènent la personne à donner un sens à sa vie, lequel reflète ses propres valeurs et ses croyances personnelles (Provencher, 2007). Progressivement, elle développe ses capacités à reconnaître les facteurs qui, pour elle, semblent être tributaires d'une évolution positive de son expérience de rétablissement (Rapp, 2004). Le fait que la personne découvre qui elle est et qu'elle retrouve son identité propre à travers les profondeurs de son être, jouent un rôle important dans la gestion de son rétablissement (Davidson & Strauss, 1992).

La relation à l'espace temporel

Le rétablissement est envisageable lorsque la personne a une raison d'être, quand elle arrive à donner un sens à sa vie (Bouchard, 2007; Frankl, 2006, 2009) et lorsqu'elle entrevoit un avenir positif. À ce moment-là, elle trouve sa propre mission de survie, ce qui lui permet d'évoluer vers son rétablissement (Deegan, 2007). Ainsi, la relation à l'espace temporel se définit à travers l'espoir et la spiritualité.

L'espoir. Développer l'espoir est un élément central dans le processus du rétablissement (Noordsy, Torrey, Mueser, Mead, O'Keefe, & Fox, 2002). Le fait d'avoir une raison d'être et un but autour duquel organiser sa vie sont des stratégies importantes qui contribuent à alimenter l'espoir chez la personne (Deegan, 2007). Comme l'espoir est contagieux, l'entourage de la personne peut être porteur d'espoir pour celle-ci. Le fait que d'autres croient en son potentiel et offrent un soutien inconditionnel entretient chez la personne vivant avec une maladie mentale, l'espoir de se reconstruire (Mead & Copeland, 2000; Russinova, 1999). L'espoir retrouvé par la personne lui donne la force et le courage d'aller de l'avant, de s'impliquer dans des projets et dans des activités qui l'aident à découvrir et actualiser son potentiel (Snyder, Rand, & Sigmon, 2002). Ainsi, la personne est capable de laisser émerger une image positive d'elle-même (Bouchard, 2007). Elle a la certitude profonde qu'un nouveau jour naîtra, et qu'avec lui, de nouvelles possibilités surgiront. Cette perspective la soutient lorsqu'elle a à affronter des moments difficiles (Deegan, 2007). Pour la personne vivant avec une maladie mentale, l'espoir devient comme un présent qu'elle peut alors offrir aux autres. Le rétablissement se reconnaît à travers une manière de vivre qui est satisfaisante, qui est remplie d'espoir et qui contribue à la vie en dépit des limitations causées par la maladie (Anthony, 1993). Voyant la personne vivre sous la mouvance de l'espoir et enrichie par les expériences vécues, d'autres voudront, à leur tour, expérimenter le processus de rétablissement (Deegan, 1988).

La spiritualité. La spiritualité concerne les croyances spirituelles et l'être spirituel. Les croyances spirituelles constituent des éléments importants dans le développement

humain de toute personne (Longo & Peterson, 2002). Comme les croyances spirituelles touchent les dimensions sociales, émotionnelles, psychologiques et intellectuelles de la vie (Cornah, 2006), l'être spirituel évoque trois éléments qui sont interreliés et en lien avec les trois grandes dimensions identifiées par Ross (2010), soit l'aspect cognitif, l'aspect lié aux visions transcendantales et l'aspect spirituel affectif. Premièrement, l'aspect cognitif de la personne comprend le besoin de connaissance, d'apprentissage, de désir de comprendre ce qui se passe, de capacité d'analyser, de prendre ses propres décisions, de faire des choix, de s'engager dans un cheminement, dans un processus, ainsi que le besoin d'honnêteté. Parmi ces éléments faisant partie de l'aspect cognitif de l'être spirituel, figure aussi la volonté, c'est-à-dire l'intention ferme de faire quelque chose en toute liberté. La volonté se manifeste dans l'acte de faire quelque chose que l'on souhaite, de projeter, de choisir, de chercher, de suivre ou d'aimer par exemple. Elle s'inscrit dans un courant libre, un consentement et un mouvement d'amour (Fitzgerald, 2005; Frankl, 2006, 2009; Le Vaou, 2006; Ross, 2010).

Deuxièmement, la spiritualité fait écho à la transcendance ou un sentiment qu'il y a beaucoup plus dans la vie que le côté matériel ou pratique (Cornah, 2006). Ainsi, l'être spirituel comprend l'aspect de visions transcendantales ou si l'on préfère, l'aspect des questions existentielles qui se manifestent dans la croyance de la personne, par le fait de donner un sens à la vie, de donner un sens à la mort, d'avoir le goût de vivre (Frankl, 2006, 2009; Le Vaou, 2006; Ross, 2010). En effet, la spiritualité se vit au cœur de la certitude qu'il est possible de trouver un sens à ce que la personne vit. Elle ne se limite pas à ce qui

est religieux, mais peut l'inclure lorsque le caractère religieux est présent et significatif pour la personne. Chaque être humain vit sa spiritualité à partir de ce qu'il est et de ce qu'il croit. Sa vie prend un sens selon sa croyance et la qualité de cette croyance dépend de ses ressources intérieures (Frankl, 2006, 2009; Le Vaou, 2006). Les croyances spirituelles peuvent donc se définir à travers un sentiment d'avoir un but dans la vie, un sentiment d'interdépendance, une quête de plénitude, une recherche d'espoir ou d'harmonie, etc. (Cornah, 2006).

Troisièmement, on peut arriver à percevoir la spiritualité à travers des activités qui donnent de la valeur et un sens à la vie des gens, comme entre autres des gestes d'amour ou en aimant les autres tels qu'ils sont. Il va sans dire que les croyances spirituelles de la personne, par exemple le sentiment qu'elle a d'être aimée ou comprise par Dieu ou bien le soutien procuré par la prière ou la méditation, lui procure un bien-être intérieur et lui sont d'une aide précieuse pour avancer vers son rétablissement (Cornah, 2006). C'est pourquoi l'être spirituel comprend aussi le sens spirituel affectif qui pousse la personne à pardonner, à se réconcilier avec soi-même, à s'apprécier de façon objective, à avoir besoin de se donner, à avoir besoin de donner un sens à la souffrance et à la douleur, à avoir besoin d'aimer et de se sentir aimé par les autres (Grün, 2001; Ross, 2010).

Bien que peu d'études existent en lien avec la spiritualité et le rétablissement, certaines recherches tant qualitatives que quantitatives démontrent que les croyances spirituelles sont aidantes pour les personnes qui vivent avec une maladie mentale (Cornah,

2006). En effet, Cornah (2006), dans sa revue des écrits, met en évidence le fait que certaines activités spirituelles ou religieuses, entre autres la prière, la méditation et la lecture spirituelle, ont un effet positif sur la dépression, l'anxiété, le stress post-traumatique, la schizophrénie et la souffrance. La spiritualité peut contribuer positivement à avoir une bonne santé mentale lorsqu'elle est concrètement intégrée dans la vie quotidienne. La spiritualité peut donc jouer un rôle significatif dans le processus du rétablissement (Grün, 2001; Kelly & Gamble, 2005). Il peut alors être important de prendre en considération cet aspect dans les interventions visant à favoriser le rétablissement de la personne qui vit avec une maladie mentale.

Le pouvoir d'agir

La dimension du pouvoir d'agir représente une dimension centrale dans le processus du rétablissement (Deegan, 1996) qui permet à la personne de développer et d'utiliser ses compétences pour réaliser ses objectifs (Provencher, 2007). Grâce au pouvoir d'agir, la personne qui vit avec une maladie mentale peut participer activement à son propre traitement et elle a la possibilité de devenir l'agent de changement le plus important pour elle-même (Mueser et al., 2002). La personne développe une motivation intérieure afin d'exercer du contrôle sur ses conditions de vie, elle reconnaît ses capacités personnelles et arrive à relever des défis. Plus elle exerce son pouvoir d'agir, plus elle est en mesure de résoudre certains problèmes associés à son expérience de rétablissement (Provencher, 2007). Dans les paragraphes qui suivent, les différentes composantes du pouvoir d'agir sont explicitées. Le pouvoir d'agir en tant que processus est d'abord décrit. Par la suite, le

pouvoir d'agir en tant que construit est présenté. Puis, la transformation du sentiment d'impuissance est abordée. Enfin, le pouvoir d'agir en tant qu'engagement est développé.

Un processus. Le chemin du rétablissement peut sembler être un combat permanent pour la personne (Kelly & Gamble, 2005). Toutefois, la clé de son succès repose dans la volonté de la personne à prendre part à son rétablissement (Anthony, 2002; Jacobson & Curtis, 2000). Selon Corin (2002), le pouvoir d'agir impliqué dans le processus de rétablissement se déploie selon deux mouvements, soit (1) l'intérieurité et (2) le rapport aux autres. De plus, le rétablissement implique un travail lent et progressif. La personne doit apprendre à se réapprivoiser personnellement et à se familiariser avec les gens qui gravitent autour d'elle, ce qui permet et soutient une ouverture sur soi et sur le monde (Corin, 2002).

Le pouvoir d'agir est un processus à travers lequel la personne se donne l'occasion de faire des choix et d'en assumer la responsabilité. Ces choix encouragent l'autogestion, l'autoresponsabilité, la résilience et la croissance chez la personne (Bouchard, 2007). À travers le processus du pouvoir d'agir, les personnes vivant avec une maladie mentale apprennent à construire et à développer leurs capacités pour passer à travers les facteurs de stress et arriver à augmenter leur sentiment de bien-être, et ce, en se fixant des buts (Brown, Shepherd, Merkle, Wituk, & Meissen, 2008).

Du côté interactionnel, la personne développe et consolide ses habiletés sociales et établit des relations avec les gens pouvant la soutenir dans les moments difficiles. Par

ailleurs, la personne développe une pensée critique face aux enjeux politiques pouvant influer sur sa démarche de rétablissement (Provencher, 2007). Quant au côté comportemental, la personne joue un rôle actif et proactif dans l'atteinte de ses objectifs de vie. Elle est capable d'utiliser des stratégies afin de prévenir les rechutes, gérer les situations difficiles et promouvoir la santé. Elle est aussi apte à promouvoir la défense de ses droits (Provencher, 2007).

Un construit. Le rétablissement est une expérience humaine et unifiante pour la personne (Anthony, 1993). Pour y arriver, la personne doit être convaincue qu'elle peut avoir un futur meilleur et que la résurgence de symptômes graves, bien que courante, ne doit pas déteindre sur les nombreux épisodes de vie normale (Anthony, 2002). Pour travailler à son rétablissement, la personne doit explorer et développer son expérience vécue et découvrir la signification et les valeurs qu'elle attache ou associe à cette expérience (Barker, 2001a). En effet, le rétablissement implique la possibilité de prendre ou de reprendre pied dans l'existence, de se sentir reconnue en tant que personne humaine et de retrouver sa position d'acteur et de sujet (Corin, 2002). Lorsqu'elle s'investit dans son rétablissement, la personne apprend à vivre pleinement tout en poursuivant l'expérience de la vulnérabilité des rechutes de même que l'expérience des effets protecteurs d'un traitement indéfini (Liberman & Kopelowicz, 2005).

La transformation du sentiment d'impuissance. Lorsque la personne éprouve un sentiment d'impuissance face à l'organisation et à l'orientation de sa vie, elle passe alors du

rôle d'acteur à celui de spectateur. Il devient donc important d'aider cette personne à surmonter le défi de transformer le sentiment d'impuissance qui l'envahit, en pouvoir d'agir (Provencher, 2007). Afin de diminuer leur sentiment d'impuissance, certaines personnes utilisatrices de services écrivent des récits autobiographiques (Deegan, 1988; Houghton, 1982; Unzicker, 1989). La diffusion de ces récits est très importante puisqu'elle contribue à valoriser et à faire valoir le savoir expérientiel de ces personnes en matière de rétablissement (Provencher, 2007) et ainsi, contribue à l'augmentation du pouvoir d'agir chez celles-ci. La personne doit apprendre à se réinscrire dans une dimension de projet en se fixant des objectifs à court terme en ayant la possibilité de décider elle-même (Corin, 2002). De plus, elle fait de nombreux efforts afin d'atteindre un sentiment général de bien-être, un fonctionnement supérieur et de nouveaux potentiels (Young & Ensing, 1999).

Le pouvoir d'agir en tant qu'engagement. La perspective du rétablissement est ancrée dans le souci d'*empowerment* d'une population opprimée, dans la croyance que tous les individus ont le droit d'avoir leur propre détermination et dans la compréhension des effets de l'environnement sur l'expérience de la personne qui a une maladie mentale (Carpenter, 2002). L'engagement dans une vie au-delà de la maladie reflète le degré avec lequel la personne est capable de s'engager dans des rôles d'adulte en bonne santé dans la société (Noordsy et al., 2002). La personne qui s'engage dans le processus du rétablissement découvre qu'elle possède ses propres ressources et ses propres capacités à trouver des solutions (Barker, 2001a). De plus, afin de favoriser le pouvoir d'agir chez la

personne, il importe de respecter les attitudes, les croyances et l'expression des besoins de celle-ci à chaque étape du processus du rétablissement (Barker & Buchanan-Barker, 2008).

L'empowerment et le soutien social sont deux perspectives théoriques utilisées pour décrire le processus par lequel les participants retirent des bénéfices d'une aide entre pairs en santé mentale. Des études montrent que le soutien social et les expériences de participation d'*empowerment* sont positivement associés au rétablissement. Aussi les expériences de participation au soutien social ont une plus forte relation avec le rétablissement que les expériences de participation d'*empowerment* (Brown et al., 2008). En ce sens, pour une personne qui vit avec une maladie mentale, le fait de participer à l'organisation des services en santé mentale peut avoir un impact positif sur son rétablissement puisque l'organisation des services prend en compte la notion d'*empowerment* de même que celle de soutien social (Brown et al., 2008).

Dans le même ordre d'idées, le travail est perçu comme un déterminant important dans le maintien du bien-être chez les personnes vivant avec une maladie mentale (Beaulieu, Morin, Provencher, & Dorvil, 2002) et il fait partie du pouvoir d'agir de la personne. Tout comme l'*empowerment*, il joue un rôle crucial dans son processus de rétablissement.

La relation aux autres

Les relations aux autres sont vitales dans le processus du rétablissement (Bouchard, 2007). En effet, la personne en cheminement a besoin de se construire un environnement social qui la respecte et qui l'encourage dans son potentiel de croissance. Le fait d'établir des relations authentiques et réciproques avec d'autres permet, non seulement de recevoir du soutien et de la compréhension, mais donne à la personne la possibilité d'en offrir à son tour. Se sentir utile aux autres peut être une voie d'actualisation personnelle, voire professionnelle pour plusieurs (Provencher, 2007). En se soutenant mutuellement, les personnes vivant avec une maladie mentale deviennent des témoins que le rétablissement est réellement possible (Bouchard, 2007). De plus, le fait d'avoir des gens sur qui la personne peut compter dans les moments critiques contribue sans contredit au succès de son rétablissement (Anthony, 2002).

Relation avec la famille. Les relations avec la famille ont une grande importance pour les personnes qui vivent avec une maladie mentale (Provencher, 2007). Les facteurs familiaux influencent donc le processus de rétablissement positivement ou négativement selon les cas (Liberman & Kopelowicz, 2005). Il est certain que le rétablissement est grandement facilité par la présence d'une famille attentive, disponible, et respectueuse de l'évolution et des limites de leurs proches (Corin, 2002).

Relation avec les pairs. L'établissement de relations significatives avec des personnes qui vivent avec une maladie mentale contribuent au bon déroulement du

processus de rétablissement (Provencher, 2007). Les rapports amicaux et l'équilibre dans les temps de solitude et ceux en société présentent des stratégies d'autonomie importantes qui favorisent le rétablissement. De plus, le fait de fréquenter des environnements tolérants, des lieux où les gens sont généralement calmes, respectueux et encourageants peut être utile dans le processus du rétablissement (Deegan, 2007).

Des groupes de pairs aidants ont aussi vu le jour dans le but de promouvoir le rétablissement chez les personnes vivant avec une maladie mentale. Le modèle de soutien par les pairs est basé sur la conviction que les relations interpersonnelles donnent un sens et occupent une place centrale dans le processus du rétablissement. En effet, certaines études démontrent que les personnes qui ont de l'expérience au sein d'un groupe de soutien ont plus de facilité à cheminer sur la voie du rétablissement et peuvent davantage contribuer à aider d'autres personnes à avancer dans ce même processus (Anthony, 2008).

Au sein du groupe, les personnes ont la possibilité d'être à la fois aidantes et aidées par les autres. L'expérience alors vécue par chaque personne du groupe a de la valeur, ce qui donne l'occasion d'augmenter son estime de soi du fait de son importance au sein du groupe (Adame & Leitner, 2008). De plus, le fait de côtoyer des gens ayant passé par le même chemin que soi permet de se sentir moins seul (Corin, 2002). Les personnes vivant avec une maladie mentale ont une expérience unique et peuvent donner un sens à leur rétablissement (Anthony, 2008). Elles peuvent aussi s'encourager les unes les autres en s'épaulant dans leurs succès comme dans leurs défaites (Corin, 2002).

Relation avec les intervenants. La personne qui vit avec une maladie mentale a besoin d'être considérée comme une personne humaine avant tout, et ce, de la part de tout intervenant (Rapp, 2004). De plus, pour travailler en accord avec la philosophie du rétablissement et ainsi pouvoir aider les personnes à cheminer dans ce processus, les intervenants en santé mentale doivent croire sincèrement que le rétablissement est possible (Bonney & Stickley, 2008). Il est important que l'intervenant ait la certitude profonde que toute personne, qui qu'elle soit, a de la valeur, possède des buts, a du talent et a en elle, les capacités à se rétablir. C'est cette croyance qui fait en sorte que l'intervenant puisse avoir une approche, orientée selon la vision du rétablissement avec la personne qui vit avec une maladie mentale (Farkas, Gagne, Anthony, & Chamberlin, 2005; Rapp, 2004). L'intervenant doit également démontrer de la curiosité à propos de la personne, il doit s'intéresser à ce qu'elle vit à travers son expérience face au monde, face à elle-même et face à son entourage. Il doit essayer de comprendre ce que signifie le rétablissement pour elle et interroger la personne sur le comment elle vit son processus de rétablissement (Barker, 2001a). Dans cette perspective, l'infirmière qui adhère à la théorie intermédiaire du *caring* dégage cette approche naturellement, de par sa façon d'être.

Une communication respectueuse entre l'infirmière et la personne ayant une maladie mentale, ainsi qu'un partenariat empreint des valeurs du *caring* et orienté selon la vision du rétablissement sont des aspects qui contribuent au rétablissement de la personne (Anthony, 2008). Les personnes ont besoin de ressentir la compassion de l'intervenant dans sa manière de prendre soin d'elles. Elles ont besoin de se sentir comprises (Barker, 2001a). Ainsi, ce

qui est important pour la personne aidante, c'est son sens de l'accueil et de l'écoute qui permet à la personne aidée d'être elle-même et de pouvoir parler librement, plutôt que le contenu de ses interventions (Bergeron-Leclerc & Cormier, 2009; Corin, 2002). Par ailleurs, les personnes qui dispensent des services en santé mentale doivent créer un environnement qui encourage la connaissance de soi, la confiance en soi, l'estime de soi et l'acceptation de soi (Kelly & Gamble, 2005). Elles ont à transmettre aux personnes l'espoir de se rétablir et à les assister dans l'acquisition d'opportunités qui permettent de rendre le rétablissement possible (Kelly & Gamble, 2005). Les aidants doivent être des personnes « engagées » afin de contribuer au rétablissement des personnes qu'elles accompagnent. Pour ce faire, l'intervenant doit d'abord et avant tout être une présence de qualité pour la personne et voir celle-ci avec amour et dignité (Watson, 2008). Le contact humain est primordial et c'est la première étape afin que l'aidé puisse dévoiler son expérience de vie et pour que l'aidant puisse y apporter une réponse digne du *caring*. C'est ce qu'on appelle « l'engagement », lequel fait toute la différence avec « l'observation » (Barker & Buchanan-Barker, 2004).

Relation avec les services de santé et de soutien. Bien que l'offre flexible de services sociaux et de santé soit considérée comme importante dans le processus de rétablissement, l'organisation des services actuels est très encadrée et laisse peu de place à la flexibilité (Bonney & Stickley, 2008). Afin que les systèmes de services sociaux et de santé puissent orienter leurs pratiques sur le rétablissement, il importe tout d'abord de connaître les besoins réels des personnes qui utilisent ces services (Anthony, 1993). Ainsi,

un point important et primordial pour les programmes orientés sur le rétablissement est la nécessité d'associer la personne à la planification des services qui la concernent. Le fait de permettre à la personne de donner son point de vue quant à la planification des services reflète le souci de la considérer comme un acteur de plein droit dans son traitement (Corin, 2002).

Les personnes utilisatrices de services insistent sur l'importance de pouvoir compter sur des ressources communautaires, car elles affirment que ces ressources leurs offrent de vraies possibilités de croissance personnelle. Ces éventualités, quoique peu exploitées, sont concrètes et favorisent la diminution des préjugés et des comportements discriminatoires face aux personnes qui vivent avec une maladie mentale (Provencher, 2007). Un système de services sociaux et de santé guidé par la vision du rétablissement doit avoir des politiques et procédures en place pour accroître les possibilités de rétablissement (Anthony, 2000). En effet, il importe que ces services soient individualisés et centrés sur la personne. Ceux-ci sont tenus de viser l'autonomisation, d'être holistiques et d'offrir un accompagnement qui est adapté au processus non linéaire du rétablissement. De plus, les forces de la personne et le respect de celle-ci sont au cœur des services offerts. Par le fait même, ceux-ci favorisent la prise de responsabilités et suscitent l'espoir chez l'usager. Inévitablement, le soutien par les pairs fait partie de l'offre des services orientés vers le rétablissement et les préférences des usagers à cet égard doivent être explorées (Anthony, 2002; Bellack, 2006).

Présentement, plusieurs services sociaux et de santé essaient de développer des pratiques fondées sur les données probantes et consultent peu les personnes qui vivent avec une maladie mentale. Or, les recherches qui mènent à l'obtention de données probantes sont souvent conçues sans impliquer les usagers. Ce qui a pour effet que la vision du rétablissement n'est pas nécessairement bien comprise ou n'est pas une priorité pour les dirigeants (Anthony, Rogers, & Farkas, 2003). Cela renvoie à l'importance de la participation active de l'usager dans la planification de services individualisés et l'administration des services (des volets qui recoupent le pouvoir d'agir). On se doit donc de promouvoir la vision du rétablissement, et surtout, d'encourager l'implication de la personne utilisatrice de services. En effet, la présence et l'implication de ces personnes sont d'une importance capitale au sein des services en santé mentale.

Approche conceptuelle et théorique en sciences infirmières

Étant donné que cette recherche est réalisée en sciences infirmières, l'étudiante trouve important qu'une théorie en sciences infirmières soit utilisée pour guider l'exploration de la signification donnée à la santé mentale et au rétablissement de même que pour structurer le lien chercheuse-participant. La théorie intermédiaire du *caring* de Watson est celle qui est retenue dans cette étude. Afin de mettre en lumière l'importance de ce cadre disciplinaire, la première partie de cette section présente le paradigme de la transformation, tandis que la deuxième partie s'attarde à la théorie intermédiaire du *caring* de Watson.

Rappelons que l'approche théorique de la conception élargie du rétablissement, utilisé dans cette étude, fait état du concept de rétablissement complet. Celui-ci repose à la fois sur une vision pathogénique, orientée sur l'expérience de restauration à l'égard de la maladie mentale, et sur une vision salutogénique, basée sur l'expérience d'optimisation à l'égard de la santé mentale positive (Provencher & Keyes, 2010, 2011). Cette conception du rétablissement rejoue les assises du paradigme de la transformation. Selon ce paradigme, l'infirmière tient compte de la personne dans sa globalité lors des soins qu'elle lui apporte, notamment à partir du sens que la personne donne à son expérience. Les interventions infirmières doivent donc viser à l'amélioration des symptômes et des déficits occasionnés par la maladie et promouvoir une vie florissante chez la personne qui vit avec une maladie mentale (Provencher & Keyes, 2010, 2011). Étant donné que la théorie du *caring* de Watson (1988; 2008) s'intègre dans le paradigme de la transformation et qu'elle est sans contredit un engagement moral et professionnel pour protéger, rehausser et préserver la dignité humaine (Watson, 1998; 1999; 2008), elle apparaît tout indiquée pour guider l'exploration de la signification donnée aux concepts de santé mentale et de rétablissement en l'ancrant dans une perspective infirmière.

Le paradigme de la transformation

La pratique orientée vers le rétablissement peut être définie à l'aide de diverses perspectives théoriques liées aux sciences infirmières. Toutefois, l'attention est souvent centrée sur la vision axée sur la maladie (catégorisation) plutôt que sur celle qui est axée sur l'épanouissement de la personne (transformation). Encore de nos jours, la pratique

infirmière, ainsi que plusieurs des écrits recensés dans ce domaine, sont basés sur le paradigme de la catégorisation. Selon ce paradigme, l'infirmière prodigue des soins centrés sur la maladie (Pepin et al., 2010). Or, comme la recension des écrits le démontre, il y a avantage à centrer aussi l'attention sur le paradigme de la transformation afin de viser la promotion de facteurs permettant d'avoir une vie plaisante et florissante (salutogénique), tout en poursuivant l'attention portée à l'amélioration des symptômes de la maladie (pathogénique). La mise en valeur d'une pratique basée sur le paradigme de la transformation permet, entre autres, d'accentuer l'offre d'interventions se rapportant à la vision du rétablissement qui est véhiculée par les personnes utilisatrices des services.

Le paradigme de la transformation est à la base de l'ouverture des sciences infirmières sur le monde. Il repose sur l'expérience de santé et sur une vision unitaire de l'être humain. Il vise aussi le bien-être de la personne dans une perspective holistique. De plus, au regard du paradigme de la transformation, la personne ou la famille forment un tout indissociable en étroite relation avec son environnement puisque les deux exercent une influence mutuelle et continue l'une sur l'autre. Selon ce paradigme, il importe de faire appel à l'expérience personnelle de chaque personne et de respecter cette expérience. Ainsi, l'infirmière accompagne la personne dans ses expériences de santé en la laissant aller à son rythme et en considérant son cheminement. Elle doit se référer aux sentiments, aux valeurs, aux pensées et aux choix de la personne lorsqu'elle dispense des soins (Pepin et al., 2010). De ce paradigme jaillissent les concepts de promotion de la santé, de globalité, d'unicité et

de partenariat (Sylvain, 2002) qui ont avantage à se retrouver au cœur de la pratique infirmière, entre autres en santé mentale.

La théorie intermédiaire du *caring* de Watson

La présente partie décrit brièvement la théorie intermédiaire du *caring* de Watson, qui représente les lunettes ayant permis à l'étudiante d'adopter une disposition de *caring* tout au long de la collecte et de l'analyse des données dans cette étude, notamment à l'égard du lien entre l'étudiante et la personne participant à l'étude ainsi que pour l'exploration de la signification donnée à la santé mentale et au rétablissement. Cette théorie intermédiaire représente aussi une partie intégrante de la disposition de l'intervention infirmière dans la perspective du rétablissement en santé mentale. Les concepts centraux en lien avec le centre d'intérêt de la discipline infirmière, selon la perspective de Watson, ainsi que les éléments théoriques du *caring* sont définis brièvement (Fawcett, 2005).

Dans le paradigme de la transformation, on retrouve la théorie intermédiaire du *caring* de Watson, qui découle de l'unité personne-infirmière en collaboration et en union avec le monde, c'est-à-dire la relation transpersonnelle de soin (Watson, 1988, 1997; 1998, 2008). Cette théorie s'enracine dans des valeurs humaines qui constituent la base du *caring*, puisque la discipline infirmière est une activité profondément humaine (Watson, 1998, 2008). Selon Watson (1998), l'infirmière est imprégnée d'un système de valeurs humaniste-altruiste qui ne cesse de croître et de mûrir. Grâce à ces valeurs, l'infirmière peut apprécier la diversité, l'individualité et considérer l'humanité avec amour. Ces valeurs

humaines et altruistes permettent d'accepter les différences, de voir les autres à travers leurs propres yeux et imprègnent la rencontre entre l'infirmière et les personnes soignées (Watson, 1998; 1999; 2008). La relation transpersonnelle de soin entre l'infirmière et la personne ne peut naître que dans un environnement de *caring*. Ainsi, le fait de s'approprier la théorie intermédiaire du *caring* de Watson, en orientant sa manière d'aborder la personne sur les processus de « *caritas* » cliniques, peut s'avérer très pertinent dans le cadre d'une recherche phénoménologique herméneutique effectuée auprès de personnes vivant avec une maladie mentale (Watson, 2008). Enfin, lorsque les infirmières contribuent au rétablissement de personnes vivant avec une maladie mentale, elles doivent s'appuyer sur une conception humaniste et holistique des soins infirmiers. Toutes ces raisons soutiennent le choix de la théorie intermédiaire du *caring* de Watson (1988, 1999; 2008) comme toile de fond de l'étude.

Les concepts centraux. Selon Fawcett (2005), la théorie intermédiaire du *caring* de Watson, aborde de façon explicite deux des quatre concepts centraux en lien avec le centre d'intérêt de la discipline infirmière, soit la personne et le soin. Toutefois, les concepts centraux d'environnement et de santé sont présents, mais abordés de manière implicite.

La personne. Selon l'approche du *caring*, la personne se compose de son âme, de son corps et de son esprit. Cette personne s'efforce de se réaliser et d'établir l'harmonie entre ces trois sphères, et ce, à travers les expériences qu'elle perçoit et qu'elle vit (Falk Rafael, 2000). Watson (2008) perçoit la personne comme un être unique qui a sa propre vision de

la réalité. Cette réalité est vue à partir du vécu de chaque personne (Watson, 2008). Selon elle, la totalité de l'expérience de la personne constitue un champ phénoménal de réalité subjective dont l'infirmière doit tenir compte. La personne a de la valeur. Elle a le droit d'être soignée, respectée, nourrie, comprise et assistée (Falk Rafael, 2000). Recouplant les pratiques orientées vers le rétablissement, la personne est vue comme quelqu'un d'unique et à part entière et elle se retrouve au coeur de toute intervention infirmière.

Le soin. Dans le contexte du *caring*, le soin commence lorsque l'infirmière entre dans le champ phénoménal de l'autre personne, ce qui veut dire dans sa réalité. Ainsi, l'harmonie est favorisée lorsque l'infirmière perçoit et ressent le vécu de l'autre, et y réagit de manière à lui permettre de laisser aller des sentiments ou des pensées que la personne avait besoin d'exprimer. Le but de la pratique infirmière est d'aider la personne soignée à atteindre un plus haut niveau d'harmonie entre son âme, son corps et son esprit (Falk Rafael, 2000). Cette harmonie fait partie du rétablissement chez la personne qui vit avec une maladie mentale et les infirmières doivent créer un climat propice afin de favoriser cet état de bien-être.

L'environnement. Dans la perspective du *caring*, l'environnement est constitué du monde physique ou matériel ainsi que du monde spirituel. Il représente aussi bien toutes les forces de l'univers que l'environnement immédiat de la personne (Falk Rafael, 2000). La qualité de l'environnement dans lequel la personne vie joue un rôle dans son processus de rétablissement.

La santé. Pour Watson, la santé est représentée par l'unité et l'harmonie entre le corps, l'âme et l'esprit. Or, l'unité est associée avec le degré de cohérence entre le « soi » que l'on perçoit et le « soi » que l'on est. L'harmonie, quant à elle, va engendrer un respect de soi, une connaissance de soi, un désir d'auto-soins et une autoguérison (Falk Rafael, 2000). Toutes ces composantes sont décrites comme étant des éléments essentiels au rétablissement. En effet, une personne qui se dit en bonne santé peut être heureuse et avoir une vie agréable en dépit de la maladie (Provencher & Keyes, 2010, 2011).

Les processus de « *caritas* » cliniques. Afin de guider la pratique infirmière, Watson (2008) propose dix processus de « *caritas* » cliniques qui sont : (1) une pratique d'amour-bonté et d'égalité dans un contexte de conscience *caring*, (2) être authentiquement présent, faciliter et maintenir le système de croyances profondes et le monde subjectif du soignant et soigné, (3) la culture de ses propres pratiques spirituelles et du soi transpersonnel, se dirigeant au-delà du soi ego s'ouvrant aux autres avec sensibilité et compassion, (4) le développement et le maintien d'une relation d'aide et de confiance, d'une relation de *caring* authentique, (5) être présent et offrir du soutien vis-à-vis l'expression de sentiments positifs et négatifs, telle une profonde connexion avec son âme et celle de la personne soignée, (6) l'utilisation créative du soi et de tous les modes de connaissance comme faisant partie du processus *caring* ; s'engager dans une pratique de *caring-healing* artistique, (7) s'engager dans une expérience d'enseignement-apprentissage authentique qui s'attarde à l'union de l'être et de la signification, qui essaie de demeurer dans le cadre de référence de l'autre, (8) créer un environnement de guérison (*healing*) à tous les niveaux (physique de même que

non-physique, un environnement subtil, d'énergie et de conscience) où intégralité, beauté, confort, dignité et paix sont potentialisés, (9) assister au regard des besoins de base, avec une conscience de *caring* intentionnelle, administrer « les essentiels de soins humains », qui potentialisent l'alignement « esprit-corps-âme », l'intégralité et l'unité de l'être dans tous les aspects des soins ; veiller sur l'âme incarnée et l'émergence spirituelle en développement et (10) s'ouvrir et s'attarder aux dimensions spirituelles-mystérieuses et existentielles de sa propre « vie-mort » ; au soin de l'âme pour soi-même et pour la personne soignée (Cara & O'Reilly, 2008). Ces processus de « *caritas* » cliniques se fondent sur une philosophie humaniste qui est la clé de l'approche soignante. Ils s'avèrent donc pertinents pour l'infirmière qui travaille avec des personnes vivant avec une maladie mentale. C'est pourquoi ils servent de fils conducteurs dans la présente étude afin d'orienter la disposition de l'étudiante et ainsi, favoriser la relation de *caring* entre l'étudiante et la personne participant à l'étude.

En résumé, la théorie intermédiaire du *caring* de Watson apparaît congruente avec la conception élargie du rétablissement, notamment à l'égard de l'ancrage de la théorie dans le paradigme de la transformation et de l'unité et l'harmonie entre le corps, l'âme et l'esprit, ce qui fait écho à une vie florissante en dépit de symptômes et de déficits liés à la maladie. De plus, l'accompagnement chez Watson recoupe l'optimisation du potentiel de la personne pour promouvoir l'harmonisation optimale, incluant la gestion concomitante de la maladie mentale et de la santé mentale positive. Bref, la pratique orientée vers le rétablissement et la pratique selon Watson se recoupent. Ce sont donc des éléments importants notamment à

l'égard de significations de la santé et du rétablissement qui font état de liens entre usagers-intervenants caractérisant le soutien au rétablissement de la personne. Finalement, la théorie intermédiaire du *caring* de Watson amène un apport particulier quant au recadrage de la relation chercheuse-participant.

Chapitre III

Méthodologie

Ce chapitre comprend trois sections. Tout d'abord, le profil de l'échantillon est présenté, incluant les procédures de recrutement de même que les caractéristiques des participants à l'étude. La seconde section concerne la méthode, dont l'argumentaire soutenant le choix méthodologique ainsi qu'une description de l'approche phénoménologique herméneutique retenue dans l'étude. Celle-ci repose sur les étapes proposées par Van Manen (1997, 2002) qui recoupent divers éléments liés à la méthode, soit les instruments de recherche de même que la procédure de collecte des données et le plan d'analyse des données. La dernière section se rapporte aux considérations éthiques.

Échantillon

La population de la présente étude concerne les adultes, femmes et hommes, vivant au Lac-Saint-Jean, ayant reçu d'un psychiatre ou d'un médecin un diagnostic de maladie mentale. Relativement aux critères de sélection, les personnes désirant faire partie de l'étude doivent être aptes à consentir de façon libre et éclairée, ce qui implique que les personnes en régime de protection (sous curatelle) sont exclues de l'étude. Elles doivent comprendre le français, savoir le lire et l'écrire afin d'être en mesure de bien comprendre le formulaire de consentement. De plus, les participants ne doivent avoir eu aucun lien thérapeutique avec l'étudiante au cours de la dernière année. Les personnes qui sont hospitalisées au moment de l'étude ou qui ont été hospitalisées pour leur

maladie mentale au cours des six mois précédents la collecte d'informations sur le terrain sont automatiquement exclues.

Le principal mode de recrutement consiste à présenter cette étude aux intervenants du Centre Augustinien (organisme communautaire en santé mentale à Dolbeau-Mistassini) afin que ceux-ci remettent une lettre (voir en appendice A) expliquant les objectifs et le déroulement de la recherche aux personnes qui se présentent à ce Centre. De plus, cette lettre contient un coupon-réponse (voir en appendice B) ainsi qu'une enveloppe-réponse affranchie. De cette façon, les personnes intéressées à participer à l'étude n'ont qu'à retourner le coupon-réponse à l'étudiante qui communique avec elles par la suite afin de vérifier leur éligibilité. Toutefois, comme le nombre de personnes désireuses de faire partie de cette recherche est, dans un premier temps, insuffisant, les intervenants du Centre Augustinien contactent eux-mêmes des personnes qu'ils connaissent, mais qui ne font pas partie de la clientèle du Centre. Ils leur remettent cette même lettre explicative. De même, certaines personnes recevant la lettre l'ont transmit à des gens qu'elles connaissent. Simultanément, des efforts sont consentis afin d'avoir un échantillon représentatif des divers niveaux fonctionnels, soit des personnes vivant de façon indépendante, des personnes vivant en appartement supervisé et des personnes vivant en résidence de groupe.

Caractéristiques des participants à l'étude

Au total, 15 personnes participent à l'étude, le Tableau 3 présente un résumé des caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participants à l'étude. Ainsi, 13 femmes (87 %) et 2 hommes (13 %) prennent part à cette étude. Ils sont âgés entre 29 et 58 ans dont 11 personnes sur 15 se situent entre 40 et 59 ans. La plupart des participants à l'étude vivent en couple (10 personnes sur 15), ont complétés des études secondaires (11 personnes sur 15) et parmi celles-ci, 5 personnes sur 15 ont complété des études universitaires. De plus, la majorité des participants occupent un emploi au moment de l'étude (11 personnes sur 15). Une seule personne vit de l'aide sociale, alors que 6 personnes sur 15 ont un revenu supérieur ou égal à 40 000 \$ par année. La médiane relative au revenu se situe entre 25 000 \$ et 34 999 \$. En ce qui a trait aux données cliniques des participants, huit d'entre eux ont reçu un diagnostic de dépression majeure récurrente (53 %), quatre ont reçu un diagnostic de maladie affective bipolaire (27 %), une personne a reçu un diagnostic de burnout (7 %), une autre a reçu un diagnostic de schizophrénie (7 %) et une dernière a reçu un diagnostic de trouble anxieux (7 %). Enfin, la maladie des participants s'échelonne entre 2 mois et 30 ans, avec une durée moyenne de 9,32 ans. La médiane relative à la durée de la maladie se situe entre 10 ans et 14 ans et 11 mois.

Tableau 3 : Données sociodémographiques et médicales des participants (N=15) et comparaison avec la population québécoise

	N	%	% Population québécoise
Genre			
Femme	13	86,70 %	50,42 %
Homme	2	13,30 %	49,58 %
Âge			
20 à 29	1	6,70 %	23,07 %
30 à 39	3	20,00 %	23,63 %
40 à 49	4	26,70 %	26,60 %
50 à 59	7	46,70 %	26,70 %
Moyenne : 46 ans			
État civil			
Célibataire	3	20,00 %	28,7 %
Marié	8	53,30 %	37,5 %
Séparé	1	6,70 %	1,7 %
Divorcé	1	6,70 %	6,6 %
Union de fait	2	13,30 %	19,4 %
Scolarité			
Secondaire incomplet	4	26,70 %	25,0 %
Secondaire complet	1	6,70 %	22,3 %
Collégial complet	2	13,30 %	16,0 %
Université incomplet	3	20,00 %	Non disponible
Université complet	5	33,30 %	21,4 %
Statut d'emploi			
Emploi à temps complet (5 jours/semaine)	8	53,30 %	41 %
Emploi à temps partiel	3	20,00 %	18,7 %
Solidarité sociale	1	6,70 %	9 %
Régime de retraite	1	6,70 %	Non disponible
Autres	2	13,30 %	Non disponible
Catégorie de revenu			
Moins de 10 000\$	2	13,30 %	11,7 %
10 000\$ à 19 999\$	3	20,00 %	27,9 %
20 000\$ à 29 999\$	2	13,30 %	19,0 %
30 000\$ à 39 999\$	1	6,70 %	14,3 %
40 000\$ et plus	6	40,00 %	27,1 %
Refus de répondre	1	6,70 %	Non disponible

Tableau 3 : Données sociodémographiques et médicales des participants (N=15) et comparaison avec la population québécoise (suite)

	N	%	% Population québécoise
Capacité fonctionnelle			
Personne vivant de façon autonome	13	86,70 %	82 %
Personne vivant en appartement supervisé	1	6,70 %	Non disponible
Personne vivant dans un foyer	1	6,70 %	Non disponible
Diagnostic			
Maladie affective bipolaire	4	26,70 %	2,69 %
Burnout	1	6,70 %	27,27 %
Dépression majeure récurrente	8	53,30 %	37,71 %
Schizophrénie	1	6,70 %	2,69 %
Trouble Anxieux	1	6,70 %	29,63 %
Durée de la maladie			
2 mois à 4 ans et 11 mois	5	33,30 %	Non disponible
5 ans à 9 ans et 11 mois	2	13,30 %	Non disponible
10 ans à 14 ans et 11 mois	5	33,30 %	Non disponible
15 ans à 19 ans et 11 mois	2	13,30 %	Non disponible
20 ans et plus	1	6,70 %	Non disponible

Moyenne : 9,32 ans

(Gouvernement du Québec, 2011; Institut de la statistique du Québec, 2008; Statistiques Canada, 2004)

Dans les paragraphes qui suivent, les données concernant les participants à l'étude sont regardées à la lumière des statistiques produites pour l'ensemble des Québécois. Pour débuter, il importe de mentionner que la représentation des femmes participant à cette étude est plus élevée que celle des hommes. Selon l'Institut de la statistique du Québec (2008), les femmes sont plus nombreuses que les hommes à souffrir d'une maladie mentale, et ce, dans une proportion de 60/40. Ainsi, la présente étude n'est pas vraiment représentative de la population québécoise atteinte de maladie mentale, puisqu'elle est composée à 87 % de femmes et à 13 % d'hommes.

En ce qui a trait à l'état civil, on peut remarquer qu'il y a une différence entre le statut des personnes à l'étude et celui de la population québécoise. La différence majeure se situe par rapport aux personnes mariées. Le pourcentage de participants mariés est beaucoup plus élevé dans la présente recherche comparativement à l'ensemble des Québécois (Gouvernement du Québec, 2011). Cette différence peut s'expliquer par l'âge des participants, le lieu de recrutement ou le petit échantillonnage de cette étude.

De plus, on constate que les participants à l'étude ont une scolarité plus élevée que la moyenne des Québécois. Toutefois, le pourcentage de personnes qui ont des études secondaires incomplètes est sensiblement le même que pour l'ensemble du Québec (Gouvernement du Québec, 2011).

De même, 73,3 % des participants à l'étude occupent un emploi et parmi ceux-ci, 53,3 % travaillent à temps complet, alors que 20 % ont un emploi à temps partiel. Les statistiques de la population du Québec indiquent que 59,7 % de la population occupe un emploi dont 41 % à temps complet et 18,7 % à temps partiel (Gouvernement du Québec, 2011). Le travail fait partie du processus de rétablissement et en est un élément tributaire. Toutefois, dans la réalité, bon nombre de personnes vivant avec une maladie mentale ont des contraintes à l'emploi. Plusieurs ont de la difficulté à entrer ou à demeurer sur le marché du travail. Or, la plupart des participants ont une bonne scolarité et de bonnes capacités pour occuper un emploi. De plus, certains ont un travail adapté à leurs capacités, tandis que d'autres occupent un travail dans le secteur public, avec une

convention collective leur permettant de bénéficier de congés maladie et d'assurance salaire. Ce qui peut expliquer en partie la différence entre le taux de personnes participant à cette étude et étant sur le marché du travail, et les statistiques obtenues pour l'ensemble des Québécois.

Aussi, lorsque l'on compare les revenus des participants à l'étude à ceux de la population du Québec, on se rend compte de certains écarts. Notamment, 13,3 % des participants ont un revenu inférieur à 10 000 \$ au moment de l'étude, alors que 11,7 % de la population se retrouve dans cette même catégorie de revenu, 20 % des participants à l'étude ont une rémunération se situant entre 10 000 \$ et 19 000 \$ comparativement à 27,9 % de la population en général. Alors que 13,3 % des personnes faisant partie de la présente recherche gagnent entre 20 000 \$ et 29 000 \$, 19 % de la population se trouvent dans cette catégorie de revenu. Par la suite, 6,70 % des personnes dans cette étude ont un salaire allant de 30 000 \$ à 39 000 \$ alors que 14,3 % de la population obtient ce revenu. Enfin, 40 % des participants à la recherche ont une rémunération supérieure à 40 000 \$ comparativement à 27,1 % de la population en général (Gouvernement du Québec, 2011). Ces résultats vont de pair avec le niveau de scolarité des participants à l'étude et le nombre de personnes sur le marché du travail.

Il importe ici de mentionner que l'échantillon de participants à l'étude est composé majoritairement de personnes ayant des troubles affectifs. De plus, bien que les éléments de comparaison mentionnés sont enrichissants, il est important de rappeler que dans le

cadre d'une étude qualitative, l'enjeu de la diversité des perceptions prédomine sur la représentativité de l'échantillon. Donc, une des limites de l'échantillon est qu'elle documente le point de vue de personnes qui sont plutôt fonctionnelles.

Méthode

Choix de la méthode

En guise de rappel, le but de cette recherche consiste à comprendre l'articulation entre la santé mentale et la conception du rétablissement chez des adultes vivant avec une maladie mentale. Ainsi, les objectifs spécifiques visent à : (1) déterminer la signification donnée à la santé mentale telle que vécue chez des adultes ayant une maladie mentale, (2) déterminer la signification donnée au rétablissement tel que vécu chez cette même clientèle et (3) explorer le lien entre la santé mentale et la conception du rétablissement chez des adultes vivant avec une maladie mentale. Dans cette perspective, la recherche qualitative s'avère un bon choix, car elle permet une analyse en profondeur pour décrire et comprendre le sens et la signification de phénomènes tels que le rétablissement et la santé mentale, à travers toutes leurs complexités (Loiselle, Profetto-McGrath, Polit, & Beck, 2007; Strauss & Corbin, 1998).

La recherche qualitative permet d'explorer un processus à partir de l'explication que les personnes en donnent (Fortin, 2006). Ce type de recherche vise la découverte et fait en sorte que le phénomène étudié soit compris progressivement à travers un processus circulaire. Cela implique d'examiner et d'interpréter constamment les données

recueillies (Loiselle et al., 2007). Parmi les types de recherches qualitatives, l'approche phénoménologique est celle qui est ici privilégiée.

Approche phénoménologique. L'approche phénoménologique vise à comprendre pleinement l'expérience telle que vécue par une personne ou un groupe de personnes et elle permet ici de répondre, en partie, au but de la recherche. Cette approche rend possible une meilleure compréhension et description de l'essence même de la santé mentale et du rétablissement selon la réalité des personnes consultées et favorise la compréhension de l'articulation qui existe entre la santé mentale et la conception du rétablissement. De plus, la recherche phénoménologique puise ses données à travers des entrevues en profondeur, dans lesquelles le chercheur essaie de saisir toute la complexité du monde de la personne qui vit ce phénomène (Loiselle et al., 2007; Mucchielli, 1996). Toutefois, le fait de comprendre l'expérience vécue par des personnes vivant avec une maladie mentale n'est pas suffisant puisque le but de la recherche est non seulement de comprendre, mais aussi de donner un sens à cette expérience vécue. Dans ce cadre, il est donc nécessaire, voire essentiel d'interpréter le sens profond de l'expérience vécue.

Approche phénoménologique herméneutique. L'approche phénoménologique herméneutique est un acte interprétatif qui met en évidence le sens profond d'une réalité vécue. L'étudiante doit ainsi s'imprégner d'un phénomène qu'elle emprunte à un groupe de personnes afin d'en saisir l'essence (Loiselle et al., 2007; Van Manen, 1997). Dans cette recherche, c'est la dimension herméneutique de la démarche phénoménologique

qui permet de comprendre et d'identifier le sens de phénomènes tels que la santé mentale et le rétablissement (Van Manen, 1997). De toute évidence, l'approche herméneutique amène à une compréhension plus profonde du phénomène en mettant l'accent sur le regard, le sens et le langage de la personne qui le vit (Heidegger, 1958), permettant ainsi de répondre au but général ainsi qu'aux objectifs spécifiques de la présente étude.

Parmi les diverses approches phénoménologiques herméneutiques, c'est l'orientation selon la perspective de Van Manen (1997, 2002) qui est utilisée dans cette recherche. Ce choix est motivé d'abord par le fait que pour lui, la recherche est ni plus ni moins qu'un acte de *caring*. En effet, la vision de Van Manen (1997, 2002) s'accorde avec la théorie intermédiaire du *caring* de Watson (1999) qui sert de guide disciplinaire au cours de cette recherche, notamment en ce qui a trait aux liens établis entre l'étudiante et le participant. C'est grâce aux valeurs humaines qu'il véhicule, que l'étudiante peut avoir une disposition d'ouverture face aux différences, qu'elle est capable de voir les autres à travers leurs propres perceptions (Watson, 1998) et ainsi, qu'elle arrive à répondre au but de la recherche qui est de comprendre l'articulation entre la santé mentale et la conception du rétablissement chez des adultes vivant avec une maladie mentale. En ce sens, Van Manen (1997) précise que le fait de s'intéresser à l'expérience vécue quotidiennement par une personne dans son environnement ainsi qu'à la signification profonde que les participants accordent à celles-ci sont des éléments qui distinguent cette approche d'une simple description de l'expérience vécue. Cette

différence se fait sentir à travers l'accent qui est mis sur l'interprétation et la signification de tout ce que la personne exprime (Van Manen, 1997). Ainsi, cette ouverture à l'autre et cet intérêt à comprendre font en sorte que cette recherche est ouverte à des informations très riches qui permettent de saisir en profondeur ce que signifient la santé mentale et le rétablissement (Van Manen, 2002).

Un autre élément dont il est important de prendre en compte dans la justification du choix de cette méthode de recherche est le fait que dans la méthode décrite par Van Manen (2002), l'utilisation d'un médium artistique est recommandée puisqu'il permet une expression plus libre et profonde du vécu (Van Manen, 1997, 2002). De ce fait, Van Manen (2002) souligne que l'utilisation d'un médium artistique vient enrichir la description des thèmes abordés en cours d'entrevue herméneutique, car il représente une des multiples formes d'expression du langage. En utilisant un médium artistique tel que le dessin au cours de l'entrevue, l'étudiante favorise une expression plus profonde de l'expérience vécue par les participants. Toutefois, il faut noter que ce sont uniquement les propos exprimés par la personne par rapport au dessin qui sont analysés et non pas le dessin lui-même.

De plus, selon l'approche de Van Manen (1997, 2002), l'expérience personnelle de l'étudiante n'est pas considérée comme un obstacle pour être en mesure de comprendre le phénomène à l'étude. Au contraire, son expérience lui sert puisqu'elle fait en sorte que les participants, tout comme elle-même, s'engagent dans la compréhension et la

quête de sens du phénomène de la santé mentale et du rétablissement. Ainsi, les personnes interviewées ne sont pas considérées comme des « objets » d'études, mais bien comme des individus à part entière.

Approche de Van Manen : Instruments de recherche, collecte et analyse des données

La méthode de Van Manen (1997) consiste en six activités distinctes. Celles-ci ne sont pas utilisées de façon linéaire ou séquentielle, mais dans un mouvement continu de va-et-vient. Ces activités sont les suivantes : (1) se tourner vers un phénomène qui nous intéresse sérieusement et dans lequel nous nous engageons, (2) examiner l'expérience telle qu'elle est vécue et non pas telle qu'elle est conceptualisée, (3) réfléchir aux thèmes essentiels qui caractérisent le phénomène, (4) décrire le phénomène en exerçant l'art d'écrire et de réécrire, (5) maintenir une relation pédagogique forte et orientée par rapport au phénomène et (6) équilibrer le contexte de la recherche en considérant les parties et le tout.

Se tourner vers un phénomène qui nous intéresse sérieusement. Le phénomène auquel l'étudiante s'intéresse et dans lequel elle est prête à s'engager est celui du rétablissement en santé mentale. Son expérience personnelle et sa pratique professionnelle en lien avec ce phénomène, ses croyances et sa vision sont tous des éléments essentiels qui affectent non seulement les questions qu'elle se pose, mais qui affectent aussi la formulation même de la question, du but et des objectifs de cette

recherche. Comme la rigueur et la scientificité d'une recherche phénoménologique s'acquièrent en précisant nos expériences antérieures qui façonnent nos préjugés, nos jugements et notre interprétation des événements, il importait ici que l'étudiante soit capable d'identifier ces éléments à travers un récit de pratique. Ainsi, l'étudiante tient un journal de bord tout au long de sa recherche sur le terrain afin d'y noter ses impressions, questionnements, réflexions et prises de conscience. Ce journal de bord n'est pas un instrument de collecte de données, mais plutôt un instrument d'expression de la subjectivité de la chercheuse. Ainsi, les données recueillies à l'intérieur de ce journal s'avèrent utiles lors des phases interprétatives du processus (Van Manen, 1997, 2002).

Examiner l'expérience telle qu'elle est vécue et non pas telle qu'elle est conceptualisée. Selon Van Manen (1997), cette étape de la recherche est celle où s'effectue la collecte des données. Celle-ci a lieu à l'automne 2010 et s'échelonne sur une période de deux mois et demi, soit de la mi-octobre à la fin décembre. La majorité des entrevues ont lieu dans un local du Centre Augustinien (Organisme communautaire en santé mentale à Dolbeau-Mistassini) alors que cinq sont effectuées au domicile du participant, selon la convenance des participants. La durée moyenne des entrevues est de 60 minutes, variant entre 30 et 90 minutes. Comme les personnes acceptent de donner de leur temps pour participer à cette étude, une contribution financière de 25 \$ leur est allouée en guise de remerciement.

En ce qui concerne les instruments de recherche, ils comprennent un questionnaire de données sociodémographiques et cliniques (voir appendice C), un guide d'entrevue semi-dirigée contenant des questions ouvertes (voir appendice D), ainsi qu'une attitude de *caring*. Lors de l'entrevue, les participants ont à répondre à des questions ouvertes posées par l'étudiante. L'une de ces questions invite la personne à faire un dessin qui représente où elle se situe dans son rétablissement par rapport à ce que veut dire pour elle le mot rétablissement. Suite à la réalisation du dessin, la personne le montre et l'explique à l'étudiante. Une fois l'ensemble des questions posées, l'entrevue prend fin.

Avant de débuter l'entrevue, une conversation d'environ 15 minutes a lieu avec chacun des participants pour expliquer le déroulement de l'étude. Cette rencontre a aussi pour but de s'assurer que chaque personne consent à participer à l'étude de façon libre et éclairée. Par la suite, étant donné que l'entrevue constitue la principale méthode de collecte de données pour la réalisation d'études phénoménologiques (Van Manen, 2002) et que d'un point de vue herméneutique, selon Van Manen (2002), l'entrevue en profondeur représente une conversation interprétative entre deux partenaires qui réfléchissent ensemble sur la signification d'une expérience, une entrevue semi-dirigée, d'une durée approximative de 60 minutes est réalisée avec chaque participant. L'objectif de cette entrevue est de donner l'opportunité aux participants de s'exprimer sur la signification qu'ils donnent à la santé mentale et au rétablissement.

Par ailleurs, comme Van Manen (2002) souligne que l'utilisation d'un médium artistique vient enrichir la description des thèmes abordés en cours d'entrevues herméneutiques puisqu'il représente une des multiples formes d'expression du langage, les personnes participant à cette étude utilisent, au cours de l'entrevue, le dessin comme médium artistique. Le but de l'utilisation de ce médium est de permettre aux participants de représenter sur papier où ils sont rendus dans leur rétablissement et ce que veut dire pour eux le rétablissement. Une fois le dessin effectué, les participants expliquent leur dessin à l'étudiante, ce qui apporte une richesse supplémentaire à l'entrevue. Cette façon de faire amène les participants à aller plus loin en ajoutant des éléments qu'ils n'ont pas abordés lors des questions impliquant uniquement une réponse verbale. Ainsi, l'utilisation du dessin est un moyen supplémentaire qui favorise l'expression de l'expérience vécue par les participants, et ainsi, permet une exploration plus en profondeur. Cependant, ce ne sont pas toutes les personnes qui acceptent de produire un dessin. Dans les faits, 10 personnes sur 15 utilisent ce médium artistique, soit 67 % des participants à l'étude.

Réfléchir sur les thèmes essentiels qui caractérisent le phénomène. Analyse des données. Chaque entrevue fait l'objet d'un enregistrement audio dans le but de retranscrire son contenu intégral sous forme de verbatim. Étant donné que le but de la démarche phénoménologique herméneutique est de saisir la signification profonde donnée à un phénomène, l'analyse débute au moment même de l'entrevue, lorsque le sens de ce qui est raconté peut être saisi et reflété à la personne. Une fois l'entrevue

réalisée, les données recueillies sont retranscrites afin de pouvoir s'en imprégner davantage. Le fait de retranscrire les données permet à l'étudiante de lire et de relire le discours de chaque participant, donc de pouvoir commencer à saisir en profondeur les propos exprimés par le participant. Ensuite, les données sont codifiées à l'aide du logiciel QDA Miner, analysées, puis l'ensemble des codes attribués à chacune des transcriptions est validé par une personne nommée à cet effet. Cette personne est une infirmière clinicienne travaillant depuis plus de 20 ans auprès de la clientèle vivant avec une maladie mentale. De plus, elle possède des connaissances pertinentes en lien avec le processus de recherche et le paradigme du rétablissement tel que présenté dans la recension des écrits. Elle a donc les compétences et les connaissances nécessaires pour effectuer ce travail.

Au cours de la validation, la personne nommée révise l'ensemble des entrevues en faisant sa propre codification, tandis que l'étudiante codifie elle aussi de son côté. De prime abord, trois entrevues sont codifiées de part et d'autre, puis l'étudiante et la personne validant les résultats se rencontrent pour repasser chacun des codes en revue et arriver à un consensus pour chacun des codes. Par la suite, le même procédé se répète jusqu'à ce que toutes les entrevues soient codifiées et révisées par les deux mêmes personnes. Au cours de ce processus, le cahier (arbre) de codification a dû être révisé à trois reprises puisque de nouveaux codes ont été identifiés.

Une fois la codification effectuée à l'aide du logiciel QDA Miner, l'analyse approfondie des données recueillies, en lien avec des questions posées au regard de la santé mentale ou du rétablissement, permet l'émergence d'unités de sens. Par la suite, celles-ci sont regroupées en stratégies. À partir des différentes stratégies sont élaborées des processus qui à leur tour permettent de dresser un tableau de trois niveaux hiérarchiques, correspondant aux niveaux primaires, intermédiaires et supérieurs. Les niveaux sont associés d'une part à la signification donnée à la santé mentale et d'autre part à la signification donnée au rétablissement. Ceux-ci comprennent quatre processus, chacun d'entre eux étant défini à l'aide de stratégies, en lien avec des buts ou des objectifs personnels. De plus, des recoupements de la signification donnée à la santé mentale et au rétablissement sont établis selon ces mêmes niveaux, comprenant eux aussi quatre processus, composés à partir de stratégies. Chaque recouplement est le résultat de la compilation des représentations de mêmes personnes sur la signification qu'elles donnent à la santé mentale et au rétablissement.

Cette même démarche est appliquée à la signification donnée à la santé mentale, à celle donnée au rétablissement et aux recoupements entre la santé mentale et le rétablissement. Ainsi, chaque personne se situe dans un des trois niveaux hiérarchiques et dans un des quatre processus (Van Manen, 1997). Comme la composition des niveaux, processus et stratégies constitue un processus créatif, une démarche réflexive s'impose à travers celui-ci. Au cours de cette démarche, l'étudiante tente de révéler le sens de la santé mentale et du rétablissement, de même que ce qu'ils signifient pour les

personnes qui vivent avec une maladie mentale. En ce sens, « Trouver un équilibre de vie à travers l'aide reçue » est un exemple de processus établi pour décrire la signification donnée à la santé mentale par certains participants à l'étude. Il importe de mentionner que la personne ayant participé à la codification a aussi validé l'ensemble des stratégies, processus et niveaux hiérarchiques établis par l'étudiante afin d'assurer le respect de la signification donnée par les participants, à la santé mentale et au rétablissement.

Décrire le phénomène par l'art d'écrire et de réécrire. Dans cette activité, l'étudiante écrit et réécrit la compréhension et la signification qu'elle tire de chacune des entrevues effectuées. En effet, Van Manen (1997) explique que le fait d'écrire permet de créer des relations significatives en lien avec le but et les objectifs de la recherche. Aussi, il mentionne que pour arriver à écrire les relations significatives en lien avec le phénomène à l'étude, il faut d'abord être capable d'écouter de manière authentique, tout ce que les participants à l'étude expriment. En ce sens, une fois que la codification de chaque entrevue est effectuée, un résumé de la signification que la personne donne à la santé mentale et au rétablissement est réalisé par l'étudiante et envoyé à la personne concernée afin de lui donner l'opportunité d'ajuster ses dires. Ainsi, la personne valide la signification interprétée par l'étudiante. Une lettre (voir appendice E) accompagne le résumé d'entrevue, mentionnant au participant que l'étudiante va communiquer avec lui la semaine suivante afin de vérifier le résumé, ou que celui-ci peut lui-même

communiquer avec l'étudiante avant ces délais. Il est à noter que personne n'a effectué de commentaires suite au résumé.

Maintenir une relation pédagogique forte et orientée par rapport au phénomène. Pour Van Manen (1997) le but de la recherche phénoménologique est essentiellement pédagogique. Ainsi, afin de mieux comprendre les résultats, ceux-ci sont présentés sous forme de figures. En réalité, ces figures correspondent à un outil pédagogique facilitant la compréhension des résultats. De plus, un texte explicatif doit faire état de ce qui se trouve dans les différentes figures. En effet, c'est par la profondeur de la réflexion herméneutique que la phénoménologie herméneutique est une véritable philosophie de l'action. Aussi, pour qu'un texte ait un certain pouvoir et une certaine validité, il doit être orienté, fort, riche et profond. Afin d'être orienté, le texte doit faire état, à la fois, de la théorie et de la vie. Ainsi, dans l'analyse, l'étudiante porte attention à la façon de formuler les stratégies et les processus, afin que ceux-ci révèlent bien ce que les participants rapportent dans leurs propos (la vie), tout en tenant compte des diverses formulations utilisées dans les différents écrits (la théorie). Par conséquent, on doit sentir dans le texte une certaine relation entre la parole et l'action. Par ailleurs, pour que le texte soit empreint de force, il importe que les données recueillies soient interprétées par l'étudiante en tenant compte uniquement de l'orientation pédagogique de la recherche. Pour ce faire, l'étudiante oriente l'analyse des données en fonction de la question, du but et des objectifs de la recherche, en ayant en tête l'objectif que les résultats de cette recherche puissent aider les professionnels dans l'aide apportée aux personnes vivant

avec une maladie mentale. Néanmoins, dans le but que le texte soit riche, il doit faire état du caractère unique et irremplaçable de l'expérience vécue par la personne. C'est pourquoi l'analyse prend en compte l'expérience vécue par chaque participant. Enfin, pour que le texte soit profond, il doit parler du sens que la personne donne à sa propre expérience (Van Manen, 1997). En ce sens, les stratégies qui émergent de l'analyse proviennent du sens que la personne donne à la santé mentale et au rétablissement.

Équilibrer le contexte de la recherche en considérant les parties et le tout.

L'analyse, quant à elle, commence vraiment lorsque les parties du texte sont comprises en relation avec l'ensemble de celui-ci. Chaque texte individuel est étudié en relation avec tous les textes afin d'arriver à saisir l'articulation entre la santé mentale et la conception du rétablissement chez les personnes qui vivent avec une maladie mentale.

Considérations éthiques

Une recherche portant sur les êtres humains doit s'assurer de respecter les droits fondamentaux de chaque personne. Pour ce faire, le formulaire de consentement à l'étude est élaboré (voir à l'appendice F) et, par la suite, accepté par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Chicoutimi (voir l'approbation éthique à l'appendice G). À la demande de ce comité, la présente recherche a obtenu l'approbation supplémentaire de la directrice des services professionnels du Centre de Santé et de Services sociaux (CSSS) Maria-Chapdelaine

(voir à l'appendice H), étant donné que l'étude se déroule auprès de personnes provenant du territoire desservi par ce CSSS.

Le formulaire de consentement est lu et signé librement par chaque personne au début de chaque rencontre. Les participants sont notamment avisés qu'ils peuvent se retirer de l'étude à n'importe quel moment et que la confidentialité des renseignements fournis sera respectée tout au long du processus de recherche et lors de la diffusion des résultats. En aucun cas, une personne ne peut être identifiée, l'étudiante attribuant d'ailleurs un pseudonyme à chacun des participants.

Ce formulaire précise que pendant la durée de l'étude, les données sont enregistrées sur un disque dur externe qui est toujours sous clé au domicile de l'étudiante, de même que tous les documents papier. Il mentionne que dans le but d'assurer la confidentialité des données, le matériel recueilli lors des entrevues est traité dans les plus brefs délais, que les éléments pertinents en sont discriminés et que toute l'information permettant d'identifier les sujets est acheminée au bureau de la directrice du mémoire, dans un classeur verrouillé. Ce même formulaire explique qu'après la réalisation de la recherche, tous les documents et informations sont gardés dans un classeur, sous clé, au bureau de la directrice du mémoire et seront détruits sept ans après la dernière publication. Enfin, ce formulaire permet d'informer correctement les participants sur la recherche.

Chapitre IV

Résultats

Ce chapitre fait état des résultats obtenus à l'aide de la méthode phénoménologique hermétique qui est proposée par Van Manen (1997, 2002). Les niveaux, les processus et les stratégies servant à identifier la signification donnée à la santé mentale et ceux reliés à la signification du rétablissement sont détaillés de même que ceux reliés à l'articulation entre la santé mentale et le rétablissement.

De façon sommaire, 3 des 15 participants se situent à tous les niveaux, ceux-ci comprenant un niveau supérieur, un niveau intermédiaire et un niveau primaire. Quatre autres participants se situent dans les niveaux intermédiaires, ce qui implique que pour eux, les stratégies inhérentes aux niveaux supérieurs ne sont pas présentes. Finalement, huit participants se situent dans les niveaux primaires, ceux-ci étant répartis de façon uniforme dans chacun des processus se rapportant à ce niveau, soit quatre participants par processus. Pour ces participants, les stratégies reliées aux niveaux supérieurs et intermédiaires ne sont pas présentes. Ce découpage des participants permet d'établir des similarités et des différences à l'égard de la signification donnée aux concepts de base de l'étude et renvoie à la représentation complète ou partielle des trois niveaux hiérarchiques chez les divers participants.

Des figures illustrent les processus qui renvoient à des stratégies associées à la santé mentale, au rétablissement et aux liens entre ces deux concepts. Par ailleurs, des

tableaux démontrent les stratégies qui correspondent à chaque participant quant à la signification qu'ils donnent à la santé mentale, au rétablissement et au recouvrement entre ces deux concepts. Ces tableaux permettent ainsi de mieux comprendre comment les niveaux hiérarchiques ont été établis ainsi que les différents processus. De plus, ils aident à saisir les regroupements de participants dans un même processus. Une présentation détaillée des résultats de l'étude est maintenant proposée. Elle décrit la structure hiérarchique liée à la santé mentale, au rétablissement et à l'articulation de la santé mentale et du rétablissement, le tout illustré à l'aide d'extraits d'entrevue.

Signification donnée à la santé mentale

Tel que mentionné précédemment, l'analyse approfondie des données recueillies, en lien avec les réponses des participants face à la signification qu'ils donnent à la santé mentale, permet de dresser le tableau de trois niveaux hiérarchiques comprenant quatre processus, dont chacun renvoie à des stratégies. Ainsi, la signification donnée à la santé mentale repose sur les niveaux hiérarchiques correspondant à un niveau primaire, à un niveau intermédiaire et à un niveau supérieur. Ce regroupement par niveau permet aux intervenants de situer les personnes accompagnées dans le niveau qui leur correspond et ainsi les guider à l'égard des moyens à privilégier pour les faire avancer dans leur processus. De plus, chacun des processus donne une couleur particulière à la santé mentale et est ainsi représentatif de la signification donnée à la santé mentale. Par conséquent, ces processus sont issus de stratégies qui permettent de comprendre et de

décrire ce que signifie la santé mentale pour des personnes qui vivent avec une maladie mentale.

Comme cela est illustré à la Figure 1 et au Tableau 4, le niveau primaire comprend le processus « Trouver un équilibre de vie à travers l'aide reçue ». Ce processus repose sur les stratégies suivantes : accepter l'aide venant de l'extérieur, avoir un équilibre de vie, être capable de gérer ses émotions, acquérir de la connaissance de soi et de sa maladie grâce aux autres et accepter ses limites avec l'aide des autres. De plus, le niveau primaire comprend un second processus qui est « Croire en soi et avoir la volonté de se prendre en main ». Celui-ci repose sur les stratégies suivantes : avoir une bonne santé psychologique, croire en soi, avoir un agir qui découle de son vouloir être bien, acquérir de la connaissance de soi et de sa maladie en puisant à l'intérieur de soi et accepter ses limites grâce à ses forces personnelles. Par ailleurs, on est à même de remarquer que les stratégies d'acquérir de la connaissance de soi et de sa maladie et d'accepter ses limites se retrouvent dans les deux processus relatifs au niveau primaire. Toutefois, elles sont articulées différemment selon le processus dans lequel elles se situent.

Le niveau intermédiaire comprend le processus « S'approprier l'aide reçue de l'extérieur ». Celui-ci repose sur toutes les stratégies qui se trouvent au niveau primaire ainsi que sur les stratégies suivantes : faire la part des choses, c'est-à-dire être capable de discerner, accueillir et faire siens les conseils reçus et promouvoir la santé globale qui s'identifie par la santé physique, la santé psychologique et l'équilibre de vie.

Le niveau supérieur est basé sur le processus « Donner un sens à sa vie ». Ce processus prend appui sur toutes les stratégies qui se trouvent aux niveaux primaire et intermédiaire ainsi que sur la stratégie de recourir à la spiritualité qui permet à la personne de donner un sens à sa vie.

Tout au long de cette partie, chacun de ces processus est documenté à l'aide des stratégies qui y correspondent. Des extraits de *verbatim* issus des propos des participants sont cités afin d'illustrer ces processus et stratégies, permettant ainsi une meilleure compréhension de la signification profonde de la santé mentale. Toutefois, avant de débuter avec l'explication des thèmes, il faut mentionner que la notion de santé mentale est difficile à définir, et ce, pour tous les participants à la présente recherche, qui ne font pas ou peu de distinction entre la maladie mentale de la santé mentale. Le témoignage d'Anna le montre bien : « *Pour moi, la santé mentale et la maladie mentale, ça résonne pareil et je ne pourrais faire une différence entre ces deux termes* ». De même, Anabelle, dans son témoignage, vient l'appuyer en disant : « *La santé mentale et la maladie mentale, ça veut dire la même chose* ». À la suite de ces témoignages, il paraît nécessaire d'insister sur le fait que la santé mentale est un bien inestimable pour toutes personnes vivant ou non avec un diagnostic de maladie mentale. Bien que tous les participants à l'étude ont un diagnostic de maladie mentale, ceux-ci insistent sur le fait que la santé mentale, c'est pour tout le monde.

Figure 1 : Processus et stratégies de la signification donnée à la santé mentale (N=15)

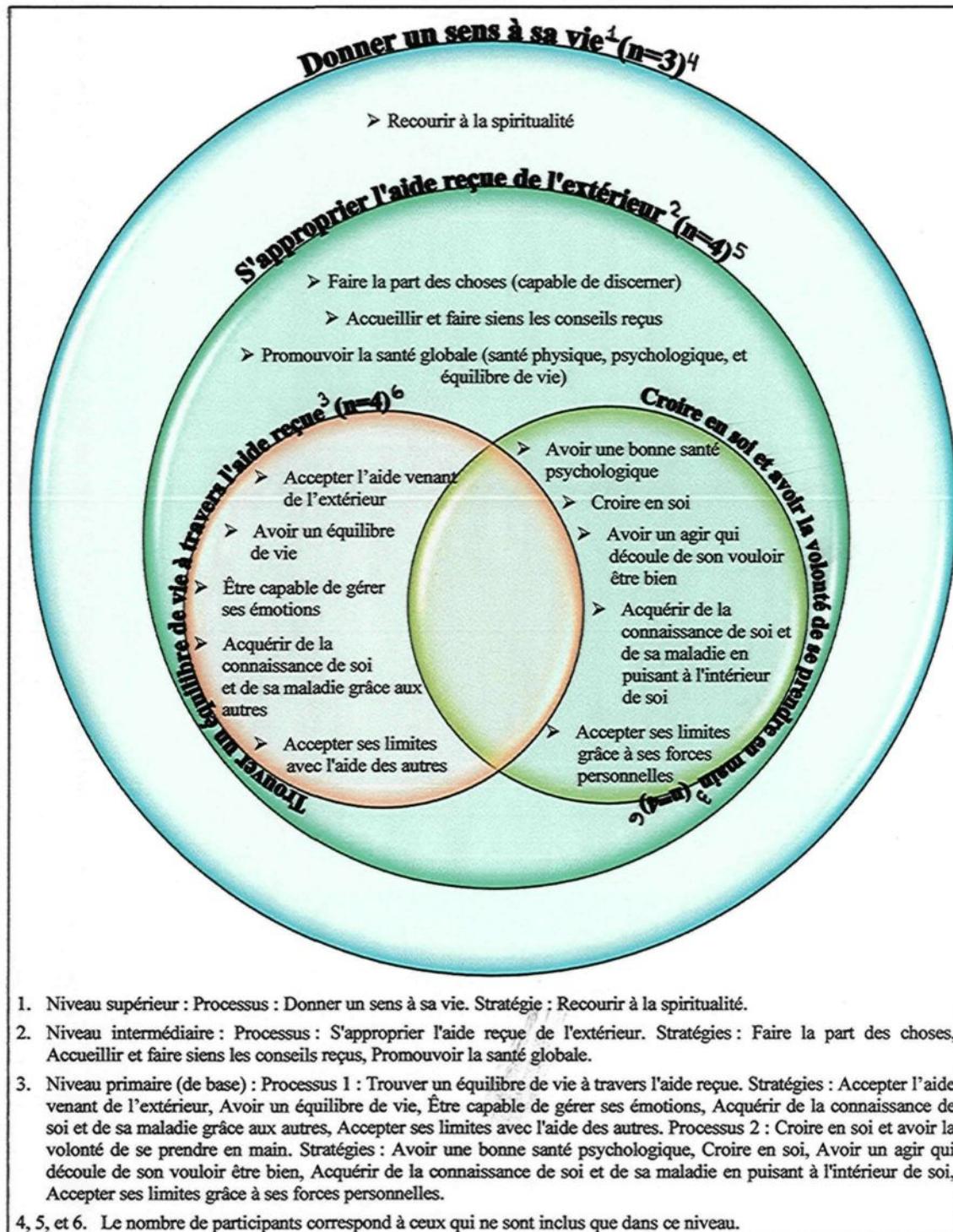


Tableau 4 : Regroupements des participants selon les niveaux, processus et stratégies représentant la signification donnée à la santé mentale

LA SIGNIFICATION DONNÉE À LA SANTÉ MENTALE																	
		PARTICIPANTS															
NIVEAUX	PROCESSUS	STRATÉGIES	P. 1	P. 2	P. 3	P. 4	P. 5	P. 6	P. 7	P. 8	P. 9	P. 10	P. 11	P. 12	P. 13	P. 14	P. 15
Niveau Primaire	Trouver un équilibre de vie à travers l'aide reçue	Accepter l'aide venant de l'extérieur	x	x	x	x					x	x	x	x	x	x	x
		Avoir un équilibre de vie	x	x	x	x					x	x	x	x	x	x	x
		Être capable de gérer ses émotions	x	x	x	x					x	x	x	x	x	x	x
		Acquérir de la connaissance de soi et de sa maladie grâce aux autres	x	x	x	x					x	x	x	x	x	x	x
		Accepter ses limites avec l'aide des autres	x	x	x	x					x	x	x	x	x	x	x
	Croire en soi et avoir la volonté de se prendre en main	Avoir une bonne santé psychologique					x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
		Croire en soi					x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
		Avoir un agir qui découle de son vouloir être bien					x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
		Acquérir de la connaissance de soi et de sa maladie en puisant à l'intérieur de soi					x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
		Accepter ses limites grâce à ses forces personnelles					x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Niveau Intermédiaire	S'approprier l'aide reçue de l'extérieur	Faire la part des choses									x	x	x	x	x	x	x
		Accueillir et faire siens les conseils reçus									x	x	x	x	x	x	x
		Promouvoir la santé globale									x	x	x	x	x	x	x
Niveau Supérieur	Donner un sens à sa vie	Recourir à la spiritualité												x	x	x	

Structure hiérarchique liée à la santé mentale

Trois niveaux hiérarchiques caractérisent la signification donnée à la santé mentale et les thèmes qui y correspondent sont ici expliqués de façon plus détaillée (voir Figure 1 et Tableau 4).

Niveau primaire. « Trouver un équilibre de vie à travers l'aide reçue » correspond à l'un des deux processus liés à ce niveau hiérarchique. Ce premier processus émerge de cinq stratégies qui lui sont propres, soit : (1) accepter de l'aide venant de l'extérieur, (2) avoir un équilibre de vie, (3) être capable de gérer ses émotions, (4) acquérir de la connaissance de soi et de sa maladie grâce aux autres et (5) accepter ses limites avec l'aide des autres. Ce premier processus laisse supposer que la personne a besoin des autres pour être en bonne santé mentale. En effet, l'apport des autres occupe une place importante pour la personne qui se trouve dans ce processus et celle-ci prend alors une posture qui lui permet d'accueillir l'aide qui s'offre à elle.

La première stratégie de ce processus (accepter l'aide venant de l'extérieur) fait ressortir l'apport précieux de l'aide tant formelle qu'informelle pour les personnes voulant acquérir une bonne santé mentale. L'aide formelle se définit par les services offerts et l'aide informelle comprend, entre autres, les parents, les amis et les groupes d'entraide. En fait, les personnes qui se situent dans ce processus expriment le besoin d'avoir de l'aide venant de l'extérieur. Toutefois, les personnes ont de la difficulté à aller chercher l'aide dont elles ont besoin. C'est donc l'aide qui doit aller vers elles. Ainsi, ces

personnes sont susceptibles d'accepter et d'utiliser l'aide offerte à bon escient puisqu'elles ont besoin de s'exprimer, d'avoir de l'aide provenant de différentes sources et de rencontrer d'autres personnes vivant les mêmes difficultés. Cela les aide à se valoriser. Donc, c'est à travers diverses sources d'aide qu'elles font face à leur propre autostigmatisation, à l'expérience de préjugés de la part d'autres personnes, ou même de discrimination.

Les témoignages suivants font référence à l'importance de la stratégie d'accepter l'aide venant de l'extérieur. À cet égard, celui de Noémie démontre le rôle primordial que l'aide formelle a joué pour elle. Cette aide lui a permis de s'exprimer auprès de quelqu'un faisant preuve d'objectivité et étant capable de l'écouter et de la guider :

Moi, je pense que c'est le fait de recevoir de l'aide de professionnels qui m'a aidée beaucoup à retrouver ma santé mentale parce que tu parles avec des gens qui sont différents de ta famille et différents de ceux qui savent tout de ton histoire. Le psychologue par exemple ne sait rien de toi. Il te demande de lui raconter ta vie à partir de quand tu étais petite et il est capable par la suite de te dire comment tu es. [...] Oui l'aide professionnelle m'a aidée parce que ça m'a permis de parler avec des gens différents de ceux qui connaissaient mon histoire.

Pour Véronique, l'utilisation des services professionnels est un incontournable pour s'en sortir :

On dirait que je voudrais comme m'en sortir toute seule, mais je suis consciente que ce n'est pas comme ça que je vais m'en sortir. [...] Il faut que je le dise, il faut que j'en parle de comment je me sens à l'intérieur et je n'en parle pas nécessairement. Pour ça, j'ai besoin de l'aide des services professionnels.

Aussi, Anabelle insiste sur l'importance d'avoir des gens autour d'elle pour être en bonne santé mentale :

Pour être en bonne santé mentale, la personne doit avoir des gens autour d'elle. Il faut qu'elle ait du monde autour qui puisse l'aider, des amis, de la parenté s'il y a lieu, des activités, il ne faut pas toujours rester à la maison parce que c'est déprimant. [...] Et je trouve que toute seule, une personne ne peut pas arriver à être en bonne santé mentale. Elle ne peut pas y arriver toute seule parce qu'elle est toujours renfermée, tournée sur elle-même.

Quant à la seconde stratégie de ce processus (avoir un équilibre de vie) elle définit la santé mentale comme étant un équilibre de vie. Pour les personnes qui se retrouvent dans ce processus, cet équilibre signifie être comme « tout le monde » et faire ce que « tout le monde » fait. Il devient alors important pour celles-ci de se redéfinir dans une perspective de normalité. De plus, cet équilibre de vie fait état d'être capable de bien doser ce qui est fait et d'avoir un juste milieu entre les différentes sphères de sa vie. À ce propos, Véronique définit la santé mentale en tant qu'équilibre de vie :

La santé mentale c'est un équilibre. C'est d'être capable d'avoir une vie sociale, une vie personnelle, une vie professionnelle, en équilibre. Autrement dit, c'est d'être capable d'être équilibré. [...] La santé mentale pour moi c'est d'être en équilibre, d'être comme tout le monde et de faire comme tout le monde.

Relativement à la troisième stratégie de ce processus (être capable de gérer ses émotions) elle met en évidence que la gestion des émotions occupe une grande place et est un bon thermomètre de la santé mentale. L'humeur de la personne devient révélatrice d'une bonne ou mauvaise santé mentale. Les variations d'humeur sont des indices que la personne gère plus ou moins ses émotions, donc toute amélioration ou détérioration en ce sens, devient un signe que cela va bien ou mal. Par conséquent, pour la personne qui se situe dans ce processus, une amélioration de l'humeur est signe pour elle qu'elle est

dans la bonne voie et n'a pas besoin d'avoir recours à l'hospitalisation, car elle est apte à prendre soin d'elle-même.

Ainsi, un facteur important de santé mentale qui découle de la stratégie faisant référence à la capacité de gérer ses émotions est celui de l'humeur :

Ce qui m'aide à voir si une personne est en bonne santé mentale, premièrement, c'est son humeur. Quand la personne est de bonne humeur, elle est joyeuse et ricaneuse et ça veut dire qu'elle est en bonne santé mentale. Cela va l'amener à prendre soin de son corps, à faire de l'exercice et à bien s'alimenter. Tout cela, ça me dit que la personne est en équilibre, donc en bonne santé mentale. (Noémie)

En ce qui concerne la quatrième stratégie de ce processus (acquérir de la connaissance de soi et de sa maladie grâce aux autres) elle démontre que pour les personnes qui se situent dans ce processus, les autres jouent un rôle important dans l'aide apportée à la personne afin qu'elle apprenne à se connaître, à découvrir qui elle est et à acquérir des connaissances face à sa maladie. Le témoignage de Carole présente l'importance des autres pour arriver à acquérir de la connaissance de soi :

Il faut avoir des personnes autour de nous pour nous montrer tout l'aspect qu'on peut être belle, qu'on peut être différente, mais belle. Pour nous montrer vraiment nos beautés et tout ce qu'on est capable d'être et de faire. [...] Pour être en bonne santé mentale on a besoin des autres pour être à notre écoute, c'est un peu ce qu'on a besoin. Être à notre écoute, nous donner la possibilité de se connaître et de se dépasser un peu à chaque jour.

Enfin, pour ce qui est de la cinquième stratégie de ce processus (accepter ses limites avec l'aide des autres) elle met en évidence que les autres vont avoir un impact majeur afin d'aider la personne à arriver à accepter ses limites pour se maintenir en

bonne santé mentale. À cet effet, le témoignage de Stéphanie met l'accent sur l'impact d'avoir des gens autour de soi pour arriver à accepter ses limites :

Pour arriver à être en santé mentale, il faut s'accepter et être soi-même, mais pour ça, on a besoin des autres. On a besoin d'avoir des gens qui nous aiment et qui vont nous accepter comme on est, avec notre maladie. Pour s'accepter, il faut être entourée de bonnes personnes qui nous acceptent.

Le second et dernier processus se rapportant au niveau primaire concerne « Croire en soi et avoir la volonté de se prendre en main ». Ce second processus se dégage de cinq stratégies qui lui sont propres, soit : (1) avoir une bonne santé psychologique, (2) croire en soi, (3) avoir un agir qui découle de son vouloir être bien, (4) acquérir de la connaissance de soi et de sa maladie en puisant à l'intérieur de soi et (5) accepter ses limites grâce à ses forces personnelles. Le processus « Croire en soi et avoir la volonté de se prendre en main » est important puisqu'il suppose un désir de se prendre en main, une volonté d'aller puiser dans ses forces intérieures les moyens de lâcher prise, de se faire confiance et de mettre de l'équilibre dans sa vie pour se maintenir en bonne santé mentale.

La première stratégie de ce processus (avoir une bonne santé psychologique) fait ressortir que la santé mentale trouve son sens dans la santé psychologique. Celle-ci se définit en fonction de la santé qui concerne les domaines du psychologique, de l'affectif, des sentiments et de l'esprit. En effet, pour certains participants, la santé mentale se définit par le fait d'être en santé psychologique telle que le mentionne Anna : « *La santé mentale c'est prendre soin de son état mental, de sa santé psychologique.* ».

Par la suite, la seconde stratégie reliée à ce processus (croire en soi) renvoie à l'importance de croire en soi afin de se maintenir en santé psychologique. Ceci suppose de l'acceptation de soi (forces et limites) et de la maîtrise de l'environnement (utilisation et confiance en soi). Le fait de croire en soi renvoie aux motivations personnelles de la personne ainsi qu'à ses croyances en elle-même, ce qui la dynamise et l'amène à avancer. Pour la personne qui se trouve dans ce processus, le fait de croire en soi va de pair avec la connaissance d'elle-même et de son potentiel. C'est ce qui va la pousser à agir.

Laurie explique ses convictions personnelles au regard de l'importance de trouver la force en soi pour ainsi croire en elle :

Les gens qui sont en bonne santé mentale vont toujours être capables d'aller chercher la force de bien faire face à la situation. [...] Je ne sais pas où ils vont la chercher cette force là, où est-ce qu'ils vont chercher cet équilibre-là, mais ce sont des gens très stables, très solides il me semble. Et à quelque part, on a tous cela en dedans de nous, c'est juste qu'il faut la trouver cette force-là.

De plus, la troisième stratégie de ce processus (avoir un agir qui découle de son vouloir être bien) met en évidence l'agir de la personne qui découle du fait qu'elle veut être bien. Ainsi, le dynamisme intérieur ressenti donne le goût de travailler davantage à se connaître et à développer ses forces intérieures. Les dispositions d'ouverture assurent une meilleure qualité de vie et maintiennent la personne en bonne santé mentale.

Utiliser ses propres forces pour se maintenir en santé mentale nécessite la connaissance de soi et de ses limites. Sarah démontre bien l'importance d'agir qui découle du fait qu'elle veut être bien :

Pour être en bonne santé mentale, il faut avoir la volonté, il faut vouloir être en bonne santé mentale. [...] Il faut être intéressé à vivre. [...] Pour être en santé mentale il faut que je fasse des choses dans lesquelles je me sens bien et faire attention à moi.

Le témoignage de Sophie démontre aussi qu'elle pose des gestes afin de se maintenir en santé mentale :

Je pense que je suis une personne très équilibrée, qui fait très attention à moi : je dors bien, je mange bien, j'essaie de ne pas subir de stress inutile, j'évite l'alcool, la cigarette, la drogue surtout. Je fais très attention à moi pour être en bonne santé mentale.

Par ailleurs, la quatrième stratégie de ce processus (acquérir de la connaissance de soi et de sa maladie en puisant à l'intérieur de soi) démontre l'importance de bien se connaître ainsi que d'avoir des connaissances sur sa maladie afin de se maintenir en bonne santé mentale. Or pour arriver à se connaître, la personne a besoin d'aller puiser à l'intérieur d'elle-même afin de découvrir qui elle est. Ainsi, Marielle témoigne de la nécessité de se connaître pour être en bonne santé mentale :

Pour être en santé mentale, je dois travailler la prise en charge de ce que je suis, apprendre à me connaître. Me connaître, connaître mes symptômes, connaitre ce que je suis. Plus je vais apprendre à connaître ce que je suis, plus je vais être capable de m'épanouir et je ne dramatiserai pas parce que je vais voir. [...] Je suis quelqu'un, j'ai des forces et faiblesses, il faut que j'apprenne à connaître tout cela. La connaissance de soi c'est important pour être en santé mentale.

Enfin, la cinquième stratégie de ce processus (accepter ses limites grâce à ses forces personnelles) met en lumière que pour les personnes qui se trouvent dans ce processus, la santé mentale suppose que la personne s'accepte telle qu'elle est et qu'elle accepte, entre autres, ses limites. Pour ce faire, elle va miser sur ses forces personnelles. Laurie explique bien comment l'acceptation de ses limites l'aide à se maintenir en bonne santé mentale :

Pour être en santé mentale, il faut que je sois capable de reconnaître mes limites. Il faut les voir, les reconnaître puis les respecter. Moi, je respecte ça et je me respecte beaucoup aussi. Je pense qu'il y a beaucoup de lâcher-prise aussi. Savoir que tu ne peux pas tout contrôler et ne pas te sentir coupable pour ça. [...] Accepter que ce que je fais, je le fais du mieux que je peux je donne mon cent pour cent. Je ne peux pas aller plus loin que ça, je ne peux pas. Ce n'est pas parce que je suis moins bonne. C'est que je ne peux pas. Juste accepter ça... je ne suis pas parfaite et pour avoir une bonne santé mentale, juste accepter qu'on est juste un humain et c'est tout. Que nous avons des limites et elles sont normales, elles sont correctes, puis que ce qui arrive, bien souvent ce n'est pas pour rien que ça arrive comme ça. Faire confiance à la vie, faire confiance aux autres, lâcher prise.

Niveau intermédiaire. « S'approprier l'aide reçue de l'extérieur » correspond au seul processus se rapportant à ce niveau. Ce processus s'appuie sur toutes les stratégies du niveau primaire, ainsi que sur trois autres stratégies, soit : (1) faire la part des choses, (2) accueillir et faire siens les conseils reçus et (3) promouvoir la santé globale s'exprimant par la santé physique, la santé psychologique et l'équilibre de vie. Ce processus est à la fois en lien avec le pouvoir d'agir et les stratégies pour maintenir un équilibre et en lien avec une contribution sociale (participation active dans la communauté et sentiment d'utilité qui en découle).

La première stratégie correspondant à ce processus (faire la part des choses) démontre l'importance de faire la part des choses. En effet, la personne qui se trouve dans ce niveau est capable de discerner ce qui est bien pour elle ou non. Elle est capable d'agir et d'établir des stratégies qui lui sont convenables pour maintenir son équilibre tant personnel que social. De plus, la personne qui fait la part des choses arrive à une bonne maîtrise de soi et est apte à prendre soin d'elle. Olivier explique l'importance de discerner et de faire ses propres choix afin de se respecter et de rester en bonne santé mentale :

Ton rythme de vie, le rythme de vie que tu mènes peut t'aider à être en bonne santé mentale. Si tu vis à un rythme de vie stressant, tu es plus fragile au stress et tu risques d'être en moins bonne santé mentale. C'est vrai que tu ne peux pas toujours choisir ton rythme de vie, mais il reste que la vie que tu mènes est importante dans ta santé mentale et il faut être capable de faire des choix pour se maintenir en bonne santé mentale. Choisir un rythme de vie avec des choses qui ne vont pas avec toi, ce n'est pas aidant pour ta santé mentale. Il faut que tu choisisse un rythme de vie dans lequel tu vas être bien.

De plus, avec Nathalie, on voit l'importance pour la personne de se prendre en main :

Il faut que je prenne du temps pour moi, que je m'occupe, que je fasse un petit peu attention aussi pour ne pas me brûler dans des activités, dans trop d'activités. Il faut que je m'occupe l'esprit aussi. Il ne faut pas que je reste toute seule, puis il faut que je prenne soin de ma santé mentale. [...] Je me donne des moyens. C'est important pour moi de me donner des moyens, puis ce qui me manque peut-être le plus encore, c'est d'avoir des amis.

Par la suite, la deuxième stratégie de ce processus (accueillir et faire siens les conseils reçus) réfère à l'importance d'être en relation avec le monde extérieur pour être capable d'aller chercher ce dont elle a besoin pour recevoir et accueillir des conseils

qu'elle fera siens. Par conséquent, la personne se retrouvant dans ce niveau a besoin d'aide, d'un entourage compréhensif et d'une vie sociale qui comble son besoin de se sentir utile. Comparativement avec le niveau primaire, la personne a besoin d'aide, mais celle-ci a besoin que l'aide lui soit offerte, car elle n'est pas encore apte à aller chercher l'aide par elle-même. Tandis qu'au niveau intermédiaire, la personne est en mesure d'aller chercher l'aide dont elle a besoin et elle est aussi apte à discerner le type d'aide qui lui convient ou non. Ainsi, les témoignages des participants démontrent l'importance du monde extérieur pour être en bonne santé mentale. Nathalie donne un moyen d'être en contact avec le monde extérieur en choisissant le bénévolat :

Le bénévolat, ça m'aide beaucoup parce que ça me fait changer de milieu. Parce que ça me fait faire quelque chose [...] et aussi parce que ça me fait voir qu'il y a des personnes qui sont dans le besoin. Puis ça me montre que je n'ai pas à me plaindre parce que moi, je suis chanceuse dans le fond d'avoir ce que j'ai, puis d'être entourée par ma famille. J'en vois qui sont seuls et qui n'ont pas d'aide. [...] Cela fait que leur santé mentale est peut-être un peu plus difficile à obtenir parce qu'ils sont seuls. Moi, ça m'aide à ce niveau-là.

De plus, le témoignage de Sarah démontre l'importance des autres pour se maintenir en bonne santé mentale :

Ce qui m'aide à me maintenir en bonne santé mentale c'est le fait d'être avec des gens avec qui je me sens bien. [...] Rencontrer du monde, être en présence de d'autres dans une ambiance joyeuse. Je ne connaissais pas cela avant et ça, ça me fait du bien, j'ai envie de ça et ça me fais toujours du bien.

Enfin, la troisième stratégie de ce processus (promouvoir la santé globale) démontre que pour les personnes qui se situent dans ce niveau, la santé mentale fait référence non seulement à la santé psychologique telle que présentée au niveau primaire,

mais à la santé globale. Par santé globale on entend l'équilibre de vie ainsi qu'une bonne santé physique et psychologique.

Les témoignages qui suivent font état de ce processus de santé globale. Pour Nathalie, la santé mentale touche autant l'aspect physique que l'aspect mental : « *Il faut vraiment que je fasse attention à ma santé physique, puis à ma santé mentale* ». Dans le même ordre d'idée, Carole met en évidence les liens entre les différents aspects de la santé mentale :

Santé mentale premièrement c'est la santé sous toutes ses formes : physique, psychologique et affective. Je ne sais pas si je peux en oublier, mais c'est global. Si disons physiquement je ne vais pas bien, ça peut avoir un impact sur mon moral. Quand je suis écrasée émotionnellement ça peut avoir un impact aussi sur ce que j'ai à accomplir dans une journée. C'est un équilibre.

Niveau supérieur. Un processus caractérise le niveau supérieur, soit : « Donner un sens à sa vie ». Ce processus découle de toutes les stratégies correspondant aux niveaux primaire et intermédiaire. À celles-ci, s'ajoute la stratégie de recourir à la spiritualité qui permet à la personne de donner un sens à sa vie. Il ressort de cette stratégie un rapport dynamique entre le soi et l'environnement, en lien direct avec la recherche de l'équilibre. De plus, tout comme dans le niveau intermédiaire, la santé mentale trouve sa signification dans le fait d'être en santé globale. En effet, pour les personnes de ce niveau, ce processus montre l'importance de soi, des autres, et du spirituel afin d'être en santé mentale.

La stratégie de recourir à la spiritualité est spécifique à ce niveau. Pour les personnes qui se trouvent dans ce niveau, la spiritualité est très importante. Elle se manifeste dans le fait d'aimer la vie, de trouver un sens à la vie, un sens à la douleur, et d'avoir certaines croyances qui aident la personne qui se situe dans ce niveau à être en bonne santé mentale. Élise explique l'importance de sa foi sur sa santé mentale :

La foi, ça aide. Moi je crois beaucoup, beaucoup en Marie. Pour moi Marie, c'est la top. C'est plus que Jésus, c'est plus que Dieu. Pour moi, Marie c'est comme la mère de tout le monde et elle, elle sait c'est quoi avoir des enfants. Elle sait c'est quoi aussi perdre un enfant. Je pense que moi, c'est mon idole. Pour moi, avoir la foi ça m'aide à être en bonne santé mentale.

Josianne transmet son besoin profond du spirituel pour se maintenir en bonne santé mentale :

J'ai fait beaucoup de ressourcement les fins de semaine. J'allais dans les soirées prière. Je me souviens dans les soirées prière le mercredi je me disais que j'étais bonne pour attendre jusqu'à mercredi prochain. Je me suis dit que si le Seigneur a permis que je vive cela, c'est pour que je m'accroche encore plus à lui et c'est de là que part mon cheminement que je n'ai jamais laissé. Le cheminement spirituel est important pour moi afin de me maintenir en bonne santé mentale.

Pour Marielle, la vie spirituelle fait partie de son équilibre de vie :

Je dirais que c'est tout un ensemble, pour moi l'équilibre est important et c'est toujours cela que j'ai en arrière-plan, de garder mon équilibre pour garder ma santé mentale. Pour moi, mon équilibre, c'est ma vie de prière, ma vie de famille, ma vie de travail, ma vie sociale. C'est aussi d'épanouir ce que je suis. Si je garde tous ces points-là en mémoire, si je tiens compte de tout ça, je vais être capable de rester en équilibre, de bien fonctionner, d'être en santé mentale. Sinon, s'il en manque un maillon, c'est bien de valeur, mais je vais probablement tomber quelque part.

En résumé, tel que le démontre la structure hiérarchique de la signification donnée à la santé mentale, « Donner un sens à sa vie » est le processus le plus englobant et

repose sur les diverses stratégies énumérées à travers chacun des processus servant à comprendre la signification donnée à la santé mentale. De plus, les processus et stratégies de la signification donnée à la santé mentale peuvent se résumer ainsi : il est d'une importance capitale de pouvoir donner un sens à sa vie. Avoir assez d'ouverture d'esprit pour faire siens les conseils reçus de toute forme d'aide, qu'elle soit formelle ou informelle, pour se prendre en main et faire en sorte d'établir et de garder un équilibre dans sa vie, tant sur le plan personnel, familial, social que du travail. Le tout suppose une certaine connaissance de soi et de sa maladie ainsi que l'acceptation de ses limites.

Signification donnée au rétablissement

Tout comme dans la section portant sur la signification donnée à la santé mentale, l'analyse approfondie des données recueillies, en lien avec les réponses des participants face à la signification qu'ils donnent au rétablissement, permet de dresser le tableau de trois niveaux hiérarchiques, comprenant quatre processus, dont chacun renvoie à des stratégies. Ainsi, la signification donnée au rétablissement repose sur les niveaux hiérarchiques correspondant à un niveau primaire, à un niveau intermédiaire et à un niveau supérieur. Ce regroupement par niveau permet de situer les personnes accompagnées et ainsi pouvoir les guider afin qu'elles cheminent dans leur processus de rétablissement. Chacun des processus donne une couleur particulière au rétablissement et est ainsi représentatif de la signification donnée au rétablissement. Par conséquent, ces processus sont issus de stratégies qui permettent de comprendre et de décrire ce que signifie le rétablissement pour des personnes qui vivent avec une maladie mentale.

Comme cela est illustré à la Figure 2 et au Tableau 5, le niveau primaire de la structure hiérarchique liée au rétablissement comprend le processus « Optimiser le soi fonctionnel » qui repose sur les stratégies suivantes : devenir fonctionnel, être capable de résoudre ses problèmes, retourner sur le marché du travail et avoir de l'aide et du soutien des autres pour être fonctionnel. Ce même niveau comprend un second processus qui est « Promouvoir un dialogue constructif avec soi ». Celui-ci repose sur les stratégies suivantes : croire en soi et avoir de l'aide et du soutien des autres pour croire en soi. On est à même de remarquer que la stratégie d'avoir de l'aide et du soutien des autres se retrouve dans les deux processus relatifs au niveau primaire. Toutefois, elle est articulée différemment selon le processus où se situe la personne.

Le niveau intermédiaire comprend le processus « Être motivé par une relation de réciprocité avec les autres ». Celui-ci repose sur toutes les stratégies qui se trouvent au niveau primaire ainsi que sur les stratégies suivantes : avoir un sentiment de bien-être et avoir la capacité de recevoir et de semer la vie autour de soi.

Le niveau supérieur repose sur le processus « Vivre pleinement en dépit de la maladie ». Ce processus comprend toutes les stratégies qui se trouvent aux niveaux primaire et intermédiaire ainsi que sur les stratégies suivantes : avoir la volonté de vouloir s'en sortir qui se manifeste par la spiritualité, avoir une bonne connaissance de soi et de la maladie et assumer la maladie.

Tout au long de cette partie, chacun de ces processus est explicité à l'aide des stratégies qui y correspondent. Des extraits de *verbatim* issus des propos des participants sont cités afin d'illustrer ces processus et stratégies, permettant ainsi une meilleure compréhension de la signification profonde du rétablissement.

Toutefois, avant de débuter avec l'explication des thèmes, il faut mentionner qu'en faisant l'analyse des données, on observe que pour tous les participants, le rétablissement ne veut pas dire « guérison ». Le témoignage de Sarah le démontre bien : « *Être rétabli, ça ne veut pas dire que tu n'as plus la maladie, ça veut dire que je suis capable de fonctionner, même si ça, c'est en moi* ». Véronique, quant à elle, nous dit : « *Être rétabli, ça ne veut pas nécessairement dire être guéri* ». De plus, Nathalie explique : « *Je me considère comme rétablie, mais il faut que j'aie et j'ai toujours une médication. Ça, ça fait partie de mon traitement et ça reste parce que ma maladie est toujours là* ».

Figure 2 : Processus et stratégies de la signification donnée au rétablissement (N=15)

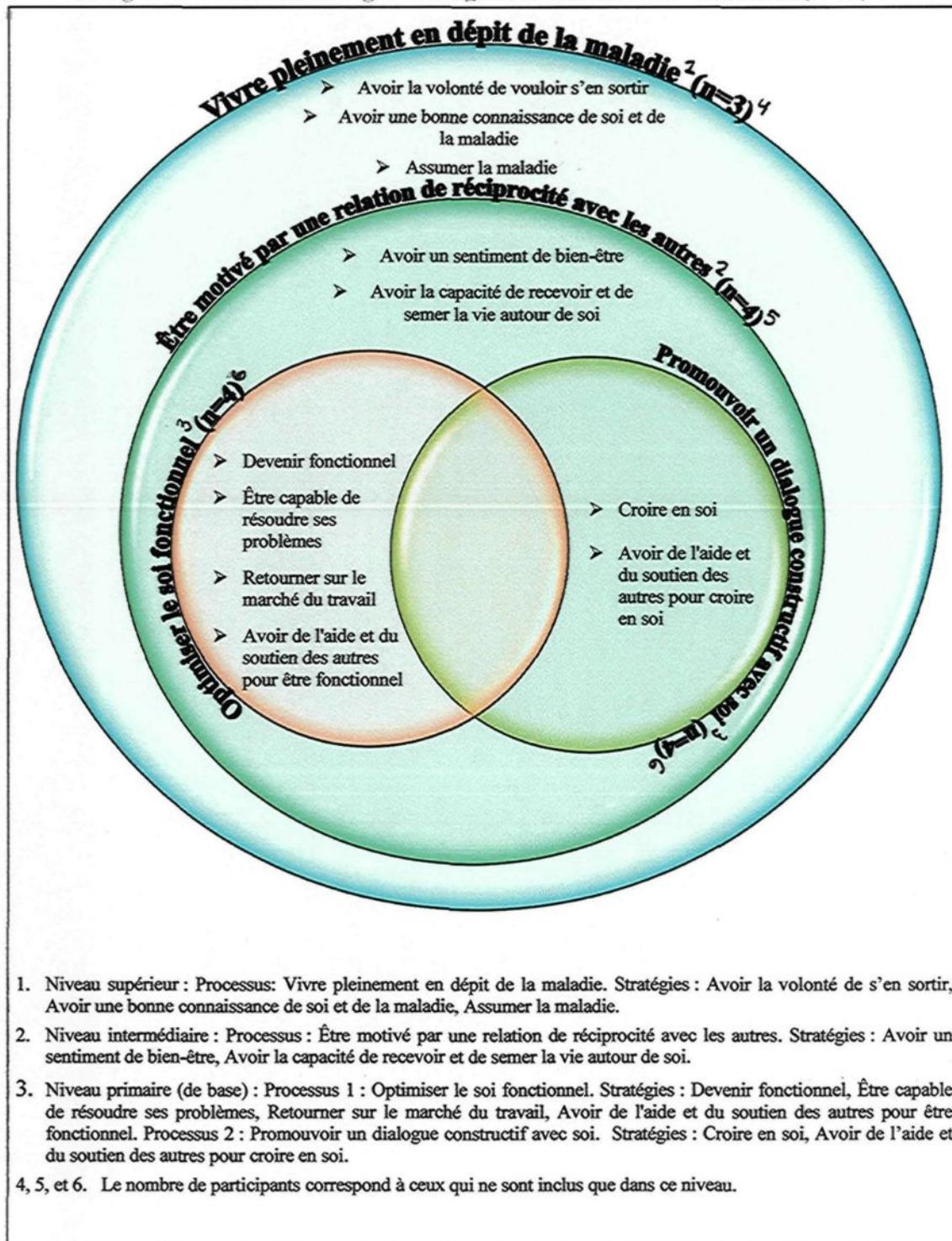


Tableau 5 : Regroupements de participants selon les niveaux, processus et stratégies représentant la signification donnée au rétablissement

LA SIGNIFICATION DONNÉE AU RÉTABLISSEMENT																	
		PARTICIPANTS															
NIVEAUX	PROCESSUS	STRATÉGIES	P. 1	P. 2	P. 3	P. 4	P. 5	P. 6	P. 7	P. 8	P. 9	P. 10	P. 11	P. 12	P. 13	P. 14	P. 15
Niveau Primaire	Optimiser le soi fonctionnel	Devenir fonctionnel	x	x	x	x					x	x	x	x	x	x	x
		Être capable de résoudre ses problèmes	x	x	x	x					x	x	x	x	x	x	x
		Retour sur le marché du travail	x	x	x	x					x	x	x	x	x	x	x
		Avoir de l'aide et du soutien des autres pour être fonctionnel	x	x	x	x					x	x	x	x	x	x	x
	Promouvoir un dialogue constructif avec soi	Croire en soi					x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
		Avoir de l'aide et du soutien des autres pour croire en soi					x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Niveau Intermédiaire	Être motivé par une relation de réciprocité avec les autres	Avoir un sentiment de bien-être									x	x	x	x	x	x	x
		Avoir la capacité de recevoir et de semer la vie autour de soi									x	x	x	x	x	x	x
Niveau Supérieur	Vivre pleinement en dépit de la maladie	Avoir la volonté de vouloir s'en sortir												x	x	x	
		Avoir une bonne connaissance de soi et de sa maladie												x	x	x	
		Assumer la maladie												x	x	x	

Structure hiérarchique liée au rétablissement

Trois niveaux hiérarchiques permettent d'identifier la signification donnée au rétablissement par les participants et les processus qui y correspondent sont ici expliqués de façon plus détaillée.

Niveau primaire. « Optimiser le soi fonctionnel » correspond à l'un des deux processus qui caractérisent ce niveau hiérarchique. Ce premier processus est issu de quatre stratégies qui lui sont propres, soit : (1) devenir fonctionnel, (2) être capable de résoudre ses problèmes, (3) retourner sur le marché du travail et (4) avoir de l'aide et du soutien des autres pour être fonctionnel. Selon ce processus, le rétablissement se définit par la capacité à fonctionner dans la vie courante.

La première stratégie de ce processus (devenir fonctionnel) correspond au besoin de devenir fonctionnel. En effet, la personne qui se trouve dans ce niveau a besoin de sentir qu'elle est capable de prendre sa vie en main, ce qui implique une sortie de soi progressive afin d'arriver à aller vers les autres. Le témoignage de Véronique démontre bien l'importance pour elle de devenir fonctionnelle : « *Être rétabli c'est être capable de fonctionner et être capable de s'apercevoir de ses limites* ». Ces propos rejoignent d'ailleurs ceux d'Anabelle : « *Pour moi, le rétablissement c'est quand tu es capable de fonctionner normalement chez vous, tu es capable de faire tes choses, tu es autonome, tu es capable de rester à la maison seule, puis de fonctionner* ».

Quant à la deuxième stratégie de ce processus (être capable de résoudre ses problèmes) elle met en évidence l'importance de la personne à être capable de résoudre ses problèmes, et ce, pour tous les problèmes courants de la vie quotidienne. À cet égard, Noémie associe le rétablissement à la capacité de résolution de problèmes. Elle témoigne ainsi des conséquences de la non-résolution de ses problèmes :

Quand je vais arriver à être capable de résoudre mes problèmes, je vais être rétablie. C'est ça qui m'empêche de recommencer à travailler. C'est ça qui fait qu'il a fallu que j'arrête, puis qui fait que j'avais trop d'affaires à penser puis à régler, puis que j'ai tout le temps ça dans tête et que je ne peux pas me concentrer au travail. Moi, quand ça va être réglé, je vais être rétablie. [...] Bien oui, il faut que je règle mes affaires. Il faut que je règle mes affaires, puis quand tout ça va être réglé, bien ça va aller mieux. Je vais passer à autre chose. C'est juste ça que je veux. Passer à autre chose, puis là, c'est toujours ça que j'ai dans tête tant que c'est là. [...] Les problèmes non résolus, c'est vraiment un gros stress pour moi, puis je trouve ça vraiment dur.

Par ailleurs, la troisième stratégie de ce processus (retourner sur le marché du travail) permet de saisir l'importance du retour sur le marché du travail pour les personnes qui vivent avec une maladie mentale. D'autant plus que le travail donne la satisfaction d'apporter quelque chose à la société, mais assure aussi la sécurité financière. À titre d'exemple, Nathalie explique à sa façon l'importance du travail qui pour elle se réalise à travers du bénévolat :

Ce qui m'aide aussi c'est d'être capable de faire des choses comme du bénévolat, puis je trouve que ça m'apporte beaucoup. [...] Au lieu de rester dans mon cocon puis de voir juste ce que moi je vis, le fait de m'ouvrir aux autres pour moi, c'est important. Puis ma façon de m'ouvrir aux autres, pour moi, c'est une façon de sourire aux autres, et je le fais en participant à des rencontres et en faisant du bénévolat.

Enfin, la quatrième stratégie de ce processus (avoir de l'aide et du soutien des autres pour être fonctionnel) fait état de l'importance des autres, de l'aide et du soutien qu'ils apportent à la personne afin qu'elle puisse être fonctionnelle. La personne qui se situe dans le processus « Optimiser le soi fonctionnel » a besoin des autres pour y arriver. Ainsi, le témoignage de Noémie fait état de l'importance à l'accès à l'aide formelle pour arriver à être fonctionnelle :

On a besoin de l'aide de services professionnels. Moi quand c'est arrivé, j'aurais eu besoin de rencontrer un psychologue, mais on n'a pas les services ici. J'aurais eu besoin de parler à quelqu'un, à quelqu'un de neutre autre que mes amis, [...] quelqu'un qui puisse m'aider à régler mes problèmes pour que je puisse me rétablir et redevenir fonctionnelle et recommencer à travailler.

Le second et dernier processus se rapportant au niveau primaire concerne « Promouvoir un dialogue constructif avec soi ». Ce second processus est issu de deux stratégies processus qui lui sont propres, soit : (1) croire en soi et (2) avoir de l'aide et du soutien des autres pour croire en soi. Selon ce processus, le rétablissement trouve son sens dans le fait de croire en ses propres capacités.

La première stratégie de ce processus (croire en soi) met l'accent sur le fait que la personne doit acquérir un minimum de confiance en elle, dont la croyance en ses possibilités, pour progresser sur le chemin du rétablissement. C'est ce qu'elle doit travailler. De toute évidence, le fait de croire en soi aide la personne à se rétablir. Elle est alors susceptible d'augmenter son estime de soi, d'avoir confiance en elle, de se

considérer avec dignité et vouloir qu'on la considère de la sorte. À cet égard, Laurie rapporte les propos suivants :

Maintenant, je suis de plus en plus capable de croire en moi, de me faire confiance et ça, ça fait partie de mon rétablissement. Des fois, je me dis : c'est beau ce que je fais, c'est correct. Si je suis capable de faire ça, c'est que je me considère sur la bonne voie. Je me dis : câline, t'es pas pire pantoute! Et ça, ça m'aide beaucoup à avancer et à me rétablir.

Finalement, la seconde stratégie de ce processus (avoir de l'aide et du soutien des autres pour croire en soi) met l'accent sur le fait que d'être entouré et d'avoir des gens sur qui l'on peut compter aide grandement la personne qui chemine dans le processus du rétablissement. Bien que l'aide formelle ou informelle soit importante pour la personne, plusieurs sont incapables d'aller vers l'aide, soit par peur, manque de connaissances, de moyens de consulter, ou par difficulté d'y accéder. C'est pourquoi il est important de repérer ces personnes et d'aller vers elles. Comme elles sont vraiment dans le besoin, elles accueillent l'aide offerte et collaborent avec les autres. Le fait d'avoir un accès auprès de l'aide formelle ou informelle est facilitant, car celle-ci est importante dans cette voie qui conduit au rétablissement. En effet, l'aide offerte peut être d'un grand secours pour aider la personne à utiliser les moyens qui lui sont offerts afin d'arriver à croire en soi. L'aide apportée permet à la personne d'avoir un équilibre de vie et de voir le positif dans sa vie.

Laurie parle de sa chance d'avoir été accompagnée par ses proches dans son processus de rétablissement :

J'ai eu la chance d'avoir un super conjoint. J'ai été super bien entourée. Puis d'en parler, puis d'être capable de banaliser aussi un peu. Non pas de banaliser, mais de dédramatiser tout cela. D'être capable d'en parler, puis d'être compris aussi par les gens avec qui j'en parlais. Ça, ça m'a vraiment aidée beaucoup.

Anna témoigne de l'importance d'avoir une personne professionnelle de référence pour sa sécurité intérieure :

Quand on m'a donné un psychiatre, c'est lui qui m'a soignée tout de suite. Ça, ça a été la grâce de Dieu, ça a été vraiment le Bon Dieu pour moi. C'est lui qui m'a prise en charge tout de suite et c'est lui que je vois depuis 10 ans. Une fois par six mois ou une fois par année, juste pour dire que mon dossier est ouvert, pour lui dire comment ça va. Si j'ai à changer de médicaments, c'est lui que je vais voir, sinon je tombe au plus creux. Mais ce n'est pas lui qui est ma béquille. Comme il dit, j'y vais pour y aller. Il ne fait rien.

Niveau intermédiaire. « Être motivé par une relation de réciprocité avec les autres » correspond au seul processus se rapportant à ce niveau. Ce processus englobe toutes les stratégies du niveau primaire, ainsi que les deux stratégies suivantes : (1) avoir un sentiment de bien-être et (2) avoir la capacité de recevoir et de semer la vie autour de soi. Il met l'accent sur l'établissement de relation entre soi et les autres. Ces relations sont engendrées par le fait que la personne éprouve un sentiment de bien-être intérieur qui la pousse à entrer en relation avec les autres, à donner et à recevoir.

La première stratégie de ce processus (avoir un sentiment de bien-être) démontre que pour les personnes qui se situent dans ce niveau, le sentiment de bien-être est important pour arriver à se rétablir. Il va sans dire que cela implique une certaine joie de vivre générée par le bien-être intérieur. C'est pourquoi nous reprenons dans le

témoignage d'Olivier le passage d'« être bien dans sa peau » : « *Le rétablissement c'est aussi de se rendre compte que tu es bien dans ta peau, être bien avec toi même, être bien avec ton entourage, tu as repris ton d'identité, tu as repris ton être à toi* ».

La deuxième stratégie correspondant à ce processus (avoir la capacité de recevoir et de semer la vie autour de soi) renvoie à un engagement. Au niveau primaire, la personne a besoin de l'aide et du soutien de l'entourage. Toutefois, l'utilisation de cette aide est plutôt passive, tandis qu'au niveau intermédiaire, la personne utilise cette aide de façon active. Celle-ci va vers les autres, elle accueille l'aide reçue et la fait sienne.

Les personnes qui se trouvent dans ce niveau sont davantage conscientes de l'importance d'être ouverte, de vouloir entrer en relation avec les autres et de faire en sorte d'y arriver. Le fait d'entrer en relation avec les autres donne la vie à la personne et l'invite à semer la vie autour d'elle. Les propos d'Olivier témoignent bien de sa participation active à l'aide qui s'offre à lui :

Tu as besoin d'aide, il faut que tu ailles chercher de l'aide, que ce soit dans les hôpitaux ou chez les médecins, tu as besoin d'aide. Tu as besoin d'un environnement qui va t'aider. Si tu veux t'isoler, tu vas empirer. Si tu as un bon environnement, cela va t'aider. Les proches aussi peuvent t'aider. [...] Ce qui m'a aidé aussi c'est que je fais partie d'un groupe pour les personnes qui ont la maladie bipolaire et j'y vais. Je ne me trouve pas toujours pas assez affecté pour y aller, mais j'y vais pareil et le fait que j'y vais et que j'entends d'autres personnes, ça m'a empêché plusieurs fois d'arrêter mes médicaments. L'encouragement social des autres, entendre le témoignage de d'autres personnes qui ont cessé leur médication et les effets néfastes que ça leur a donnés, cela m'a influencé afin de ne pas passer à l'action, malgré que cela est tentant d'arrêter la médication.

Puis Carole témoigne en faveur de la vie. Elle dit que lorsque l'on a de la vie en-dedans de soi, on ne peut que la donner :

Être rétabli c'est que tu as une joie de vivre, tu es capable de fonctionner, tu es capable de t'ouvrir. C'est avoir le sentiment que tu es utile, avoir le sentiment que tu peux apporter quelque chose aux autres. Te sentir valorisé, avoir de l'estime de soi, être bien. Tout cela c'est important, ça me permet d'apporter quelque chose aux autres, ça me permet de me sortir de ma coquille, d'apporter une certaine richesse et aussi d'en recevoir des autres, ça donne la vie. C'est très important, ça donne la vie et ça se multiplie. La vie ne finit plus et c'est contagieux!

Niveau supérieur. Un processus caractérise le niveau supérieur, soit : « Vivre pleinement en dépit de la maladie ». Ce processus découle de toutes les stratégies qui correspondent aux niveaux primaire et intermédiaire. À ceux-ci s'ajoutent les trois stratégies suivantes : (1) avoir la volonté de vouloir s'en sortir qui se manifeste par la spiritualité, (2) avoir une bonne connaissance de soi et de sa maladie et (3) assumer la maladie.

La première stratégie de ce processus (avoir la volonté de vouloir s'en sortir qui se manifeste par la spiritualité) fait état de l'importance de la volonté de vouloir s'en sortir. Il appert que la volonté est d'une extrême importance, tant dans les deux niveaux précédents que dans ce niveau. Or, au niveau supérieur elle y prend tout son sens puisque c'est quotidiennement que cette volonté de vouloir s'en sortir permet à la personne de poursuivre sa lutte et ainsi, demeurer dans la voie du rétablissement. L'aspect spirituel aide à renforcer cette volonté en permettant à la personne de donner un sens à sa vie. Sophie témoigne de l'importance de la volonté :

Ce qui m'a aidée à me rétablir c'est surtout ma bonne volonté, ma volonté de comprendre ce qui ce qui s'était passé et pourquoi cela s'était passé. [...] Je pense que ce qui vient en première position c'est la bonne volonté.

Pour Sarah, le fait de vouloir est très important :

Si la personne ne veut pas, elle n'est pas intéressée à s'en sortir, il arrivera n'importe quoi, n'importe qui va l'aider, mais ça ne marchera pas. Ça prend un vouloir de s'en sortir parce que si tu n'as pas ça au départ, tu ne peux pas cheminer. Ce qui m'a aidée à m'en sortir c'est d'abord d'avoir choisi de m'en sortir et ensuite de faire les efforts nécessaires pour y arriver. [...] C'est la spiritualité qui est présente dans ma vie qui m'aide à vouloir m'en sortir et à tenir là-dedans.

Enfin, Marielle résume le tout en mentionnant que : « *Pour arriver à se rétablir, il faut vraiment se prendre en main* ».

La deuxième stratégie correspondant à ce processus (avoir une bonne connaissance de soi et de la maladie) démontre que cette stratégie est très importante dans le rétablissement puisqu'elle permet à la personne de se connaître elle-même, et de comprendre la nature et les effets de la maladie, afin de respecter ses propres limites ainsi que celles imposées par la maladie. À ce propos, Sarah explique que ce n'est pas tout que de connaître, mais qu'il faut aussi comprendre sa maladie :

Pour se rétablir, le fait de connaître ce qui se passe c'est important. C'est les deux affaires les plus importantes, sentir un vouloir de s'en sortir et aussi de connaître ce qui se passe. [...] On a besoin d'en savoir plus, d'avoir des connaissances par rapport à la maladie. Savoir qu'est-ce qu'on fait avec cette maladie là. Si tu fais du cholestérol on va t'expliquer c'est quoi le cholestérol et on va te dire quoi faire pour plus en avoir de cholestérol, mais c'est la même affaire. Tu as besoin de connaître c'est quoi et de savoir quoi faire pour essayer de ne pas s'aggraver et d'être mieux à travers ça.

Élise a aussi un grand besoin de comprendre ce qu'elle vit et cherche une réponse dans les livres : « *Le fait de faire des lectures, de comprendre, de lire des choses sur l'anxiété, des choses qui m'aident à comprendre ce que je vis. Lire c'est important, lire c'est vraiment important* ». De même, Mathieu a cherché lui aussi, à comprendre et c'est dans un volume qu'il a trouvé ce qu'il cherchait :

Une chose qui m'a aidé à prendre un bon angle d'attaque dans le rétablissement, ça a été un livre sur la dépression. Il a été écrit par une madame qui est psychiatre ou psychologue, je ne m'en rappelle plus, mais elle, elle en a vécu une aussi une dépression, et elle aussi elle se pensait bien à l'abri de cela, pareil comme moi. Et ce que j'ai aimé, c'est de voir toutes les explications qu'elle donnait. Si ça avait été des cases à cocher, je n'en aurais pas oublié une, je les aurais toutes cochées. Cela, ça m'a aidé. Ça m'a dit : regarde, je ne suis pas à part des autres.

En ce qui concerne la troisième stratégie appartenant à ce processus (assumer la maladie), elle démontre que le fait d'assumer la maladie permet une meilleure qualité de vie. Ce qui signifie non pas de s'identifier à la maladie, mais de vivre avec et non pas se contenter de la subir. Ayant appris à se connaître et à vivre avec sa maladie, la personne peut ressentir une certaine joie de vivre et elle peut arriver à se sentir utile. Cela va l'aider à poursuivre sans cesse dans son cheminement vers le rétablissement. Le témoignage de Sophie rend compte de l'importance de l'acceptation de vivre avec sa maladie :

Moi, mon rétablissement, ça a été long, ça a pris pratiquement deux ans. Puis être rétabli c'est de se rappeler de ça comme merci. Je remercie la vie. Mon rétablissement c'est, quand j'ai pu dire « merci », si je n'avais pas vécu ça, qu'est-ce que ma vie aurait été un enfer. C'est de même que je le vois. C'est à partir du moment où tu acceptes d'avoir vécu cela et que tu trouves que ça a été bon pour toi, pour provoquer des changements chez toi.

Pour Marielle, le fait d'assumer sa maladie surgit du fait de vouloir vivre avec sa maladie : « *Être rétabli c'est vivre avec, vivre avec la maladie que tu as. [...] De se prendre en main quotidiennement pour arriver à vivre avec ton diagnostic, peu importe le diagnostic que tu vas avoir* ». De plus, le témoignage de Laurie met en lumière le sens profond du rétablissement qui est de pouvoir vivre malgré un diagnostic de maladie mentale :

J'aimerais ça dire qu'il est rétabli c'est être guéri. J'aimerais ça. Si tu m'annonçais : je vais te le dire, un jour tu vas être rétablie puis ça, ça va vouloir dire que tu es guéri. J'aimerais ça, mais je suis bien consciente que ce n'est pas ça du tout être rétabli. Je pense qu'il est rétabli c'est d'arriver à vivre avec. Pour moi le rétablissement c'est ça. C'est d'arriver à vivre avec. D'arriver à faire ta vie, à trouver ton équilibre dans ton problème de santé mentale. Parce que moi, je pense que mon problème, je vais l'avoir toujours. Je vais apprendre à vivre avec, j'ai appris à vivre avec beaucoup, mais je sais que je reste fragile. Il est toujours là, je ne dis pas qu'il n'est plus là, il est là, mais je me considère comme rétablie présentement. [...] Je pense que quand on est capable de faire ça, on a un bon pas de fait sur le rétablissement, parce que la maladie mentale ne gêne plus ta vie. Tu vis avec cette maladie-là, pour moi c'est ça le rétablissement.

Aussi, le témoignage de Mathieu nous montre l'importance d'apprendre à vivre avec sa maladie au quotidien :

Être rétabli c'est être capable de fonctionner. Cet après-midi, j'ai eu un téléphone pour aller travailler les trois prochains jours et juste ce téléphone-là, ça a monté et ça m'a serré dans l'estomac. Pourtant, je me débrouille bien, sans dire que je suis le meilleur, je me débrouille très bien. Je suis capable de faire mon travail, je suis capable de rencontrer toutes mes obligations, mais toutes les maudites fois que le téléphone sonne et qu'ils m'appellent, j'ai ce sentiment-là ou cette réaction-là. Je vais l'avoir jusqu'à demain matin. Demain matin je vais embarquer dans mon auto, je vais m'en aller au travail et je vais tomber relaxe, je vais tomber bien relaxe et je vais faire mon travail jusqu'à la troisième journée. Si je fais les trois jours en ligne, ça ne se reproduira plus. Mais après cela, je vais être en congé pour la fin de semaine et si je travaille lundi, ça va recommencer le dimanche soir. C'est pour ça que je dis que

ma capacité fonctionnelle n'est pas revenue à cent pour cent, donc je ne suis pas complètement rétabli.

Enfin, la définition que Sarah donne du rétablissement est claire : « *Être rétabli, ça veut dire être capable de fonctionner. Que même si tu as toujours la maladie en toi tu es capable de fonctionner avec elle et que ça ne nuit pas à ta vie* ».

Un autre élément se dégage du niveau supérieur et concerne la coexistence des trois stratégies. À cet égard, le témoignage de Marielle rend bien compte que la personne a besoin de ces trois stratégies pour se rétablir :

Ça, c'est vraiment important. Si tu ne te prends pas en main, tu ne peux pas te rétablir, même s'il y a plein de monde autour de toi. Il faut vraiment que tu te prennes en main et que tu te dises : moi je veux m'en sortir, je veux apprendre à vivre avec, je veux avancer là-dedans. Et ce n'est pas dramatique, oui j'ai peut-être maladie, oui, mais je suis capable de vivre avec et je veux apprendre à vivre avec. Je ne veux pas qu'elle devienne mon ennemie, je veux qu'elle devienne mon amie parce que je veux vivre avec, je veux apprendre et avoir les connaissances nécessaires pour être capable de vivre avec. Elle est là, elle fait partie de ma vie, je n'ai pas le choix, il faut que ce soit mon allié.

En résumé, la structure hiérarchique indique que le processus « Vivre pleinement en dépit de la maladie » est le plus englobant et qu'il repose sur l'ensemble des stratégies énumérées à travers les quatre processus servant à comprendre la signification donnée au rétablissement. De plus, il importe de mentionner que pour les personnes vivant avec une maladie mentale, le rétablissement ne veut pas dire être guéri. Le processus qui mène au rétablissement part du vouloir de la personne de s'en sortir, ce qui l'amène à aller chercher de l'aide formelle ou informelle. Pour vivre avec la maladie et ne pas s'identifier à elle, la personne doit apprendre à se connaître et à s'accepter,

puis acquérir des connaissances sur sa maladie et les limites qu'elle entraîne. Grâce au soutien de l'entourage et à l'aide de professionnels, la personne peut se maintenir dans la décision de se prendre en main afin de vivre une vie « fonctionnelle » en prenant en compte ses capacités. Ainsi, un retour sur le marché du travail peut être envisagé. Au cours de son cheminement, elle arrive à éprouver un bien-être intérieur ainsi que les bienfaits d'une sortie de soi pour aller vers les autres. En tant qu'être spirituel, elle peut donner un sens à sa vie. Sachant pour qui et pourquoi elle vit, elle tente d'améliorer ses relations avec les autres.

Liens entre la santé mentale et le rétablissement

L'analyse approfondie des données recueillies permet de faire des recoupements de similitudes entre la santé mentale et le concept du rétablissement. Ces recoupements sont établis en gardant les mêmes niveaux que pour la signification donnée à la santé mentale et au rétablissement. À la lumière de cette analyse, il est ressorti que ce sont les mêmes personnes qui se situent dans chacun de ces niveaux, tant pour la signification donnée à la santé mentale, celle donnée au rétablissement que pour les liens entre ces deux concepts. Ainsi, les recoupements reposent sur les niveaux hiérarchiques correspondant à un niveau primaire, à un niveau intermédiaire et à un niveau supérieur. De plus, chacun des processus donne une couleur particulière aux liens établis entre la santé mentale et le rétablissement. Par conséquent, ces processus sont issus de stratégies qui permettent une meilleure compréhension et description de ces similitudes.

Comme cela est illustré à la Figure 3 et au Tableau 6, le niveau primaire comprend le processus « Accepter l'aide des autres ». Ce processus repose sur les stratégies suivantes : accueillir l'aide offerte et avoir recours au monde extérieur. De plus, ce même niveau comprend un second processus qui est « Puiser dans la vie intérieure ». Celui-ci repose sur les stratégies suivantes : utiliser ses ressources intérieures et découvrir ses ressources.

Le niveau intermédiaire comprend le processus « Établir une relation entre soi et les autres ». Celui-ci repose sur toutes les stratégies qui se trouvent au niveau primaire ainsi que sur les stratégies suivantes : être en relation avec soi et être en relation avec l'autre.

Le niveau supérieur repose sur le processus « Être en quête de sens ». Ce processus comprend toutes les stratégies qui se trouvent aux niveaux primaire et intermédiaire ainsi que les stratégies suivantes : découvrir son être spirituel et reconnaître sa richesse intérieure.

Tout au long de cette partie, chacun des processus est explicité à l'aide des stratégies qui y correspondent. Toutefois, avant de débuter l'explication, il importe de mentionner qu'il y a une concordance entre la définition que les participants donnent à la santé mentale et le niveau dans lequel ils se situent en regard de ce qu'ils pensent du rétablissement. De plus, même si un bon nombre de participants à l'étude ont un

diagnostic de dépression majeure récurrente, ces derniers sont répartis de façon assez uniforme à travers chacun des niveaux de la signification donnée à la santé mentale tout comme ceux de la signification donnée au rétablissement.

Avant de débuter, il importe ici de mentionner que les résultats font ressortir clairement que la notion de santé mentale fait partie intégrante de l'expérience du rétablissement, et ce, pour tous les participants à l'étude.

Figure 3 : Recoulements entre la santé mentale et le concept du rétablissement (N=15)

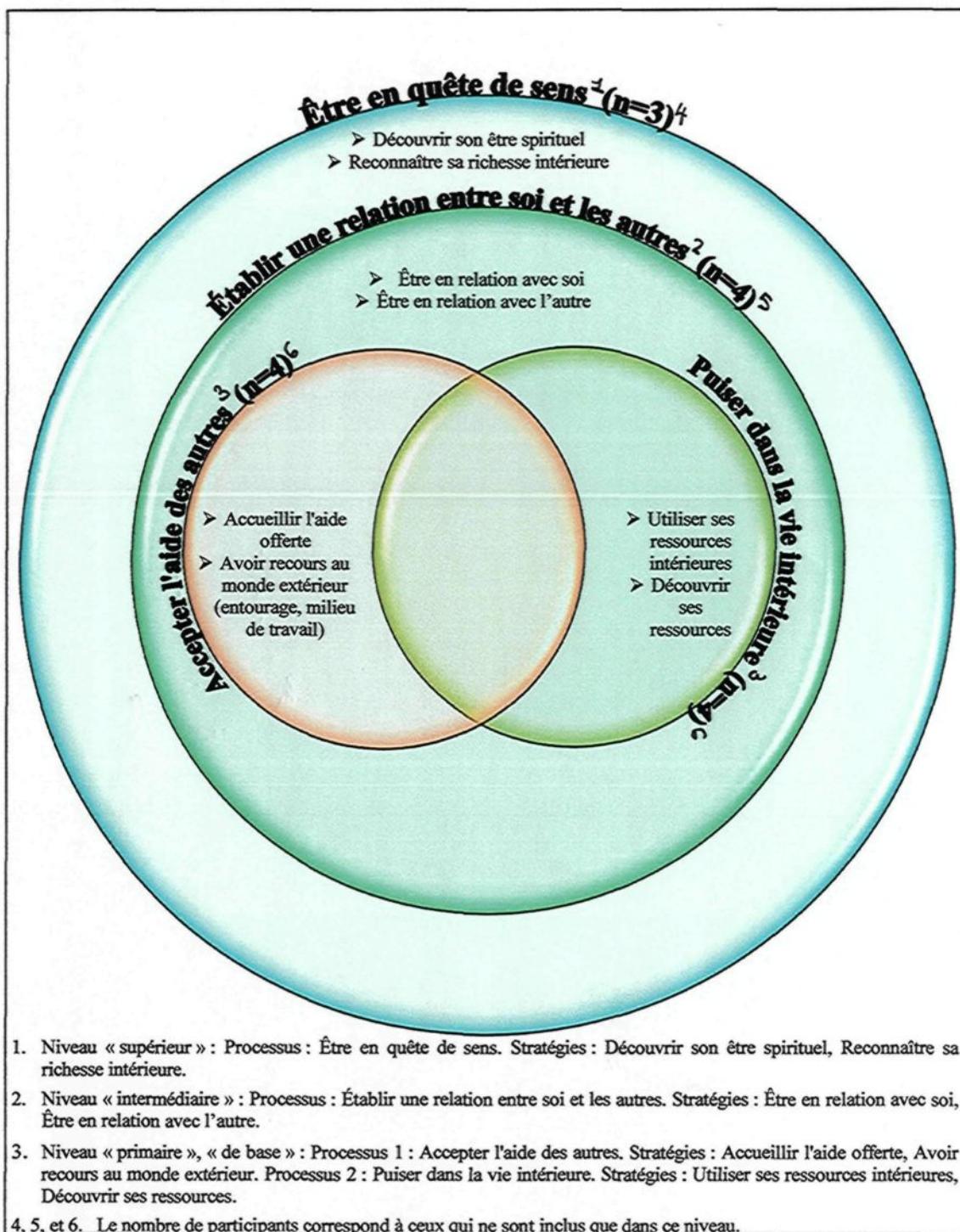


Tableau 6 : Regroupements de participants selon les niveaux, processus et stratégies représentant les recouplements entre la signification donnée à la santé mentale et celle donnée au rétablissement

REGROUPEMENTS ENTRE LA SANTÉ MENTALE ET LE CONCEPT DU RÉTABLISSEMENT																	
		PARTICIPANTS															
NIVEAUX	PROCESSUS	STRATÉGIES	P. 1	P. 2	P. 3	P. 4	P. 5	P. 6	P. 7	P. 8	P. 9	P. 10	P. 11	P. 12	P. 13	P. 14	P. 15
Niveau Primaire	Accepter l'aide des autres	Accueillir l'aide offerte	x	x	x	x					x	x	x	x	x	x	
		Avoir recours au monde extérieur	x	x	x	x					x	x	x	x	x	x	
	Puiser dans la vie intérieure	Utiliser ses ressources intérieures					x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
		Découvrir ses ressources					x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Niveau Intermédiaire	Établir une relation entre soi et les autres	Être en relation avec soi									x	x	x	x	x	x	
		Être en relation avec les autres									x	x	x	x	x	x	
Niveau Supérieur	Être en quête de sens	Découvrir son être spirituel												x	x	x	
		Reconnaitre sa richesse intérieure												x	x	x	

Structure hiérarchique liée aux liens entre la santé mentale et le rétablissement

Trois niveaux hiérarchiques permettent d'expliquer les liens entre la santé mentale et le rétablissement et les processus qui y correspondent sont ici précisés de façon plus détaillée.

Niveau primaire. « Accepter l'aide des autres » correspond à l'un des deux processus qui caractérisent ce niveau hiérarchique. Ce processus découle d'un des processus liés à la santé mentale (trouver un équilibre de vie à travers l'aide reçue) et de l'un des processus liés au rétablissement (optimiser le soi fonctionnel). De plus, « Accepter l'aide des autres » émerge de deux stratégies, soit : (1) accueillir l'aide offerte et (2) avoir recours au monde extérieur. En posant un regard sur ce premier processus, on constate que l'aide formelle ou informelle est un incontournable, tant pour être en bonne santé mentale que pour se rétablir. La personne a besoin d'avoir accès à des gens qui l'entourent, qui l'aident et qui la soutiennent.

La première stratégie de ce processus (accueillir l'aide offerte) fait ressortir l'apport précieux de l'aide. En effet, l'aide formelle ou informelle et une accessibilité à celle-ci sont des points importants tant pour la santé mentale de la personne que pour son rétablissement. Anabelle, dans son témoignage, explique que la personne a besoin des autres et elle doit accueillir l'aide qui lui est offerte :

Moi, je trouve que pour être en bonne santé mentale et se rétablir, la personne a besoin de l'entourage. Elle doit accueillir l'aide que l'entourage lui offre et il faut que l'entourage soit sain et positif, comme ça, la personne

va avoir plus de chance de se maintenir en bonne santé mentale et de se rétablir.

Quant à la seconde stratégie de ce processus (avoir recours au monde extérieur), elle met en évidence l'importance du monde extérieur. Un environnement aidant comprenant un milieu de vie adéquat, un entourage sain, une bonne atmosphère et un milieu de travail où règne une ambiance favorable sont des points importants autant pour la santé mentale de la personne que pour son rétablissement. Carole explique que pour elle, l'environnement aidant joue un rôle majeur dans le maintien de sa santé mentale et son rétablissement: « *Pour se rétablir et se maintenir en bonne santé mentale, ça prend un environnement qui nous aide à nous sortir de notre détresse* ».

Le second et dernier processus se rapportant au niveau primaire concerne « Puiser dans la vie intérieure ». Ce processus découle d'un des processus liés à la santé mentale (croire en soi et avoir la volonté de se prendre en main) et de l'un des processus liés au rétablissement (promouvoir un dialogue constructif avec soi). De plus, « Puiser dans la vie intérieure » émerge de deux stratégies, soit : (1) utiliser ses ressources intérieures et (2) découvrir ses ressources. En posant le regard sur ce second processus, on constate que c'est la personne elle-même qui est l'agent principal de sa bonne santé mentale comme de son rétablissement.

La première stratégie de ce processus (utiliser ses ressources intérieures) fait ressortir l'importance pour la personne de se découvrir. Ainsi, la connaissance et le

respect de ses propres limites est un élément qui aide à se maintenir en bonne santé mentale et est utilisé en tant qu'indicateur du rétablissement. Par ailleurs, l'estime de soi fait aussi référence à cette stratégie. Évidemment, le fait d'avoir de l'estime de soi aide la personne à traverser bien des barrières parce qu'elle est consciente de sa valeur et elle se rend compte qu'elle diffère de sa maladie. De plus, la confiance en soi aide au maintien d'une bonne santé mentale et au rétablissement. La personne apprend à se respecter, à avoir une hygiène de vie, à prendre soin d'elle-même afin d'être en bonne santé mentale et de se maintenir sur la voie du rétablissement. Pour arriver à découvrir qui elle est et acquérir de l'estime et de la confiance en elle, la personne va avoir besoin des autres.

Le témoignage de Carole démontre bien la signification de la confiance en soi, tant pour la santé mentale que pour le rétablissement :

Tant pour la santé mentale que pour le rétablissement, il faut amener la personne à prendre confiance en elle. Ça, c'est un gros atout parce que si elle prend confiance en elle, en l'expérimentant elle va aller toujours un petit peu plus loin, un petit peu plus loin. Et quand on voit une personne qui se rétablit et qu'elle s'épanouit, c'est épanouissant pour tout l'environnement et c'est contagieux, c'est la santé! Évidemment!

De plus, la seconde stratégie de ce processus (découvrir ses ressources) met en évidence l'importance pour la personne d'être en contact avec son être profond. Toute personne possède, à l'intérieur d'elle-même, ce dont elle a besoin pour arriver à se rétablir et pour se maintenir en bonne santé mentale. Cela renvoie à la notion de « pouvoir d'être » et de « pouvoir d'agir » puisque si la personne arrive à croire en son

potentiel et en ses capacités, cela l'aidera à agir et à se prendre en main pour poursuivre sa marche sur le chemin du rétablissement. Les résultats soulignent donc l'importance du pouvoir d'être et du pouvoir d'agir face à l'optimisation de la santé mentale positive et du rétablissement. Ainsi, dans la santé mentale comme dans le rétablissement, le sentiment de bien-être éprouvé par la personne est un indice qu'elle est sur la voie d'une bonne santé mentale comme du rétablissement. À cet effet, le témoignage d'Olivier en rend bien compte :

Quand tu éprouves un sentiment de bien-être intérieur, que tu es bien dans ta peau, bien avec toi-même, bien avec ton entourage, c'est un bon signe que tu t'en viens bien, que tu as une bonne santé mentale et que tu avances dans ton rétablissement.

Niveau intermédiaire. « Établir une relation entre soi et les autres » correspond au seul processus se rapportant à ce niveau. Ce processus découle d'un des processus liés à la santé mentale (s'approprier l'aide reçue de l'extérieur) et de l'un des processus liés au rétablissement (être motivé par une relation de réciprocité avec les autres). De plus, « Établir une relation entre soi et les autres » émerge de toutes les stratégies du niveau primaire et de deux stratégies, soit : (1) être en relation avec soi et (2) être en relation avec l'autre. En posant le regard sur ce processus, on peut constater l'importance d'avoir un équilibre de vie. Il est facile de verser soit vers l'introspection, soit vers le fait d'être en relation avec l'autre. Toutefois, atteindre un juste milieu dans la capacité à entrer en relation avec soi-même et à entrer en relation avec les autres est important pour la santé mentale et le rétablissement. L'atteinte de ce juste milieu est facilitée par l'équilibre de vie de la personne.

La première stratégie de ce processus (être en relation avec soi) correspond à l'importance d'être en relation avec soi. Lorsque la personne apprend à se découvrir, elle est maintenant prête à entrer en relation avec elle-même. Tant pour se maintenir en bonne santé mentale que pour se rétablir, la personne a besoin de gérer son stress et de résoudre ses problèmes. Pour y parvenir, elle doit être capable de puiser des ressources à l'intérieur d'elle-même. Les propos de Stéphanie sont en lien avec cette stratégie :

Pour être en santé mentale et arriver à me rétablir, il faut que j'apprenne à découvrir ce que je suis et à être qui je suis. En me connaissant, je vais arriver à gérer mon stress et je vais me maintenir en bonne santé mentale, pis je vais être heureuse

Enfin, la deuxième stratégie de ce processus (être en relation avec l'autre) réfère à l'importance d'être en relation avec les autres. Pour se faire, il faut que la personne arrive à se définir dans son rapport à l'autre. Ainsi, le volet social est un élément à ne pas négliger afin de permettre à la personne de s'exprimer, dire ce qu'elle vit et ce qu'elle ressent à l'intérieur d'elle pour se maintenir tant en bonne santé mentale que dans le processus du rétablissement. C'est pourquoi la personne doit accepter le soutien des autres et demeurer en relation avec ceux-ci. Véronique explique qu'elle a besoin d'exprimer ce qu'elle vit avec d'autres personnes : « *Il faut que je le dise, il faut que j'en parle avec d'autres de comment je me sens à l'intérieur si je veux arriver à être en bonne santé mentale et si je veux me rétablir* ».

Niveau supérieur. Un processus caractérise le niveau supérieur, soit : « Être en quête de sens ». Ce processus découle d'un des processus liés à la santé mentale (donner

un sens à sa vie) et de l'un des processus liés au rétablissement (vivre pleinement en dépit de la maladie). De plus, « Être en quête de sens » résulte de toutes les stratégies qui correspondent aux niveaux primaire et intermédiaire. À celles-ci s'ajoute deux stratégies, soit : (1) découvrir son être spirituel et (2) reconnaître sa richesse intérieure.

La première stratégie de ce processus (découvrir son être spirituel) démontre que la spiritualité est un élément important dans les domaines de la santé mentale et du rétablissement. Toutefois, le fait de parler d'être spirituel renvoie la personne dans sa globalité. Ainsi, l'être spirituel fait référence aux aspects trois aspects suivants : cognitif, transcendental et spirituel affectif. Ceux-ci formant l'entité de la personne.

D'une part, l'aspect cognitif de la personne comprend le besoin de connaissance, d'apprentissage, de désir de comprendre ce qui se passe, de capacité d'analyser, de prendre ses propres décisions, de faire des choix, de s'engager dans un cheminement, dans un processus, ainsi que le besoin d'honnêteté. Parmi ces éléments, figure aussi la volonté, c'est-à-dire avoir l'intention ferme de faire quelque chose. Par conséquent, il apparaît évident que si la personne a la volonté d'être bien, que ce soit pour se maintenir en bonne santé mentale ou pour se rétablir, elle a de fortes chances d'y arriver.

D'autre part, l'être spirituel comprend l'aspect de visions transcendentales ou si l'on préfère, l'aspect des questions existentielles qui se manifestent dans la croyance de

la personne, par le fait de donner un sens à la vie, de donner un sens à la mort, d'avoir le goût de vivre.

Enfin, l'être spirituel comprend aussi le sens spirituel affectif qui pousse la personne à pardonner, à avoir besoin de se donner, à avoir besoin de donner un sens à la souffrance et à la douleur, à avoir besoin d'aimer et de se sentir aimé par les autres (Ross, 2010). Il importe de mentionner que l'aspect de l'être spirituel joue un grand rôle tant dans le maintien d'une bonne santé mentale que dans le rétablissement de toute personne qui vit avec une maladie mentale.

Pour Stéphanie, la spiritualité est importante, tant pour être en bonne santé mentale que pour se rétablir. Elle l'exprime ainsi :

Pour moi, la spiritualité est importante, ça m'aide à me maintenir en santé mentale et ça m'aide aussi à passer à travers les hauts et les bas de ma maladie, et travers ça, le Seigneur m'a montré que j'avais de la valeur, il m'a montré la valeur que j'avais et il m'a entouré de bonnes personnes en qui que je pouvais faire confiance et ça me remplit d'espoir, ça vient donner un sens à ce que je vis. [...] Le fait de croire en Dieu m'aide à comprendre que les gens qui m'aiment pas n'ont pas d'importance, que j'ai pas besoin de m'en occuper et que je dois continuer à être ce que je suis, dans toutes les sphères de ma vie. Ça me donne confiance qu'il va toujours y avoir des gens qui vont m'aimer comme je suis et pour ce que je suis.

Finalement, la seconde stratégie de ce processus (reconnaître sa richesse intérieure) renvoie à l'importance de connaître sa richesse intérieure. On remarque dans le niveau primaire que la personne découvre qui elle est réellement. Par la suite, dans le niveau intermédiaire, celle-ci apprend à entrer en relation avec elle-même. Or, dans le niveau supérieur, cette personne, non seulement sait qui elle est et est capable de relation

avec elle-même, mais elle découvre toutes les richesses intérieures qui se trouvent en elle. Elle a maintenant la certitude qu'elle est un être doté de forces et de beautés intérieures et se perçoit ainsi avec dignité. Le fait de reconnaître tout ce potentiel intérieur permet à la personne de se maintenir en santé mentale et de marcher résolument vers son rétablissement, et ce à travers son quotidien. À cet égard, Carole mentionne :

Ce qui m'aide à me maintenir en bonne santé mentale et à poursuivre mon rétablissement, c'est lorsque je me rends compte qu'il y a une ouverture qui se fait en moi et qui me permet de voir que je suis bonne. Une ouverture qui fait que je peux fleurir et alors il s'établit une confiance en dedans de moi. Il y a comme un éclatement, un épanouissement et alors je n'ai plus l'impression d'être jugée et je suis capable de me sentir utile, d'être quelqu'un.

Somme toute, il faut mentionner que bien que la santé mentale et le concept du rétablissement soient perçus comme étant différents l'un de l'autre par la plupart des participants, on peut y voir une interrelation constante. De plus, il importe de relever que le sens qui est accordé à la santé mentale affecte le sens qui est donné au rétablissement. Ainsi, le fait de demander à la personne la signification qu'elle donne à la santé mentale va donner un bon indice du niveau où elle se situe dans son processus de rétablissement. La signification donnée à la santé mentale est donc un bon guide pour orienter l'approche à utiliser avec la personne.

Chapitre V

Discussion

Ce chapitre présente la discussion des résultats et vise à faire ressortir les liens entre les résultats de l'étude et les connaissances actuelles, à identifier les forces et les limites de l'étude ainsi qu'à dégager les points saillants qui peuvent aider et guider les divers professionnels de la santé oeuvrant dans le domaine de la santé mentale, notamment les infirmières. L'étude a pour but de comprendre l'articulation qui existe entre la santé mentale et la conception du rétablissement chez des adultes vivant avec une maladie mentale. Elle est réalisée auprès de 15 participants (un entretien par participant) recrutés principalement avec l'aide des intervenantes du Centre Augustinien (Organisme à but non lucratif oeuvrant en santé mentale) et la méthode phénoménologique herméneutique de Van Manen (1997, 2002) est utilisée pour analyser les données recueillies à l'aide d'entrevues individuelles.

Les principaux résultats de l'étude se rapportent à une représentation hiérarchique de la santé mentale, du rétablissement et de l'articulation entre la santé mentale et le rétablissement. Chacune de ces trois structures hiérarchiques est définie à l'aide de trois niveaux, soit primaire, intermédiaire et supérieur, lesquels correspondent à des processus, qui à leur tour, reposent sur des stratégies spécifiques. De plus, les niveaux sont agencés de façon inclusive : le niveau primaire fait partie du niveau intermédiaire alors les niveaux primaire et intermédiaire sont inclus dans le niveau supérieur.

Il est à noter que d'autres auteurs comme Noiseux et Ricard (2005) ainsi que Young et Ensing (1999) ont aussi utilisé une structure hiérarchique pour décrire le rétablissement. Ces auteurs parlent d'étapes du processus de rétablissement qui se suivent. De même, les niveaux établis dans cette étude représentent aussi une étape dans le processus du rétablissement.

En ce qui concerne la structure hiérarchique de la santé mentale, trois des participants se situent au niveau supérieur, quatre autres au niveau intermédiaire et les huit autres participants au niveau primaire. Ce découpage des participants en fonction des niveaux hiérarchiques est le même à l'égard du rétablissement et de l'articulation entre la santé mentale et le rétablissement. De plus, ce sont les mêmes regroupements de participants qui se retrouvent dans les mêmes niveaux et processus, et ce, pour chacun des concepts étudiés.

Ce chapitre comprend sept sections. Les trois premières sections se rapportent respectivement aux trois objectifs de l'étude, soit : (1) déterminer la signification donnée à la santé mentale telle que vécue chez des adultes vivant avec une maladie mentale, (2) déterminer la signification donnée au rétablissement tel que vécu chez cette même clientèle et (3) explorer le lien entre la santé mentale et la conception du rétablissement, chez des adultes vivant avec une maladie mentale. La quatrième section présente les liens des résultats avec la théorie intermédiaire du *caring* de Watson (1998, 1999, 2008). La cinquième section expose les implications pour la pratique infirmière en santé

mentale. La sixième section fait état de certaines recommandations pour la recherche. Enfin, la septième section met en lumière les forces et les limites de l'étude. Il importe de mentionner que pour la discussion l'étudiante ayant effectué cette recherche se sert des connaissances théoriques et empiriques actuelles et de son expérience professionnelle de même que de son expérience de vie avec des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Il va sans dire que cette expérience de vie apporte un point de vue différent de toutes autres études réalisées dans ce domaine puisque l'étudiante non seulement côtoie, mais vit au quotidien avec cette clientèle.

Signification donnée à la santé mentale

Cette section propose des recoulements entre les résultats de l'étude et les écrits à l'égard du concept de santé mentale. Outre les résultats liés à la signification donnée à la santé mentale, la perception de la santé mentale versus la perception de la maladie mentale est tout d'abord discutée.

Santé mentale et maladie mentale

Les participants à l'étude perçoivent peu ou pas de différences entre la santé mentale et la maladie mentale. En d'autres mots, pour eux, la santé mentale englobe la maladie mentale. En contraste avec ces résultats, les concepts de santé mentale et de maladie mentale sont nettement différenciés dans les écrits scientifiques. Cette divergence peut s'expliquer par le fait qu'étant donné que les participants sont aux prises avec une maladie mentale, il est possible que ce soit davantage l'expérience de la

maladie, ou de la restauration face à la maladie qui ressort, plutôt que celle de la santé mentale, qui comprend des éléments de définition liés à la santé mentale positive. En d'autres termes, l'expérience de restauration prime sur l'expérience d'optimisation.

Dans les écrits scientifiques, d'une part, la santé mentale fait référence à la capacité qu'a une personne à ressentir, à penser, à agir de manière à optimiser son niveau de bonheur et de bien-être, et à relever des défis quotidiens auxquels elle est confrontée (Direction de santé publique, 2005; Organisation mondiale de la santé, 2001). Le fait d'être en santé mentale permet à la personne de se réaliser, de surmonter les tensions normales de la vie, d'accomplir un travail productif et fructueux et de contribuer à la vie de sa communauté (Organisation mondiale de la santé, 2007). D'autre part, la maladie mentale est caractérisée par une altération de la pensée, de l'humeur ou du comportement et elle est associée à une importante détresse et à un dysfonctionnement (Organisation mondiale de la santé, 2001; Santé Canada, 2002). De plus, elle se manifeste par des symptômes et des signes spécifiques, permanents ou répétitifs, qui constituent un handicap dans une ou plusieurs sphères de la vie quotidienne telles que l'école, le travail, les relations sociales ou familiales et la capacité de vivre de façon autonome (Commission de la santé mentale du Canada, 2009). Certes, les concepts de « santé mentale » et de « maladie mentale » recoupent la conception de Keyes (2007) en lien avec la santé mentale complète et mettent en valeur l'idée que la santé mentale est bien plus que l'absence de maladie. Cette notion est présente depuis plusieurs années, mais est demeurée longtemps non opérationnalisée (Organisation

mondiale de la santé, 2001; Keyes, 2007). Cette vision de la santé mentale complète est à l'origine d'une redéfinition du rétablissement, reposant sur la complémentarité de l'expérience de restauration face à la maladie mentale, c'est-à-dire d'arriver à être mieux malgré le fait de vivre avec une maladie mentale (maladie mentale), et de l'expérience d'optimisation de la santé mentale positive, c'est-à-dire être en meilleure santé mentale possible (santé mentale) (Provencher & Keyes, 2010, 2011). C'est d'ailleurs cette vision du rétablissement en regard de la santé mentale complète qui a conduit l'étudiante à investiguer la santé mentale d'une part, et le rétablissement d'autre part.

Comme il est mentionné précédemment, aucune étude ne s'est intéressée, jusqu'à maintenant, à la signification de la santé mentale dans le cadre de l'expérience du rétablissement. Ainsi, les résultats de cette étude ne peuvent être comparés, en ce sens, avec d'autres écrits. Il est possible que l'absence de maladie mentale soit la vision prépondérante, mais que des éléments de la santé mentale soient aussi mentionnés. Toutefois, ils sont moins fréquemment rapportés. Pourtant, des éléments de la santé mentale positive sont amplement soulignés dans cette étude : qualité de vie, acceptation de soi, inclusion sociale, contribution sociale, etc., c'est pourquoi les résultats sont discutés en fonction de ces éléments et aussi en lien avec l'expérience de vie de l'étudiante. Par conséquent, bien que l'étude ait une portée limitée, les résultats fournissent une avancée précieuse dans la compréhension empirique et théorique de la signification de la santé mentale chez des adultes vivant avec une maladie mentale. Tel que mentionné précédemment, la santé mentale est une notion d'une grande importance

pour tout être humain (Organisation mondiale de la santé, 2001). Concrètement, une personne qui vit avec un diagnostic de maladie mentale a beaucoup plus de difficulté à se maintenir en santé mentale qu'une personne qui n'a pas de maladie mentale. De même, lorsque la personne a un diagnostic de maladie mentale, il devient d'autant plus important pour cette dernière de prendre soin de sa santé mentale tout comme de prendre conscience de ses forces et de sa valeur afin de diminuer le plus possible l'exacerbation des symptômes engendrés par la pathologie.

Discussion des principaux résultats liés à la signification donnée à la santé mentale

Dans la présente étude, la signification donnée à la santé mentale se présente selon trois niveaux hiérarchiques et quatre processus. Le niveau primaire comprend deux processus, soit : « Trouver un équilibre de vie à travers l'aide reçue » et « Croire en soi et avoir la volonté de se prendre en main ». Par la suite, le niveau intermédiaire repose sur le processus suivant : « S'approprier l'aide reçue de l'extérieur ». Enfin, le niveau supérieur est basé sur le processus : « Donner un sens à sa vie ».

Niveau primaire. Les deux processus du niveau primaire, à la base de la signification donnée à la santé mentale, renvoient respectivement à l'extérieur de soi et à l'intérieur de soi. Ainsi, les personnes qui se situent dans le processus : « Trouver un équilibre de vie à travers l'aide reçue » puisent ce dont elles ont besoin pour se maintenir en bonne santé mentale à l'extérieur d'elles, par exemple dans l'aide formelle ou informelle que les autres peuvent leurs offrir. Selon Bouchard (2007), les relations aux

autres sont vitales dans le processus du rétablissement et les aident à se maintenir en bonne santé. La personne a besoin d'avoir des relations chaleureuses et satisfaisantes, tant avec les personnes de son entourage que la société en général. Elle a besoin de gens en qui elle peut avoir confiance et sur qui elle peut compter pour avoir du soutien.

Ce rapport aux autres renvoie également à deux dimensions de la santé mentale positive, soit : (1) la dimension des relations positives avec les autres, en lien avec le bien-être psychologique, élément de définition de la santé mentale positive (Keyes, 2007), où la personne peut prendre appui sur des relations chaleureuses et empreintes d'empathie, d'écoute et de compréhension mutuelle, et (2) la dimension de l'intégration sociale, en lien avec le bien-être social, élément de définition de la santé mentale positive, où la personne sent qu'elle fait partie de la société dans laquelle elle vit et qu'elle peut bénéficier du soutien des membres de la collectivité (Keyes, 2007).

Dans le même ordre d'idées, il faut mentionner que l'aide formelle ou informelle est importante dans le processus qui incite les gens à acquérir et à se maintenir en bonne santé mentale (Bouchard, 2007). Les résultats démontrent que la personne a besoin d'aide extérieure pour être soutenue et encouragée dans son désir d'être en bonne santé mentale et pour qu'elle puisse l'appliquer dans son quotidien. Pour se faire, l'aide offerte doit faire preuve d'une grande flexibilité et être accolée au vécu de la personne, afin d'avoir un impact positif sur le rétablissement de celle-ci (Bonney & Stickley, 2008). Toutefois, l'organisation actuelle des services (aide formelle) n'apporte pas tout à fait

cette sorte d'aide individualisée qui prend en compte le niveau hiérarchique dans lequel se situe la personne quant à la signification qu'elle donne à la santé mentale et à son rétablissement. Il convient de mettre l'accent à la fois sur la santé mentale positive et sur le rétablissement. De plus, la personne a besoin de choisir l'aide dont elle peut bénéficier pour poursuivre son cheminement. Dans ce cadre, on reconnaît la dimension de la maîtrise de l'environnement, en lien avec le bien-être psychologique, élément de définition de la santé mentale positive, dimension dans laquelle la personne démontre sa capacité à gérer et organiser son environnement en fonction de combler ses propres besoins (Keyes, 2007).

Les personnes qui vivent avec une maladie mentale insistent sur l'importance de compter sur des ressources communautaires et de leurs pairs afin d'avancer dans leur processus de croissance personnelle (Provencher, 2007). Elles y retrouvent un milieu propice et flexible leur permettant de se retrouver et d'être elles-mêmes avec des personnes qui vivent la même chose qu'elles (Deegan, 2007). Cela leur donne la possibilité d'avoir des comparables et ainsi prendre conscience des changements positifs dans leur vécu quotidien. Pour ce faire, les personnes rencontrées ont besoin d'informations pertinentes et surtout de moyens concrets pour améliorer leur vie de tous les jours. Elles doivent sentir qu'elles avancent grâce à leurs efforts. C'est à travers des réussites régulières qu'elles trouvent une satisfaction et augmentent leur confiance en elles. Ceci les aide à poursuivre pour apprendre à se connaître, à pouvoir s'identifier non comme une maladie, mais comme une personne ayant à vivre avec une maladie. Tout

cela réfère à la dimension du pouvoir d'agir décrit par Provencher (2007). Ainsi, la personne a l'opportunité de devenir un agent de changement des plus importants pour elle-même (Mueser & al., 2002). Cela recoupe plusieurs dimensions de la santé mentale positive telles que rapportées par Keyes (2007), soit : l'acceptation de soi, la croissance personnelle, un sens à la vie, et l'autonomie. Ces dimensions sont en lien avec le bien-être psychologique, élément de définition de la santé mentale positive (Keyes, 2007).

De plus, la personne qui se trouve dans ce processus apprend progressivement à gérer ses émotions et arrive ainsi à être de bonne humeur. La bonne humeur renvoie à l'affect positif qui est une dimension de la santé mentale positive en lien avec le bien-être émotionnel tel que précisé par Keyes (2007).

Comme l'indiquent les résultats de l'étude, les personnes qui se situent dans le processus : « Trouver un équilibre de vie à travers l'aide reçue », définissent la santé mentale comme étant un équilibre de vie se caractérisant par le fait d'être comme « tout le monde » et faire ce que « tout le monde » fait. C'est aussi ce que les utilisateurs de services tentent de faire valoir afin de promouvoir l'idée qu'il est possible de se rétablir. Pour cela, ils ont besoin que les gens arrêtent de les considérer comme des malades incurables, chroniques et avec peu de potentiel (Provencher, 2007). Dans les faits, pour une personne qui vit avec une maladie mentale, le vouloir être comme « tout le monde » et faire comme « tout le monde » est très important. Or, il ne faut jamais oublier que la maladie entraîne des conséquences psychosociales négatives, dont l'étiquette liée au

diagnostic psychiatrique. Lorsque la maladie survient, elle génère souvent une certaine inquiétude chez la personne, ce qui peut mettre une embûche au niveau de l'acquisition de l'estime d'elle-même (Langlois, 2009), ainsi que dans l'acceptation de ce qu'elle est en tant que personne (Keyes, 2007). Par ailleurs, le vécu de la maladie occasionne certaines expériences qui peuvent aussi contribuer à l'autostigmatisation par le fait qu'elles amènent la personne à se dévaloriser, se blâmer et avoir une faible estime d'elle-même (Langlois, 2009; Semaine de sensibilisation aux maladies mentales, 2010). Néanmoins, afin de contrer l'autostigmatisation, la personne doit sans cesse s'accepter telle qu'elle est et apprendre à vivre avec les symptômes de la maladie, les préjugés et les effets secondaires de la médication (Langlois, 2009). Bref, la personne qui vit avec une maladie mentale ne peut se permettre de se laisser aller. Ce qui exige de la vigilance. Tout comme le mentionne Provencher (2007), la personne en voie de rétablissement développe une motivation intérieure afin d'exercer du contrôle sur ses conditions de vie. Elle apprend à s'accepter telle qu'elle est et à avoir une attitude positive envers elle-même, tout en mettant l'emphase sur la personne qu'elle est présentement, plutôt que sur celle qu'elle n'est plus (Deegan, 2007; Provencher & Keyes, 2010, 2011). Cette dynamique est en lien avec l'acceptation de soi, laquelle représente l'une des dimensions du bien-être psychologique qui est à la base de la santé mentale positive (Keyes, 2007).

Également en lien avec l'acceptation de soi (Keyes, 2007), les résultats de l'étude révèlent que les personnes qui se situent dans le processus : « Croire en soi et avoir la volonté de se prendre en main » vont non seulement s'accepter, mais vont aussi croire en

elles, en leur potentiel et en leurs possibilités (Deegan, 2007; Provencher, 2002). L'acceptation d'elle-même va permettre à la personne de réactiver ses forces intérieures et de les voir sous un nouveau regard (Provencher, 2007). Ainsi, pour les personnes qui se trouvent dans ce processus, être en santé mentale c'est avoir une bonne santé psychologique. Ce qui implique de croire en elles, en leurs possibilités et en leurs capacités. Plus la personne croit en elle, plus elle se rend compte qu'elle a du potentiel. Cette prise de conscience ravive, chez la personne, la conviction profonde qu'elle détient le pouvoir de changer (Bouchard, 2007). De plus, la perspective d'être « bien » la pousse à agir pour se maintenir en bonne santé mentale (Bouchard, 2007; Deegan, 2007). Certes, le fait de croire en soi et en ses capacités est important pour se maintenir en bonne santé mentale, tant pour celles qui ont une maladie mentale que pour toute autre personne. Toutefois, il y a un risque que ces personnes n'utilisent pas l'aide qui leur est offerte ainsi que les relations avec des gens de l'extérieur, qui pourraient leur être bénéfiques. Or, elles ont avantage à recourir à de l'aide formelle ou informelle afin de poursuivre leur croissance personnelle et leur cheminement intérieur et ainsi avoir des outils supplémentaires pour maintenir et améliorer leur santé mentale. Cela se rapporte à la dimension du pouvoir d'agir du rétablissement qui se déploie selon deux mouvements, soit : l'intériorité d'une part et le rapport aux autres qui inclut le recours à de l'aide formelle ou informelle (Corin, 2002).

En résumé, les personnes qui se situent dans le processus : « Croire en soi et avoir la volonté de se prendre en main », cherchent ce dont elles ont besoin à l'intérieur d'elles-mêmes, à travers leurs forces, leurs aptitudes et leurs connaissances.

Niveau intermédiaire. Le processus du niveau intermédiaire renvoie à la dimension du pouvoir d'agir mentionnée précédemment. Ainsi, les personnes qui se situent dans le processus « S'approprier l'aide reçue de l'extérieur » sont en mesure de faire la juste part entre soi et les autres. Les résultats révèlent que ces personnes perçoivent la santé mentale comme étant la santé globale, c'est-à-dire le fait d'être en santé physique, en santé psychologique et d'avoir un équilibre de vie. Ces personnes disent qu'elles sont capables de faire la part des choses, capables de discernement et de faire leurs, les conseils qui leurs sont donnés. Elles sont en mesure de puiser l'aide et le soutien à l'extérieur, mais aussi d'aller chercher la force de rebondir qu'elles ont à l'intérieur d'elles-mêmes et d'utiliser toutes leurs forces et compétences personnelles afin de se maintenir en bonne santé mentale. Tel que le mentionne Corin (2002), la personne qui se situe dans ce processus se réapprivoise personnellement tout en se familiarisant avec les gens qui gravitent autour d'elle. La personne accroît et consolide ses habiletés sociales, elle développe son jugement critique et joue un rôle actif et proactif dans l'atteinte des objectifs de vie qu'elle se fixe (Provencher, 2007). Ce processus semble donc en lien avec le bien-être psychologique, facteur de la santé mentale positive, notamment en ce qui a trait aux dimensions de l'acceptation de soi, de

la croissance personnelle, de la maîtrise de l'environnement et des relations positives avec les autres (Keyes, 2007).

Niveau supérieur. Le processus du niveau supérieur : « Donner un sens à sa vie » englobe les stratégies des niveaux précédents, mais à celles-ci, s'ajoute l'importance du volet spirituel pour donner un sens à sa vie. Les personnes qui se situent dans ce processus accordent une grande importance à soi, aux autres et au spirituel afin d'être en santé mentale. Cela vient corroborer certains écrits qui affirment que les croyances spirituelles sont des éléments importants dans le processus de rétablissement puisqu'elles touchent toutes les dimensions de la vie, soit : sociales, émotionnelles, psychologiques et intellectuelles (Cornah, 2006; Kelly & Gamble, 2005; Longo & Peterson, 2002). Il va sans dire que la théorie de Frankl (2006, 2009) sur le sens de la vie peut être un bon cadre intégrateur pour ce processus. En effet, cet auteur mentionne que le fait d'être humain signifie être en face d'un sens à accomplir et de valeurs à réaliser. Pour lui, la spiritualité se vit au cœur de la certitude qu'il est possible de donner un sens à ce que la personne vit, de donner un sens à sa vie. Frankl (2006, 2009) indique clairement que pour être heureux, pour avoir une bonne santé mentale, il faut donner un sens à sa vie. Par ailleurs, le fait de donner un sens à sa vie représente aussi une des dimensions du bien-être psychologique à la base de la santé mentale positive (Keyes, 2007). De plus, si la personne est heureuse, elle est satisfaite de sa vie, elle est en mesure non seulement d'établir des relations positives avec les autres, mais s'intéresse davantage à la société et à sa vie sociale. Elle prend conscience que le sens donné à sa vie l'ouvre sur la société,

que ce sens de la vie l'amène à s'intéresser à la société dans laquelle elle vit. Elle croit en cette société et veut y apporter quelque chose (Frankl, 2006, 2009; Le Vaou, 2006). Ce qui vient corroborer certaines dimensions de la santé mentale positive définies par Keyes (2007), comme : l'affect positif et la qualité de vie déclarée, dimensions reliées au bien-être émotionnel, de même que : l'acceptation sociale, l'actualisation sociale, la contribution sociale, la cohérence sociale et l'intégration sociale, dimensions en lien avec le bien-être social.

Il importe de spécifier que toutes les dimensions de la santé mentale positives (Keyes, 2007) se retrouvent dans les trois niveaux et les quatre processus de la signification donnée à la santé mentale. Toutefois, on est à même de constater que les niveaux primaires et intermédiaires recoupent davantage les dimensions du bien-être psychologique, tandis que les dimensions reliées au bien-être émotionnel et au bien-être social sont intégrées plus spécifiquement au niveau supérieur. De plus, les résultats de cette recherche démontrent qu'une personne qui vit avec une maladie mentale peut être aussi en bonne santé mentale, et ce, même si elle présente des symptômes de la maladie. Donc, la santé mentale n'est pas considérée uniquement comme l'absence de maladie, même si cette vision est prépondérante. À la lumière des résultats de l'étude, tous les participants mentionnent que les deux visions peuvent coexister, soit la présence de maladie mentale et la présence d'éléments liés à la santé mentale positive. Enfin, bien que la définition de la santé mentale proposée par Provencher et Keyes (2010, 2011) cible la santé mentale positive et que son complément avec l'absence de maladie

mentale n'est pas toujours évoqué, la santé mentale demeure un bien inestimable pour toute personne, et qui que nous soyons, nous devons prendre quotidiennement des moyens pour la maintenir. La santé mentale ne s'acquiert pas une fois pour toutes, il faut sans cesse l'entretenir.

Signification donnée au rétablissement

Cette section propose des recouplements entre les résultats de l'étude et les écrits à l'égard du concept de rétablissement. Outre les résultats liés à la structure hiérarchique du rétablissement, la perception du rétablissement et celle de la guérison sont tout d'abord discutées.

Rétablissement et guérison

La dissonance entre le rétablissement et la guérison représente un important résultat de l'étude, ces deux concepts n'étant pas interchangeables. En effet, toutes les personnes participant à la présente étude affirment qu'elles ont toujours à vivre avec leur maladie mentale, même si elles sont rétablies. Ceci rejoint les écrits scientifiques qui démontrent que les personnes vivant avec une maladie mentale peuvent se rétablir sans pour autant guérir de leur maladie (Anthony, 1993; Liberman & Kopelowicz, 2005), et qui conçoivent, au plan pathogénique, le rétablissement en tant que rémission partielle de la maladie mentale.

Discussion des principaux résultats liés à la signification donnée au rétablissement

Dans la présente étude, la signification donnée au rétablissement repose sur trois niveaux hiérarchiques et quatre processus. Le niveau primaire comprend deux processus, soit : « Optimiser le soi fonctionnel » et « Promouvoir un dialogue constructif avec soi ». Par la suite, le niveau intermédiaire repose sur le processus suivant : « Être motivé par une relation de réciprocité avec les autres ». Enfin, le niveau supérieur est basé sur le processus : « Vivre pleinement en dépit de la maladie ».

Niveau primaire. Les deux processus du niveau primaire, à la base de la signification donnée au rétablissement, renvoient respectivement à un niveau fonctionnel et à l'intérieur de soi. Ainsi, les personnes qui se situent dans le thème : « Optimiser le soi fonctionnel » se réalisent à travers ce qu'elles font. Par ailleurs, les personnes qui se situent dans le thème : « Promouvoir un dialogue constructif avec soi », se réalisent à travers ce qu'elles sont.

Les résultats de cette étude démontrent que pour les personnes qui se situent dans le processus : « Optimiser le soi fonctionnel », être rétabli c'est redevenir fonctionnel, résoudre ses problèmes et avoir la possibilité de retourner sur le marché du travail. L'appropriation du pouvoir sur leur maladie où l'espoir d'une évolution positive de celle-ci les aidera à prévenir les rechutes et à restaurer leur fonctionnement psychosocial (Anthony et al., 2004; Corrigan et al., 2008; Provencher & Keyes, 2010, 2011). Cela est en lien avec l'expérience de restauration de la maladie mentale, qui fait en sorte que la

personne peut vivre une vie heureuse malgré les contraintes occasionnées par la maladie (Liberman & Kopelowicz, 2005; Provencher & Keyes, 2010, 2011). Par conséquent, le processus du rétablissement contribue à soutenir la personne à travers les rôles sociaux que celle-ci privilégie, tout en mettant l'accent sur la reconnaissance de son savoir expérientiel (Provencher, 2007). La reconnaissance de ce savoir expérientiel est valorisée entre autres par l'aide qui lui est apportée. Cela encourage la personne à poursuivre son processus de rétablissement afin de devenir fonctionnelle et ainsi avoir accès au marché du travail. Il va sans dire que le travail est perçu comme un déterminant important dans le maintien du bien-être chez les personnes vivant avec une maladie mentale (Beaulieu et al., 2002) et le travail fait partie du pouvoir d'agir de la personne. Par ailleurs, l'aide personnalisée soutient les personnes dans le développement de leurs ressources personnelles tout en mobilisant les ressources environnementales et socioprofessionnelles qui contribuent à l'atteinte des objectifs personnels en matière de rétablissement.

En effet, l'aide est importante pour arriver à se rétablir, que ce soit par de l'aide formelle ou informelle, l'entourage, le travail ou encore la médication. Grâce à cette aide et ce soutien, la personne arrive à avoir un équilibre de vie et à voir le positif dans sa vie. À cet effet, Brown (2008) explique que la personne en voie de rétablissement développe ses propres forces, augmente ses attitudes mentales positives pour accepter la responsabilité de sa propre santé mentale et apprend à être bien avec elle-même. De toute évidence, les relations aux autres sont vitales au processus du rétablissement

(Bouchard, 2007). Provencher (2007) mentionne que la personne a besoin de construire un environnement social qui la respecte et qui l'encourage dans son potentiel de croissance. Anthony (2002), quant à lui, ajoute que le fait d'avoir de l'aide formelle ou informelle et des personnes sur qui elle peut compter dans les moments critiques contribuent, sans contredit, au succès de son rétablissement.

Par la suite, les résultats démontrent que pour les personnes qui se situent dans le processus : « Promouvoir un dialogue constructif avec soi », le rétablissement est favorisé par le fait de croire en soi. Pour ces personnes, le rétablissement trouve tout son sens dans le fait d'être quelqu'un malgré la maladie, mais pour cela, elles doivent d'abord et avant tout croire en elles. Cela vient appuyer les écrits de Provencher (2002), qui mentionnent que la personne en voie de rétablissement évolue vers une plus grande connaissance et reconnaissance de soi, ces derniers aidant à renforcer ses croyances à l'égard de son potentiel. Elle apprend à découvrir ses forces et ses faiblesses et à se percevoir comme étant dotée d'une plus grande complexité. Ainsi, elle maintient ou augmente son estime d'elle-même (Provencher, 2007). De plus, tout comme le mentionne Deegan (1988) le paradoxe du rétablissement consiste à accepter ce que la personne ne peut pas faire ou être, mais plutôt de découvrir ce qu'elle est et ce qu'elle peut faire. C'est cette découverte de qui elle est au plus profond d'elle-même et de toutes ses possibilités, qui amène la personne à croire en elle et ces croyances positives représentent un réel moteur pour progresser vers un rétablissement optimal (Corin, 2002; Davidson & Strauss, 1992; Rapp, 2004).

Niveau intermédiaire. Le processus du niveau intermédiaire renvoie à une relation réciproque entre soi et les autres. Les résultats de cette étude révèlent que pour les personnes qui se situent dans ce processus : « Être motivé par une relation de reciprocité avec les autres », le rétablissement tient sa signification dans un sentiment de bien-être ainsi que dans la capacité de recevoir et de semer la vie autour de soi. Pour elles, la personne rétablie a la capacité de fonctionner dans la vie courante, ce qui implique une joie de vivre due au bien-être intérieur vécu. Provencher (2007) explique que le fait d'établir des relations authentiques et réciproques avec d'autres permet de recevoir du soutien et de la compréhension, mais donne aussi à la personne la possibilité d'en offrir à son tour. Se sentir utile aux autres peut être une voie d'actualisation personnelle, voire professionnelle pour plusieurs (Provencher, 2007). Le fait d'avoir une relation de reciprocité avec les autres donne à la personne la possibilité d'être à la fois aidante et aidée par les autres. Ces relations bidirectionnelles contribuent à valoriser la personne et à accroître son estime de soi et lui confirme qu'elle est capable de semer la vie autour d'elle (Adame & Leitner, 2008).

Niveau supérieur. Le processus du niveau supérieur renvoie au fait que la personne peut avoir une vie épanouissante malgré qu'elle vive avec une maladie mentale. Dans ce cas, les résultats démontrent que pour les personnes qui se situent dans ce processus : « Vivre pleinement en dépit de la maladie », le rétablissement signifie avoir la volonté de s'en sortir, amenant la personne à acquérir des connaissances sur sa maladie et sur les limites inhérentes à celle-ci. La volonté de s'en sortir fait référence

notamment à la spiritualité. Selon Cornah (2006), des preuves qualitatives et quantitatives démontrent que les croyances spirituelles sont aidantes pour les personnes qui vivent avec une maladie mentale. En effet, la spiritualité joue un rôle positif et significatif dans la maladie mentale (Kelly & Gamble, 2005), contribuant à renforcer les personnes dans leur volonté de vivre et de donner un sens à leur vie et cela les aide à acquérir une certaine joie de vivre (Frankl, 2006, 2009; Le Vaou, 2006). À ce propos, les écrits mentionnent que pour les personnes qui vivent avec une maladie mentale, le rétablissement consiste à choisir de vivre une vie bien remplie et significative pour elles (Rice, 2007). Il va sans dire que les libres choix de la personne sont importants. Choisir de se rétablir suppose de la volonté pour se prendre en main. Ainsi, lorsque la personne choisie la voie du rétablissement, elle entrevoit un processus de transformation au cours duquel une nouvelle vision d'elle-même, remplie de possibilités, fait surface (Deegan, 2007).

Bien que la volonté soit nécessaire, les connaissances représentent un précieux atout pour connaître la nature et les effets de la maladie et s'apprivoiser aux limites qu'elle impose. Le fait pour la personne d'assumer sa maladie lui permet une meilleure qualité de vie. Bien que plusieurs écrits sur le rétablissement parlent d'acceptation de la maladie comme un important volet du rétablissement (Deegan, 1988; Provencher, 2007; Young & Ensing, 1999), les personnes ayant participé à la présente étude rapportent qu'il n'est pas possible d'accepter la maladie. Elles disent pouvoir l'assumer et apprendre à vivre avec, mais qu'il est impossible d'accepter quelque chose d'aussi

inacceptable qu'une maladie mentale. Vivre avec et non la subir, permet d'éviter de s'identifier à la maladie. La personne en voie de rétablissement se différencie de sa maladie mentale et cela lui permet de se découvrir sous un nouveau jour.

Recouplements entre la santé mentale et le rétablissement

Cette section propose des recouplements entre les résultats de l'étude et les écrits à l'égard des liens entre la santé mentale et le rétablissement. Tout d'abord, il importe de mentionner que pour tous les participants à l'étude, la notion de santé mentale fait partie intégrante de l'expérience du rétablissement, ce que Provencher et Keyes (2010, 2011) décrivent comme étant le rétablissement complet. Dans ce cadre, le rétablissement est redéfini comme une expérience de santé mentale complète (Provencher & Keyes, 2010, 2011).

Discussion des principaux résultats liés aux recouplements entre la santé mentale et le rétablissement

Niveau primaire. On peut voir à travers le recouplement des résultats que le processus : « Accepter l'aide des autres », représentée par accueillir l'aide offerte et avoir recours au monde extérieur, a un impact sur le rétablissement complet de la personne puisqu'il touche à la fois la vision pathogénique et salutogénique. En effet, il permet à la personne, d'une part, de trouver un équilibre de vie à travers l'aide reçue, qui va de pair avec le facteur du bien-être émotionnel et l'expérience d'optimisation de la santé mentale positive. D'autre part, il donne l'opportunité à la personne d'optimiser le soi

fonctionnel, qui fait référence à l'expérience de restauration (Provencher & Keyes, 2010, 2011).

De plus, le recouplement des résultats démontre que le processus : « Puiser dans la vie intérieure », qui fait référence à puiser dans ses ressources intérieures et découvrir ses ressources, influence aussi le rétablissement complet. Notamment, le fait de croire en soi et avoir la volonté de se prendre en main découle du facteur du bien-être psychologique et de l'expérience d'optimisation de la santé mentale positive, tandis que le fait de promouvoir un dialogue constructif avec soi renvoie à l'expérience de restauration à l'égard de la maladie mentale (Provencher & Keyes, 2010, 2011).

Niveau intermédiaire. Tout comme pour le niveau primaire, on peut constater que le processus : « Établir une relation entre soi et les autres » contribue au rétablissement complet de la personne. Par le fait de s'approprier l'aide reçue de l'extérieur, la personne contribue à l'augmentation de son bien-être psychologique, qui a une influence positive sur l'expérience d'optimisation de la santé mentale positive. De même, en étant motivée par une relation de réciprocité avec les autres, la personne retrouve sa place dans la société et ainsi, vise à la promotion de l'expérience de restauration à l'égard de la maladie (Provencher & Keyes, 2010, 2011).

Niveau supérieur. À l'instar des deux niveaux précédents, le processus : « Être en quête de sens » recoupe les deux visions du rétablissement complet. Ainsi, le fait de

donner un sens à sa vie contribue à la promotion de l'expérience d'optimisation de la santé mentale positive en ayant une influence positive à la fois sur le bien-être émotionnel, le bien-être psychologique et le bien-être social de la personne. De même, le fait de vivre pleinement en dépit de la maladie a une influence positive sur l'expérience de restauration à l'égard de la maladie mentale. Enfin, même si les personnes qui se situent dans le niveau supérieur perçoivent le rétablissement sous l'angle de la maladie, le rapport à la maladie (bien que comprenant des éléments de restauration) fait aussi appel à des éléments de la santé mentale positive (bien que ceux-ci ne sont pas désignés comme tels par les répondants).

Liens des résultats avec la théorie intermédiaire du *caring* de Watson

Tel que mentionné au chapitre précédent, la théorie intermédiaire du *caring* de Watson (1988, 1999, 2008) est utilisée comme toile de fond afin de permettre à l'étudiante d'adopter une posture de *caring* tout au long de la recherche. Tel que mentionné précédemment, les résultats de l'étude sont répartis sous forme de niveaux hiérarchiques utilisant le *caring* de Watson (2008) comme fil conducteur.

De plus, à la lumière des résultats obtenus, on est à même de remarquer qu'il existe des liens importants entre ceux-ci et les processus de « *caritas* » cliniques proposés par Watson (2008). D'abord, tout comme les processus de « *caritas* » cliniques de Watson (2008), les résultats renvoient à des processus. Ce qui implique une suite d'opérations ou d'événements, une évolution, un mouvement qui permet d'avancer et de

cheminer. Puisqu'un processus n'est pas statique, le fait d'employer ce terme ouvre des portes à une multitude de possibilités, à divers cheminements où l'espoir d'une bonne santé mentale et/ou d'un rétablissement est possible.

Par la suite, l'approche du *caring* de Watson (1988, 1999, 2008) sert de guide disciplinaire au cours de cette recherche, notamment en ce qui a trait aux liens établis entre l'étudiante et le participant, faisant ainsi référence au processus de « *caritas* » clinique suivant : une pratique d'amour-bonté et d'égalité dans un contexte de conscience *caring*. En fait, c'est grâce aux valeurs véhiculées par ce processus, que l'étudiante peut avoir une disposition d'ouverture face aux différences, qu'elle est capable de voir les autres à travers leurs propres perceptions (Watson, 1998) et qu'elle arrive à répondre au but de la recherche qui est de comprendre l'articulation entre la santé mentale et le rétablissement chez des adultes vivant avec une maladie mentale.

De même, les données recueillies dans cette recherche font ressortir l'apport précieux d'un des processus de « *caritas* » cliniques de Watson (2008), faisant référence à l'espoir, soit : être authentiquement présent, faciliter et maintenir le système de croyances profondes et le monde subjectif du soignant et soigné. Certes, l'espoir est un concept important pour les personnes qui vivent avec une maladie mentale et il fait partie intégrante, tant de la santé mentale positive que du rétablissement. Souvent, l'espoir est transmit par l'entremise d'une autre personne. Tel que le mentionnent Snyder, Rand et Sigmon (2002), l'espoir retrouvé par la personne lui donne la force et le courage

d'aller de l'avant, de s'impliquer dans des projets et dans des activités qui l'aident à découvrir et actualiser son potentiel. Ainsi, elle est en mesure de marcher résolument vers une vie florissante et le rétablissement.

Aussi, l'analyse des résultats de l'étude souligne un autre des processus de « *caritas* » cliniques de Watson (2008), notamment créer un environnement de guérison (*healing*) à tous les niveaux (physique de même que non physique). Ce « *caritas* » se définit comme un environnement subtil d'énergie et de conscience où intégralité, beauté, confort, dignité et paix sont potentialisés. En ce sens, la recherche démontre qu'un environnement de guérison (*healing*) est d'une importance capitale tant pour la santé mentale que pour le rétablissement de la personne qui vit avec une maladie mentale. Le témoignage d'Anabelle met l'accent sur cet aspect : « *L'environnement est important, c'est l'entourage qui joue vraiment un rôle important, il faut qu'il soit sain l'entourage et ça, c'est important* ». Le témoignage d'Olivier montre aussi l'importance de l'environnement : « *Pour se rétablir comme pour être en bonne santé mentale, ce que ça prend, c'est un environnement qui va t'aider* ».

Implications pour la pratique infirmière

Les résultats de l'étude indiquent une correspondance significative entre comment la personne perçoit la santé mentale et comment elle vit son rétablissement. Le fait de répartir les résultats en niveaux hiérarchiques permet aux intervenants d'avoir des repères afin d'identifier où la personne se situe dans son processus de rétablissement.

Donc, ces représentations sont reliées à des étapes du rétablissement apparentées à celles présentées dans l'étude de Young et Ensing (1999), celle-ci faisant état d'éléments de la santé mentale et comprenant trois étapes de rétablissement. Ainsi, le niveau primaire de cette étude semble s'insérer dans l'étape d'initiation du processus de rétablissement de Young et Ensing (1999) qui est de surmonter l'étiquette de la maladie. Ce qui implique un processus personnel et collectif. De même, le niveau intermédiaire de cette recherche semble s'imbriquer dans l'étape intermédiaire selon Young et Ensing (1999) qui est de regagner ce qui est perdu et d'aller de l'avant. Ici, la personne reprend le contrôle de sa vie, entre en relation avec la personne qu'elle est vraiment et établit des relations harmonieuses et valorisantes avec les autres. Enfin, le niveau supérieur de cette étude semble s'introduire dans l'étape ultérieure du processus de rétablissement de Young et Ensing (1999) qui est d'améliorer la qualité de vie, à travers laquelle la personne atteint un sentiment général de bien-être et acquiert de nouveaux potentiels parce qu'elle découvre toutes ses richesses intérieures ainsi que son être spirituel, ce qui donne un sens à sa vie.

Les différents niveaux permettent de situer plus facilement la personne dans son expérience de rétablissement. De ce fait, l'infirmière est plus en mesure d'évaluer les besoins de la personne et de choisir les interventions appropriées pour celle-ci. Ainsi, elle peut aider la personne à se maintenir au niveau où elle se trouve, et l'encourager à poursuivre vers le niveau supérieur, tout cela dans le but d'un mieux-être. Par conséquent, les résultats de cette recherche peuvent soutenir un accompagnement plus

personnalisé et centré sur la personne, mettant ainsi l'accent sur la signification de l'expérience de la santé mentale et du rétablissement vécue par la personne. Cette optimisation de l'accompagnement peut guider davantage les infirmières dans le soutien offert à la personne et ainsi améliorer la qualité des soins dispensés.

Un regard sur les trois niveaux et les quatre processus de la santé mentale donne une vision globale de celle-ci. Il en est de même pour les processus du rétablissement. Ces résultats permettent de mieux saisir le sens réel de ces deux concepts. Ainsi, le fait de répartir les données en différents niveaux hiérarchiques et processus permet de situer plus facilement une personne dans sa façon de percevoir la santé mentale ou le rétablissement ainsi que dans la signification qu'elle accorde à ceux-ci. Ce regroupement peut être précieux pour l'infirmière dans le choix de l'approche à utiliser avec la personne aux prises avec un problème de santé mentale. Cela peut aider à mettre en valeur les forces de la personne, ainsi que les ressources internes et externes que celle-ci peut utiliser pour marcher vers le mieux-être et le rétablissement. De plus, il est bon de mentionner que les différents niveaux et processus renvoient à des stratégies, permettant de reconnaître les similitudes et les liens qui s'articulent entre la santé mentale et le concept du rétablissement puisqu'ils regroupent les mêmes personnes tant pour la santé mentale que pour le rétablissement. Ils peuvent aussi être de bons guides pour orienter les services en santé mentale et ainsi, soutenir les infirmières dans leur pratique quotidienne. Entre autres, les trois niveaux hiérarchiques ainsi que les processus permettent de situer la personne aidée dans son expérience de rétablissement. Cela

permet de répondre à certaines questions posées fréquemment par les professionnels de la santé, soit : Est-ce que la personne est en mesure de demander de l'aide si elle en a besoin ? Est-ce que cette personne a appris à vivre avec sa maladie ? Est-ce que la personne a besoin de soutien et d'encouragement ?

En tant qu'infirmière, il importe lorsque l'on rencontre une personne qui semble avoir une vision de la santé mentale et du rétablissement, qui correspond au niveau primaire et qui cadre dans le processus suivant : « Accepter l'aide des autres », d'être en mesure de le reconnaître afin de pouvoir aider cette personne à cheminer vers la découverte de soi et de ses forces. Il faut amener la personne à aller puiser ses ressources à l'intérieur d'elle-même, puisque c'est grâce à l'introspection que la personne est en mesure de pouvoir faire un pas de plus dans son cheminement. Elle utilise déjà beaucoup l'aide formelle ou informelle venant de l'extérieur, mais a de la difficulté à trouver ces propres ressources intérieures, c'est pourquoi il importe de l'encourager et de lui conseiller des moyens pour découvrir ses richesses intérieures et ainsi trouver cette force de rebondissement qui se trouve en chaque personne et qui permet de surmonter bien des épreuves.

Par la suite, lorsque l'infirmière rencontre une personne qui semble avoir une vision de la santé mentale, qui correspond au niveau primaire et qui cadre dans le processus suivant : « Puiser dans la vie intérieure », elle doit être en mesure de le reconnaître afin de pouvoir aider cette personne à cheminer vers de l'aide extérieure, soit

formelle ou informelle. Il faut s'assurer que la personne va chercher tout le soutien possible à l'extérieur d'elle-même, puisque l'utilisation des ressources externes est un élément contributif pour épauler la personne afin qu'elle puisse faire un pas de plus dans son cheminement.

Afin de contribuer au rétablissement complet de la personne, l'infirmière qui œuvre en santé mentale auprès de personnes qui se trouvent dans le niveau intermédiaire, doit promouvoir le maintient dans leur niveau, mais aussi les encourager à aller vers un niveau supérieur, vers une plus grande actualisation de soi, à poursuivre leur recherche d'une santé globale dans la découverte de la richesse du côté spirituel de leur être. Ces personnes ont besoin d'être encouragées pour s'ouvrir à tout ce qui peut les aider à donner un sens à leur vie, indépendamment d'une maladie physique ou mentale, pour découvrir et mettre l'emphase sur les valeurs qu'elles portent : l'amour, aimer et être aimé, la croyance en Dieu, l'honnêteté, la spiritualité, etc., et qui les aident à être elles-mêmes et à poursuivre leur cheminement.

Dans le cas d'une personne qui se situe dans le niveau supérieur, l'infirmière doit veiller à ce que la personne puisse garder un équilibre entre les trois aspects majeurs que sont le « soi », « les autres » et « le spirituel ». Elle peut reconnaître toutes les ressources, les forces, les capacités et les compétences que la personne possède, afin de l'amener à se faire davantage confiance, et ainsi, aller plus loin. L'infirmière peut aussi encourager la personne à utiliser les outils qu'elle possède déjà et à en développer de

nouveaux pour arriver à se maintenir en santé mentale. Tout ceci encourage et ravive l'espoir chez ces personnes afin qu'elles gardent leur détermination à être bien.

Enfin, cette recherche met en lumière l'importance d'identifier le vécu de la personne et la signification que celle-ci donne à la santé mentale. En mettant l'accent sur ces éléments, inévitablement, les travailleurs de la santé adopteront une posture axée sur le processus du rétablissement en conformité avec le PASM 2005-2010 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005). Cette recherche donne des indications sur le niveau hiérarchique où se trouve la personne dans son processus de rétablissement. Ces niveaux sont des balises qui peuvent venir bonifier la pratique infirmière, notamment dans l'accompagnement de la personne qui vit avec une maladie mentale. Le personnel devrait donc être mieux outillé pour aider et dispenser des soins plus personnalisés à leur clientèle. Ainsi, une meilleure connaissance et reconnaissance de la signification que la personne donne tant à sa santé mentale qu'à son rétablissement permet une approche qui amène la personne à développer graduellement des éléments appartenant aux niveaux supérieurs et ainsi poursuivre son évolution. Enfin, cette étude légitimise l'importance de favoriser des interventions en fonction de la promotion de la santé mentale chez des personnes en voie de rétablissement (Provencher, 2007; Provencher & Keyes, 2010, 2011).

Recommandations pour la recherche en sciences infirmières

Les résultats de cette recherche renforcent les écrits de Davidson (2010), qui mentionnent que pour les personnes qui vivent avec une maladie mentale, le rétablissement ne signifie pas « accepter » la maladie, mais « assumer » la maladie. Plusieurs écrits actuels parlent d'accepter la maladie alors que les personnes participant à l'étude disent qu'elles ne peuvent pas accepter la maladie, parce que c'est quelque chose d'inacceptable. Toutefois, elles mentionnent qu'elles peuvent l'assumer et arriver à apprendre à vivre avec, mais elles insistent sur le fait que cela n'est pas synonyme d'accepter la maladie. Le terme employé fait donc une grande différence pour les personnes qui vivent avec une maladie mentale. Il serait intéressant de faire une étude exploratoire de type qualitative, par exemple à partir d'analyse de récits de vie et d'entrevues semi-dirigées, afin de valider la différence entre le fait d'accepter ou d'assumer la maladie chez les personnes qui vivent avec une maladie mentale.

Un autre élément important mis en évidence grâce à la présente recherche concerne les écrits actuels sur le rétablissement. Les notions expliquées dans ces écrits s'apparentent tant à la santé mentale qu'au rétablissement. Bien que la santé mentale fasse partie de l'expérience du rétablissement et qu'elle teinte cette expérience, nous faisons face à deux concepts différents, mais qui sont interreliés et qui doivent être abordés séparément. C'est donc dire que parmi les éléments retrouvés dans les écrits sur le rétablissement, certains appartiennent vraiment au rétablissement, alors que d'autres servent à définir la santé mentale, qui fait elle aussi partie du rétablissement. Il serait

donc pertinent de valider ces données dans une recherche future et ainsi pouvoir représenter clairement ces éléments exclusifs.

Il importe aussi de mentionner que les significations données par chaque personne à la santé mentale et au rétablissement évoluent selon la personne et selon son cheminement. Elles changent avec le niveau hiérarchique dans lequel la personne se trouve et évolue selon le processus de la personne et en fonction de son cheminement. Afin de valider l'évolution des significations données, il serait intéressant de faire une étude où les participants seraient rencontrés plus d'une fois sur une assez longue période de temps.

Forces et limites de l'étude

Forces de l'étude

L'originalité de cette étude consiste à proposer des indications sur le niveau hiérarchique où se situe la personne dans son processus de rétablissement. Elle signale la relation indissociable entre le concept de santé mentale et celui du rétablissement, elle démontre que la façon dont la personne voit sa santé mentale est un indicateur de son rétablissement et elle met en lumière des éléments de santé mentale positive qui coexistent avec l'absence de maladie mentale.

L'une des forces de cette étude concerne les participants. Le fait que les personnes qui ont participé à l'étude vivent elles-mêmes avec une maladie mentale est sans

contredit une force majeure. Ces personnes ont leur propre expérience du rétablissement et sont les mieux placées pour parler de la signification qu'elles donnent à la santé mentale et au rétablissement. Anthony (1993, 2000) mentionne que pour mettre en place des services orientés sur le rétablissement, il faut d'abord connaître les besoins réels des personnes qui utilisent ces services. Ainsi, il est important, voire primordial de donner l'opportunité et de permettre aux personnes qui vivent avec une maladie mentale, d'exprimer leurs besoins et de donner leur point de vue sur leur façon de voir les services qui leurs sont offerts (Corin, 2002). C'est d'ailleurs ce que la présente étude a voulu faire en donnant la possibilité aux personnes vivant avec une maladie mentale de parler de leur expérience et en prenant en compte leur vécu pour comprendre l'articulation entre la santé mentale et la conception du rétablissement.

Une autre force de l'étude est reliée à l'expérience de vie de l'étudiante. En effet, l'étudiante, non seulement travaille, mais vit depuis plusieurs années dans un contexte de milieu familial avec des personnes aux prises avec une maladie mentale. Cette expérience de vie lui permet d'avoir une vue tant de l'intérieur que de l'extérieur du vécu de personnes en processus de rétablissement. Cela apporte une vision singulière et différente de toutes autres études réalisées dans ce domaine.

Une troisième force de l'étude se rapporte au fait d'avoir regroupé les résultats sous forme de niveaux hiérarchiques. Ceux-ci aident à saisir davantage les résultats, mais peuvent aussi fournir une aide concrète dans la pratique infirmière. Ils permettent

d'apporter un soutien à partir de la personne et du niveau dans lequel elle se trouve et ainsi, offrir des services personnalisés, ce qui facilite pour la personne, le maintien de sa santé mentale et son cheminement vers le rétablissement.

Enfin, une autre force de cette étude réside dans le fait qu'elle démontre l'importance de tenir compte du concept du rétablissement complet (Provencher & Keyes, 2010, 2011) dans la pratique infirmière, en mettant à la fois l'accent sur la promotion de stratégies orientées vers la restauration à l'égard de la maladie mentale et l'optimisation de la santé mentale positive. À cet égard, l'étude démontre l'aspect indissociable de la santé mentale et du rétablissement.

Limites de l'étude

Les limites de l'étude concernent d'abord, la représentativité de l'échantillon ainsi que les méthodes de recrutement. Tout d'abord, dans la présente recherche, l'étudiante a effectué le recrutement avec des critères plutôt larges, puisque la recherche s'adresse à toute personne souffrant d'une maladie mentale, quel que soit le diagnostic. Ceci fait en sorte que l'échantillon obtenu n'est pas représentatif de la répartition relative aux maladies mentales dans la population. Toutefois, dans le cadre d'une recherche qualitative le but visé est plutôt un échantillon pouvant amener à une saturation théorique qu'un échantillon représentatif. Ainsi, dans le cadre de cette étude, il y a eu saturation théorique des données (Guba, 1981).

De plus, l'échantillon obtenu aux fins de cette recherche est composé de plus de la moitié des personnes ayant un diagnostic de dépression majeure, une seule a un diagnostic appartenant à la famille des psychoses et aucune d'entre elles ne souffre de trouble de la personnalité. Même si la majorité des gens ont un diagnostic de dépression majeure, ceux-ci se répartissent de façon assez uniforme au travers des trois niveaux et des quatre processus, c'est-à-dire que les personnes ayant un tel diagnostic ne se retrouvent pas toutes au même niveau. Cela permet de constater que la signification que la personne donne à sa santé mentale et à son rétablissement ne semble pas avoir de liens avec le diagnostic de cette dernière. En effet, selon les résultats obtenus, il semble que le diagnostic dont souffre la personne n'influence pas la signification que celle-ci donne à la santé mentale ou au rétablissement. Ce qui est important pour le rétablissement est plutôt la variation dans le niveau fonctionnel de la personne, et ce, indépendamment de la maladie de celle-ci. Ainsi, il serait intéressant de refaire la recherche en portant attention à une plus grande représentation des divers niveaux de statut fonctionnel (par exemple : foyer, appartement supervisé, logement autonome, ou bien ressources intermédiaires d'hébergement vis-à-vis logement autonome). Cela permettrait de valider les résultats obtenus dans cette étude et de dire si oui, ou non, le niveau fonctionnel de la personne a une influence sur la signification qu'elle donne à la santé mentale et au rétablissement.

De même, étant donné le peu de variation sur le plan fonctionnel chez les participants qui ont accepté de collaborer à la recherche, cela implique que les résultats

sont le reflet du vécu de personnes ayant un niveau fonctionnel plutôt élevé. Il peut donc y avoir une limite quant à la possibilité de transfert des résultats.

Un autre point important à discuter est le fait que plus de femmes que d'hommes ont répondu à la présente recherche. Étant donné que le recrutement était effectué par l'entremise du Centre Augustinien, et que celui-ci dispense plus de services à une clientèle féminine que masculine, cela peut expliquer qu'il y ait plus de femmes que d'hommes qui ont participé.

De plus, les participants à l'étude sont majoritairement des gens mariés. Or, le pourcentage de la population mariée au Québec est beaucoup moins élevé que celui obtenu dans les résultats. Cela peut avoir un lien direct avec le groupe d'âge dans lequel se trouver la majorité des participants, soit entre 40 et 59 ans. C'est par ailleurs, le groupe d'âge parmi lequel on retrouve le plus de gens mariés.

On remarque aussi que les participants à cette étude sont plus scolarisés que la moyenne québécoise. Certains participants ont mentionné que les études ont été, pour eux, un moyen de cheminer vers le rétablissement. Pour eux, cette démarche leur permettait de vérifier si leur cerveau pouvait encore servir à quelque chose même s'il était malade. Toutefois, on ne peut généraliser ces résultats à l'ensemble des personnes qui vivent avec une maladie mentale. Les participants à l'étude mentionnent que la maladie mentale est taboue. De même, les plus scolarisés expriment qu'ils ont davantage

de difficulté à avouer qu'ils vivent avec une maladie mentale. En effet, lors de la rencontre préliminaire à l'entrevue, plusieurs personnes ont partagé à l'étudiante qu'elles ne parlent de leur maladie qu'aux gens très proches et qu'il ne faut surtout pas que leur milieu de travail apprenne qu'elles ont une maladie mentale. Il serait donc intéressant de faire des études afin de vérifier si, effectivement, les gens plus scolarisés qui vivent avec une maladie mentale sont moins susceptibles d'informer leur entourage et leur employeur de leur condition, et même d'aller chercher de l'aide extérieure.

Il est aussi important de se questionner sur la méthode de recrutement qui a été privilégié pour effectuer la présente recherche. L'étudiante a recruté les participants par l'entremise des intervenants du Centre Augustinien. En fait, 17 lettres expliquant les objectifs et le déroulement de l'étude ont été remises et l'étudiante a reçu 17 réponses, dont deux personnes ne répondaient pas aux critères d'inclusion pour la participation à l'étude. Les personnes ayant répondu, n'étaient toutefois pas toujours celles à qui l'intervenant avait remis une lettre. Cela veut dire que chaque personne qui a reçu une lettre d'information a eu le souci qu'elle soit remise à une personne qui accepterait de participer à l'étude. Le fait que ce ne sont pas nécessairement les gens qui ont reçu une lettre qui ont accepté de participer à l'étude implique qu'il y a eu un effet de bouche à oreille. Comme il s'agit d'un échantillon de convenance, le fait qu'il y ait eu du bouche à oreille ne dérange en rien les résultats.

Il peut aussi y avoir des limites en lien avec le recrutement étant donné que celui-ci s'est effectué par l'entremise de gens qui côtoient le Centre Augustinien. Par le fait même, les personnes recrutées peuvent être plus enclines à reconnaître l'importance de pouvoir compter sur une ressource d'aide, celle-ci étant utilisée avec satisfaction pour la plupart d'entre elles, ce qui peut inciter ces personnes à conclure qu'elles ont besoin d'aide formelle et informelle. D'autres limites peuvent être en lien avec le fait que le Centre Augustinien (lieu de recrutement) est un organisme à but non lucratif tenu par des religieuses, et que l'étudiante est membre de cette communauté. En fait, cela peut occasionner un impact sur les résultats de l'étude, particulièrement sur ceux concernant la spiritualité. Or, les écrits recensés sur la spiritualité démontrent que c'est un élément important dans le processus du rétablissement (Cornah, 2006; Frankl, 2009; Grün, 2001; Le Vaou, 2006; Longo & Peterson, 2002; Provencher, 2007; Ross, 2010).

De plus, l'étudiante se questionne à savoir si le fait d'être une religieuse a pu influencer sur le recrutement ? Est-ce que les personnes ont répondu par sentiment de loyauté envers l'étudiante ou pour lui rendre service ? De plus, est-ce que le fait que le recrutement s'est effectué à Dolbeau-Mistassini, dans un petit milieu rural où tout le monde se connaît a pu avoir une influence sur le taux de réponse et de participation à l'étude ? Certaines personnes ont avoué avant l'entrevue qu'elles avaient répondu parce qu'elles n'avaient pas peur de se sentir jugées puisque c'était une religieuse qui effectuait l'étude. D'autres ont dit qu'elles le faisaient afin d'aider d'autres personnes qui pourraient passer par le même chemin qu'elles. Il y a des gens qui ont choisi de

participer parce que ça leur donnait le sentiment d'être utiles malgré leur maladie. Enfin, quelques personnes ont dit qu'elles ont voulu participer pour elles-mêmes, afin de vérifier si elles étaient capables de parler ouvertement de leur rétablissement et de leur vécu par rapport à leur maladie mentale.

Enfin, il peut y avoir des limites en lien avec la perception des sujets face à la recherche et l'impact de ces perceptions sur leurs révélations. Afin de minimiser ces limites pouvant être en lien avec la collecte des données, l'étudiante s'est d'abord imprégnée de la théorie intermédiaire du *caring* de Watson (1988, 1999, 2008), ce qui lui a permis de favoriser un lien de confiance entre elle et le participant. Aussi, toujours dans le but de minimiser ces limites, l'étudiante a utilisé un guide d'entrevue semi-dirigée contenant des questions ouvertes. Toutefois, le guide d'entrevue n'est pas le seul outil utilisé afin de recueillir des données. Comme Van Manen (2002) souligne que l'utilisation d'un médium artistique vient enrichir la description des thèmes abordés en cours d'entrevue herméneutique, les participants ont aussi eu à utiliser le dessin au cours de l'entrevue. Ce qui a aussi pu contribuer à diminuer les limites relatives à la collecte des données, par le fait que les personnes qui avaient plus de difficulté à répondre aux questions ouvertes pouvaient avoir plus de facilité à parler en regard du dessin qu'elles avaient effectué.

Conclusion

À la fin de ce mémoire, il est important de mentionner que la présente recherche permet de mettre en lumière de nouveaux éléments. Il ressort que la notion de santé mentale fait partie intégrante de l'expérience du rétablissement, et ce, chez tous les participants à l'étude. Ce qui signifie qu'il est primordial d'aider la personne à se maintenir en bonne santé mentale afin qu'elle chemine dans son processus de rétablissement. L'articulation entre le rétablissement et la santé mentale montre que le niveau de bien-être éprouvé par la personne est en lien avec sa santé mentale et il a un impact direct avec le rétablissement de cette dernière. Il est donc important de s'intéresser à la fois à la santé mentale et au rétablissement des personnes qui vivent avec une maladie mentale.

De plus, cette recherche permet de démontrer que même si des écrits actuels sur le rétablissement parlent « d'acceptation » de la maladie, les personnes participant à l'étude affirment que la maladie mentale ne s'accepte pas. Les résultats viennent renforcer l'idée de Davidson (2010) à l'effet que la personne qui vit avec une maladie mentale peut assumer sa maladie et apprendre à vivre avec celle-ci, mais elle n'a pas à l'accepter puisque ce n'est pas acceptable.

Enfin, les résultats de cette étude permettent d'affirmer que les significations données à la santé mentale et au rétablissement ne sont pas statiques, mais sont appelés à

évoluer selon la personne et son cheminement. En fait, la personne a la possibilité de passer d'un niveau à l'autre afin d'atteindre un niveau de bien-être supérieur.

Le fait d'effectuer cette recherche auprès de personnes vivant avec une maladie mentale est d'une grande richesse pour l'étudiante. Elle se rend compte de l'importance de prendre en considération le vécu de la personne et de voir cette dernière comme un être humain à part entière. Elle prend conscience que ces personnes savent très bien ce dont elles ont besoin pour les aider à se rétablir et qu'elles ont à cœur de participer à des études dans l'espoir d'aider d'autres personnes à se rétablir et afin que les services offerts pour les aider puissent s'orienter en fonction de leurs besoins réels. L'étudiante s'aperçoit que cette recherche est importante puisque les différents niveaux hiérarchiques ressortis suite à l'analyse des résultats font réellement référence au vécu des personnes qui vivent avec une maladie mentale. Ainsi, ils peuvent avoir un impact positif pour guider la pratique infirmière.

En tenant compte de ces différentes notions, il est important que de nouveaux services, notamment à l'égard de la pratique infirmière, pour les personnes vivant avec une maladie mentale puissent voir le jour, en prenant en considération le vécu de la personne et la signification que celle-ci donne à sa santé mentale. Il faut aussi privilégier que d'autres recherches soient effectuées afin de confirmer les données recueillies dans la présente étude et ainsi être davantage en mesure de guider la pratique infirmière en santé mentale.

Références

- Adame, A. L., & Leitner, L. M. (2008). Breaking Out of the Mainstream: The Evolution of Peer Support Alternatives to the Mental Health System. *Ethical Human Psychology & Psychiatry*, 10, 146-162.
- Andreasen, N. C., Carpenter, W. T., Kane, J. M., Lasser, R. A., Marder, S. R., & Weinberger, D. R. (2005). Remission of schizophrenia: Proposed criteria and rationale for consensus. *American Journal of Psychiatry*, 162, 441-449.
- Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: Towards an empirically validated stage model. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 586-594.
- Anthony, K. H. (2008). Helping partnerships that facilitate recovery from severe mental illness. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 46(7), 24-33.
- Anthony, W., Rogers, E. S., & Farkas, M. (2003). Research on evidence-based practices: Future directions in an era of recovery. *Community Mental Health Journal*, 39(2), 101-114.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 9-23.
- Anthony, W. A. (2000). A recovery-oriented services system: Setting some system level standards. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24, 159-168.
- Anthony, W. A. (2002). Pour un système de santé axé sur le rétablissement: Douze points de repères pour l'organisation d'ensemble des services. *Santé Mentale Au Québec*, 27(1), 102-113.
- Anthony, W. A., Cohen, M. J., Farkas, M., & Gagne, C. (2004). *La réhabilitation psychiatrique* (F. Elbouz & B. Heyden, Trans. 2 ed.). Charleroi, Belgique: Socrate Éditions Promarex.
- Anthony, W. A., & Huckshorn, K. A. (2008). *Principled leadership in mental health systems and programs*. Boston: Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Association Canadienne pour la santé mentale. (2009). *Le bonheur n'est pas un but mais le moyen de la vie*. Lac-St-Jean: Association Canadienne pour la santé mentale.

- Association québécoise pour la réadaptation psychosociale. (2010). Site officiel de l'AQRP. Consulté le 15 décembre 2011, de: www.aqrp-sm.org.
- Barker, P. (2001a). The Tidal Model: Developing a Person-Centered Approach to Psychiatric and Mental Health Nursing. *Perspectives in Psychiatric Care*, 37(3), 79-87.
- Barker, P. (2001b). The tidal model: The lived-experience in person-centred mental health nursing care. *Nursing Philosophy*, 2(3), 213-223.
- Barker, P. (2003). The Tidal Model: Psychiatric colonization, recovery and the paradigm shift in mental health care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12(2), 96-102.
- Barker, P., & Buchanan-Barker, P. (2004). Bridging: talking meaningfully about the care of people at risk. *Mental Health Practice*, 8(3), 12-15.
- Barker, P., & Buchanan-Barker, P. (2008). Reclaiming nursing: making it personal. *Mental Health Practice*, 11(9), 12-16.
- Barry, M. M. (2009). Addressing the determinants of positive mental health: Concepts, evidence and practice. *International Journal of Mental Health Promotion*, 11(3), 4-17.
- Beaulieu, A., Morin, P., Provencher, H., & Dorvil, H. (2002). Le travail comme déterminant social de la santé pour les personnes utilisatrices des services de santé mentale (notes de recherche). *Santé Mentale Au Québec*, 27(1), 177-193.
- Beeble, M. L., & Salem, D. A. (2009). Understanding the phases of recovery from serious mental illness: The roles of referent and expert power in a mutual-help setting. *Journal of Community Psychology*, 37(2), 249-267.
- Bellack, A. S. (2006). Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: Concordance, contrasts, and implications. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 432-442.
- Bergeron-Leclerc, C., & Cormier, C. (2009). Les ingrédients magiques de la relation d'aide. Une exploration des facteurs à l'origine du succès de l'intervention dans le champ de la santé mentale. *Service social*, 55(1), 1-16.
- Bizier, V. (2007). Un voyage en Grèce avec l'AQRP sous le signe du rétablissement: De l'obsession à la libération. *Le Partenaire*, 15(2).

- Bledsoe, S. E., Lukens, E., Onken, S., Bellamy, J. L., & Cardillo-Geller, L. (2008). Mental Illness, Evidence-Based Practice, and Recovery: Is There Compatibility between Service-User-Identified Recovery-Facilitating and -Hindering Factors and Empirically Supported Interventions? *Best Practice in Mental Health: An International Journal*, 4(2), 34-58.
- Bonney, S., & Stickley, T. (2008). Recovery and mental health: A review of the British Literature. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 15, 140-153.
- Borg, M., & Davidson, L. (2008). The nature of recovery as lived in everyday experience. *Journal of Mental Health*, 17, 129-140.
- Bouchard, L. (2007). Tenter la recherche sur le rétablissement en santé mentale et sa théorie vers la pratique. *Le Partenaire*, 15(1), 19-22.
- Brown Kirschman, K. J., Johnson, R. J., Bender, J. A., & Roberts, M. C. (2009). Positive psychology for children and adolescents: Development, prevention, and promotion. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *Oxford handbook of positive psychology* (2 ed., pp. 133-148). Oxford: Oxford University Press, Inc.
- Brown, L. D., Shepherd, M. D., Merkle, E. C., Wituk, S. A., & Meissen, G. (2008). Understanding How Participation in a Consumer-Run Organization Relates to Recovery. *American Journal of Community Psychology*, 42, 167-178.
- Brown, W. (2008). Narratives of Mental Health Recovery. *Social Alternatives*, 27(4), 42-48.
- Cara, C., & O'Reilly, L. (2008). S'approprier la théorie du Human Caring de Jean Watson par la pratique réflexive lors d'une situation clinique. *Recherche en soins infirmiers*, 95, 37-45.
- Carpenter, J. (2002). Mental health recovery paradigm: Implications for social work. *Health and Social Work*, 27(2), 86-94.
- Commision de la santé mentale du Canada. (2009). *Vers le rétablissement et le bien-être: Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada*. Canada.
- Corin, E. (2002). Se rétablir après une crise psychotique: Ouvrir une voix? Retrouver sa voix. *Santé Mentale Au Québec*, 27, 65-82.
- Cornah, D. (2006). *The impact of spirituality on mental health: A review of the literature*. (No. 978-1-903645-85-7). London: Mental Health Foundation.

- Corrigan, P. W., Mueser, K. T., Bond, G. R., Drake, R. E., & Solomon, P. (2008). *Principles and practice of psychiatric rehabilitation: An empirical approach*. New York: Guilford Press.
- Davidson, L., O'Connell, M., Tondora, J., Styron, T., & Kangas, K. (2006). The top ten concerns about recovery encountered in mental health system transformation. *Psychiatric Services, 57*, 640-645.
- Davidson, L., Rakfeldt, J., & Strauss, J. (2010). *The roots of the recovery movement: Lessons learned*. London: Wiley-Blackwell.
- Davidson, L., & Roe, D. (2007). Recovery from versus recovery in serious mental illness: one strategy for lessening confusion plaguing recovery. *Journal of Mental Health, 16*(4), 459-470.
- Davidson, L., & Strauss, J. S. (1992). Sense of self in recovery from severe mental illness. *British Journal of medical psychology, 65*, 131-145.
- Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 11*(4), 11-19.
- Deegan, P. E. (1996). Recovery as a journey of the heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 19*(3), 91.
- Deegan, P. E. (2007). Le rétablissement en tant que processus autogéré de guérison et de transformation. *Le Partenaire, 15*(1), 13-18.
- Direction de santé publique. (2005). *Priorité de santé publique en matière de promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*. Outaouais.
- Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012* (Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux ed.). Canada.
- Dorvil, H., Guttman, H., Ricard, N., & Villeneuve, A. (1997). Trente-cinq ans de désinstitutionnalisation. *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale: Pour une réponse efficace et efficiente des personnes atteintes de troubles mentaux graves*. (pp. 15-26). Québec, Canada: Publications du Comité de la Santé mentale, Gouvernement du Québec.
- Falk Rafael, A. R. (2000). Watson's Philosophy, Science, and Theory of Human Caring as a Conceptual Framework for Guiding Community Health Nursing Practice. *Advances in Nursing Science, 23*(2), 34-49.

- Farkas, M., Gagne, C., Anthony, W., & Chamberlin, J. (2005). Implementing recovery oriented evidence based programs: Identifying the critical dimensions. *Community Mental Health Journal*, 41, 141-158.
- Fawcett, J. (2005). Watson's theory of human caring. In J. Fawcett (Ed.), *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories* (2 ed., pp. 553-585). Philadelphia, PA: F.A. Davis Company.
- Fitzgerald, A. D. (2005). *Encyclopédie Saint Augustin: La Méditerranée et L'Europe IV-XXI siècle*. Paris: Les Éditions du Cerf.
- Fortin, M.-F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal: Chenelière Éducation.
- Frankl, V. (2006). *Découvrir un sens à sa vie avec la logothérapie*. Montréal: Les Éditions de l'Homme.
- Frankl, V. (2009). *Nos raisons de vivre: À l'école du sens de la vie*. Paris: InterEditions.
- Gouvernement du Canada. (2006). *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada*. Canada.
- Gouvernement du Québec. (1989). *Politique de santé mentale*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Gouvernement du Québec. (2011). Institut de la statistique du Québec. Consulté le 2 mai 2011, de: <http://www.stat.gouv.qc.ca>.
- Grün, A. (2001). *Ce qui rend les hommes malades et ce qui les guérit*. Paris: Desclée de Brouwer.
- Guba, E. G. (1981). Criteria for Assessing the Trustworthiness of Naturalistic Inquiries. *Educational Communication and Technology Journal*, 29(2), 75-91.
- Harding, C. M., Brooks, G. W., Ashikaga, T., Strauss, J. S., & Breier, A. (1987a). The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, I: Methodology, study sample, and overall status 32 years later. *The American Journal Of Psychiatry*, 144, 718-726.
- Harding, C. M., Brooks, G. W., Ashikaga, T., Strauss, J. S., & Breier, A. (1987b). The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, II: Long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia. *The American Journal Of Psychiatry*, 144, 727-735.
- Heidegger, M. (1958). *Essais et conférences*. Paris: Gallimard.

- Hôpital Louis-H. Lafontaine. (2009). L'hôpital Louis-H. Lafontaine et la santé mentale en chiffre. Consulté le 15 octobre 2009, de: <http://www.hlhl.qc.ca/salle-de-presse/statistiques.html>
- Houghton, J. F. (1982). First person account: maintaining mental health in a turbulent world. *Schizophrenia Bulletin*, 8, 548-553.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2009). *Améliorer la santé mentale des Canadiens: Explorer la santé mentale positive*. Ottawa: Institut canadien d'information sur la santé.
- Institut de la statistique du Québec. (2008). Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois. Québec: Gouvernement du Québec.
- Jacobson, N. (2001). What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatric Services*, 52, 482-485.
- Jacobson, N., & Curtis, L. (2000). Recovery as policy in mental health services: Strategies emerging from the states. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23(4), 333.
- Kelly, M., & Gamble, C. (2005). Exploring the concept of recovery in schizophrenia. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 12, 245-251.
- Keyes, C. L. (2006). Subjective well-being in mental health and human development research worldwide: An introduction. *Social Indicators Research*, 77, 1-10.
- Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing. *American Psychologist*, 62(2), 95-108.
- Keyes, C. L. M., & Haidt, J. (2003). *Flourishing: Positive psychology and the life well-lived* (2 ed.). Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Lagueux, N. (2011). Témoignage "sortir du silence". Consulté le 26 juillet 2011, de http://www.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/sante_mentale/index.php?aid=107
- Langlois, R. (2009). Quand le phare fait lumière sur l'autostigmatisation. *Le Partenaire*, 18(1), 9-10.
- Le Vaou, P. (2006). *Une psychothérapie existentielle: La logothérapie de Viktor Frankl*. Paris, France: L'Harmattan.

- Liberman, R. P., & Kopelowicz, A. (2005). Recovery from schizophrenia: A criterion-based definition. In R. O. Ralph, & Corrigan, P. W. (Ed.), *Recovery in mental illness: Broadening our understanding of wellness*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Loiselle, C. G., Profetto-McGrath, J., Polit, D. F., & Beck, C. T. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières: Approches quantitatives et qualitatives*. Québec: Éditions du Renouveau Pédagogique Inc.
- Longo, D. A., & Peterson, S. M. (2002). The role of spirituality in psychosocial rehabilitation. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25, 333-340.
- Martin, N., & Johnston, V. (2007). *Passons à l'action: Lutte contre la stigmatisation et la discrimination*. Canada: Commission de la santé mentale du Canada.
- Mead, S., & Copeland, M. E. (2000). What recovery means to us: consumers' perspectives... including commentary by Lehman AF. *Community Mental Health Journal*, 36(3), 315-331.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2005). Plan d'action en santé mentale 2005-2010, *La force des liens*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Mucchielli, A. (1996). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris: Colin.
- Mueser, K. T., Corrigan, P. W., Hilton, D. W., Tanzman, B., Schaub, A., Gingerich, S., & al. (2002). Illness management and recovery: A review of the research. *Psychiatric Services*, 53, 1272-1284.
- Noiseux, S., & Ricard, N. (2005). Le rétablissement de personnes vivant avec la schizophrénie. *Perspective infirmière*, 3(2), 11-22.
- Noordsy, D. L., Torrey, W., Mueser, K., Mead, S., O'Keefe, C., & Fox, L. (2002). Recovery from severe mental illness: An intrapersonal and functional outcome definition. *International Review of Psychiatry*, 14, 318-326.
- Ong, A. D., & Zautra, A. J. (2009). Modeling positive human health: From covariance structures to dynamic systems. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *Oxford handbook of positive psychology* (2 ed., pp. 97-104). Oxford: Oxford University Press, Inc.
- Organisation mondiale de la santé. (2001). Rapport sur la santé dans le monde, *La santé mentale: Nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève: Organisation mondiale de la santé.

- Organisation mondiale de la santé. (2007). Qu'est-ce que la santé mentale? Consulté le 2 juillet 2010, de: www.who.int/features/qa/62/fr/index.html.
- Pepin, J., Kérouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3 ed.). Montréal: Chenelière Éducation.
- Peterson, C. (2006). *A primer in positive psychology*. New York: Oxford University Press.
- Pettie, D., & Triolo, A. M. (1999). Illness as evolution: the search for identity and meaning in the recovery process. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22, 255-262.
- Provencher, H. L. (2002). L'expérience du rétablissement: perspectives théoriques. *Santé Mentale Au Québec*, 27(1), 35-64.
- Provencher, H. L. (2007). Le paradigme du rétablissement: 1. Une expérience globale de santé. *Le Partenaire*, 15(1), 4-12.
- Provencher, H. L. (2011). *Introduction à la pratique infirmière en psychiatrie et santé mentale: Notes de cours*. Québec: Faculté des sciences infirmières, Université Laval.
- Provencher, H. L., & Keyes, C. L. M. (2010). Une conception élargie du rétablissement. *L'information Psychiatrique* 86(7), 1-11.
- Provencher, H. L., & Keyes, C. L. M. (2011). Complete mental health recovery: Bridging mental illness with positive mental health. *Journal of Public Mental Health*, 10(1), 54-66.
- Rapp, C. A. (2004). Le suivi communautaire: approche axée sur les forces. In R. Émard, & Aubry, T. (Ed.), *Le suivi communautaire en santé mentale. Une invitation à bâtir sa vie* (pp. 31-65). Ottawa: Les Presses de l'Université d'Ottawa.
- Rice, C. (2007). Le rétablissement tel qu'il a été défini par le Mouvement des utilisateurs de services américains. *Le Partenaire*, 15(1), 11-14.
- Ross, M.-P. (2010). *Traverser l'épreuve: Comment activer notre potentiel de vie*. Québec: Édition FIDES.
- Russinova, Z. (1999). Providers' hope-inspiring competence as a factor potimizing psychiatric rehabilitation outcomes. *Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 65(4), 50-57.

- Ryff, C. D., & Singer, B. (1996). Psychological well-being: Meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 14-23.
- Santé Canada. (2002). Rapport sur les maladies mentales au Canada. Ottawa: Comité de rédaction sur les maladies mentales au Canada.
- Semaine de sensibilisation aux maladies mentales. (2010). Combattre la stigmatisation et la discrimination. Consulté le 10 décembre 2011, de: www.miaw.ca/fr/mental-illness/stigma-discrimination.aspx
- Silverstein, S., & Bellack, A. S. (2008). A scientific agenda for the concept of recovery as it applies to schizophrenia. *Clinical Psychology Review*, 28, 1108-1124.
- Snyder, C. R., Rand, K. L., & Sigmon, D. R. (2002). Hope Theory: A Member of the Positive Psychology Family. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 257-276). New York: Oxford University Press.
- Statistiques Canada. (2004). *Le Canada en statistique*. Ottawa: Gouvernement du Canada.
- Strauss, A. L., & Corbin, J. M. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (2 ed.). Thousand Oaks, Califournie: Sage Publications.
- Stuart, H., & Arboleda-Florez, J. (2009). Maladie mentale et discrimination en emploi: Examen des enjeux. *Le Partenaire*, 18(1), 23-27.
- Sylvain, H. (2002). La vision holistique dans la pratique infirmière: Une question de ... paradigme? *L'Infirmière Canadienne*, 3(1), 8-12.
- Thomson, D. A., Gélinas, D., & Ricard, N. (2002). Le modèle PACT: Suivi dans la communauté des personnes atteintes de troubles mentaux graves. *L'Infirmière du Québec*, 10(1), 26-36.
- Unzicker, R. (1989). On my own: A personal journey through madness and re-emergence. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13(1), 71-77.
- Van Manen, M. (1997). *Researching lived experience. Human science for an action sensitive pedagogy*. Ontario: The Althouse Press.
- Van Manen, M. (2002). *Writing in the dark: Phenomenological studies in interpretive inquiry*. Ontario: Althouse Press.

- Watson, J. (1988). *Nursing: Human Science and Human Care. A Theory of Nursing.* (1 ed.). New York: National League for Nursing.
- Watson, J. (1997). The Theory of Humain Caring: Retrospective and prospective. *Nurse Science Quarterly*, 10(1), 49-52.
- Watson, J. (1998). Les facteurs caratifs des soins infirmiers. *Le caring: Philosophie et sciences des soins infirmiers* (pp. 21-34). Paris: Seli Arslan.
- Watson, J. (1999). *Nursing: Human Science and Human Care. A Theory of Nursing* (2 ed.). New York: National League for Nursing.
- Watson, J. (2008). *Nursing: The philosophy and science of caring* (Rev. ed.). Boulder, Colorado: University Press of Colorado.
- Young, S. L., & Ensing, D. S. (1999). Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22, 219-231.

Appendice A
Lettre de présentation de la recherche

La signification de la santé mentale dans le cadre de l'expérience du rétablissement chez des adultes vivant avec une maladie mentale

VOUS ÊTES INTÉRESSÉ À PARTICIPER À UNE ÉTUDE PORTANT SUR LE RÉTABLISSEMENT EN SANTÉ MENTALE?

Nous recherchons présentement des adultes vivant au Lac-Saint-Jean, ayant reçu d'un psychiatre ou d'un médecin, un diagnostic de maladie mentale, et ce, afin de participer à un projet de recherche sur le rétablissement en santé mentale. Voici quelques détails concernant l'étude :

- Cette recherche a pour but de mieux comprendre ce que signifient la santé mentale et le rétablissement pour des adultes qui vivent avec une maladie mentale et vise à identifier les liens qu'il peut y avoir entre la santé mentale et le rétablissement.
- Les résultats de cette recherche devraient permettre de développer, éventuellement, une approche plus personnalisée des services en santé mentale. Cela pourra guider les intervenants dans le soutien et l'accompagnement de cette clientèle et ainsi améliorer la qualité des soins dispensés.
- La participation souhaitée consiste à prendre part à une rencontre d'information individuelle d'une durée approximative de 15 minutes et par la suite à une entrevue individuelle d'environ 60 minutes.
- Lors de l'entrevue individuelle, la personne aura à discuter de la signification qu'elle donne à la santé mentale dans le cadre de son expérience de rétablissement à partir de questions posées par l'étudiante.
- La rencontre d'information et l'entrevue se dérouleront au domicile du participant ou dans les locaux du Centre Augustinien à Dolbeau-Mistassini. (Tout cela selon la convenance du participant)
- Une contribution financière de 25 \$ sera remise au participant à la fin de l'entrevue individuelle pour le temps accordé aux conclusions de cette étude.

Cette étude est réalisée par l'étudiante, madame Karine Fortin, sous la direction de madame Marie Tremblay, professeure à l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC) et sous la codirection de madame Hélène Provencher, professeure à l'Université Laval. Le projet de recherche a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche de l'UQAC le 13 octobre 2010.

Pour des renseignements supplémentaires ou pour participer à cette étude, vous pouvez communiquer avec madame Karine Fortin, étudiante, au (418) 275-1566, ou par courriel : karine.fortin1@uqac.ca. Vous pouvez aussi simplement compléter le coupon-réponse et le retourner dans l'enveloppe-réponse affranchie ci-joint. Si vous choisissez cette éventualité, l'étudiante communiquera avec vous dans la semaine suivant la réception du coupon-réponse.

En acceptant de participer à cette étude, vous contribuez à l'avancement des connaissances sur le rétablissement en santé mentale. Votre voix sera entendue et ceci pourra influencer les interventions futures des professionnels, voire même la qualité des soins offerts.

Merci de votre intérêt!

Karine Fortin, Inf., M. Sc. (c)
Étudiante

Appendice B
Coupon-réponse

***La signification de la santé mentale dans le cadre de l'expérience
du rétablissement chez des adultes vivant avec une maladie
mentale***

- Je désire participer à cette recherche et j'accepte que madame Karine Fortin, étudiante, communique avec moi pour convenir d'une rencontre d'information.

Nom : _____

Numéro de téléphone : _____

Cellulaire : _____

Courriel : _____

Signature : _____

Appendice C
Questionnaire des données sociodémographiques et cliniques

Données sociodémographiques

1. Date de l'entrevue : _____ **Heure :** _____

2. Âge : _____

Veuillez cochez ✓ les réponses adéquates s'il y a lieu.

3. État civil

- Célibataire
Marié
Séparé
Divorcé
Union de fait

4. Lieu de naissance : _____

5. Croyances spirituelles : _____

6. Niveau de scolarité

- Primaire incomplet
Primaire complet
Secondaire incomplet
Secondaire complet
Collégial incomplet
Collégial complet
Université incomplet
Université complet

7. Niveau fonctionnel

- Personne vivant de façon autonome
 Personne vivant en appartement supervisé
 Personne vivant dans un foyer

8. Occupation :

9. Principale source de revenus

- Emploi à temps complet (5 jours/semaine)
 Emploi à temps partiel Combien de jours/semaine? _____
 Chômage
 Solidarité sociale
 Régime de retraite
 Autres : _____

10. Catégorie de revenus pour l'année courante

- Moins de 10 000 \$
 10 000 \$ à 19 999 \$
 20 000 \$ à 29 999 \$
 30 000 \$ à 39 999 \$
 40 000 \$ et plus
 Refus de répondre
-

Données médicales

1. Diagnostic médical : _____
2. Nombre d'années depuis l'annonce du diagnostic : _____

Appendice D
Guide d'entrevue

Guide d'entrevue

- Q1. Que signifient pour vous les termes *santé mentale*?

- Q2. Comment voyez-vous qu'une personne a une bonne santé mentale?

- Q2. Qu'est-ce que ça veut dire pour vous être rétabli?

- Q3. Pouvez-vous réaliser un dessin qui représente ou vous en êtes rendu dans votre rétablissement par rapport à ce que veut dire pour vous le mot rétablissement?

- Q4. Expliquez-moi ce que veut dire ce dessin pour vous?

- Q5. Vous considérez-vous comme ayant une bonne santé mentale?

- Q6. Êtes-vous rétabli selon vous?

- Q7. Qu'est-ce que ça vous prend pour être en santé mentale?

- Q8. Qu'est-ce que ça vous prend pour être rétabli?

- Q9. Qu'est-ce qui vous manque pour être en santé mentale?

- Q10. Qu'est-ce qui vous manque pour être rétabli?

- Q11. Dans la maladie mentale, il y a des hauts et des bas, comment décrivez-vous votre état sur une échelle de 1 à 5, 1 étant que vous jugez que votre état de santé est excellent et 5, que votre état de santé s'est détérioré et exige que vous soyez hospitalisé ?

Appendice E
Lettre accompagnant le résumé

La signification de la santé mentale dans le cadre de l'expérience du rétablissement chez des adultes vivant avec une maladie mentale

À qui de droit,

Tel que convenu avec vous lors de la rencontre d'information, l'étudiante a joint à cet envoi le résumé de l'entrevue individuelle que vous avez réalisée en sa présence. Nous vous demandons de bien vouloir lire ce résumé et de vérifier s'il correspond fidèlement à ce que vous avez voulu exprimer tout au long de l'entretien.

Madame Karine Fortin, étudiante, communiquera avec vous dans la semaine suivant la réception de ce résumé afin de voir avec vous si tout est conforme à vos dires. Si vous avez des correctifs à apporter, les données seront réajustées en fonction de vos commentaires.

Toutefois, si vous préférez communiquer avec Karine Fortin avant que celle-ci ne communique avec vous, vous pouvez le faire en tout temps au (418) 276-1566, ou par courriel : karine.fortin1@uqac.ca.

Merci de votre collaboration!

Karine Fortin, Inf., M. Sc. (c)
Étudiant

Appendice F
Formulaire de consentement

La signification de la santé mentale dans le cadre de l'expérience du rétablissement chez des adultes vivant avec une maladie mentale

Cette étude est réalisée par madame Karine Fortin, sous la direction de madame Marie Tremblay, professeure à l'Université du Québec à Chicoutimi et sous la codirection de madame Hélène Provencher, professeure à l'Université Laval.

Invitation à participer au projet de recherche

Les personnes sollicitées pour la réalisation de cette recherche sont des femmes et hommes vivant au Lac-Saint-Jean, ayant reçu d'un psychiatre ou d'un médecin un diagnostic de maladie mentale. Toute personne désirant faire partie de cette étude doit comprendre le français, savoir le lire et l'écrire. Les personnes qui sont présentement hospitalisées ou qui ont été hospitalisées pour leur maladie mentale au cours des six derniers mois ne peuvent pas participer à cette recherche.

Description du projet de recherche

Cette recherche a pour but de mieux comprendre ce que signifient la santé mentale et le rétablissement pour des adultes qui vivent avec une maladie mentale. Elle vise à voir davantage les liens qu'il peut y avoir entre la santé mentale et le rétablissement. Les résultats de cette recherche devraient permettre de développer, éventuellement, une approche plus personnalisée des services en santé mentale tout en mettant l'accent sur la signification de l'expérience du rétablissement pour la personne qui le vit. Cela pourra guider les intervenants dans le soutien et l'accompagnement de cette clientèle et ainsi améliorer la qualité des soins dispensés.

Votre participation consistera à prendre part à une rencontre d'information, une entrevue et la réalisation d'un dessin. La réalisation du dessin se fera pendant l'entrevue. La rencontre d'information consistera à l'explication du projet de recherche, la participation souhaitée, la réponse à vos questions et à la signature du formulaire. Cette rencontre sera d'une durée approximative de 15 minutes. L'entrevue aura lieu une semaine après la

rencontre d'information et sera d'une durée approximative de 60 minutes. Lors de cette entrevue, vous discuterez de la signification que vous donnez à la santé mentale dans votre expérience de rétablissement, et ce, à partir de certaines questions posées par l'étudiante. Vous serez invité à réaliser un dessin qui représente ou vous en êtes rendu dans votre rétablissement par rapport à ce que veut dire pour vous le mot rétablissement et vous expliquerez ce dessin. La réalisation de ce dessin servira uniquement à vous aider à parler de votre expérience, il ne sera pas analysé. Cette rencontre sera enregistrée pour les exigences de la retranscription et pour analyser le contenu de l'entretien. Une fois que l'étudiante aura approfondi le contenu de l'entrevue, celle-ci en fera un résumé et elle vous l'enverra par la poste pour que vous puissiez en vérifier le contenu et l'ajuster si besoin. Cette démarche sert à vérifier si le résumé est conforme à votre pensée et à ce que vous avez exprimé lors de l'entretien. Une lettre accompagnera le résumé d'entrevue, mentionnant que l'étudiante communiquera avec vous la semaine suivante afin de vérifier le résumé, ou vous pouvez vous-même communiquer avec l'étudiante avant ces délais.

Avantages et légers contretemps

Les risques sont reliés aux risques habituels de raconter votre propre expérience, soit : des émotions ou des sentiments embarrassants associés à des confidences. L'étudiante sera à l'écoute de vos sentiments et s'assurera de pouvoir vous fournir des ressources si vous en avez besoin. Si votre témoignage vous cause des malaises, l'étudiante vous invitera à communiquer avec votre thérapeute habituel ou à vous rendre à l'urgence du Centre de Santé et des Services sociaux Maria-Chapdelaine, situé au 2000, boulevard Sacré-Coeur à Dolbeau-Mistassini, numéro de téléphone : (418) 276-1234, poste 4231, où des intervenants qualifiés et disponibles seront aptes à répondre à vos besoins, et ce, en tout temps.

Le seul léger inconvénient de la présente recherche est le temps que vous accordez pour la rencontre d'information et l'entrevue. Une contribution financière de 25\$ vous sera donc offerte pour le temps accordé afin de contribuer à cette étude.

Aussi, comme participant à cette étude vous pourrez ressentir un certain bénéfice suite à votre participation à cette recherche, car votre voix aura été entendue. Ceci pourra aider les gens à mieux comprendre le sens que vous donnez à la santé mentale dans le cadre de votre expérience du rétablissement et ainsi influencer les interventions futures des professionnels et la qualité des soins offerts.

Confidentialité des données et diffusion des résultats

Seuls le contenu de l'entrevue individuelle et le dessin seront utilisés comme informations. Cette entrevue sera enregistrée à l'aide d'un MP3 pour faciliter la transcription de l'information fournie. Cet enregistrement sera traité de façon tout à fait confidentielle et anonyme. Pendant la durée de l'étude, toutes les données seront enregistrées sur un disque dur externe qui sera toujours sous clé à la résidence de l'étudiante, de même que tous les documents papiers -incluant le médium artistique-, enregistrements numériques, transcriptions, codification et analyse des données. Dans le but d'assurer la confidentialité des données, le matériel recueilli lors des entrevues sera traité dans les plus brefs délais, les éléments pertinents en seront discriminés et toute l'information permettant d'identifier les sujets sera acheminée au bureau de la directrice du mémoire, dans un classeur verrouillé. Après la réalisation de la recherche, tous les documents et informations seront gardés dans un classeur, sous clé, au bureau de la directrice du mémoire et seront détruits sept ans après la dernière publication. Suite à l'enregistrement des données audio sur le disque dur externe, celles-ci seront détruites sur le MP3. Seules l'étudiante, madame Karine Fortin, la directrice du mémoire, madame Marie Tremblay, et la codirectrice, madame Hélène Provencher auront accès à l'enregistrement, à la transcription et au dessin. De plus, votre anonymat et la confidentialité de vos données personnelles seront respectés en tout temps lors de la recherche ainsi que lors de la diffusion des résultats. De plus, votre anonymat sera assuré par l'attribution de noms fictifs au chapitre des résultats. Advenant que vous désiriez vous retirer de cette recherche, les données et documents vous concernant seront détruits.

Personnes disponibles pour répondre à vos questionnements

Vous pouvez communiquer en tout temps pour toutes les questions qui concernent votre participation à cette étude avec l'étudiante, madame Karine Fortin ainsi qu'avec la directrice de recherche, madame Marie Tremblay, professeure agrégée au Module des sciences infirmières et de la santé à l'Université du Québec à Chicoutimi ou avec madame Marie-Julie Potvin pour toutes les questions concernant l'éthique de la recherche à l'Université. Les coordonnées complètes de ces personnes sont les suivantes :

Madame Karine Fortin
80, avenue des Hospitalières
Dolbeau-Mistassini, (Québec)
G8L 2Y3
Téléphone : (418) 276-1566
Adresse courriel : karine.fortin1@uqac.ca

Madame Marie Tremblay, professeure agrégée
Module des Sciences Infirmières et de la Santé
Université du Québec à Chicoutimi
555, boulevard de l'Université
Chicoutimi, (Québec)
G7H 2B1
Téléphone : (418) 545-5011, poste 5331
Adresse courriel : marie_tremblay@uqac.ca

Madame Marie-Julie Potvin, Agente de recherche
Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche
Université du Québec à Chicoutimi
555, boulevard de l'Université
Chicoutimi, (Québec)
G7H 2B1
Téléphone : (418) 545-5011, poste 2493
Adresse courriel : marie-julie_potvin@uqac.ca

Formulaire de consentement

Moi, _____, je reconnais avoir compris la nature et le déroulement du projet de recherche : *La signification de la santé mentale dans le cadre de l'expérience du rétablissement chez des adultes vivant avec une maladie mentale*. J'ai pris connaissance du formulaire de consentement et on m'en a remis un exemplaire signé. J'ai également eu l'occasion de poser des questions et après mûre réflexion, j'accepte de participer librement et volontairement à ce projet de recherche duquel je peux me retirer en tout temps.

J'accepte que l'entrevue individuelle à laquelle je participerai soit enregistrée et que l'enregistrement de même que tous les documents papier soient conservés sept ans après la dernière publication de madame Karine Fortin. Je comprends qu'ils seront détruits après ce temps. Les opinions fournies ne serviront qu'à cette étude et seront tenues confidentielles. Advenant que je désire me retirer de cette recherche, je sais que les données et documents me concernant seront détruits.

J'accepte de participer à une rencontre d'information et une entrevue individuelle en présence de l'étudiante seulement. J'accepte de fournir mes coordonnées personnelles (adresse, numéro de téléphone et courriel) afin de recevoir le résumé de l'entrevue pour que je puisse vérifier s'il est conforme à mes pensées et à ce que j'ai exprimé lors de l'entretien.

Je sais que je peux communiquer en tout temps pour toutes les questions qui concernent ma participation à cette étude avec l'étudiante, madame Karine Fortin au (418) 276-1566 ainsi qu'avec la directrice de recherche, madame Marie Tremblay, professeure agrégée au Module des sciences infirmières et de la santé à l'Université du Québec à Chicoutimi au (418) 545-5011, poste 5331 ou avec madame Marie-Julie Potvin, au (418) 545-5011, poste 2493 pour toutes les questions concernant l'éthique de la recherche à l'Université.

Nom de l'étudiante (caractère d'imprimerie) : _____

Signature de l'étudiante : _____

Nom du participant (caractères d'imprimerie) : _____

Signature du participant : _____

Date : _____

Appendice G
Approbation du comité d'éthique de la recherche de l'UQAC



UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI

APPROBATION ÉTHIQUE

Dans le cadre de l'*Énoncé de politique des trois conseils : éthique de la recherche avec des êtres humains* et conformément au mandat qui lui a été confié par la résolution CAD-7163 du Conseil d'administration de l'Université du Québec à Chicoutimi, approuvant la *Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains* de l'UQAC, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Chicoutimi, à l'unanimité, délivre la présente approbation éthique puisque le projet de recherche mentionné ci-dessous rencontre les exigences en matière éthique et remplit les conditions d'approbation dudit Comité.

La présente est délivrée pour la période du 13 octobre 2010 au 13 octobre 2012.

Pour le projet de recherche intitulé : *La signification de la santé mentale dans le cadre de l'expérience du rétablissement chez des adultes vivant avec une maladie mentale.*

Responsable du projet de recherche : *Madame Karine Fortin*

Fait à Ville de Saguenay, le 13 octobre 2010

François Guérard
Président
Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains

Appendice H

Lettre d'approbation de la directrice des services professionnels du CSSS Maria-Chapdelaine

Centre de santé et de services sociaux
Maria-Chapdelaine

Le 13 août 2010

Madame Karine Fortin
80, des Hospitalières
Dolbeau-Mistassini (Québec) G8L 2Y3

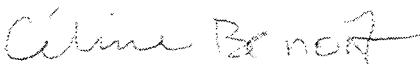
Madame Fortin,

C'est avec grand plaisir que j'ai pris connaissance de votre projet de recherche concernant « la signification de la santé mentale dans le cadre de l'expérience du rétablissement chez des adultes vivant avec un trouble mental ».

À la description de ce projet, on y retrouve le sérieux, la rigueur, et surtout le respect des participants. Le secret professionnel, le souci du consentement éclairé et le bien-fondé du questionnement porté par votre recherche semblent être conformes aux devoirs éthiques de tout chercheur; les mesures ayant été prises afin que l'étude ne porte pas préjudice aux participants.

Je ne peux par cette lettre vous donner mon autorisation à poursuivre cette recherche, puisqu'elle ne touche en rien ce qui est sous ma juridiction; et je ne suis pas non plus éthicienne. Toutefois, elle se veut la démonstration de mon intérêt pour qu'un tel projet de recherche puisse avoir cours sur notre territoire.

Vous souhaitant la plus grande réussite dans la poursuite de vos études, veuillez agréer, Madame Fortin, mes salutations distinguées.


Céline Benoit
Directrice des services professionnels

CB/Ig

P.-S. - J'aimerais beaucoup recevoir copie des résultats de votre recherche.

