



**Les facteurs qui influencent le rétablissement de l'état de santé mentale des
étudiant.es universitaires**

par Anne-Sophie Trottier

**Mémoire présenté à l'Université du Québec à Chicoutimi dans le cadre d'un
programme en extension de l'Université du Québec en Outaouais en vue de
l'obtention du grade de Maître ès art (M.A.) en travail social**

Québec, Canada

© Anne-Sophie Trottier, 2024

RÉSUMÉ

La période de réalisation des études supérieures, qui correspond généralement à la période de transition vers l'âge adulte, est associée à de multiples défis. En effet, en même temps que ces jeunes s'approprient de nouveaux rôles et responsabilités, ils.elles peuvent être confronté.es à des défis particuliers tels la conciliation travail-famille-étude, les difficultés scolaires et financières, qui mettent leur santé mentale à l'épreuve. Ceci dit, certain.es d'entre eux.elles doivent composer avec les enjeux quotidiens liés à un état de santé mentale fragilisé, diagnostiqué ou non. Des efforts doivent alors être fournis par les personnes pour arriver à expérimenter un mieux-être. Dans la littérature, il est démontré que le rétablissement de l'état de santé mentale est possible (Allott et al., 2002). En revanche, peu d'études se penchent sur le rétablissement des jeunes adultes qui vivent avec ces enjeux. Plus spécifiquement, la majorité d'entre elles se concentrent sur le rétablissement des adultes vivant avec un trouble mental grave, au détriment des troubles mentaux modérés. Pourtant, ces derniers se trouvent à être ceux qui sont les plus fréquemment répertoriés chez cette population. Enfin la majorité des études menées à l'égard du rétablissement concerne le trouble et non l'état de santé mentale complète. Le rétablissement des problématiques non diagnostiquées est donc rarement abordé, mais existe réellement chez plusieurs individus.

Cette étude, qui s'intéresse au rétablissement des étudiant.es universitaires dont l'état de santé mentale a été fragilisé depuis la pandémie, a été menée selon une méthodologie descriptive interprétative. Trois objectifs spécifiques sont visés: 1) décrire les perceptions des étudiant.es universitaires à propos de ce que signifient les notions de « santé mentale » et de « rétablissement » ; 2) identifier les facteurs qui facilitent leur rétablissement; 3) identifier les facteurs qui entravent leur rétablissement. Elle s'appuie sur trois cadres d'analyses complémentaires en l'occurrence, les notions de « santé mentale complète » (Keyes, 2007), de « rétablissement personnel » (Leamy et al., 2011) et de « représentations du rétablissement » (Starnino, 2009). Afin d'atteindre les objectifs visés, 9 étudiant.es universitaires qui fréquentent l'Université du Québec à Chicoutimi et qui reconnaissent avoir un état de santé mentale fragilisé depuis au moins 3 mois ont été interrogé.es. Chaque personne participante a complété un questionnaire sociodémographique et de santé (échelles de santé mentale positive et de rétablissement), en plus de participer à une entrevue semi-structurée. Cette entrevue portait sur les perceptions des étudiant.es à l'égard de leurs processus de rétablissement ainsi que les facteurs qui l'influencent, tant à la positive qu'à la négative.

À l'issue des entretiens, il a été possible de « situer » les perceptions des participant.es à l'égard du phénomène de rétablissement à partir des trois repères théoriques évoqués plus haut. D'une part, cette analyse a permis de constater l'hétérogénéité des définitions de rétablissement dressées par les participant.es. D'autre part, elle a révélé que la plupart des étudiant.es interrogé.es adhèrent à une vision du rétablissement de la santé mentale complète, à la représentation professionnelle du rétablissement et à au moins l'une des composantes du cadre conceptuel du rétablissement (CHIME).

Au regard des facteurs ayant une influence sur le processus de rétablissement, il a été possible d'en soulever plusieurs. La présence de soutien social, le sens

accordé en différents aspects de la vie et l'espoir entretenu face au futur sont ceux les plus saillants lorsqu'il est question de ceux qui facilitent ce processus. Les facteurs d'ordre macrosocial, comme les déterminants sociaux de la santé ainsi que le contexte lié à la pandémie de COVID-19, quant à eux, représentent ceux qui lui nuisent le plus. D'ailleurs, l'analyse nous a permis de comprendre que les étudiant.es réfèrent souvent aux facteurs qui favorisent leur rétablissement, mais à la négative, lorsqu'on leur demande de s'exprimer à ce propos.

Les résultats de cette étude ont des retombées concrètes pour la pratique du travail social auprès des étudiant.es universitaires sont l'état de santé mentale est fragilisé. En effet, ils permettent d'envisager plusieurs pistes d'actions en vue de contribuer à leur mieux-être comme le recours à certains repères théoriques pertinents dans le domaine de la santé mentale et la mise en place de groupes de discussion offerts par les services aux étudiant.es dans les universités et destinés aux étudiant.es qui ont un état de santé mentale fragilisé.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	ii
LISTE DES TABLEAUX.....	vii
LISTE DES FIGURES.....	viii
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	ix
REMERCIEMENTS.....	x
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1.....	4
1.1 PRINCIPALES DÉFINITIONS ASSOCIÉES À LA NOTION D'ÉTAT DE SANTÉ MENTALE.....	4
1.2 ÉTATS DE SANTÉ MENTALE DES ÉTUDIANT.ES UNIVERSITAIRES....	7
1.3 CONSÉQUENCES D'UN ÉTAT DE SANTÉ MENTALE FRAGILISÉ CHEZ LES ÉTUDIANT.ES UNIVERSITAIRES.....	8
1.3.1 CONSÉQUENCES POUR L'INDIVIDU.....	8
1.3.2 CONSÉQUENCES SCOLAIRES.....	10
1.3.3 CONSÉQUENCES SOCIALES.....	11
1.4 IMPACT DE LA PANDÉMIE DE COVID-19 SUR LA SANTÉ MENTALE DES ÉTUDIANT.ES UNIVERSITAIRES.....	12
1.5 PERTINENCE DU MÉMOIRE.....	14
CHAPITRE 2.....	15
2.1 PERCEPTIONS LIÉES AU PROCESSUS DE RÉTABLISSEMENT.....	16
2.2 FACTEURS QUI INFLUENCENT LE RÉTABLISSEMENT.....	18
2.2.1 FACTEURS INDIVIDUELS.....	19
2.2.2 FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX.....	22
2.2.3 FACTEURS CLINIQUES.....	24
2.3 FORCES ET LIMITES DES ÉTUDES RECENSÉES.....	27
CHAPITRE 3.....	31
3.1 LE MODÈLE DE SANTÉ MENTALE COMPLÈTE.....	31
3.2. LES REPRÉSENTATIONS DU RÉTABLISSEMENT.....	33
3.3. LE CADRE CONCEPTUEL DU RÉTABLISSEMENT (CHIME).....	34
3.3.1. ÊTRE EN LIEN ET SOUTENU.....	34
3.3.2. AVOIR ESPOIR ET ÊTRE OPTIMISTE QUANT À L'AVENIR.....	35
3.3.3. REDÉFINIR SON IDENTITÉ.....	35
3.3.4. TROUVER UN SENS À SA VIE.....	36

3.3.5.	DÉVELOPPER SON POUVOIR D'AGIR.....	36
3.4.	PERTINENCE DES CADRES D'ANALYSE RETENUS	37
CHAPITRE 4	39
4.1.	LE CONTEXTE DE RÉALISATION DE L'ÉTUDE	39
4.2.	LES OBJECTIFS DE RECHERCHE	40
4.3.	L'APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE PRIVILÉGIÉE ET LE TYPE DE RECHERCHE	41
4.4.	LA POPULATION À L'ÉTUDE	42
4.5.	LA MÉTHODE D'ÉCHANTILLONNAGE ET L'ÉCHANTILLON	44
4.6.	LA STRATÉGIE DE COLLECTE DE DONNÉES	45
4.6.1.	QUESTIONNAIRES.....	46
4.6.2.	ENTREVUE SEMI-DIRIGÉE	49
4.7.	L'ANALYSE DES DONNÉES.....	52
4.8.	LES CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES.....	53
CHAPITRE 5	55
5.1.	PORTRAIT DES PARTICIPANT.ES	55
5.1.1.	CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ÉCHANTILLON.....	55
5.1.2.	MOTIVATIONS À PARTICIPER À L'ÉTUDE.....	58
5.1.3.	PRINCIPALES MANIFESTATIONS DE L'ÉTAT DE SANTÉ MENTALE	59
5.2.	PERCEPTION DU PROCESSUS DE RÉTABLISSEMENT DE L'ÉTAT DE SANTÉ MENTALE	65
5.3.	FACTEURS QUI INFLUENCENT LE RÉTABLISSEMENT DE L'ÉTAT DE SANTÉ MENTALE	69
5.3.1.	LES FACTEURS QUI FACILITENT LE RÉTABLISSEMENT DE L'ÉTAT DE SANTÉ MENTALE.....	69
5.4.	FACTEURS ENTRAVANT LE RÉTABLISSEMENT DE L'ÉTAT DE SANTÉ MENTALE	88
5.4.1.	FACTEURS MICROSOCIAUX.....	88
5.4.2.	FACTEURS MACROSOCIAUX.....	91
CHAPITRE 6	95
6.1.	PERCEPTIONS DU RÉTABLISSEMENT	96
6.2.	FACTEURS QUI FACILITENT LE RÉTABLISSEMENT.....	101
6.3.	FACTEURS QUI ENTRAVENT LE RÉTABLISSEMENT.....	104
6.4.	FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE.....	108

6.5. RECOMMANDATIONS POUR LA RECHERCHE ET LA PRATIQUE DU TRAVAIL SOCIAL	110
CONCLUSION	114
RÉFÉRENCES.....	116
CERTIFICATION ÉTHIQUE	136
ANNEXE 1	137
ANNEXE 2	140
ANNEXE 3	141
ANNEXE 4	144
ANNEXE 5	146
ANNEXE 6	148
ANNEXE 7	151

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : Caractéristiques populationnelles des étudiant.es l'UQAC au trimestre d'hiver 2022	43
TABLEAU 2 : Thèmes et sous-thèmes du guide d'entrevue	51
TABLEAU 3 : Caractéristiques sociodémographiques des participant.es (n=9).....	56
TABLEAU 4 : Principales manifestations de l'état de santé mentale, scores aux échelles de mesure et évaluation personnelle	60
TABLEAU 5 : Définitions des participant.es de la santé mentale et du rétablissement	66
TABLEAU 6 : Forces et limites des participant.es	76
TABLEAU 7 : Facteurs microsociaux moins fréquemment mentionnés qui peuvent entraver le rétablissement de l'état de santé mentale.....	90
TABLEAU 8 : Facteurs pouvant entraver le rétablissement de l'état de santé mentale des étudiant.es universitaires	94
TABLEAU 9 : Analyse des définitions en fonction des repères conceptuels	97
TABLEAU 10 : Dyades de facteurs qui influencent le rétablissement de l'état de santé mentale des étudiant.es universitaires	105

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1 : État de santé mentale	32
--	----

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACHA	American College Health Association
APA	American Psychiatric Association
CACUSS	Canadian Association of College et University Student Services
CASA	Canadian Alliance of Student Associations
CHIME	Cadre conceptuel du rétablissement
CIM	Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes
CMHA	Canadian Mental Health Association
CSMC	Commission de la santé mentale du Canada
CSMQ	Commission de la santé mentale du Québec
CSM-QA	Continuum de santé mentale – Questionnaire abrégé
DSM-5	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
DSS	Déterminants sociaux de la santé
FIC	Formulaire d'information et de consentement verbal
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ISQ	Institut de la statistique du Québec
MES	Ministère de l'Enseignement supérieur
CSM-QA	Mental Health Continuum Short Form
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la santé
RAS	Recovery Assessment Scale
SAE	Services aux étudiants
SM	Santé mentale
TMG	Trouble(s) mental(aux) grave(s)
TMM	Trouble(s) mental(aux) modéré(s)
UEQ	Union étudiante du Québec
UQAC	Université du Québec à Chicoutimi

REMERCIEMENTS

L'accomplissement d'un mémoire nécessite beaucoup de travail et implique plusieurs personnes afin de le mener à bien. Avant toute chose, je tiens à remercier profondément ma directrice de recherche, Christiane Bergeron-Leclerc. Sa bienveillance, son écoute, sa rigueur, son expertise et sa disponibilité ont été essentiels, et ce, tout au long du processus que représente la Maîtrise en travail social. Grâce à elle, j'ai été en mesure d'accomplir un défi auquel je n'aurais pas cru arriver à plusieurs moments. Je me considère honorée d'avoir été dirigée par une femme impliquée et soucieuse du bien-être de ses étudiant.es. Elle a fait une réelle différence dans mon parcours universitaire et je la remercie du plus profond de mon cœur.

Il importe également pour moi de remercier ma famille et mes amis, qui ont toujours cru en moi et en mes capacités. Depuis le tout début, leurs encouragements et leur soutien m'ont permis de persévérer afin de relever les objectifs qui se dressaient devant moi. Un merci particulier à mes parents, Julie et Stéphane, qui m'ont permis d'aller au bout de ce projet de toutes les façons possibles, et ce, malgré son ampleur plus importante qu'il semblait l'être au commencement. Sans vous, le chemin pour se rendre à ce jour aurait été bien différent.

Mon parcours universitaire m'aura certainement permis de rencontrer des personnes qui auront marqué ma vie de différentes façons. Merci à Ann-Sophie et à Erica pour votre appui. Votre douceur et votre accompagnement ont été significatifs. Je souhaite également remercier mon employeur, le Centre de Services scolaire du Pays-des-Bleuets, d'avoir été patient et flexible à mon égard, en plus d'avoir cru en moi. Enfin, merci à mon Timinou pour sa présence plus qu'appréciée.

Pour terminer, je tiens à remercier tous les étudiant.es de l'UQAC qui ont participé à l'étude et qui ont pris de leur temps pour échanger avec nous. Votre ouverture et votre expérience a été très appréciée, d'autant plus sachant qu'il s'agit d'un sujet auquel un caractère vulnérable est attaché. Ce mémoire existe grâce à vous, merci!

INTRODUCTION

La période de réalisation des études supérieures, qui correspond généralement à la période de transition vers l'âge adulte, est associée à de multiples défis. Parmi les défis avec lesquels les étudiant.es^{1,2} doivent composer pendant leur parcours scolaire, on retrouve notamment la conciliation travail-famille-étude, les difficultés scolaires et financières, la compétitivité au sein des programmes d'études, la charge de travail, l'organisation du temps ou encore les critères de performance (Ministère de l'Enseignement supérieur (MES), 2021). En plus de ces facteurs, la période de développement dans laquelle se trouvent ces jeunes adultes peut devenir source d'instabilité (McGorry et al., 2013). Effectivement, la prise de décisions déterminantes et l'acquisition de nouveaux rôles marquent ce passage, en plus de la survenue de plusieurs événements notables dans la vie d'un individu (Commission de la santé mentale du Canada [CSMC], 2015). Parmi ceux-ci, il est possible de penser au fait de vivre de façon autonome, d'être indépendant.e sur le plan financier, de prendre ses responsabilités et des décisions indépendantes ainsi que d'avoir des enfants. Ces enjeux vécus pendant la transition vers l'âge adulte peuvent non seulement affecter le parcours scolaire des étudiant.es, mais également affecter leur bien-être (McGorry et al., 2013). Parmi ces adultes, certain.es verront leur état de santé mentale³ affecté de manière transitoire (mal être, détresse, problème de santé mentale) ou de manière plus durable (trouble mental diagnostiqué) (Adlaf et al., 2005; Auerbach et al., 2018; Ellis-Claypool, 2009; MacKean, 2011; MES, 2021; Stallman, 2010; Verger et al., 2009). Bien que ces perturbations liées à l'état de santé mentale puissent se

¹ L'utilisation du terme « étudiant.es » renvoie aux jeunes adultes de 18 à 30 ans qui poursuivent des études supérieures.

² L'écriture inclusive a été privilégiée dans ce mémoire.

³ Le terme état de santé mentale est utilisé dans la présente recherche afin d'englober à la fois les problèmes de santé mentale et les troubles mentaux, dans une perspective d'inclusion des enjeux vécus par les jeunes adultes vivant avec des problématiques non-diagnostiquées et d'uniformisation conceptuelle. Nous reviendrons sur cette question dans la section 1.1.

manifester à tout âge, la période du début de l'âge adulte représente un moment clé quant à l'émergence des premières manifestations y étant associées (Ellis-Claypool, 2009; MES, 2021). À cet égard, la prévalence de ces enjeux est particulièrement en hausse chez les jeunes adultes qui fréquentent l'université (Ellis-Claypool, 2009). Ce faisant, de plus grandes difficultés associées à cette transition vers l'âge adulte peuvent alors être vécues par certain.es étudiant.es, dont ceux.celles qui souffrent de troubles mentaux et qui nécessitent des besoins particuliers (MES, 2021).

L'année 2020 a été marquée par un événement hors du commun; la pandémie de COVID-19. Cette crise socio sanitaire a bouleversé la planète entière, bousculant non seulement les habitudes de vie des jeunes adultes, mais également leur parcours dans les établissements d'enseignement supérieur. En ce sens, la santé mentale des étudiant.es universitaires a été affectée pendant la pandémie (Bergeron-Leclerc et al., 2020). Cette étude s'intéresse aux étudiant.es qui ont vu leur état de santé mentale fragilisé, à partir d'une perspective centrée sur le rétablissement. De manière plus précise, elle reposait sur trois objectifs spécifiques: (1) décrire les perceptions des étudiant.es universitaires à propos de ce que signifient les notions de « santé mentale » et de « rétablissement », (2) identifier les facteurs qui facilitent le rétablissement des étudiant.es universitaires, (3) identifier les facteurs qui entravent le rétablissement des étudiant.es universitaires. Pour mener à bien cette étude, un échantillon volontaire a été recruté parmi l'ensemble des étudiant.es fréquentant l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC). Ce sont 9 étudiant.es qui ont accepté de participer aux entrevues semi-structurées.

Les entrevues réalisées ont mis en lumière différents constats qui seront présentés plus loin dans ce mémoire, qui comprend six chapitres, abordant respectivement la problématique à l'étude, la recension des écrits, le cadre conceptuel, la méthodologie, les résultats et la discussion. La problématique est centrée sur la notion d'état de santé mentale. Ce concept est d'abord défini pour ensuite s'intéresser de manière plus spécifique à la réalité des étudiant.es universitaires, notamment dans le contexte de la pandémie. Le chapitre 2 est une recension des écrits portant sur la notion de rétablissement, décrivant les perceptions y étant liées et les facteurs qui l'influencent. Pour sa part, le cadre conceptuel (chapitre 3) décrit les repères théoriques utilisés dans ce mémoire, soit le modèle de santé mentale complète (Leamy et al., 2011), le cadre conceptuel du rétablissement (CHIME) (Keyes, 2007) et les quatre représentations du rétablissement (Starnino, 2009). Le chapitre 4 présente les principaux éléments méthodologiques de la recherche, soit : le contexte de l'étude, l'approche méthodologique choisie, le type de recherche, les objectifs de recherche, la population à l'étude, la méthode d'échantillonnage et l'échantillon, la collecte de données ainsi que l'analyse des données. Le chapitre 5 situe les principaux résultats tandis que le sixième permet de les discuter à la lumière des repères théoriques et méthodologiques de l'étude.

CHAPITRE 1

PROBLÉMATIQUE À L'ÉTUDE

Ce premier chapitre présente la problématique autour de laquelle s'oriente l'intégralité de cette recherche, soit l'état de santé mentale des étudiant.es universitaires. Elle comprend deux sous-sections visant à définir la notion « d'état de santé mentale » et ses concepts apparentées. Par la suite, les conséquences individuelles, sociales et scolaires associées aux états de santé mentale fragilisés seront abordées. Cette section sera suivie d'une autre abordant les impacts de la pandémie de COVID-19 sur la santé mentale des étudiant.es universitaires, ce qui constituera une amorce à la pertinence du mémoire.

1.1 PRINCIPALES DÉFINITIONS ASSOCIÉES À LA NOTION D'ÉTAT DE SANTÉ MENTALE

La littérature existante aborde souvent la santé mentale et les troubles mentaux comme étant des concepts opposés (Morin et Clément, 2019). Dans cette recherche, nous nous détachons de cette conception et adhérons à une vision plus holistique, selon laquelle la santé mentale et les troubles mentaux constituent des continuums distincts, mais corrélés⁴ (Doré et Caron, 2017). L'état de santé mentale d'une personne est ici envisagé à partir de deux dimensions, soit celle de la santé mentale (minimale ou optimale) et celle du trouble mental (présence ou absence) (Comité de la santé mentale du Québec [CSMQ], 1994). Selon cette perspective, un individu souffrant d'un trouble mental peut bénéficier d'une santé mentale dite florissante (ou qui tend à l'être) et alors être en mesure de composer avec les manifestations de son

⁴ Élément approfondi davantage dans le cadre conceptuel.

trouble, en plus de maintenir son fonctionnement social (Morin et Clément, 2019). Dans cet ordre d'idée, nous aborderons les concepts de problèmes de santé mentale et de troubles mentaux diagnostiqués comme étant deux notions faisant parties des continuums de l'état de santé mentale globale d'un individu qui se côtoient et se chevauchent.

Le concept de santé mentale est défini par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté » (OMS, 2013, p. 42). Cet état fait partie de tout être humain, au même titre que la santé physique (Bergeron-Leclerc et al., 2019). Ainsi, afin d'assurer l'exercice du fonctionnement social, d'exercer des rôles sociaux et d'utiliser ses fonctions cognitives, affectives et relationnelles, une santé mentale dite bonne est nécessaire.

Les problèmes de santé mentale, quant à eux, renvoient aux difficultés résultant d'une perturbation des rapports entre une personne et son environnement (Morin et Clément, 2019). Ces problématiques peuvent notamment découler de conditions de vie difficiles ou encore de situations entraînant des difficultés d'adaptation. Le recours à cette notion témoigne d'un déséquilibre lors duquel le fonctionnement social est altéré, souvent de façon transitoire, circonstancielle et où aucun diagnostic n'est émis. Dans le cas où ce dernier est posé, il est alors question de trouble mental, défini comme un état de santé qui implique une altération de la pensée, de l'humeur ou du comportement et qui engendre des manifestations qui sont cliniquement reconnaissables et identifiées dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5) ou dans la *Classification statistique internationale des maladies et*

des problèmes de santé connexes (CIM) (MES, 2021). Plus précisément, certains troubles mentaux sont qualifiés comme étant modérés s'ils « répondent à certains critères de diagnostic, sont suffisamment importants pour entraver le fonctionnement habituel d'un individu et nécessitent un traitement, selon les standards professionnels largement reconnus » (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2005, p. 40). Parmi ceux-ci, il existe les troubles de l'humeur (à l'exception du trouble bipolaire) et les troubles anxieux (trouble panique, agoraphobie, phobie sociale, phobies spécifiques, trouble obsessionnel compulsif, état de stress post-traumatique et anxiété généralisée) (American Psychiatric Association [APA], 1996).

Au Québec, 20 % de la population québécoise connaîtra la venue d'un trouble mental au cours de sa vie (Lesage et Émond, 2012). Pour 75 % de ces personnes, le trouble surviendra avant l'âge de 22 ans (Kessler et al., 2005). La majorité des personnes vivront des troubles mentaux courants ou modérés tandis que de 2 % à 3 % des adultes québécois seront atteints plus gravement (Conseil médical du Québec, 2001, cité dans MSSS, 2005). De manière plus précise, les troubles mentaux graves (TMG) renvoient à un « niveau d'incapacité qui interfère de façon significative les relations interpersonnelles, les compétences sociales de base et la capacité fonctionnelle dans la production d'un travail » (MSSS, 1989, cité dans MSSS, 2005, p. 40). Également, pour qu'il soit question de trouble mental grave, l'incapacité de l'individu doit être prolongée ou durable, et ce, dans au moins l'une de ces trois sphères d'importance de la vie (MSSS, 2005). La schizophrénie, les troubles psychotiques (troubles schizophréniforme, socioaffectif et délirant), le trouble dépressif majeur et le trouble bipolaire constituent des diagnostics étant considérés comme des TMG (Fleury et Grenier, 2012).

1.2 ÉTATS DE SANTÉ MENTALE DES ÉTUDIANT.ES UNIVERSITAIRES

Depuis les années 1990, il est possible d'observer un déclin de l'état de santé mentale des étudiant.es québécois.es (MES, 2021). Plus particulièrement, une étude menée en 2018 par l'Union étudiante du Québec (UEQ) a démontré que 58 % de la population universitaire montre un niveau élevé de détresse psychologique (UEQ, 2019). Cette proportion est largement supérieure à celle de 21 % qui peut être observée au sein de la population générale (Institut de la statistique du Québec [ISQ], 2015).

Au même titre que le sont les problèmes de santé mentale, la prévalence des troubles mentaux diagnostiqués est très importante chez les étudiant.es universitaires (Bergeron-Leclerc et Cherblanc, 2019). De manière plus précise, elle varie entre 25 % et 31,4 % selon les études consultées (Alonso et al., 2018; Liu et al., 2019; Verger et al., 2010). En effet, lors d'une recherche effectuée par Auerbach et al. (2016), 25,3 % des individus aux études de 18 à 22 ans auraient reçu un diagnostic de trouble mental lors des 12 derniers mois précédant l'étude. Conséquemment, on remarque que la prévalence des troubles mentaux est plus élevée chez les jeunes adultes poursuivant des études supérieures que chez les individus de même âge n'étant plus aux études (Winzer et al., 2018). Parmi les diagnostics les plus fréquemment observés chez cette population, on retrouve notamment les troubles anxieux (10,4 %) et les troubles dépressifs (4,5 %) (APA, 2013), qui s'avèrent notamment être en hausse (Twenge, 2000). Ces troubles sont également les plus prévalents au sein de la population générale.

1.3 CONSÉQUENCES D'UN ÉTAT DE SANTÉ MENTALE FRAGILISÉ CHEZ LES ÉTUDIANT.ES UNIVERSITAIRES

Les données présentées à la section 1.2 laissent entendre que l'état de santé mentale des étudiant.es universitaires n'est pas aussi florissant⁵ qu'on pourrait l'imaginer. Ces états de santé mentale fragilisés sont associés à plusieurs répercussions individuelles, scolaires et sociales chez les étudiant.es. Les prochaines lignes s'y attardent.

1.3.1 CONSÉQUENCES POUR L'INDIVIDU

Au plan individuel, les personnes ayant un trouble mental sont susceptibles de présenter des atteintes dans plusieurs sphères de leur vie, une détresse psychologique élevée et une qualité de vie diminuée (Fleury et Grenier, 2012; Pearson et al, 2013). Plus spécifiquement, ces atteintes peuvent toucher la santé physique de ces dernières (Baez, 2005; Miller et Chung, 2009). À cet égard, les étudiant.es chez qui elles se manifestent peuvent développer des habitudes de vie non favorables à la santé, telles qu'une mauvaise alimentation, une inactivité physique ou encore des périodes de sommeil problématiques, qui nuisent d'autant plus à leur santé globale (Hicks et Heastie, 2008; Visser et Hirsch, 2014). La présence d'un trouble mental dans la vie d'un individu implique un risque plus élevé pour lui de développer des maladies physiques que la population générale (Fleury et Grenier, 2012), de souffrir de maladies chroniques (ISQ, 2015) et de développer un problème lié à la consommation d'alcool ou de drogues (Dubreucq et al., 2012). De ce fait, cet

⁵ Cette notion sera approfondie dans le cadre conceptuel (section 3.1.)

état de santé mentale fragilisé représente l'une des principales causes d'hospitalisation chez les jeunes adultes âgés entre 15 et 24 ans (Santé Canada, 2002). À ce propos, l'Union étudiante du Québec (UEQ) (2021) affirme que la santé psychologique des étudiant.es universitaires est préoccupante considérant le haut niveau de détresse psychologique, en plus de l'augmentation des idéations suicidaires et des tentatives de suicide y étant associée. De manière plus précise, 19 % des jeunes menant des études universitaires ayant été interrogé.es par l'UEQ présentaient des symptômes dépressifs influençant suffisamment leur vie pour nécessiter un soutien médical ou psychologique, 9 % avaient déjà pensé sérieusement au suicide et 1 % avaient effectué une tentative de suicide lors des 12 mois précédents l'enquête (UEQ, 2019). Cela dit, les taux d'idéations suicidaires et de détresse psychologique sont trois fois supérieur chez la population étudiante que chez leurs homologues du même âge, ce qui supporte le fait que le suicide constitue l'une des principales causes de décès chez les moins de 35 ans. Ainsi, on peut constater que les conséquences liées aux troubles mentaux — particulièrement les troubles anxieux et dépressifs — affectent négativement le bien-être des individus qui en souffrent (Baez, 2005; Miller et Chung, 2009) et augmentent les risques de présenter d'autres problématiques liées à l'état de santé mentale (ISQ, 2010).

1.3.2 CONSÉQUENCES SCOLAIRES

Les étudiant.es universitaires vivant avec un trouble mental sont susceptibles de vivre plusieurs défis au plan scolaire (Auerbach et al., 2018). En effet, la présence de conditions liées à une santé mentale non-optimale (Martineau et al., 2017) et à un trouble mental (American College Health Association [ACHA], 2016; Auerbach et al., 2016; Deckoff-Jones et Duell, 2018) affecte les relations sociales et l'environnement universitaire de ces dernier.ères (Auerbach et al., 2016; Verger et al., 2010), ce qui peut affecter leur réussite et leur persévérance scolaire (Canadian Association of College et University Student Services [CACUSS] et Canadian Mental Health Association [CMHA], 2013; Martineau et al., 2017). Parmi les facteurs entravants, on peut noter la gestion du trouble, l'interaction avec des pairs et l'utilisation des services d'aide. Ce faisant, les perspectives professionnelles de ces étudiant.es peuvent être compromises par les probabilités élevées d'interruptions scolaires, qu'elles soient momentanées ou définitives (Auerbach et al., 2018; Canadian Alliance of Student Associations [CASA], 2018; Deckoff-Jones et Duell, 2018; Storrie et al., 2010). Cette rupture scolaire peut être expliquée par plusieurs facteurs. On retrouve notamment le trouble lui-même, ses fluctuations et ses effets indésirables liés à la prise de médication, la présence d'une faible confiance de l'étudiant.e en ses capacités d'apprentissage (Venville et al., 2016), ainsi que la période développementale dans laquelle ces jeunes adultes se retrouvent (Collins et Mowbray, 2005; Mowbray et al., 1999; St-Onge et Tremblay, 2009). Effectivement, la prévalence des troubles mentaux étant plus élevée durant cette période, les difficultés y étant liées peuvent d'autant plus conduire à l'interruption des études, au sous-emploi ou au non-emploi. À ceux nommés précédemment, certains facteurs sociaux influencent à leur tour la rupture scolaire, comme la présence de stigmatisation envers les troubles mentaux,

la difficulté d'interagir avec les autres ainsi que le manque de structures permettant le soutien en milieu scolaire (Alonso, 2018; CASA, 2018; Epstein et al., 2019; Venville et al., 2016).

Les étudiant.es qui vivent avec un état de santé mentale fragilisé et qui sont inscrit.es dans un programme d'études supérieures sont également moins porté.es à participer à la vie sociale du campus (Salzer, 2012). Par conséquent, ce faible niveau de participation implique des retombées négatives concernant leur bien-être et leur éducation, de même que leurs trajectoires de santé (Burke-Miller et al., 2006; LaCaille et al., 2011; Rosenbaum et al., 2014; Visser et Hirsch, 2014; Von Ah et al., 2004). On peut noter que l'association entre la présence d'un trouble mental et l'échec scolaire peut conduire à des difficultés liées à l'intégration sociale (Patel et al., 2007; Reavley et Jorm, 2010).

1.3.3 CONSÉQUENCES SOCIALES

Il est connu que la vie en société implique un processus d'attribution identitaire, qui peut s'avérer positif ou négatif (Morin et Clément, 2019). Il est également connu que les phénomènes de stigmatisation et de discrimination des individus dont l'état de santé mentale est fragilisé ne datent pas d'hier (Fleury et Grenier, 2012). À cet égard, il est possible de penser aux discours véhiculés dans les médias concernant les enjeux de santé mentale (Morin et Clément, 2019), qui favorisent l'instauration d'images à caractère péjoratif et l'augmentation de phénomènes liés à la stigmatisation des individus vivant avec les enjeux y étant liés (Stuart, 2003; Whitley et Wang, 2017). Dès lors, la méconnaissance et les préjugés associés aux enjeux de santé mentale engendrent un lot d'attitudes négatives à l'égard de ces étudiant.es

menant des études universitaires vivant avec ces perturbations et les confrontent à certaines difficultés supplémentaires (Bonnelli et al., 2010), se traduisant notamment par la présence de discrimination, d'exclusion, d'incompréhension et d'étiquetage (Corbière et al., 2002). Ces phénomènes contribuent à l'isolement social de ces individus (Bradshaw et al., 2007). Effectivement, ils peuvent refuser de dévoiler leur état de santé mentale, éviter ou reporter un traitement (Santé Canada, 2002), cesser certaines activités professionnelles ou récréatives (OMS, 2001) et limiter les occasions de participation active à la société (Bradshaw et al., 2007).

1.4 IMPACT DE LA PANDÉMIE DE COVID-19 SUR LA SANTÉ MENTALE DES ÉTUDIANT.ES UNIVERSITAIRES

Les sections précédentes ont permis d'identifier que plusieurs facteurs sont susceptibles d'influencer l'état de santé mentale des étudiant.es universitaires (MES, 2021). À ces facteurs, il s'en est ajouté un nouveau en mars 2020 : la pandémie de COVID-19 (Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2022). Cet événement socio sanitaire mondial a eu d'importantes répercussions sur la santé mentale de tous.tes (Ihm et al., 2021; INSPQ, 2020), y compris des étudiant.es universitaires (UEQ, 2019). En effet, le stress engendré par les mesures socio sanitaires et leurs impacts sur les établissements universitaires (ex. fermeture des établissements, enseignement à distance) n'a pas été sans conséquence sur le bien-être et la santé mentale étudiante (Ihm et al., 2021; MES, 2021; UEQ, 2021)

À cet égard, l'expérience de la session d'automne 2020 a été qualifiée par les étudiant.es comme témoignant d'une augmentation du sentiment de solitude, de manière plus marquée lorsqu'il est question du sentiment de manquer de compagnie

ou de se sentir isolé (UEQ, 2021). Cette même étude évoque également que le soutien offert par l'institution universitaire et les membres du corps enseignant a diminué pendant cette période de 35 % et de 40 %, de même que la qualité de vie sociale, pour laquelle une diminution de 64 % est notée. Ce contexte a aussi engendré une diminution des habitudes de vie favorables au bien-être psychologique, telles que la pratique d'activité physique et la qualité de l'alimentation et du sommeil. Les étudiant.es ont noté une augmentation du stress, de l'anxiété, de la dépression et des symptômes reliés au stress post-traumatique (Chi et al., 2020; Tang et al., 2020). Par conséquent, 51 % de ces dernier.ères ont vu leur niveau de détresse psychologique augmenter depuis la session d'automne 2020, tout comme les taux d'idéations et de tentatives de suicide rapportés qui ont, quant à eux, grimpés à 7 % et 3 % respectivement (UEQ, 2021). Suivant ces augmentations, 52 % de ces jeunes adultes ont nommé ressentir le besoin de recevoir du soutien psychologique (MES, 2021).

Les constats énoncés ci-haut laissent croire que l'état de santé mentale des étudiant.es pendant cette crise sanitaire ont influencé divers aspects de leur vie, dont la persévérance scolaire (MES, 2021) et la capacité de ces dernier.ères à accomplir certaines activités académiques (UEQ, 2021). Plus précisément, 59 % des individus aux études ayant participé à l'enquête éclair menée par l'UEQ affirment que leur état de santé mentale a nui à l'accomplissement des activités liées au contexte scolaire (UEQ, 2021). De ce pourcentage, 5 % mentionnent avoir complété leur grade d'étude hors des délais qui étaient prévus à cet effet et 14 % ont abandonné un ou plusieurs cours dans le but de voir leur charge de travail diminuer lors de la session d'automne 2020. Une diminution de la performance académique a été observé chez 49 % des répondant.es, en plus d'une diminution de la motivation chez 69 % d'entre eux.elles.

1.5 PERTINENCE DU MÉMOIRE

En toile de fond de cette étude se retrouvent plusieurs éléments. D'abord, il est question de l'augmentation de la prévalence des troubles mentaux modérés à l'échelle mondiale, incluant toutes les couches sociales et les groupes d'âge (Bergeron-Leclerc et Cherblanc, 2019). La hausse du nombre d'étudiant.es ayant des incapacités (dont les troubles mentaux) requérant des services psychosociaux dans les établissements d'enseignement postsecondaires (St-Onge et Lemyre, 2016) est aussi à considérer. Enfin, la dégradation de la santé mentale étudiante, exacerbée avec la pandémie de COVID-19 (MES, 2021) doit être également prise en compte. Cette détérioration de l'état de santé mentale des étudiant.es universitaires est associée à de nombreuses conséquences individuelles, scolaires et sociales.

À la lumière des obstacles vécus par les étudiant.es universitaires qui présentent un état de santé mentale fragilisé, l'étude questionne la possibilité de ces jeunes adultes d'expérimenter un certain bien-être. Plus spécifiquement, cette étude s'intéresse au rétablissement des étudiant.es universitaires dont l'état de santé mentale a été fragilisé depuis la pandémie. Dans la littérature, il est connu que le rétablissement des troubles mentaux est désormais possible (Allott et al., 2002). Dans son Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026, le Ministère de la Santé et des Services sociaux (2022) met en évidence l'existence de multiples facteurs qui peuvent influencer le rétablissement de l'état de santé mentale fragilisé. Cette capacité de se rétablir rend possibles les interrogations à propos de la perception que les étudiant.es en ont et des facteurs qui influencent ce processus. Le chapitre 2 permettra d'approfondir ces notions.

CHAPITRE 2 RECENSION DES ÉCRITS

Ce chapitre présente la recension des écrits, qui permet d'obtenir une compréhension approfondie de la notion rétablissement, appliquée au champ de la santé mentale. Cette recension s'appuie sur une recherche documentaire en trois étapes, en l'occurrence l'élaboration du plan de concept à partir des thèmes entourant la problématique (annexe 1), la création de la phase booléenne et la sélection des bases de données. Les principales banques de données qui ont été utilisées afin de mener à bien la recension des écrits sont celles principalement employées en sciences de la santé et sociales (Pubmed, PsycInfo, Ebsco (CINAHL, ERIC, MEDLINE, Social Work Abstracts, SOCINDEX), Érudit, Cairn.info)⁶. Aussi, certains articles ont été retenus à l'aide d'un processus de repérage à partir des références de textes consultés, selon leur pertinence. Au total, 23 articles scientifiques issus de la littérature ont été retenus, tous ayant été publiés entre 2007 et 2023⁷. Une synthèse de ces articles a permis d'identifier les thèmes porteurs et de structurer cette recension. C'est ainsi que ce chapitre comprends trois sections : 1) les perceptions envers le processus de rétablissement, 2) les facteurs qui facilitent ou nuisent au processus de rétablissement et 3) les forces et les limites des études consultées.

⁶ Les banques de données utilisées s'avèrent à être anglaises et françaises. Ceci dit, les articles retenus étaient dans ces deux langues.

⁷ Seulement les articles publiés lors de cette période ont été choisis afin de s'assurer que les résultats soient pertinents et tiennent compte des réalités actuelles. L'étudiante-chercheure a effectué cette recension seule en étant accompagnée de Christiane Bergeron-Leclerc.

2.1 PERCEPTIONS LIÉES AU PROCESSUS DE RÉTABLISSEMENT

Il existe, au sein de la littérature scientifique, différentes perceptions et conceptions à propos de ce qui constitue le rétablissement (Starnino et al., 2009). Ces perceptions sont notamment liées à la manière dont les personnes perçoivent leur état de santé mentale (Eads et al., 2021). En effet, le processus d'étiquetage diagnostique est associé à des perceptions qui peuvent être positives ou négatives (Bonsack et al., 2013). Parfois, la pose du diagnostic a un impact positif : elle constitue un soulagement et est porteuse d'espoir envers un remède. Lorsque c'est le cas, ces perceptions positives permettent de fournir une explication quant aux symptômes, de rejeter le problème sur la « maladie », de valider les sentiments vécus, de croire que les professionnel.les seront en mesure de le résoudre et de favoriser la volonté de s'impliquer dans les traitements nécessaires en début de processus. Pour certaines personnes, le diagnostic est associé à des réactions négatives. Des perceptions négatives, pouvant être liées à l'identité qui se voit stigmatisée, engendrent des sentiments de déshumanisation, d'impuissance et de peur, ainsi que diverses implications sociales (Eads et al., 2021).

Les chercheur.es identifient un point tournant en ce qui concerne les perceptions des personnes vivant avec des enjeux de santé mentale lorsqu'un sentiment de contrôle se développe et mène à la redéfinition du soi par l'application de certaines solutions en vue de composer avec ceux-ci (Eads et al., 2021). Il est alors possible de dire qu'une redéfinition de leur expérience de santé mentale se produit, et ce, suivant leurs propres conditions personnelles. Ce qui est important pour la personne peut alors guider les solutions qu'elle trouvera ainsi que ses accomplissements, tels que la pratique de certaines activités quotidiennes (Reed et

al., 2020). Bref, la nécessité de prendre en considération les points de vue de ces personnes en ce qui concerne leur stade de rétablissement est évoquée (Macpherson et al., 2016).

Une mise en évidence des caractéristiques du processus de rétablissement est rendue possible par le biais de différentes études (Law et al., 2020; Leamy et al., 2011; McCauley et al., 2015; McCubbin et al., 2010; Reed et al., 2020). D'une part, il est possible de caractériser ce dernier comme étant actif, unique, non-linéaire, multidimensionnel, graduel et emprunt à plusieurs essais et erreur. D'autre part, il peut aussi être considéré comme une expérience changeant la vie, une épreuve, un cheminement, une étape ou encore une phase de vie (Leamy et al., 2011). Aussi, le rétablissement peut être défini comme étant singulier et ouvert, les individus le poursuivant à leur façon (Reed et al., 2020). Ce faisant, il existe au sein de la littérature, une multitude d'interprétations professionnelles et personnelles en ce qui concerne le rétablissement. En effet, passant de rémission des symptômes en psychiatrie à la redécouverte du soi ou encore à l'atteinte d'un but, les jeunes adultes décrivent plutôt ce processus comme impliquant un changement intérieur, comme une révolution ou une résurrection (McCauley et al., 2015). Conséquemment, une nouvelle définition du rétablissement de l'état de santé mentale émerge, se détaillant comme « un réveil de l'espoir et une redécouverte d'un sens positif de soi par l'intermédiaire d'une quête de sens et de but, tout en évoluant personnellement et en détenant une connexion fondée avec soi-même via l'application de stratégies d'adaptation autogérées et créatives » (McCauley et al., 2015, p. 587). Dans le même ordre d'idée, plusieurs conceptions du rétablissement vécu par les jeunes adultes souffrant d'un trouble mental sont explicitées (Law et al., 2020; McCubbin et al., 2010). Plus spécifiquement, il peut d'abord être vécu comme un périple individualisé

plutôt qu'une destination proprement dite (Law et al., 2020). Pour certain.es jeunes, le rétablissement constitue un processus non-linéaire, où ils.elles tentent d'atteindre une certaine stabilité. Pour d'autres, l'idée de le reconnaître comme un périple ou un voyage est considérée comme écrasante et inutile. Autrement, certain.es d'entre eux.elles décrivent le rétablissement comme une réduction ou une élimination des symptômes liés au trouble mental, alors que pour d'autres il s'agit du développement de stratégies de gestion de ces manifestations ou encore l'acceptation de ces dernières. Dans cette perspective, Kuek et al. (2023), identifient qu'il s'agit du fait d'en venir à fonctionner de façon indépendante que représente le rétablissement. Dans cette optique, on peut dire qu'une personne expérimente un rétablissement lorsqu'elle est capable notamment de participer à des activités qui sont significatives pour elle.

Enfin, ce processus de rétablissement peut être considéré comme la présence de soutien (Law et al., 2020). Il constitue d'ailleurs, pour certain.es jeunes, une expérience de reconstruction du lien social, passant par l'inclusion sociale et l'appropriation du pouvoir d'agir (McCubbin et al., 2010). À la lumière de ces multiples conceptions, on comprend que les expériences psychosociales vécues teintent considérablement les conceptions et perceptions des jeunes adultes à propos de ce que constitue le rétablissement (Law et al., 2020).

2.2 FACTEURS QUI INFLUENCENT LE RÉTABLISSMENT

La littérature abordant le rétablissement de l'état de santé mentale met en évidence plusieurs facteurs qui peuvent l'influencer, et ce, tant à la positive qu'à la négative. Cette recension est organisée autour de trois grandes catégories de facteurs : individuels, environnementaux et cliniques.

2.2.1 FACTEURS INDIVIDUELS

Les manifestations associées au trouble mental ont une influence sur le rétablissement des personnes (Chan et al., 2018; Fleury et al., 2019; Green et al., 2013; Law et al., 2020), notamment leur intensité. Plus spécifiquement, les adultes ayant un TMG qui expérimentent moins de symptômes psychiatriques, une meilleure santé physique ainsi qu'une tension artérielle moins élevée peuvent voir leur niveau de rétablissement s'avérer plus élevé que ceux qui expérimentent le contraire (Green et al., 2013). La notion de gestion est aussi notée lorsqu'il est question de l'influence des manifestations sur le rétablissement, mentionnant que plus les individus sont en mesure de gérer leurs symptômes, plus ils risquent d'être sur la voie de se rétablir (Fleury et al., 2019). Or, l'amélioration des symptômes psychiatriques constitue la clé pour favoriser l'épanouissement des adultes ayant des enjeux liés à la schizophrénie et constater un niveau de rétablissement personnel plus élevé considérant l'association notable entre ces deux concepts (Chan et al., 2018). La réduction de ces symptômes est aussi soulignée par les jeunes adultes comme influençant positivement leur rétablissement (Law et al., 2020).

Les attitudes des personnes envers leur trouble mental et le rétablissement ont également une influence sur ce processus (Marino, 2015; Treichler et al., 2019; Winsper et al., 2020). L'autodétermination, le pouvoir d'agir, la résilience et l'implication psychologique, sociale et communautaire constituent des attitudes qui peuvent favoriser le rétablissement de ces individus, d'autant plus lorsque ces derniers utilisent des services de santé mentale (Treichler et al., 2019). L'attitude d'engagement actif dans un processus d'intervention est aussi soulignée comme étant nécessaire pour se rétablir, étant donné que la passivité est reconnue comme

un modérateur négatif du rétablissement (Winsper et al., 2020). Le fait pour ces adultes d'expérimenter l'espoir quant au futur est considéré comme étant d'autant plus crucial pour arriver à se rétablir (Marino, 2015; Treichler et al., 2019; Murphy et al., 2022). Plus précisément, espérer un futur et disposer de certaines compétences permettent de faire face à la détresse et d'affronter certaines situations sociales comme la marginalisation (Marino, 2015). Murphy et al. (2022) ajoute que l'espoir est intrinsèquement lié au rétablissement étant donné qu'il permet la motivation de la personne d'avancer dans la vie. Au-delà des attitudes, l'état d'indépendance est considéré comme un facteur central au rétablissement des jeunes adultes. Plus particulièrement, il est soutenu que cet état est crucial lorsqu'il est question de l'accomplissement de certaines tâches nécessaires à la survie, comme le fait de se nourrir (Law et al., 2020).

Par ailleurs, les habitudes de vie d'une personne constituent aussi un facteur individuel pouvant influencer positivement ou négativement le rétablissement de cette dernière (Fleury et al., 2019; Ramafikeng et al., 2020; Reed et al., 2020). Le fait de ne pas consommer ou de moins consommer, d'avoir un médecin de famille, d'utiliser des banques alimentaires et de consulter un psychologue sont considérés comme des facteurs influençant le rétablissement à la positive (Fleury et al., 2019). Également, participer à différentes activités et exercer un choix d'activité peuvent influencer la possibilité de se rétablir de ces individus (Ramafikeng et al., 2020; Reed et al., 2020). Plus spécifiquement, cette participation ainsi que l'exercice du libre choix contribuent notamment à l'amélioration de la qualité de vie, à la réponse des besoins occupationnels, d'affirmation et de réalisation, à la création d'un but, au développement de sentiments de fierté et d'appartenance, en plus de posséder une valeur thérapeutique (Ramafikeng et al., 2020).

La notion de sens est également partie intégrante du processus de rétablissement (Eads et al., 2021; Leamy et al., 2011; Marino, 2015; Winsper et al., 2020; Ramafikeng et al., 2020; Reed et al., 2020; Treichler et al., 2019; Tremblay, 2015). D'abord, le sens donné à la vie représente une catégorie du processus de rétablissement en soi, parmi plusieurs autres identifiées. Plus précisément, cette dernière implique la spiritualité, la qualité de vie, le sens donné aux expériences liées à un trouble mental, l'expérience d'une vie pleine de sens et de rôles sociaux ou buts sociaux ainsi que le fait de rebâtir sa vie (Leamy et al., 2011). La notion de sens fait aussi partie du rétablissement existentiel, l'un des trois domaines (rétablissement fonctionnel, existentiel et social) mis de l'avant par certain.es chercheur.es. Il partage alors une place au sein de ce domaine avec d'autres composantes y étant liées, telles que la confiance personnelle, l'estime de soi, l'autonomisation, l'identité et la réduction de l'auto-stigmatisation (Winsper et al., 2020). Dans un autre ordre d'idée, le sens réfère aussi au concept de soi, qui est un métathème du rétablissement social, renvoyant au fait de développer le sens d'être une personne qui possède une valeur et qui est en mesure d'offrir aux autres (Marino, 2015). En outre, un appel à cette notion est aussi réalisé lorsqu'il est question de la redéfinition du soi, un aspect central au changement de perception nécessaire chez les adultes ayant un TMG en vue d'amorcer leur cheminement vers le rétablissement (Eads et al., 2021).

Ensuite, l'importance du sens dans le rétablissement est notée affirmant qu'il y contribue activement (Ramafikeng et al., 2020; Treichler et al., 2019). Cette importance repose sur la signification donnée à la participation à certaines activités, qui s'articule souvent autour du plaisir et du fait de se garder occupé, tout en ajoutant que le choix de ces dernières avec d'autres individus implique d'autant plus la création de sens. De manière plus précise, ce dernier est créé par les échanges, la négociation

et le partage des idées et des initiatives. De plus, la notion d'engagement dans certaines activités qu'une personne affectionne entre en compte, considérant qu'elle permet d'engendrer le sens en question, notamment par le développement d'un sentiment d'appartenance ou encore dans l'espoir que l'activité se déroule (Ramafikeng et al., 2020). Les activités quotidiennes pratiquées par les individus permettent également l'émergence d'une signification. Ce faisant, elle s'avère soutenue par les différentes expériences passées ou présentes des individus, qui sont ensuite utilisées pour imaginer le futur et alors favoriser le rétablissement (Reed et al., 2020). Par ailleurs, il est aussi discuté que le sens de soi importe également lorsqu'il est question de se rétablir et découle directement de la relation thérapeutique vécue par un adulte ayant un TMG. Plus spécifiquement, il implique d'apprendre à vivre avec les pertes, de se connaître, d'intégrer certaines capacités et de donner un sens aux événements passés, des composantes qui peuvent contribuer au rétablissement (Tremblay, 2015).

2.2.2 FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX

Parmi les facteurs environnementaux qui influencent le rétablissement des personnes atteintes d'un TMG, certains types de déterminants sociaux de la santé sont mis en évidence et sont considérés comme pouvant y nuire. La pauvreté est l'un d'eux (Heller et Gitterman, 2011; Perese, 2007). La participation à la vie de la communauté et la réponse aux besoins de base se réalisent plus difficilement lorsque le statut socioéconomique est plus faible, ce qui entrave le rétablissement de l'état de santé mentale (Perese, 2007). D'ailleurs, cette relation entre le processus de rétablissement et les déterminants sociaux de la santé peut être accentuée chez les femmes, qui considèrent les risques écologiques comme étant plus sérieux que les

hommes et qui perçoivent les facteurs communautaires négatifs comme influençant leur état de santé mentale. Ce faisant, il est possible de dire que les déterminants sociaux de la santé influencent considérablement le rétablissement des adultes vivant avec un TMG (Compton et al., 2020).

Ensuite, l'implication communautaire est explicitée comme étant un facteur crucial pour que les adultes ayant un TMG puissent expérimenter le rétablissement (Burns-Lynch et al., 2016; Marino, 2015; Mundy et al., 2022). D'abord, il est soutenu qu'une plus grande participation dans la communauté est associée à des niveaux élevés de rétablissement et de qualité de vie, et ce, surtout lorsque ladite participation est effectuée dans des endroits importants pour les individus et de la façon dont ces derniers le désirent (Burns-Lynch et al., 2016). Dans cette perspective, Mundy et al. (2022) soulignent l'association entre la participation à certaines activités, comme des groupes d'écriture et le bien-être. Plus précisément, un tel engagement facilite le développement d'amitiés et de connexions significatives avec des pairs, ce qui contribue au sentiment d'être soutenu et facilite le rétablissement. Ensuite, la notion de communauté constitue un thème central du rétablissement social en tant que tel. De manière plus spécifique, il se traduit notamment par le besoin d'appartenir, de se sentir accepté, en sécurité et d'être encouragé (Marino, 2015). L'importance de ces besoins liés au soutien social est discutée lorsqu'il est question de rétablissement (Fleury et al., 2019; Green et al., 2013; Ramafikeng et al., 2020; Tremblay, 2015; Moberg et al., 2023; Bjørlykhaug et al., 2022), ainsi que l'importance marquée du soutien exercé de la part d'intervenantes, de pairs et de de l'entourage (Green et al., 2013; Tremblay, 2015; Winsper et al., 2020; Moberg et al., 2023; de Wet et Pretorius, 2022). Plus particulièrement pour les jeunes adultes, il importe de spécifier qu'il s'agit du soutien prodigué par les membres de la famille qui est le plus saillant en vue de

faciliter le rétablissement (Moberg et al., 2023). D'ailleurs, le fait pour un individu vivant avec un trouble mental d'avoir des besoins sociaux non-satisfaits peut s'avérer être préjudiciable à la qualité de vie et au rétablissement de ce dernier, impliquant notamment un manque de soutien social (Fleury et al., 2019). Selon Bjørlykhaug et al. (2022), la présence d'un réseau social soutenant est associée à un plus haut niveau de santé mentale tandis que l'inverse se voit à être associé à l'aggravation de problèmes de santé mentale déjà existants.

2.2.3 FACTEURS CLINIQUES

Certains facteurs liés au milieu d'intervention influencent le processus de rétablissement. L'importance des services de santé mentale pour le favoriser (Fleury et al., 2019; Green et al., 2013; Thomas et Salzer, 2018; Wu et al., 2021) ainsi que les interventions et les attitudes des intervenant.es qui sont à privilégier pour y arriver (Fleury et al., 2019; Macpherson et al., 2016; Tremblay, 2015; Winsper et al., 2020; Wu et al., 2021; Bjørlykhaug et al., 2022; de Wet et Pretorius, 2022) sont notamment discutées.

Selon Green et al. (2013), la possibilité pour un adulte vivant avec un TMG d'avoir accès à des soins de santé mentale de qualité et pour lesquels il est satisfait a un impact sur le rétablissement. Plus spécifiquement, pour qu'ils soient considérés comme « de qualité », ces services doivent être réactifs aux besoins des personnes en vue que ces dernières entretiennent une bonne relation avec les professionnel.les et se sentent soutenues (Green et al., 2013). Le caractère planifié et l'individualité des soins et des services important également pour favoriser le rétablissement personnel de ces adultes (Fleury et al., 2019). D'ailleurs, une association positive

entre la satisfaction envers les services, les résultats qui sont orientés vers le rétablissement ainsi que la relation avec les pairs-aidants est notée. Dans cet ordre d'idée, Thomas et Salzer (2018) ajoutent que les intervenant.es pairs aidant.es sont alors perçu.es comme étant plus crédibles étant donné leurs expériences semblables avec les usager.ères des services. Les organismes proposant ce type de service s'avèrent donc être importants, d'autant plus lorsqu'on considère qu'ils permettent de favoriser l'empowerment, la qualité de vie et la motivation des personnes dans l'engagement envers les services (Thomas et Salzer, 2018). La relation de confiance installée entre les utilisateur.trices de services et les intervenant.es ainsi que les choix en matière de santé sont associés positivement avec la satisfaction des services de santé mentale et la qualité de vie, ce qui appuie le rôle crucial que peuvent jouer les facteurs environnementaux comme facilitateurs du rétablissement (Wu et al., 2021).

En ce qui concerne les interventions à privilégier et les attitudes à adopter en tant qu'intervenant.e pour favoriser le rétablissement, Winsper et al. (2020) identifient trois composantes liées au milieu (l'organisation des services, les intervenant.es et les pratiques adoptées) qui permettent de déterminer si les interventions orientées vers le rétablissement seront un succès ou un échec. Pour parvenir à ce que les personnes vivant avec un trouble mental expérimentent la survenue de ce processus de rétablissement, il importe alors que ces interventions misent sur l'autodétermination de ces dernières (Winsper et al., 2020). Effectivement, l'autodétermination et le sentiment d'efficacité sont essentiels lorsqu'il est question de rétablissement étant donné leur influence sur le sentiment de confiance, d'autonomie et de contrôle personnel (Wu et al., 2021). Par conséquent, les interventions qui relèvent de la psychoéducation (gestion de la maladie, planification des actions), de la pair-aidance (programme de soutien pour les pairs et dirigé par les pairs) et de

l'inclusion sociale (programmes de développement communautaires, emploi assisté) sont aussi considérées comme étant significatives. De manière plus précise, quatre mécanismes d'action doivent être mis de l'avant par les intervenant.es afin de favoriser ce processus de rétablissement, soit de fournir des informations ou des compétences, de promouvoir une alliance de travail, de suivre le modèle de rétablissement ainsi que de multiplier les choix et les possibilités (Winsper et al., 2020). Pour leur part, les interventions qui visent seulement à favoriser l'amélioration des symptômes sont considérées comme n'étant pas optimales ou suffisantes pour atteindre le rétablissement personnel (Macpherson et al., 2016). Il importe également d'intégrer le soutien social dans les interventions auprès des personnes qui ont un état de santé mentale fragilisé considérant l'importance de ce concept lorsqu'il est question de rétablissement (Bjørlykhaug et al., 2022; Kuek et al., 2023). Pour Bjørlykhaug et al. (2022), la participation à des activités mettant en lien des individus comme la mise en place de groupes de personnes ayant des intérêts communs ou encore de groupes de discussion portant sur les défis vécus au plan de la santé mentale sont des moyens de favoriser la présence de soutien.

Pour ce qui est des attitudes à préconiser pour favoriser le rétablissement, l'importance de la présence d'une relation thérapeutique entre un intervenant.e et un adulte vivant avec un TMG est discutée par Tremblay (2015), étant donné l'existence d'une relation positive entre ces deux concepts. Effectivement, la relation thérapeutique permet le développement d'attitudes et de composantes essentielles favorisant le rétablissement, soit l'espoir, l'optimisme, le sens de soi, la considération de son plein potentiel, l'autodétermination, le soutien social, la possibilité d'avoir des buts et des activités professionnelles, ainsi que d'expérimenter différentes possibilités. De plus, les attitudes et conduites humaines adoptées par les

intervenant.es qui favorisent la création et le maintien d'une relation thérapeutique telles que la mutualité, le partenariat, la flexibilité et la considération de la personne comme un être à part entière doivent être prioritaires (Tremblay, 2015; de Wet et Pretorius, 2022). En plus de ces attitudes et conduites, Wet et Pretorius (2022) soulignent l'importance de la collaboration des intervenant.es avec l'entourage de la personne utilisatrice de services afin de favoriser le rétablissement de cette dernière.

2.3 FORCES ET LIMITES DES ÉTUDES RECENSÉES

Considérant le nombre important de recherches réalisées portant sur le rétablissement des personnes ayant des troubles mentaux, une mise en lumière intéressante des facteurs qui influencent ce processus ainsi que des perceptions qui en découlent est possible.

Plusieurs forces sont notables lorsqu'il est question des articles recensés. D'abord, il est possible de dire que toutes les études contribuent à leur manière à l'amélioration des connaissances dans le domaine de la santé mentale et du rétablissement des troubles mentaux. Plus particulièrement, quelques-unes abordent des aspects peu documentés dans la littérature, comme les services fournis par les pairs aidant.es, le rétablissement social ou encore certaines voies de rétablissement, qui permettent alors une réelle avancée (Thomas et Salzer, 2018; Winsper et al, 2020; Eads et al., 2020). Les résultats de plusieurs articles constituent des implications concrètes pour les services de santé mentale et les interventions liées au rétablissement. Ce faisant, ces derniers peuvent, dans une perspective d'amélioration continue, s'ajuster, se développer ou renforcer les actions qui favorisent le processus de rétablissement de ceux qui vivent avec des troubles mentaux. De plus, la plupart

des textes retenus respectent les valeurs du rétablissement. D'une part, certains favorisent l'inclusion sociale (Eads et al., 2020; Marino, 2015; Reed et al., 2020 ; Ramafikeng et al., 2020; Tremblay, 2015), notamment en donnant la parole aux principaux.ales intéressé.es, bien que cela peut aussi constituer une limite méthodologique⁸. D'autre part, le fait de participer à une étude scientifique et de contribuer à l'amélioration des connaissances peut encourager l'émergence d'attitudes positives, d'un sens de soi ou d'un changement de perception des personnes vivant quotidiennement avec un trouble mental. Finalement, plusieurs études utilisent l'Échelle d'évaluation du rétablissement (RAS) comme outils de collecte des données, ce qui permet l'établissement d'une base commune pour comparer les résultats liés au rétablissement (Burns-Lynch et Salzer, 2016 ; Chan et al., 2018; Fleury et al., 2019; Treichler et al, 2019). L'utilisation de ce questionnaire est aussi pertinente dans l'optique selon laquelle plusieurs dimensions centrales de la santé mentale positive⁹, comme l'espoir, l'engagement dans la poursuite de buts et le soutien reçu sont évaluées (Provencher et Keyes, 2010).

Malgré les forces dénotées ci-haut, certaines limites sont toutefois observables lorsqu'il est question des textes recensés, qui portent sur la théorie abordée ou sur la méthodologie utilisée. Tout d'abord, en ce qui concerne les limites théoriques, il est possible de constater que peu d'études se penchent sur le rétablissement des jeunes adultes dont l'état de santé mentale est fragilisé, encore moins sur celui des étudiant.es universitaires. Plus spécifiquement, la majorité se concentre sur le rétablissement des adultes vivant avec un trouble mental grave au détriment des troubles mentaux modérés. Pourtant, ces derniers se trouvent à être ceux qui sont

⁸ Expliqué davantage plus bas dans cette analyse.

⁹ Concept faisant partie du modèle de santé mentale complète, expliqué dans le cadre conceptuel.

les plus fréquemment répertoriés chez les jeunes adultes en général (Bergeron-Leclerc et al., 2019). Dans cet ordre d'idée, les quelques études existantes visant cette dernière population concernent souvent le rétablissement des TMM, sans toutefois inclure les problèmes de santé mentale. On s'intéresse ainsi au rétablissement selon la perspective du continuum unique, sans considérer les deux continuums décrits précédemment (Provencher et Keyes, 2010). De plus, les articles qui s'intéressent au rétablissement des jeunes adultes mettent davantage en lumière la conceptualisation entourant le rétablissement chez cette population plutôt que les facteurs qui l'influencent. Par ailleurs, le rétablissement de la santé mentale complète (Provencher et Keyes, 2010) n'est guère étudié par les recherches dans le domaine de la santé mentale, d'où l'importance de le considérer dans ce mémoire. Également, il est possible de remarquer que peu d'études recensées se penchent sur les facteurs environnementaux qui sont associés au cheminement de rétablissement des troubles mentaux. Plus précisément, la majorité d'entre elles abordent les facteurs individuels et cliniques, ce qui contribue à l'émergence de questionnements à propos de l'importance accordée à ceux issus de l'environnement, à savoir s'il s'agirait d'un facteur négligé. Enfin, la notion de déterminants sociaux de la santé, bien qu'elle soit largement considérée dans la littérature, apparaît peu dans les études recensées portant sur le rétablissement des troubles mentaux. Toutefois, l'importance de certains déterminants eux-mêmes est nommée lorsqu'il est question de ce processus de rétablissement (Compton et al., 2020).

En ce qui concerne les limites méthodologiques, il est possible d'observer que plusieurs articles recensés portant sur le rétablissement des troubles mentaux ont été réalisés aux États-Unis, en Europe, en Afrique ou en Asie. Plus spécifiquement, il s'agit d'une limite notable puisque les résultats de ces études sont plus difficilement

généralisables à d'autres contextes (Drapeau, 2004). Effectivement, les réalités politiques, culturelles ou encore sociales des personnes vivant avec des troubles mentaux peuvent différer considérablement de celles de ces dernières qui vivent au Canada et au Québec. Les populations francophones, éloignées des grands centres urbains, ont fait l'objet d'une moins grande attention dans la littérature. Dans le même sens, les échantillons de certaines études contribuent, eux aussi, à limiter la généralisation des résultats. De manière plus particulière, plusieurs sont assez précis, que ce soit concernant le contexte dans lequel ils ont été recrutés ou encore les diagnostics de troubles mentaux ainsi que les groupes ethniques qui ont été retenus.

L'étude proposée ici prend appui sur ces forces et limites afin d'identifier les facteurs qui facilitent ou entravent le rétablissement des étudiant.es universitaires dont l'état de santé mentale a été fragilisé depuis la pandémie.

CHAPITRE 3 CADRE THÉORIQUE

Cette étude a recours à des cadres théoriques qui serviront aux analyses en vue d'aborder la santé mentale et le rétablissement. Ces trois cadres que sont les modèles de la santé mentale complète, des représentations du rétablissement et CHIME sont décrits dans ce chapitre.

3.1 LE MODÈLE DE SANTÉ MENTALE COMPLÈTE

Le modèle de santé mentale complète (Keyes, 2005, 2007) met en lumière des notions de bien-être subjectif (émotionnel, psychologique et social) (Keyes, 2006; Ryan et Deci, 2001) et de santé mentale positive (florissante, modérée et languissante) (Keyes, 2005, 2007, 2009b). Le bien-être émotionnel (hédonisme) réfère à la présence de sentiments positifs à l'égard de la vie (perception de satisfaction ou de bonheur). Le bien-être psychologique et social renvoie au fonctionnement positif (eudémonisme), se traduisant par une la présence d'une vie personnelle et sociale enrichissante et bien remplie (Keyes, 2007; Ryff et Singer, 1996).

Dans cet ordre d'idée, l'état de santé mentale complète d'une personne repose sur une combinaison d'indicateurs de trouble mental et de santé mentale positive, constituant alors un modèle à deux facteurs (Provencher et Keyes, 2010). Ainsi, autant pour les adultes que les adolescent.es (Keyes 2005, 2009b), les mesures de trouble mental et de santé mentale positive forment deux facteurs qui s'avèrent à être latents et distincts (Provencher et Keyes, 2010). Ce faisant, il est possible de croire que « l'absence de maladie mentale n'implique pas la présence de santé mentale

positive ; et la présence de maladie mentale n'implique pas l'absence de santé mentale positive » (Provencher et Keyes, 2010, p. 581). La figure 1 illustre l'état de santé mentale, suivant l'idée du modèle des deux continuums et rappelant le caractère universel de la notion de santé mentale (Morin et Clément, 2019).

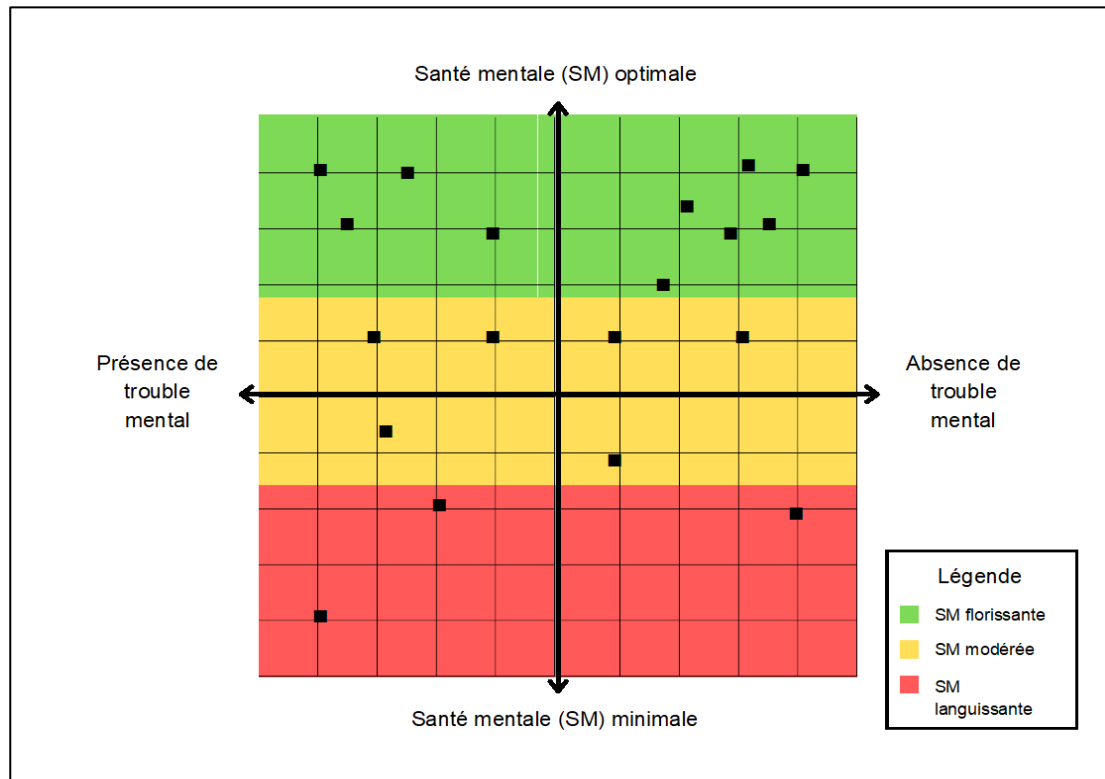


FIGURE 1 : État de santé mentale
(Inspiré de : CSMQ, 1994, p. 10)

Cette définition de l'état de santé mentale amène à considérer le rétablissement sous un autre angle, celui du rétablissement de la santé mentale complète (Provencher et Keyes, 2010). La section suivante permettra une mise en lumière des représentations du rétablissement, qui permet de situer les définitions du processus de rétablissement selon quatre catégories (Starnino, 2009).

3.2. LES REPRÉSENTATIONS DU RÉTABLISSEMENT

Le chapitre 2 a mis en évidence que le processus de rétablissement est singulier, non linéaire et affecté par différents facteurs. En l'occurrence, les définitions du rétablissement sont multiples. Starnino (2009) a fait l'exercice de classer ces définitions en quatre catégories. En effet, son travail d'analyse a permis de mettre en lumière quatre représentations du rétablissement : biomédicale, professionnelle, par les personnes utilisatrices de services et sociopolitique. Cette classification permet de saisir toutes les subtilités liées à la définition du processus de rétablissement, de comprendre et d'illustrer ce dernier en l'inscrivant dans un continuum poursuivant respectivement les représentations nommées précédemment. Pour les personnes qui détiennent une vision biomédicale de leur processus de rétablissement, elles perçoivent le trouble mental comme étant traitable par de biais de différents traitements, tels que la prise de médication ou le suivi en psychothérapie (Pilgrim, 2008; Starnino, 2009). Pour celles qui adhèrent à une conception professionnelle à l'égard de ce même processus, une vision plutôt biopsychosociale s'en dégage, mettant l'accent sur les impacts quotidiens et sociaux du trouble en tant que tel (Provencher et Keyes, 2010; Starnino, 2009). La représentation du rétablissement par les personnes utilisatrices de services, quant à elle, implique une vision selon laquelle les dimensions psychologiques et sociales du trouble mental sont considérées, en plus de l'aspect spirituel (Provencher, 2002; Starnino, 2009). Également, bien que le diagnostic puisse être reconnu pour ces personnes, leur identité n'y est pas réduite. Enfin, la représentation sociopolitique du rétablissement met plutôt l'accent sur la notion de « survivantes » lorsqu'il est question des personnes qui vivent avec des enjeux de santé mentale, ces dernières ayant tendance à rejeter l'existence du trouble mental diagnostiqué (Pilgrim, 2008, 2009;

Starnino, 2009) et l'étiquetage diagnostique (Mental Health « Recovery » Study Working Group, 2009; Morrow, 2013). Pour ces personnes, le processus de rétablissement est lié aux répercussions psychosociales découlant de la stigmatisation.

3.3. LE CADRE CONCEPTUEL DU RÉTABLISSMENT (CHIME)

L'acronyme anglophone CHIME réfère aux cinq dimensions du rétablissement personnel soit, *Connectedness* (être en lien et soutenu), *Hope and optimism about the future* (avoir espoir et être optimiste quant à l'avenir), *Identity* (redéfinir son identité), *Meaning in life* (trouver un sens à sa vie) et *Empowerment* (développer son pouvoir d'agir) (Leamy et al., 2011). Ces dimensions, qui sont d'importance égale (Bergeron-Leclerc, 2019), seront décrites dans les prochaines sections.

3.3.1. ÊTRE EN LIEN ET SOUTENU

Le soutien social insiste sur un élément essentiel au rétablissement, soit de sortir de chez soi, tant au sens symbolique que physique (Brophy et al., 2015; Leamy et al., 2011). Plus précisément, il est connu que l'isolement social et la pauvreté des réseaux sociaux font souvent partis de la réalité des personnes vivant avec des troubles mentaux (Cohen et Sokolowsky, 1978; Davidson et al., 1996; Palumbo et al., 2015; Vinsentini et al., 2018). Plusieurs facteurs peuvent contribuer à ce phénomène, dont l'insertion difficile de ces derniers dans des rôles sociaux (Heider et al., 2007; Roe, 2001; Rüesh et al., 2004) ou encore la présence de stigmatisation et d'auto-stigmatisation pouvant limiter leur élan à aller vers le monde extérieur (Palumbo et al., 2015). Cette facette du rétablissement peut être favorisée par les

professionnel.les, tant par le renouement ou le développement de liens sociaux, par la participation à certaines activités y contribuant ou encore par le maintien ou la remise en contact avec des personnes qui s'avèrent être significatives pour l'utilisateur.trice de service en santé mentale (Bergeron-Leclerc, 2019).

3.3.2. AVOIR ESPOIR ET ÊTRE OPTIMISTE QUANT À L'AVENIR

Cette dimension s'intéresse à la conviction personnelle ou professionnelle qu'un mieux-être est possible, et ce, peu importe la définition de ce mieux-être (Bergeron-Leclerc, 2019). Cet espoir, que doit porter la personne, peut être favorisé par les intervenant.es qui l'accompagnent (Russinova, 1999). Plus particulièrement, il s'agit de se rappeler en tant qu'intervenant.e que toute personne peut aspirer au rétablissement (Slade et al., 2014) qu'elle soit plus ou moins optimiste et qu'il est possible que ce processus de rétablissement soit ponctué de périodes sombres (Bergeron-Leclerc, 2019). Ce faisant, croire au rétablissement, encourager la poursuite de buts et valoriser le succès peuvent constituer des stratégies d'interventions pertinentes.

3.3.3. REDÉFINIR SON IDENTITÉ

Pour cette dimension, il est question du passage du statut de « malade ou de patient » à celui de « personne » qu'implique le rétablissement (Provencher, 2002). En d'autres mots, il est possible que certaines personnes en viennent à se définir à partir de leur diagnostic psychiatrique. Toutefois, cette intériorisation s'avère être associée davantage à des manifestations dépressives ainsi qu'à de faibles niveaux d'estime de soi, d'espoir et de sentiment d'autoefficacité et de pouvoir d'agir (Bouvet

et Bouchoux, 2015; Cunningham et Lucksted, 2017; Livingston et Boyd, 2010; Mashiach-Eizenberg et al., 2013; Picco et al., 2016). Les professionnel.les peuvent favoriser la redéfinition du soi des personnes utilisatrices de services, notamment en les aidant à développer de nouvelles forces, réactiver celles qui ont été oubliées et réévaluer leurs limites de façon positive (Provencher, 2002).

3.3.4. TROUVER UN SENS À SA VIE

La dimension visant à trouver un sens à sa vie met d'abord en lumière l'importance de se sentir utile socialement et en mesure de redonner à la société dans le développement d'un mieux-être (Deegan, 1988; Poirel et al., 2015). Ensuite, elle réfère à la notion de spiritualité comme un élément influençant le rétablissement (Provencher, 2002; Spaniol et al., 2002; Starnino et al., 2014; Young et Ensing, 1999), étant donné que les croyances spirituelles peuvent permettre de donner un sens à la souffrance, et alors, d'être en mesure d'affronter le quotidien (Young et Ensing, 1999). Considérer la spiritualité de l'individu dans l'intervention, l'encourager dans l'insertion de rôles sociaux significatifs et l'aider à trouver un sens à son existence sont des stratégies d'interventions pertinentes (Bergeron-Leclerc 2019)

3.3.5. DÉVELOPPER SON POUVOIR D'AGIR

Enfin, la dernière dimension mise de l'avant par le cadre conceptuel du rétablissement de Leamy et al. (2011) considère la reprise de pouvoir de la vie de la personne vivant avec un trouble mental, pouvant se traduire de plusieurs manières (Bergeron-Leclerc, 2019). Effectivement, le fait de prendre les commandes de sa vie peut notamment se développer par le biais de l'intervention sociale, lorsque le.la

professionnel. Il cède le pouvoir à la personne utilisatrice de services. Plusieurs stratégies ayant pour but de favoriser la prise de pouvoir de ces dernières existent, comme le fait d'accorder une place centrale aux points de vue et aux savoirs expérientiels ou encore augmenter la participation lorsqu'il est question de planifier l'intervention proprement dite (McCubbin et al., 2010).

3.4. PERTINENCE DES CADRES D'ANALYSE RETENUS

L'utilisation des cadres d'analyse présentés dans la section 3.1 est intéressante dans ce mémoire pour diverses raisons. D'abord, le modèle de santé mentale complète¹⁰ (Keyes, 2007; Provencher et Keyes, 2010) est préconisé étant donné qu'il permet l'établissement d'une conception de la santé mentale comme étant plus que l'absence de trouble mental. Plus précisément, nous nous intéressons au rétablissement de l'état de santé mentale fragilisé des étudiant.es universitaires, qu'il soit diagnostiqué ou non. Ce faisant, son utilisation nous permet à la fois de statuer sur une conception de l'état de santé mentale tel que mise de l'avant dans cette recherche et de soutenir certaines valeurs du rétablissement. Effectivement, une mise en lumière d'une vision non-stigmatisante de l'état de santé mentale est possible par le recours au modèle de santé mentale complète, le situant sur plus d'un seul continuum.

Ensuite, le modèle des représentations du rétablissement (Starnino, 2009) est pertinent dans le cadre de cette étude considérant qu'il amène une clarté conceptuelle à l'égard de la notion de rétablissement (Bird et al., 2014 ; O'Hagan, 2004 ; Piat et Lal, 2012 ; Pilgrim, 2008). Effectivement, ce processus se définit de plusieurs

¹⁰ Ou modèle des deux continuums (Keyes, 2005, 2007).

variations selon les personnes qui en effectuent l'exercice, ce qui implique une diversité de subtilités et de significations (Bergeron-Leclerc, 2019). Ce repère théorique permet alors de catégoriser ces définitions de façon différenciée en vue de définir les réalités des personnes utilisatrices de services ainsi que d'orienter la pratique (Dallaire, 1995).

Enfin, le cadre conceptuel du rétablissement (CHIME) (Leamy et al., 2011 ; Bird et al., 2014) est aussi privilégié étant donné qu'il propose certaines stratégies d'intervention, permettant d'assurer une pratique cohérente des professionnels côtoyant les personnes utilisatrices de services en santé mentale avec les valeurs du rétablissement personnel (Bergeron-Leclerc, 2019). Le recours au CHIME, dont la pertinence est largement démontrée dans la littérature (van Weeghel et al., 2019), est donc approprié dans cette recherche. La compréhension des processus de rétablissement personnel (Leamy et al., 2011) expérimentés par les étudiants universitaires par le biais de différentes dimensions est permise, en plus de favoriser la réflexion concernant les pratiques à adopter afin de favoriser le rétablissement.

CHAPITRE 4 MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Ce chapitre présente les aspects méthodologiques relatifs à cette étude. D'abord, il aborde le contexte de l'étude, l'approche méthodologique choisie ainsi que le type de recherche afin de permettre de la situer. Ensuite, les objectifs de recherche, la population à l'étude, la méthode d'échantillonnage et l'échantillon sont présentés, pour en venir à la collecte de données et l'analyse des données.

4.1. LE CONTEXTE DE RÉALISATION DE L'ÉTUDE

D'entrée de jeu et avant d'aller dans le vif du sujet, il importe de mentionner que l'étude au cœur de ce mémoire s'insère dans une recherche plus vaste intitulée : *Santé mentale et population universitaire : un laboratoire vivant au service de la communauté*. Cette étude, entérinée par le Comité d'éthique de la recherche (2022-749) et dirigée par Christiane Bergeron-Leclerc, s'est déroulée en 2021-2022 à l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)¹¹. Elle vise plus spécifiquement l'atteinte de trois objectifs principaux :

« 1) Identifier les principaux enjeux de santé mentale des étudiant·es et des employé·es de l'UQAC en contexte pandémique, 2) Répertorier l'ensemble des mesures de soutien à la santé mentale mises à la disposition des étudiant·es et des employé·es de l'UQAC, et 3) Identifier de nouvelles solutions à mettre en place afin de pallier les manques et de soutenir les étudiant·es et les employé·es de l'UQAC » (Tremblay et al., 2022, p. 15).

¹¹ Cette étude a été possible grâce aux appuis financiers de la FUQAC, du Fond postsecondaire Bell Cause et de MITACS.

Ce mémoire s'inscrit dans la perspective du premier objectif de l'étude principale, qui est d'identifier les principaux enjeux de santé mentale vécus par les étudiant-es de l'UQAC. Notons que les objectifs de cette recherche et le cadre conceptuel présentés dans ce mémoire sont propres à la démarche de l'étudiante. Il importe également de mentionner que toutes les étapes de collecte et d'analyse de données ont été menées cette dernière.

4.2. LES OBJECTIFS DE RECHERCHE

L'objectif général de l'étude est de décrire l'expérience de rétablissement des étudiant.es universitaires dont l'état de santé mentale a été fragilisé par la pandémie de COVID-19¹². Plus particulièrement, cette recherche qualitative vise trois objectifs spécifiques, se déclinant ainsi :

1. Décrire les perceptions des étudiant.es universitaires à propos de ce que signifient les notions de « santé mentale » et de « rétablissement »;
2. Identifier les facteurs qui facilitent le rétablissement des étudiant.es universitaires;
3. Identifier les facteurs qui entravent le rétablissement des étudiant.es universitaires.

¹² Objectif lié à la question de recherche exposée dans la section 1.5.

4.3. L'APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE PRIVILÉGIÉE ET LE TYPE DE RECHERCHE

Cette étude possède un caractère descriptif, puisqu'elle s'intéresse aux facteurs qui contribuent au rétablissement des étudiant.es universitaires dont l'état de santé mentale a été fragilisé depuis la pandémie. Ce faisant, l'approche préconisée est la recherche descriptive interprétative (Thorne, 2016), possédant plusieurs avantages qui correspondent à la visée de l'étude. Tout d'abord, ce type d'approche, indiqué dans plusieurs disciplines professionnelles comme le travail social (Gallagher et Marceau, 2020), permet de présenter les propriétés, les composantes et les variations d'un phénomène (Thorne, 2008). À titre d'exemple, cette approche est appropriée pour procéder à la description des besoins psychosociaux, du bien-être des personnes qui sont utilisatrices de services ou encore du point de vue de ces dernières concernant les soins qu'elles reçoivent (Gallagher et Marceau, 2020). Également, cette démarche se montre attentive à la complexité des phénomènes humains, tout en accordant une valeur à leur subjectivité (Thorne, 2008). En effet, ces phénomènes sont compris grâce à une description qui en est faite, et ce, dans leur milieu naturel et selon le point de vue des personnes qui sont concernées (Corbin et Strauss, 2008; Fortin et Gagnon, 2016; Thorne, 2008, 2016). S'agissant d'un dispositif de recherche qui est souple, évolutif et itératif (Creswell et Poth, 2017; Pelaccia et Paillé, 2010), la recherche de type descriptive interprétative permet l'obtention de résultats qui étoffent les connaissances disciplinaires et soutiennent la pratique en étant basés sur des résultats probants (Sandelowski, 2010; Thorne, 2016).

La recherche qualitative permet d'approfondir la connaissance des phénomènes sociaux liés à la santé (Huston et Rowan, 1998). Cette étude permet de mettre en lumière l'opinion des participant.es, notamment en leur permettant de formuler librement leurs propos, tel qu'il est proposé par Anadón (2006) et Deslauriers (1991) lorsqu'il est question de la recherche qualitative. En ce sens, la compréhension globale du phénomène de rétablissement chez les étudiant.es ayant un état de santé mentale fragilisé est aussi rendue possible grâce à la recherche qualitative, et ce, tout en considérant le contexte et les facteurs environnementaux (Deslauriers, 2005). Également, cette approche rend possible l'exploration et la documentation des sentiments et des émotions de l'échantillon (Dumez, 2011). Étant donné le caractère intime de l'étude, ce type de recherche est pertinent afin de centrer l'attention sur le sens que donnent les personnes au processus de rétablissement qu'elles expérimentent (Deslauriers, 1991). Enfin, son recours rend possible l'analyse de données difficilement quantifiables, l'utilisation d'une méthode d'analyse souple et la systématisation des composantes de la vie quotidienne des participant.es (Deslauriers, 1991)

4.4. LA POPULATION À L'ÉTUDE

La population à l'étude était ici constituée des personnes appartenant à la communauté étudiante de l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC). L'UQAC compte trois centres d'études universitaires (Chicoutimi, Sept-Îles et Montréal) pour un total de 7446 étudiant.es en 2022 (Université du Québec, 2022), offrant 247 programmes à l'heure actuelle, se déclinant selon différents domaines, cycles et régimes d'études (UQAC, s. d.). Le tableau 1 présente les principales caractéristiques populationnelles des étudiant.es de l'UQAC au trimestre d'hiver 2022.

TABLEAU 1 : Caractéristiques populationnelles des étudiant.es l'UQAC au trimestre d'hiver 2022

Caractéristiques populationnelles	Fréquence (N=7446)	Pourcentage (%)
Ensemble d'inscriptions définitives par sexe		
- Femme	3891	52,3
- Homme	3555	47,7
Ensemble des inscriptions définitives par niveau d'études		
- Premier cycle	5319	71,4
- Deuxième cycle	1837	24,7
- Troisième cycle	290	3,9
Ensemble des inscriptions définitives par régime d'études		
<i>Premier cycle</i>	3341	44,9
- Temps complet	1978	26,6
- Temps partiel		
<i>Deuxième cycle</i>		
- Temps complet	1360	18,3
- Temps partiel	361	4,8
- Recherche ¹³	116	1,6
<i>Troisième cycle</i>		
- Temps complet	125	1,7
- Temps partiel	8	0,1
- Recherche	157	2,1
Ensemble des inscriptions définitives par domaine d'études		
- Arts	789	10,6
- Lettres	133	1,8
- Plurisectoriel	200	2,7
- Sciences appliquées	1848	24,8
- Sciences de l'administration	1957	26,3
- Sciences de la santé	431	5,8
- Sciences de l'éducation	892	12,0
- Sciences humaines et sociales	855	11,5
- Sciences fondamentales	341	4,6

¹³ Étudiant.es qui sont considérés comme étant en rédaction.

4.5. LA MÉTHODE D'ÉCHANTILLONNAGE ET L'ÉCHANTILLON

Cette recherche s'inscrit dans un mode de recrutement non probabiliste. En d'autres mots, l'échantillon a été déterminé de façon intentionnelle, les caractéristiques des participant.es étant alors établies à l'avance. Également, ils devaient être volontaire, étant donné le caractère intime de l'étude (Thorne, 2008, 2016). Tel que discuté plus tôt dans ce mémoire à la section 1.3.3, les personnes vivant avec des enjeux de santé mentale peuvent être confrontées à des préjugés et à la stigmatisation, c'est pourquoi des efforts ont été déployés afin de favoriser l'inclusion de chacun.e des étudiant.es et la création d'un environnement sécuritaire, propice à la confiance. On peut notamment penser au contenu du formulaire d'information et de consentement verbal (FIC) dans lequel une section est dédiée à la participation volontaire et à la confidentialité de la recherche ainsi qu'à l'attitude de l'étudiante lors des entrevues, teintée d'ouverture et de respect.

Cet échantillon a été constitué à partir de certains critères d'inclusion ou d'exclusion. Afin d'être éligibles à l'étude, les étudiant.es devaient répondre aux critères ayant été élaborés en vue d'obtenir d'un échantillon possédant une expertise permettant alors répondre aux objectifs ciblés (Savoie-Zajc, 2021). Lorsqu'il est question d'expertise, on réfère à l'expérience de vie d'une personne qui est interviewée qui s'avère pertinente au regard à l'objet de l'étude. En recherche qualitative, les personnes sélectionnées sont celles qui sont les plus susceptibles de fournir l'information la plus pertinente (Kohn et Christiaens, 2014). Les critères d'inclusion à remplir étaient les suivants : 1) être âgé d'au moins 18 ans, 2) être inscrit à temps plein ou à temps partiel à un certificat ou un programme de baccalauréat, maîtrise ou doctorat offert par l'UQAC depuis au moins un trimestre, 3) reconnaître

avoir un état de santé mentale fragilisé (avec ou sans diagnostic) depuis au moins 3 mois, 4) être en mesure de participer à une entrevue en français et 5) être apte à consentir librement et de façon éclairée. Un seul critère d'exclusion était en vigueur, se traduisant comme suit : 1) être en état de crise ou être intoxiqué au moment de la rencontre. Ce critère n'a toutefois pas eu à être appliqué au cours de l'étude. Nous souhaitons compter parmi cet échantillon des personnes poursuivant des études dans des programmes, régimes et cycles diversifiés. Un nombre de 8 à 12 participant.es était visé pour constituer l'échantillon.

Le recrutement a été amorcé le 30 mai 2022 et s'est échelonné jusqu'au 29 juin 2022. Il a été effectué principalement par le recours aux réseaux sociaux. Une affiche virtuelle (Annexe 2) décrivant le projet de recherche a été publiée sur le réseau social Facebook, en plus d'être partagée par les Services aux étudiants (SAE) et le MAGE-UQAC sur leurs réseaux respectifs. Une compensation financière de 20\$ a été remise à chaque participant.e pour le temps alloué à sa participation à l'étude. Au total, 11 participant.es se sont manifesté.es pour participer à l'entrevue individuelle. En revanche, 2 personnes se sont désistées, portant ce nombre à 9 participant.es (N=9).

4.6. LA STRATÉGIE DE COLLECTE DE DONNÉES

La collecte des données a été réalisée à partir de deux stratégies soit le recours à des questionnaires (sociodémographique, Échelle d'évaluation du rétablissement et Continuum de santé mentale – Questionnaire abrégé) et à l'entrevue semi-dirigée. De cette façon, il a été possible d'obtenir différents types d'information à propos de l'échantillon. Même si la nature de cette étude se veut

principalement qualitative, le recours à des questionnaires a été utile afin d'effectuer le portrait des participant.es. Ces stratégies seront décrites plus bas.

4.6.1. QUESTIONNAIRES

Tout d'abord, un questionnaire sociodémographique a été complété par tous.les les participant.es. Ce court questionnaire comprenant 20 questions avait pour but de récolter des informations sociodémographiques, scolaires, professionnelles et sanitaires en vue de cerner les caractéristiques de l'échantillon (Annexe 3). En ce qui a trait aux données sociodémographiques, des informations classiques, à propos du genre, de l'âge et de l'état matrimonial ont été amassées. Puis, des informations à propos du lieu de réalisation des études, du régime et du programme d'études ainsi que du fait d'occuper ou non un emploi ont été récoltées. Enfin, des questions liées à la santé mentale ont été posées, notamment à propos : de la présence ou non de troubles diagnostiqués, de l'utilisation des services et de la prise de médicaments.

À la suite de ce questionnaire, se retrouvaient deux échelles, l'une à propos de la santé mentale (Continuum de santé mentale – Questionnaire abrégé) et l'autre concernant le rétablissement (Échelle d'évaluation du rétablissement (RAS-41)) des participant.es. Ces dernier.ères avaient la liberté de les compléter avant l'entrevue individuelle ou lors de ladite entrevue avec l'aide de l'étudiante-chercheure. Dans les deux cas, les questionnaires ont été envoyés avant la rencontre à chaque étudiant.e par courriel. Il importe de noter que les résultats obtenus rendent possible une comparaison avec d'autres études ayant été réalisées avec une population ayant ou non les mêmes caractéristiques (Tremblay, 2015). Enfin, dans l'optique de favoriser

l'inclusion de la communauté LGBTQAIS2+, l'écriture inclusive a été utilisée tout au long du questionnaire.

4.6.1.1 CONTINUUM DE SANTÉ MENTALE – QUESTIONNAIRE ABRÉGÉ

La version abrégée du Continuum de santé mentale (CSM-QA) (Annexe 4), un questionnaire de type autorapporté visant à mesurer l'état de santé mentale des participant.es selon différents aspects du bien-être, a été utilisée dans cette étude. Le CSM-QA est constitué de 14 questions (Keyes, 2009a), se traduisant dans trois dimensions distinctes (bien-être émotionnel, bien-être psychologique et bien-être social). La dimension associée au bien-être émotionnel est mesurée par trois affirmations, celle au bien-être psychologique par 6 affirmations et celle au bien-être social par 5 affirmations.

Une échelle de mesure de type Likert en 6 points (de 0 : jamais à 5 : tous les jours) est utilisée en vue de noter la gradation dans les réponses des participant.es (Keyes, 2009a). L'étendue des scores va de 0 à 70 pour l'échelle globale tandis qu'il est d'un maximum de 15 pour la sous-échelle de bien-être émotionnel, de 30 pour la sous-échelle de bien-être psychologique et de 25 pour la sous-échelle de bien-être social. Le score de chacune des dimensions du bien-être se voit associé à deux sous-échelles, soit hédonique (bien-être émotionnel) et eudémonique (bien-être psychologique et social) et à trois seuils cliniques, soit la santé mentale dite florissante, languissante ou modérée. Pour témoigner d'une santé mentale florissante, le.la participant.e doit affirmer être en accord à « tous les jours » ou à « presque tous les jours » avec au moins un item associé à la sous-échelle de type hédonique et à six de celle de type eudémonique. Pour présenter une santé mentale

languissante, ce dernier.ère doit affirmer être « jamais » ou « une ou deux fois » en accord avec au moins une question de type hédonique et six questions de type eudémonique. Dans les cas où un.e répondant.e n'atteint aucun de ces seuils, il est possible de dire qu'il.elle possède une santé mentale qualifiée de modérée. La traduction française de l'outil a été réalisée et validée par Doré et al. (2017) auprès d'étudiant.es postsecondaires francophone du Québec. L'alpha de Cronbach est de 0.8 pour l'échelle globale tandis qu'elle varie entre 0.57 et 0.71 pour les sous échelles (Keyes, 2009a).

4.6.1.2 ÉCHELLE D'ÉVALUATION DU RÉTABLISSMENT (RAS-41)

La version longue de l'Échelle d'évaluation du rétablissement (RAS-41) (Annexe 5) a été utilisée dans la présente étude. Elle comprend 41 affirmations qui évaluent 5 dimensions du rétablissement qui se traduisent de la façon suivante : l'espoir et la confiance en soi, la motivation à demander de l'aide, les objectifs et les buts personnels, l'importance de se relier aux autres ainsi que l'autogestion de la maladie (Corrigan et al., 2004). Une échelle de type Likert de 1 à 5 permet d'établir le degré d'accord des personnes y participant (1 : totalement en désaccord; à 5 : totalement en accord;). Le score total se calcule sous forme de somme des résultats obtenus à chaque sous-échelle (Roe, Mashiach-Eizenberg et Corrigan, 2012). En vue de l'interprétation des résultats, il importe de considérer que plus le score du participant.e est bas, plus haute est sa perception du rétablissement (Ouellet, 2019).

Le RAS-41 s'avère être l'outil de mesure du rétablissement à propos duquel le plus de publications ont été réalisées et a démontré de bonnes propriétés psychométriques (Shanks et al., 2013). En ce sens, plusieurs études portant sur les

outils évaluant le rétablissement sont favorables à l'utilisation du RAS-41 dans le domaine des sciences humaines et sociales (Burgess et al., 2011; Cavelti et al., 2012; Glynn et Mueser, 2008; Gregg et al., 2006; Law et al., 2012). La cohérence interne, la fiabilité test-retest ainsi que la fiabilité interjuge sont considérées comme étant des propriétés psychométriques solides et consistantes du RAS-41 (Salzer et Brusilovskiy, 2014). Plusieurs traductions ont été effectuées de la version anglaise de l'outil, dont celle de Bisson et al. (2007), utilisée dans le cadre de cette recherche.

4.6.2. ENTREVUE SEMI-DIRIGÉE

L'entrevue semi-dirigée individuelle constitue le principal mode de collecte de données de cette recherche. Se déroulant via la plateforme Zoom ou en présentiel, les entretiens réalisés ont permis de compléter les informations recueillies par le biais des questionnaires et de centrer l'attention sur le processus de rétablissement qu'expérimentent les étudiant.es universitaires. Globalement, cette méthode de collecte des données est pertinente, sachant qu'elle cherche à recueillir en majorité des données verbales, permettant alors une démarche interprétative (Aubin-Auger et al., 2008). Dans cette perspective, Kohn et Christiaens (2014) justifient l'efficacité de cette méthode en contexte de santé lorsque le but est d'identifier notamment des points de vue, des croyances, des attitudes ou encore l'expérience des individus. Ainsi, ce type d'entrevue porte sur l'expérience humaine, considérant qu'il cherche à comprendre ces aspects de manière explicite et en profondeur (Savoie-Zajc, 2021; Van der Maren, 1995). Étant donné le désir de comprendre la manière dont s'insère le rétablissement dans la vie des participant.es via leurs expériences de vie et leurs attitudes, il est possible de dire que l'entrevue semi-dirigée est effectivement utile dans le cadre de l'étude.

Au total, 9 entrevues individuelles ont été réalisées entre le 6 juin et le 28 juin 2022. La durée moyenne des rencontres a été de 62 minutes (minimum : 53 minutes; maximum : 138 minutes). La plupart d'entre elles ont été effectuées en visioconférence à partir de la plateforme Zoom (licence institutionnelle) et ont été enregistrées à partir de cette même plateforme (n=7). En ce qui concerne les autres entrevues, elle se sont déroulées en présence à l'UQAC et ont été enregistrées à partir d'un enregistreur conçu à cet effet (n=2). Chacune des entrevues s'est déroulée tel que convenu, au moment identifié par l'étudiante-chercheure et le.la participant.e. Lors de chaque entrevue, un formulaire d'information et de consentement verbal (Annexe 6) a été consulté et expliqué afin d'obtenir le consentement verbal et éclairé des participant.es. La discussion a été suscitée à partir de questions ouvertes qui ont été posées, suivant le guide d'entrevue (Annexe 7). Le tableau 2 présente les thèmes et sous-thèmes qui ont été discuté lors des entrevues.

TABLEAU 2 : Thèmes et sous-thèmes du guide d'entrevue

Thèmes	Sous-thèmes
Perception du processus de rétablissement de l'état de santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> • Définition de la santé mentale; • Définition du rétablissement; • État de santé mentale actuel (manifestations, évolution dans le temps, facteurs expliquant l'évolution, impact(s) sur la vie (personnelle, sociale, scolaire et professionnelle) et émotion(s) associée(s) (évolution de ces émotions dans le temps); • Rétablissement de l'état de santé mentale (possibilité, signification d'être rétabli (indicateurs de bien-être), évaluation du rétablissement (signification, rétablissement idéal, façon(s) d'atteindre le rétablissement idéal, signe(s) indiquant l'atteinte du rétablissement idéal).
Facteurs facilitant le rétablissement de l'état de santé mentale	<p>Soutien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personne(s) significative(s); • Principaux liens sociaux • Forme(s) de soutien reçue(s) • Façon(s) dont le soutien se manifeste; • Impact(s) de la présence du soutien sur le rétablissement de l'état de santé mentale; • Appréciation du soutien. <p>Développement du pouvoir d'agir</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hygiène de vie (qualité du sommeil, qualité de l'alimentation, tenue d'une routine, pratique d'activité physique), influence de l'hygiène de vie sur le rétablissement de l'état de santé mentale; • Engagement dans certaine(s) activité(s) (scolaires, professionnelles, quotidiennes, liées à la vie de la communauté), influence de l'engagement sur le rétablissement de l'état de santé mentale, signification de l'engagement; • Utilisation des services en santé mentale (réponse aux besoins par les services, contribution des services au mieux-être, aspects appréciés des services, aspects moins appréciés des services, influence de l'utilisation des services sur le rétablissement de l'état de santé mentale. <p>Redéfinition de l'identité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Description du participant.e; • Force(s) et limite(s); • Ce qui est apprécié dans la vie; • Ce qui est moins apprécié dans la vie; • Ce qui caractérise la personne.

TABLEAU 2 (SUITE)

Facteurs facilitant le rétablissement de l'état de santé mentale	<p>Espoir et optimisme</p> <ul style="list-style-type: none"> • Buts dans la vie (réalisation des buts, importance accordée aux buts, espoir accordé en la réalisation des buts, influence de la tenue des buts sur le rétablissement de l'état de santé mentale); • Succès vécus (signification des succès, émotions rattachées aux succès). <p>Trouver un sens à sa vie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sens accordé par rapport à la vie; • Valeurs et croyances (façon(s) dont les valeurs et les croyances influencent la vie) • Spiritualité (façon(s) dont la spiritualité influence la vie) • Espoir entretenu face au futur; • Sens accordé au processus de rétablissement de l'état de santé mentale;
Facteurs entravant le rétablissement de l'état de santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> • Structure similaire à la section sur les facteurs facilitants.

4.7. L'ANALYSE DES DONNÉES

Tel qu'indiqué précédemment, toutes les entrevues ont été enregistrées. À l'aide de ces enregistrements, il a été possible de procéder à la transcription de chacune d'entre elles sous la forme de *verbatim* par une transcriptrice professionnelle embauchée par la chercheure principale du projet. Une fois la retranscription réalisée, l'étudiante-chercheure a pu procéder à une lecture des *verbatim*s en vue de débiter la codification des données. Une analyse thématique a été effectuée, qui consiste à synthétiser les propos des participant.es en dénominations appelées « thèmes » ou « sous-thèmes » (Braun et Clarke, 2023). Cette méthode s'avère utile afin de représenter le contenu analysé en rapport avec la problématique de recherche et pour fonctions le repérage ainsi que la documentation d'un sujet à l'étude en lien avec les objectifs de recherche (Paillé et Mucchielli, 2021). En d'autres mots, l'analyse

thématique permet de construire un portrait du phénomène à l'étude. Un arbre thématique a alors été créé en identifiant les principaux thèmes émergents des lectures des *verbatim* et en s'inspirant de ceux présents dans le guide d'entrevue. Un travail de regroupement de certaines thématiques a été nécessaire afin de simplifier l'analyse. Ensuite, le regroupement des thèmes a pu débuter. Pour faciliter le processus d'analyse thématique, le logiciel Nvivo (version 12) a été utilisé.

Les données des questionnaires ont quant à elles été compilées manuellement dans le logiciel Excel, pour ensuite être migrées dans le logiciel SPSS (version 28) en vue des analyses. Le logiciel SPSS a permis la création de tableaux de fréquences des variables explorées dans les questionnaires proposés aux participant.es ainsi que la moyenne d'âge de ces dernier.ères. Le calcul des scores des personnes interrogées au RAS-41 et au CSM-QA a été réalisé à partir de ce même logiciel, ce qui a permis de déterminer leur indice de rétablissement et le seuil clinique dans lequel ils se situent (santé mentale florissante, languissante ou modérée).

4.8. LES CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Cette étude a été menée dans le cadre d'une étude plus vaste pour laquelle une demande de certification éthique a été réalisée (No de référence : 2022-749). Elle a donc été menée en accord avec les principes de la recherche. Plusieurs actions ont été posées afin d'assurer la confidentialité des informations personnelles des jeunes adultes ayant participé à l'étude et de respecter l'intégrité de ces dernier.ères. Chaque rencontre avec les participant.es s'est démarrée par la présentation du formulaire d'information et de consentement (FIC). Cette lecture a permis de situer l'étude afin que les personnes puissent en avoir une connaissance suffisante et y consentir de manière éclairée. Un rappel des ressources d'aide disponibles à l'UQAC

et dans la communauté a également été effectué, étant donné que l'intérêt des participant.es concernant l'étude s'articule autour d'un vécu pouvant être lié à des enjeux de santé mentale et à des émotions difficiles y étant rattaché. Lorsque les entrevues ont été réalisées, une professionnelle a été engagée et a procédé à leur transcription tout en gardant un souci d'anonymisation des informations personnelles des jeunes adultes ayant participé à l'étude. Cette dernière s'est engagée par une déclaration d'honneur à respecter le caractère confidentiel des informations à lesquelles elle a été exposée. Il importe de noter que chaque base de données, qu'elle soit de nature qualitative ou quantitative, a été numérotée sous une forme qui ne permet pas de lier l'identité du.de la participant.e avec les propos qu'il.elle a rapporté durant l'entrevue ou dans les questionnaires (ex. : numéro de participation_date). Enfin, toutes ces données sont conservées dans une base de données électronique qui est sécurisée par un mot de passe pour une période de 20 ans.

CHAPITRE 5 RÉSULTATS

Ce chapitre présente les résultats obtenus suite à l'analyse des données. Il s'amorce par le portrait des participant.es. Puis, en accord avec les objectifs de l'étude, ce chapitre est divisé en trois grandes sections : 1) les perceptions des étudiant.es à propos de la santé mentale et du rétablissement, 2) les facteurs facilitant le rétablissement et 3) les facteurs qui ont une influence négative sur le rétablissement. Tout au long de ce chapitre, des extraits sont présentés afin de mettre de l'avant certaines thématiques discutées par les étudiant.es universitaires¹⁴.

5.1. PORTRAIT DES PARTICIPANT.ES

Un portrait approfondi des répondant.es est effectué dans cette section, et ce, afin de bien contextualiser les données qualitatives qui suivent. Un portrait sociodémographique des étudiant.es est d'abord effectué. Ensuite, un qui est plus personnel de chacun.e est dressé afin de mettre en lumière leur intérêt à s'impliquer dans la présente l'étude ainsi que les principales manifestations et déterminants auxquels ils.elle font face en ce qui concerne leur état de santé mental actuel.

5.1.1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ÉCHANTILLON

L'échantillon de volontaire est composé de 9 adultes fréquentant le campus principal de l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC) (Chicoutimi, Québec). Parmi ces personnes,

¹⁴ Les extraits ont été anonymisés afin de préserver l'identité des participant.es. Bien que la parole soit donnée à tous.tes les participant.es dans ce chapitre, il importe de noter qu'un plus grand nombre d'extrait sera montré pour certaines personnes par rapport à d'autres puisqu'elles se sont exprimées plus longuement lors des entrevues semi-dirigées.

8 s'identifient comme étant des femmes et un s'identifie comme étant un homme. La moyenne d'âge est de 27 ans (minimum : 20 ; maximum : 38).

Cinq participant.es vivent avec un trouble mental diagnostiqué. Parmi ces personnes, trois vivent avec plus d'une condition diagnostiquée. Les principaux diagnostics auxquels elles sont confrontées sont les troubles dépressifs, les troubles anxieux, les troubles neurodéveloppementaux ainsi que le trouble de stress post-traumatique. Par ailleurs, quatre d'entre elles ont un état de santé mentale fragilisé sans que cette condition ne soit diagnostiquée. Les principales caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon sont résumées dans le tableau 3.

TABLEAU 3 : Caractéristiques sociodémographiques des participant.es (n=9)

Caractéristiques sociodémographiques	Fréquence (n=9)	Pourcentage (%)
Genre		
- Femme	8	88,9
- Homme	1	11,1
Âge		
- 20 à 25 ans	5	55,6
- 25 à 30 ans	2	22,2
- 30 ans et plus	2	22,2
État matrimonial		
- Célibataire	2	22,2
- En couple	6	66,7
- Séparé(e)	1	11,1
Régime d'étude		
- Temps plein	2	22,2
- Temps partiel	7	77,8
Cycle d'étude		
- Premier cycle (certificat, baccalauréat)	5	55,6
- Deuxième cycle (DESS, maîtrise)	4	44,4

TABLEAU 3 (SUITE)

Caractéristiques sociodémographiques	Fréquence (n=9)	Pourcentage (%)
Programme d'étude		
- Sciences de la santé	4	44,4
- Sciences humaines et sociales	3	33,3
- Sciences administratives	1	11,1
- Arts et lettres	1	11,1
Situation d'emploi		
- Emploi à temps partiel (-24h/semaine)	3	33,3
- Emploi salarié à temps plein (+25h/semaine)	2	22,2
- Je n'occupe pas d'emploi	4	44,4
Présence de trouble mental diagnostiqué		
- Non	4	44,4
- Oui	5	55,6
Nombre de trouble mental diagnostiqué et comorbidité (n=5)		
- Un trouble	2	40
- Plusieurs troubles	3	60
Catégorie diagnostique¹⁵		
- Troubles dépressifs	3	33,3
- Troubles anxieux	4	44,4
- Troubles neurodéveloppementaux	2	22,2
- Trouble de stress post-traumatique	1	11,1
Utilisation de services en santé mentale		
- Non	4	44,4
- Oui	5	55,6
Type(s) de service utilisé		
- Services disponibles à l'université	1	11,1
- Services disponibles dans la communauté	2	22,2
- Les deux	2	22,2
- Ne s'applique pas	4	44,4
Satisfaction des services		
- Non	0	0
- Oui	5	56,6
- Ne s'applique pas	4	44,4
Prise de médication en raison de l'état de santé mentale		
- Non	4	44,4
- Oui	5	55,6
Satisfaction de la prise de médication		
- Non	1	11,1
- Oui	4	44,4
- Ne s'applique pas	4	44,4
Hospitalisation en raison de l'état de santé mentale		
- Non	6	66,7
- Oui	3	33,3

¹⁵ Il importe de noter que la fréquence et le pourcentage sont supérieurs au nombre total de participant.es dans cette catégorie considérant qu'un.e participant.e peut présenter plusieurs conditions de santé mentale.

5.1.2. MOTIVATIONS À PARTICIPER À L'ÉTUDE

Avant de débiter l'entrevue, nous avons interrogé les étudiant.es à propos de leurs motivations à participer à la présente étude. Cet intérêt s'articule autour de trois grandes thématiques. Tout d'abord, on retrouve le désir de contribuer à la cause en santé mentale (n=5)¹⁶.

« Je voulais parler de mon expérience pour que d'autres personnes puissent aussi avancer là-dessus et mieux en aider d'autres »¹⁷ - P1

« La santé mentale, c'est quand même un élément qui est important pour moi. Je trouve que justement, on n'en prend pas assez soin, vu que c'est comme un peu abstrait, que ça ne paraît pas, c'est facile de cacher. Je trouvais que c'était un petit peu tabou aussi. Donc c'est pour ça que je me suis dit que j'allais participer au projet pour contribuer un petit peu aux avancées d'un projet qui me tient quand même à cœur ». - P2

Dans la même lignée, certain.es se sont senti.es interpellé.es étant donné les enjeux qu'ils.elles présentent concernant leur état de santé mentale actuellement (n=5).

« Je suis comme dans une période, comme je te disais au début, bien ça va un peu moins bien dans ma vie, j'ai des diagnostics en fait en santé mentale déjà, je suis habitué d'avoir comme des périodes, des *up and down* par rapport à ça. Je me suis dit bon bien c'est vrai que je ne suis pas dans une ... dans la meilleure période de ma vie, fait que je me suis senti interpellé pour ça ». -P3

« Je me suis sentie interpellée parce qu'il n'y a pas longtemps, j'ai été hospitalisée en psychiatrie. Je sais que c'est récent ce que j'ai eu, et j'ai été aidée, donc je me suis sentie concernée pour ça et je me suis dit : « enfin, ça pourrait aider au cas où... ». J'étais déjà dans le bain cette année ». -P5

¹⁶ Certain.es participant.es ont présenté un intérêt qui rejoint plus d'une thématique, ce pourquoi le N total est plus élevé que 9, soit le nombre total de participant.es à l'étude.

¹⁷ Afin d'éviter de dénaturer les propos des participant.es, les extraits demeureront intacts, c'est-à-dire que l'écriture sera genrée en fonction du genre à lequel le.la participant.e s'identifie.

Enfin, le désir de contribuer à une recherche scientifique (n=2) est également nommé comme un élément qui motive la participation à l'étude.

« Je suis dans le domaine de la recherche premièrement donc c'est sûr que je sais que c'est important et que les participant.es c'est important, on en manque. J'étais déjà là et puis je répondais aux critères de sélection, d'inclusion; d'être atteint d'un trouble de santé mentale et d'être en rétablissement. Fait que je me suis dit : « ben pourquoi pas? ». C'est important, je vais le faire! ». - P6

5.1.3. PRINCIPALES MANIFESTATIONS DE L'ÉTAT DE SANTÉ MENTALE

Lors des entrevues, les participant.es ont été invité.es à discuter de leur état de santé mentale pour comprendre globalement leurs enjeux liés à cet état. Le tableau 4 présente certains de ces aspects. Également, nous leur avons demandé de répondre à deux échelles de mesures (RAS-41 et CSM-QA) ainsi que de procéder à une évaluation personnelle à l'égard de leur rétablissement¹⁸. Les scores varient d'une personne à l'autre, se situant ainsi : 1) RAS-41 (maximum : 196, minimum : 134, moyenne : 158), 2) CSM-QA : (maximum : 61, minimum : 25, moyenne : 42), ce qui correspond au seuil clinique modéré et 3) évaluation personnelle : (maximum : 7,5, minimum : 3, moyenne : 5,4).

¹⁸ Ces scores permettent de situer le rétablissement des participant.es en fonction des enjeux de santé mentale vécus. Ce faisant, nous obtenons un portrait détaillé et complet de ces aspects, regroupés dans le tableau 4.

TABLEAU 4 : Principales manifestations de l'état de santé mentale, scores aux échelles de mesure et évaluation personnelle

Participant.e	Principales manifestations de l'état de santé mentale	Déterminants de l'état de santé mentale
<p>P1 RAS-41¹⁹: 145 CSM-QA²⁰: 34 Santé mentale modérée Éval²¹ : 3/10</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Difficultés de concentration; • Fatigue; • Difficultés dans la prise de décision; • Développement de tics moteurs; • Sentiment de dissociation; • Fragilité globale. 	<ul style="list-style-type: none"> • Contexte lié à la sphère scolaire; • Contexte lié à la sphère professionnelle; • Contexte lié à la pandémie de COVID-19; • Événements de vie potentiellement traumatiques; • Enjeux liés au rôle parental; • Enjeux liés à la médication.
<p>P2 RAS-41 : 161 CSM-QA : 40 Santé mentale modérée Éval : 7/10</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Présence de crises de panique; • Oublis fréquents; • Difficultés de concentration; • Difficultés de sommeil; • Maux de tête. 	<ul style="list-style-type: none"> • Contexte lié à la pandémie de COVID-19; • Contexte lié à la sphère scolaire; • Événements de vie.
<p>P3 RAS-41 : 145 CSM-QA : 37 Santé mentale modérée Éval : 6/10</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sentiment d'agitation; • Sentiment d'être submergé et dépassé; • Instabilité au niveau de l'énergie; • Présence de tics moteurs et sonores; • Présence de spasmes; • Difficultés de sommeil; • Difficultés dans la gestion des émotions. 	<ul style="list-style-type: none"> • Événements de vie; • État de santé mentale et/ou physique de l'entourage.
<p>P4 RAS-41 : 164 CSM-QA: 52 Santé mentale florissante Éval : 3/10</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fatigue; • Tristesse; • Sentiment d'être « déphasé de la réalité »; • Perte de motivation. 	<ul style="list-style-type: none"> • Contexte lié à la pandémie de COVID-19; • Événements de vie potentiellement traumatiques; • Contexte lié à la sphère scolaire; • État de santé mentale et/ou physique de l'entourage; • Événements de vie.

¹⁹ Score total du.de la participant.e au RAS-41 obtenu en additionnant les affirmations obtenues aux différentes sous-échelles. Plus le score est bas, plus la perception du rétablissement est élevée.

²⁰ Score total du.de la participant.e au CSM-QA obtenu en additionnant les scores associés aux dimensions hédonique et eudémonique.

²¹ Évaluation personnelle du rétablissement des étudiant.es sur une échelle de 1 à 10, 10 représentant le fait d'être complètement rétabli et 1, aucunement rétabli.

TABLEAU 4 (SUITE)

Participant.e	Principales manifestations de l'état de santé mentale	Déterminants de l'état de santé mentale
<p>P5 RAS-41 : 134</p> <p>CSM-QA : 25 Santé mentale modérée</p> <p>Éval : 3/10</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Crises de panique; • Douleurs physiques liées à l'anxiété; • Difficultés de concentration; • Pensées envahissantes; • Sentiment d'être submergé; • Perte de confiance en soi; 	<ul style="list-style-type: none"> • Contexte lié à la sphère scolaire; • Enjeux relatifs à l'immigration; • Événements de vie potentiellement traumatiques; • Enjeux de santé physique et/ou liés à une situation d'handicap.
<p>P6 RAS-41 : 196</p> <p>CSM-QA : 61 Santé mentale florissante</p> <p>Éval : 7/10</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Crises de panique; • Scénarios catastrophe; • Peurs irrationnelles; • Penser de façon excessive; • Prise de contrôle dans sa vie en général. 	<ul style="list-style-type: none"> • Contexte lié à la sphère scolaire; • Événements de vie; • Enjeux de santé physique et/ou liés à une situation d'handicap; • Situations nouvelles et imprévisibles.
<p>P7 RAS-41 : 156</p> <p>CSM-QA : 48 Santé mentale florissante</p> <p>Éval : 6,5/10</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fatigue. 	<ul style="list-style-type: none"> • Événements de vie; • État de santé mentale et/ou physique de l'entourage.
<p>P8 RAS-41 : 149</p> <p>CSM-QA : 30 Santé mentale modérée</p> <p>Éval : 6/10</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hypervigilance; • Inquiétudes; • Fatigue; • Scénarios catastrophe; • Idées noires; • Sentiment d'être surmené, paralysé par la peur, fragile. 	<ul style="list-style-type: none"> • Contexte lié à la pandémie de COVID-19; • Enjeux liés au rôle parental; • Enjeux de santé mentale et/ou physique de l'entourage; • Contexte lié à la sphère professionnelle; • Événements de vie.
<p>P9 RAS-41 : 169</p> <p>CSM-QA : 55 Santé mentale florissante</p> <p>Éval : 7,5/10</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nervosité; • Maux de ventre; • Difficultés de sommeil; • Réfléchir de façon excessive; • Inquiétudes. 	<ul style="list-style-type: none"> • État de santé mentale et/ou physique de l'entourage; • Contexte lié à la pandémie de COVID-19; • Événements de vie; • Contexte lié à la sphère scolaire.

Parmi les manifestations observées relativement à l'état de santé mentale des étudiant.es universitaires interviewé.es, deux thèmes émergent particulièrement.

D'abord, il est possible de constater que la plupart de ces manifestations résultent de difficultés liées au stress et à l'anxiété (n=7). C'est notamment le cas d'un.e participant.e, qui expérimente plusieurs impacts de l'anxiété sur sa vie lorsque'elle devient envahissante :

« Mon cerveau fermait les *breakers*. Quand il y avait trop d'anxiété, je ne pouvais plus rien faire, je n'étais plus capable de lire. Dans les périodes anxiogènes, je n'étais plus capable de me concentrer. (...) Je n'avais jamais rien dans la vie de décidé. Je n'étais plus capable de rien décider, prendre aucune décision. Je faisais juste vivre, je flottais dans ma vie en attendant que ... c'est comme si quand j'ai des états plus anxiogènes, il y a quelqu'un d'autre qui conduit ma vie de manière un peu poche et je me réveille quand ça diminue. Là je me dis : « oh attends un peu ! » et là j'ai plein d'affaire : je n'ai pas payé mes comptes (la personne qui pilote elle ne paye pas de comptes), elle ne fait pas de lavage, elle ne plie pas de linge, elle fait le strict minimum. Donc je me réveille et je me dis : « merde, je n'ai pas eu de vie sociale, rien... ». Tout ce que j'avais commencé à faire, les efforts pour aller à l'épicerie, je les ai tous abandonnés ». -P1

Certaines personnes interrogées vivent également avec des enjeux liés à des manifestations dépressives (n=5), souvent décrites par le fait d'être « amorphe ». À titre d'exemple, voici ce que deux personnes interrogées partagent à ce sujet :

« Les plus gros symptômes, les plus difficiles, c'est que je devenais complètement amorphe ». -P1

« L'épuisement, entre autres en lien avec mes études, je le sais, mais aussi en lien avec... des situations que j'ai vécues qui ont été très prenantes, je n'ai comme pas réussi à reprendre le dessus, à ce niveau-là. Au niveau de mon état émotionnel présentement, je dirais que ça va assez bien, mais j'ai tout cet épuisement résiduel que je n'arrive pas à reprendre le dessus. C'est beaucoup de fatigue et je ne pourrais pas diminuer ma consommation d'antidépresseurs, parce que pour avoir essayé, je sais que je tombe amorphe tout de suite ». -P7

En ajout à ces manifestations, les participant.es se sont également exprimé.es à propos des déterminants de leur état de santé mentale. Il s'agit spécifiquement de

facteurs qui sont nommés par ces dernier.ères qui fragilisent leur état de santé mentale. Parmi les plus fréquemment identifiés, on retrouve la présence d'événements de vie (n=8), le contexte lié à la sphère scolaire (n=6), le contexte lié à la pandémie de COVID-19 (n=5)²² et l'état de santé mentale ou physique de l'entourage (n=5). Ces facteurs seront respectivement explicités dans les prochains paragraphes.

Les événements de vie comprennent plusieurs aspects qui se déroulent dans la vie courante des participant.es sur lesquels ces dernier.ères n'ont pas nécessairement de contrôle, qui se détaillent en deux principaux thèmes, soit les événements de vie généraux (ex. réparation amicale, relation amoureuse à distance) et ceux potentiellement traumatiques (ex. hospitalisation récente, décès, expérience de violence conjugale). À titre d'exemple, voici ce que certaines personnes interviewées expriment au sujet des événements de vie potentiellement traumatiques qu'elles ont vécu :

« En décembre, j'ai été hospitalisée parce que j'ai eu une anémie assez basse et un caillot dans le sang, donc j'ai failli aussi mourir. C'est vrai que ça, ça a été dur parce que j'ai dû rattraper un retard par rapport au cours, même si j'étais hospitalisée ou quoi que ce soit. J'ai essayé de rattraper ce que j'avais raté, parce que même si je me dis que je vais faire ça plus tard ou je suis excusée, bien je n'avais pas vraiment le temps ». - P5

« Il y a 2 ans, mon ami d'enfance que je connaissais comme un frère est décédé. Il a décidé de mettre fin à ses jours, ce qui m'a fait un gros choc... et bien, je suis toujours en train de procéder à ça ». -P4

« Avec le père de mes enfants, j'ai vécu de la violence conjugale. Donc j'étais rendue que je voulais être tout seule, parce que je voulais ... j'étais en train de faire ce travail-là tout seule, de me rendre compte de tout ça, parce que veut, veut pas, on se lève pas le matin : « hey je suis

²² Thème qui représente à la fois un facteur fragilisant l'état de santé mentale des participant.es et un facteur macrosocial qui entrave le rétablissement. Dans un souci d'alléger la lecture, il sera explicité dans la section 5.4.2. portant sur les facteurs macrosociaux.

victime de violence conjugale, yes ! ». Ça a pris du temps avant d'accepter tout ça ». -P1

Le contexte lié à la sphère scolaire, pour sa part, regroupe les enjeux qui sont rattachés aux études poursuivies par les participant.es. On fait alors référence à la tenue des évaluations et au désir de performer, aux résultats scolaires ainsi qu'au processus d'admission afin d'être admis.e dans un programme convoité. Voici ce que deux participant.es partagent à ce propos :

« Là j'ai fini l'école, donc c'est un peu moins pire : j'ai moins le stress de performance et tout, mais j'ai encore un petit stress parce que j'ai un examen... j'ai étudié en sciences infirmières donc j'ai un examen à faire après. Ça me, mettons après, après le 26, l'examen c'est le 26, je vais être plus capable d'avoir ma tête à *off*. Je vais avoir plus une tranquillité d'esprit si on peut dire... Parce que dans ma tête ce n'est pas encore fini... encore même si c'est dans des mois j'ai de la misère à ne pas stresser pour l'instant ». -P2

« J'ai peur de ne pas réussir surtout en tant qu'étudiante, parce qu'on a quand même la pression, on se dit que si on loupe, on aura pas notre diplôme, on ne pourra pas continuer dans ce qu'on veut faire, on va sûrement encore perdre du temps des années. Il y a aussi le regard des parents par rapport à ça, enfin, ils ont des attentes. Pour certains étudiants internationaux, certains des étudiants payent des frais de scolarité, donc ils se disent que sinon, ça va être encore un coût, une perte d'argent... parce que tu n'as pas réussi ». -P5

Enfin, l'état de santé mentale ou physique de l'entourage regroupe les enjeux vécus par les personnes importantes pour les étudiant.es universitaires qui peuvent les préoccuper ou encore affecter leur humeur. Voici ce qui est nommé à ce propos :

« Quand une personne importante pour toi ne va pas super bien, ça te prend de l'énergie aussi et en même temps, quand toi tu ne vas pas bien non plus ben c'est difficile de l'aider, puis moi j'ai tendance à beaucoup faire ça, à prendre les émotions des autres... ». -P3

« Une des relations que j'avais a changé un peu dans sa nature, parce que c'était très, très prenant... dans le fond, c'est une de mes amies avec qui j'habitais, ma coloc dans le temps, elle était en dépression majeure depuis plusieurs années, donc en tant que ressource

intermédiaire, disons que ça a été quand même épuisant. Elle avait coupé les ponts avec sa famille, alors j'étais assez seule dans cette histoire-là... ». -P7

5.2. PERCEPTION DU PROCESSUS DE RÉTABLISSEMENT DE L'ÉTAT DE SANTÉ MENTALE

Chaque participant.e a cheminé de façon singulière dans son processus de rétablissement. Lors des entretiens, nous leur avons demandé de définir dans leurs mots la santé mentale et le rétablissement. Le tableau 5 met en évidence la variété des définitions proposées par ces dernier.ères.

TABLEAU 5 : Définitions des participant.es de la santé mentale et du rétablissement

Participant.e	Définition de la santé mentale (SM)	Définition du rétablissement (R)
P1	« La SM, je trouve ça plate parce que c'est tabou et on n'en parle pas, on a peur d'en parler. C'est un gros éléphant blanc. Pour moi la SM, c'est d'être capable de fonctionner sans avoir des défenses et des défenses autour de toi ».	« Le R pour moi ce n'est pas de revenir comme j'étais avant, c'est d'avoir un meilleur <i>self</i> , d'être plus proche de... d'enlever mon masque, de mon personnage et d'être moi, de mettre des limites et de pas être toujours en train d'essayer de combler pour les besoins des autres. [...] Je veux juste être ... moi! Le R c'est de pouvoir... ça c'est philosophique mais le vrai R c'est de pouvoir avoir assez d'énergie, plus être tout le temps sur un budget énergétique. [...] C'est un voyage intérieur! ».
P2	« La SM, je trouve qu'on n'en prend pas assez soin, vu que c'est un peu abstrait. Ce n'est pas nécessairement l'absence de diagnostic, mais c'est plus d'être capable de bien fonctionner, de s'épanouir dans ce qu'on fait et d'interagir correctement. En fait, que ton état mental ne nuise pas à tes activités de la vie en général ».	« Le R, je dirais que c'est que quand on remonte la pente un petit peu après un épisode où est-ce que l'état mental a vraiment été mis à l'épreuve. Ou est-ce que ça allait moins bien. Je dirais que c'est le processus qui fait en sorte que ça aille mieux ».
P3	« La SM, je pense que c'est un état d'équilibre à atteindre au niveau de l'ensemble de tes sphères de vie. Un problème de SM, c'est vraiment un déséquilibre. Quand tu as un problème de SM c'est un défi au quotidien de trouver cet équilibre-là qui n'est jamais atteint. Je pense qu'on peut tendre vers mais que ce n'est jamais atteint. La SM idéale pour moi ça serait comme une espèce d'équilibre ».	« Le R, ça revient un peu à ça, d'essayer de rebalancer les sphères de ta vie et de trouver un équilibre ! ».
P4	« Pour moi la SM c'est tout ce qui fait que mentalement, on doit avoir un comportement normal, c'est-à-dire que typiquement si on arrive plus à manger parce qu'on est triste, c'est parce qu'on a un problème de SM ».	« Le R c'est les efforts et l'énergie qu'on va mettre pour retrouver à ce stade de normalité initiale ».
P5	« La SM, il y a plusieurs choses qui regroupent en fait : il y a le fait d'être seul, de se refermer sur soi-même et tout ce qui est semblable à la solitude, à l'individualisme, se centrer sur soi, se blâmer et toujours rejeter la faute sur soi d'un côté assez négatif. C'est la façon dont on se perçoit aussi, que ce soit tout seul, que ce soit du milieu social, milieu familial, enfin, chaque lieu. C'est vraiment aussi être seul avec ses pensées, en fait c'est vraiment quelque chose d'assez solitaire ».	« Le R c'est vraiment quand même de s'accepter ou franchement de passer le cap et d'aller de l'avant. Ça dépend aussi des sujets, ça dépend de pourquoi la personne elle s'est retrouvée dans telle ou telle situation. [...] C'est un processus qui va durer très longtemps et qu'il faudra qu'on essaie de franchir les étapes pour un avenir assez meilleur, enfin plutôt pour nous-même mais aussi pour les autres ».

TABLEAU 5 (SUITE)

Participant.e	Définition de la santé mentale (SM)	Définition du rétablissement (R)
P6	« La SM pour moi c'est un état de bien-être en fait, ça se définit selon tellement de facteurs qui sont propres à chacun. Avoir une bonne SM, pour moi, c'est une question d'équilibre puis en fait c'est que ça n'affecte pas les activités de la vie quotidienne puis les activités de la vie domestique. Que je sois capable de fonctionner de façon correcte dans la société puis aussi d'être bien là-dedans, ce n'est pas juste une question de survie en fait c'est aussi une question d'apprécier ta qualité de vie, d'avoir une qualité de vie ».	« Le R, je pense qui est propre à chacun. Le rétablissement pour moi ce n'est pas de de faire partir ces troubles-là parce qu'en fait en tant que tel c'est quelque chose auquel je vais devoir, qui va m'accompagner toute ma vie. Ça fait partie intégrante de moi. C'est justement de retrouver ce bien-être-là, qui peut-être, a disparu dans les moments où ces troubles-là prennent le dessus, en fait. C'est de reprendre soi-même le dessus, retrouver l'équilibre finalement ».
P7	« Pour moi, la SM ça va être l'état dans lequel émotionnellement je fonctionne au quotidien ».	« Depuis les dernières années je dirais qu'au niveau de la santé mentale, j'ai tout le temps un poids à ce niveau-là qui me suit, fait que le R, c'est de diminuer ce poids là en essayant de le faire disparaître un jour ».
P8	« La SM j'y vois juste quelque chose de bien connexe à la santé physique, c'est très relié à des sensations, à des émotions. Moi ma SM, souvent je vois quelque chose sur lequel je dois porter plus attention. Par exemple, quand je ressens plus de fatigue ou je me sens un peu nerveuse, bien sais que je vais être plus sensible à ma SM et à en prendre soin. Pour moi, c'est un état, c'est comment on se sent, ce n'est pas au plan physique finalement, c'est au plan mental ».	« Le R c'est un processus pour arriver à trouver l'équilibre là entre ma santé mentale actuelle, qui est encore un peu oscillante, puis une SM qui va bien là finalement, qui me permet d'être fonctionnel, de bien dormir, qui a un impact sur tout le reste, sur ma prédisposition à travailler ».
P9	« La SM pour moi c'est d'être bien dans sa tête et dans son corps aussi, parce qu'ils sont liés les deux. C'est d'être capable de savoir reconnaître qu'est-ce qui ne va pas et de savoir quoi faire, pour passer par-dessus. Je considère que j'ai une bonne SM quand je suis capable de surmonter des petites épreuves du quotidien, fait que n'importe quoi qui arrive, bien ça vas pas me chambouler au point de me dérégler, que je vais être capable de passer au travers ».	« Le R bien c'est justement, c'est retrouver cet équilibre-là pour moi, d'être capable de revenir du bon bord, d'avancer pour être capable de gérer les apports de stress ou les situations qui sont plus difficiles ».

Tel que mentionné précédemment, les perceptions des personnes interrogées à l'égard de la santé mentale et du rétablissement sont propres à chacune d'entre elles. Lors des entretiens, nous leur avons demandé de statuer sur la possibilité de se rétablir. Globalement, toutes croient en cette possibilité en fonction de leur définition de ce que représente le rétablissement. Néanmoins, une nuance est exprimée par certain.es participant.es au sujet d'un rétablissement « total », dans le sens de « guérison » (n=5). Effectivement, pour ces dernier.ères, un « retour à la normale » ou le fait d'être « guéri.e » ne constitue pas une avenue possible. Voici ce que les participant.es 9 et 3 ont à dire sur le sujet :

« Je ne redeviendrai jamais comme avant, parce que tout ça, ça change quand même ta vision des choses, mais je pense de retrouver un équilibre, c'est vraiment possible ». - P9

« Je pourrais avoir un rétablissement, mais ça ne veut pas dire ... je ne vais pas être guéri à vie. Je sais que je vais sûrement revivre des périodes difficiles et qu'il va falloir que je reconsulte et que je remette des stratégies en place ». - P3

Le fait d'apprendre à vivre avec les enjeux liés à l'état de santé mentale est également souligné par certain.es étudiant.es, notamment en fournissant des efforts et en adoptant des stratégies qui s'avèrent à être favorisantes en vue de faciliter le rétablissement. En ce sens, la notion de temps est évoquée par quelques participant.es comme étant significative lorsqu'il est question de se rétablir, étant donné qu'il s'agit d'un processus qui demande un travail à long terme et qu'aucun retour en arrière n'est possible.

5.3. FACTEURS QUI INFLUENCENT LE RÉTABLISSMENT DE L'ÉTAT DE SANTÉ MENTALE

Cette section s'intéresse au point de vue des participant.es à propos des facteurs qui influencent le rétablissement de leur état de santé mentale. Elle comprend deux sections spécifiques, l'une dédiée aux facteurs facilitants et est organisée autour du cadre CHIME et l'autre aux facteurs entravants.

5.3.1. LES FACTEURS QUI FACILITENT LE RÉTABLISSMENT DE L'ÉTAT DE SANTÉ MENTALE

5.3.1.1. SOUTIEN SOCIAL

Tous.tes les étudiant.es indiquent que le soutien de l'entourage est un facteur qui agit de façon positive sur le rétablissement de leur état de santé mentale (n=9). Le fait d'être en relation permet de briser l'isolement social.

« Le rétablissement, ça fait aussi partie de retrouver ce plaisir de vivre là et ne pas être exclusivement en mode survie. Les amis contribuent beaucoup, beaucoup, beaucoup à ça. C'est super important, l'entourage ». -P6

Un sentiment de bien-être est évoqué par plus de la moitié des dernier.ères comme résultant du fait de se sentir soutenu (n=5), et ce, particulièrement lorsque l'entourage se porte bien (n=1) :

« La présence de chacun, même des gens que je n'ai pas cités, me fait du bien parce que je pense que je suis devenue assez sociale et que j'ai besoin d'être justement bien entourée pour me sentir bien... ». -P4

« Juste leur présence, d'avoir des gens qui vont bien autour de moi, ça m'aide à moi aussi aller bien ». -P9

Lorsqu'on leur demande d'identifier les personnes significatives présentes dans leur vie qui leur fournissent du soutien, ils.elles nomment en premier lieu la famille. Dans l'ordre, on retrouve le.la conjoint.e (n=7), les parents (n=5), les enfants (n=2) et les autres membres de la famille (n=1). Les ami.es constituent également des personnes significatives pour une majorité d'étudiant.es (n=7). Certain.es identifient, quant à eux.elles, des acteur.es du milieu universitaire et communautaire comme étant des personnes significatives. On pense notamment aux professeur.es (n=1), aux directeur.trices de recherche (n=1) ou aux intervenant.es psychosociaux.ales (n=1). Enfin, la présence de leurs animaux de compagnie a été soulignée par deux participant.es. Voici ce qu'expriment certaines personnes interrogées concernant les individus qui sont importants pour elles :

« J'ai mon copain, on habite ensemble depuis un an, au niveau du soutien, c'est un très gros soutien ». -P7

« Le contact avec mes professeur.es, pour eux autres, j'étais juste une face mais moi, je développais vraiment une relation avec eux. J'ai eu des professeur.es qui voulaient, ils voulaient vraiment, je ne les nommerais pas, mais un professeur en particulier à qui je m'étais ouverte à lui quand ça n'allait pas bien ». -P1

Les étudiant.es ont mentionné être soutenu.es de différentes manières. La totalité d'entre eux.elles soutiennent que la forme de soutien la plus appréciée est de se sentir écouté.e et d'avoir la possibilité de se confier (n=9) :

« Souvent, je n'ai pas besoin d'actions immédiates, ou quoi que ce soit, juste ok : j'ai besoin de parler et de me vider le cœur, quitte à même pas me donner des conseils, honnêtement, juste m'écouter et jaser ... de savoir que quelqu'un est là ». -P7

« Par rapport à l'écoute, parce que je n'ose pas forcément dire certaines choses ou je ne vais pas vraiment déranger les personnes, mais c'est vrai que même pour simplement m'écouter, c'était bien de m'entendre parler sur plusieurs sujets, sans jugement ». -P5

Également, une importance est accordée à propos de la sensibilité de l'entourage à l'égard des enjeux de santé mentale. Plus spécifiquement, lorsque les membres de cet entourage sont ouverts d'esprit à cet égard et comprennent les défis liés à l'état de santé mentale des personnes interrogées, ces dernières affirment se sentir soutenues (n=4). C'est notamment le cas de P3 et P9, qui s'expriment ainsi :

« J'ai beaucoup d'amis justement qui sont issus du travail social, déjà ils ont une sensibilité et une écoute... ils ne font pas d'intervention avec moi mais ils ont déjà une sensibilité et c'est des personnes ouvertes d'esprit, je sens que je peux tout leur dire, il n'y a pas de tabous nécessairement et on partage des intérêts communs et on a des valeurs similaires, ça c'est important ». -P3

« La patience aussi, de comprendre que je n'étais pas toujours prête à parler ou à être aussi *hop* dans la vie que d'habitude, je pense que ça a été quand même un gros plus ». -P9

Le fait de décrocher, de se changer les idées et de sortir de la maison (n=1) ainsi que la possibilité de participer à des activités qui procurent du plaisir et qui permettent de se raccrocher à la vie (n=1) sont des aspects appréciés par certains des étudiant.es interrogé.es lorsqu'il est question du soutien reçu. D'ailleurs, ces formes de soutien permettent notamment d'éviter l'isolement dans les périodes plus difficiles (n=1). Globalement, qu'il s'agisse de leur présence (n=4) ou de l'adoption de certaines attitudes bienveillantes (encouragements, validation et normalisation du vécu, rassurance, appréciation de la personne), les personnes faisant partie de l'entourage constituent un filet de sécurité (n=2) qui permet de favoriser la motivation à apporter des changements (n=1) et de faciliter le passage de certaines difficultés (n=2) :

« C'est [l'entourage] des facilitateurs. [...] T'sais, ça se fait tout seul là, se rétablir au niveau de la santé mentale, mais ce sera plus long et plus ardu comme chemin. Si ne n'avais pas eu mes parents pour m'écouter et pour me soutenir autant, je ne serais probablement pas rendue à la distance ou à l'évolution auxquelles je suis en date d'aujourd'hui. Même chose durant les deux dernières années, si je n'avais pas eu mon *chum*, il y aurait des problèmes auxquels je serais restée « *stikée* » dessus pas mal plus longtemps ». -P6

« Je te dirais que justement mon copain, m'aide à aller mieux, de savoir ... d'être bien dans le milieu où est ce que je vis. Il m'incite aussi à prendre soin de moi au quotidien, ça c'est des choses qui m'aident au quotidien à aller vers un état mieux, mais sinon c'est beaucoup justement quand j'ai des moments plus difficiles, ça empêche un peu la régression, si on veut, d'avoir un entourage, c'est comme un filet de sécurité ». -P7

5.3.1.2. ESPOIR ET OPTIMISME

Nous avons discuté de la possibilité d'expérimenter un mieux-être avec les participant.es. « Avoir des buts » et « vivre des succès » sont deux facteurs ayant été mentionné par les ces dernier.ères. Sans surprise, plusieurs types de buts ont été évoqués. Au plan personnel (n=8), le fait d'être une meilleure personne, de s'améliorer, d'être heureux, de fonder une famille, de posséder une maison, de voyager, d'adopter un animal de compagnie ainsi que de participer à une compétition sportive sont des projets qui sont nommés. Au plan socioprofessionnel (n=7), il est davantage question de compléter ses études universitaires, d'exercer un métier qui les passionne et d'obtenir une bourse d'étude qui représentent des buts fréquemment entretenus par les étudiant.es. Les extraits qui suivent illustrent certains des buts personnels ou socioprofessionnels poursuivis.

« Un de mes buts en général ce serait d'être bien, puis j'aimerais ça avoir un chien, ça a l'air niais, mais j'aimerais ça avoir un chien (rires), être capable d'avoir un chien et de bien m'en occuper ». -P2

« J'aimerais être soit documentaliste ou bibliothécaire, c'est sûr que je veux avoir mon diplôme de maîtrise... aussi bah d'avoir un bon boulot ». -P5

Le fait de poursuivre des buts donne un sens au parcours des étudiant.es.²³
Plus spécifiquement, les objectifs qui sont liés au travail ou aux études sont désignés comme étant des éléments de la vie particulièrement emprunts de sens pour plusieurs des personnes rencontrées (n=4).

« Mes buts donnent du sens, beaucoup, beaucoup beaucoup, de sens. En fait, ce que je dis, ce que je fais est orienté vers ces buts-là ». - P6

« Je dirais mon projet de maîtrise en général, j'aime ça le présenter ... le présenter mais dans ... pas nécessairement dans la communauté scientifique. Pour te donner des exemples, je suis allé le présenter dans un café philo au Cégep mon projet et on est allé faire une discussion avec des bénévoles au Carrefour communautaire St-Paul pour ouvrir le dialogue avec la communauté sur ce qu'on fait à l'Université, ça fait vraiment du sens pour moi ... ». -P3

En ce qui concerne les succès qui ont été vécus par les personnes interrogées, deux thèmes s'y retrouvent, soit ceux d'ordre personnel (n=3) et socioprofessionnel (n=7). Avant tout, il importe de spécifier qu'un sentiment de fierté est exprimé par l'ensemble de ces personnes lorsqu'elles abordent les succès accomplis. Lorsqu'il est question des succès personnels, le fait d'avoir accompli quelque chose pour soi, comme aller en voyage ou quitter un emploi qui ne convenait plus aux besoins, est fréquemment désigné. La fierté de certain.es participant.es s'articule plutôt autour de leur capacité à avoir surmonté des défis et confronté leurs peurs. Dans ces cas, avoir voyagé ou s'être lié d'amitié avec de nouvelles personnes, et ce, malgré les enjeux associés à l'état de santé mentale ainsi que d'avoir pris soin d'un enfant lors d'un accident ont été discutés. Voici, à titre d'exemple, le plus grand succès personnel d'un.e participant.e :

²³ Dans un souci d'alléger le texte, le sens lié aux buts entretenus sera abordé exclusivement dans cette partie, bien qu'une section de ce chapitre traite du fait de trouver du sens à sa vie.

« Mon plus grand succès, c'est mon voyage. Le fait que j'ai réussi à quitter tout ça, j'avais une job de 100 000 \$, j'avais un poste dans une compagnie prestigieuse. J'ai tout laissé ça là pour aller, parce que je n'étais pas bien. Pour moi, c'est un succès parce que... après je ne me suis jamais attachée aux choses matérielles, parce que justement ce n'est tellement pas important. Ça m'a appris ça, tu peux vivre avec un sac à dos pendant 3 ans et tu vis très bien, tu n'as pas besoin de toutes les merdes que la vie te dit d'acheter et dans mon sac à dos, j'ai ajouté beaucoup de mes ressources personnelles. Donc je me suis beaucoup trouvé dans ce voyage-là. C'est un succès et si je n'avais pas fait ça, je n'aurais pas fait la démarche que je suis en train de faire là, avec deux jeunes enfants, une hypothèque, etc. ». - P1

Pour ce qui est des succès d'ordre socioprofessionnel, le parcours scolaire, que ce soit l'admission dans un programme convoité, l'obtention d'un diplôme ou le fait de retourner aux études est souvent désigné comme étant significatif par les étudiant.es universitaires (n=5). Le travail occupé représente également un grand succès pour certain.es (n=2), comme c'est le cas pour P7 :

« Je dirais mon travail honnêtement, qui est arrivé comme ça, comme un cheveu sur la soupe. Je ne cherchais pas vraiment un emploi, et que ça a *fité* et je suis vraiment ... je suis vraiment appréciée à mon travail. Moi j'apprécie beaucoup ce que je fais aussi ... donc non seulement ça me valorise, mais ça m'ouvre plein de portes aussi pour après pour continuer, je suis comme déjà placée si on veut, dans une place que j'aime, et pour moi c'est un de mes grands succès présentement, de m'être retrouvée là par pur hasard, mais de faire la job comme il faut, de convenir à ce qu'il y avait besoin et aussi que ça convienne à ce que moi j'avais besoin ». -P7

Les succès et les buts représentent une source d'espoir quant au futur pour tous.tes les étudiant.es universitaires (n=9). Effectivement, ceux-ci permettent de se projeter et d'envisager des moments positifs.

« Je dirais que ça a une très grande importance parce que c'est un peu ça qui me tient bien debout, c'est un peu un moteur on va dire... parce que c'est pas depuis longtemps que j'ai ça, enfin que j'ai ces buts-là. Je me dis si je pouvais atteindre ça, ça serait déjà bien, là je pourrais dire au moins j'ai accompli quelque chose ! Puis voilà ! C'est ça de me projeter dans l'avenir! ». -P5

« Se rappeler ces buts-là, parce que des fois on les oublie, ça me fait du bien en même temps d'en parler et de me rappeler ça parce que quand on ne va pas bien, on les oublie des fois nos buts. De se rappeler ça, ça me donne espoir qu'il y a de la lumière au bout du tunnel finalement, que oui peut-être qu'aujourd'hui c'est une mauvaise journée, mais de me dire : « ok peut-être que dans 2, 3 ans je vais avoir une maison, mon terrain, que je vais pouvoir me faire un jardin dessus », ça donne espoir finalement de garder ça en tête et de montrer que... oui aujourd'hui c'est une mauvaise journée, mais que regarde dans le passé j'ai déjà faite ça, ça aide aussi ! ». -P3

En plus de favoriser l'espoir, avoir des buts motive à se rétablir. Plus spécifiquement, ils représentent une raison de s'attacher à la vie et de fournir les efforts en vue d'atteindre les défis fixés. Voici ce que l'un des participants a à dire à ce propos :

« Quand tu n'as pas de raisons de te rétablir, tu n'as pas envie de te rétablir. Des fois, par exemple, on se rend au plus creux et il n'y a rien qui t'accroche à la vie. Tu n'as pas envie de te rétablir. Mais quand tu as des choses comme ça qui t'accrochent à la vie, là tu es prête à mettre des efforts et à avancer dans ce chemin-là et dire, oui, je veux! Je veux me reprendre en main, je veux reprendre ma santé mentale en main, et je veux mettre les outils. Donc moi ces buts-là, c'est ce qui me pousse à chaque jour à améliorer ma santé mentale toujours, toujours, toujours, toujours. Pour être plus disponible et pour être capable de les atteindre ». -P6

Enfin, pour deux participant.es, il s'agit plutôt de l'entourage, particulièrement les enfants, qui est désigné comme une motivation à avancer dans la vie et à demeurer stable malgré les enjeux liés à la santé mentale.

5.3.1.3. REDÉFINITION DE L'IDENTITÉ

Les façons dont les étudiant.es universitaires se définissent ont fait l'objet de discussions lors des entrevues. La plupart du temps, ces personnes se réfèrent à leurs forces et limites lorsqu'elles se décrivent (n=7).

« J'irais encore avec le fait que je suis une personne altruiste, une personne qui aime être de bonne humeur et rendre les autres de bonne humeur. Je dirais que ce serait pas mal ça, mon altruisme, ma bonne humeur et ma générosité, ça serait pas mal ce qui me caractérise ». -P7

« Je dirais que je suis quand même plus réservée, j'essaie d'être à mon meilleur tout le temps. Sinon, j'essaie d'être une bonne personne là! Comme un peu tout le monde essaie de faire. De prendre en considération, de ne pas juger trop rapidement, d'essayer de comprendre avant de porter un jugement... d'avoir ce souci-là finalement ». -P2

Lorsqu'on aborde avec eux.elles le thème des forces et des limites, on peut constater que les étudiant.es en reconnaissent une variété en ce qui les concerne. D'ailleurs, davantage de forces sont nommées quand ils.elles s'expriment à ce sujet. Le tableau 6 présente l'ensemble des réponses fournies lors des entretiens.

TABLEAU 6 : Forces et limites des participant.es

Forces	Limites
Prendre soin des autres (n=4)	Manque de confiance en soi (n=2)
Être empathique (n=3)	Émotivité (n=2)
Être à l'écoute des autres personnes (n=2)	Prioriser les autres à son dépend (n=2)
Être sociable (n=2)	Manque d'énergie (n=2)
Avoir de l'humour (n=2)	Indépendance (n=1) ²⁴
Apporter du soutien aux autres (n=2)	Manque de confiance en l'autre (n=1)
Indépendance (n=1)	Histoire de vie (n=1)
Honnêteté (n=1)	Mise en action passive (n=1)
Résilience (n=1)	Être incapable de poser des limites (n=1)
Persévérance (n=1)	Être impatient envers soi-même (n=1)
Détermination (n=1)	Être exigeant envers soi-même (n=1)
Ouverture face aux autres (=1)	Être réservé (n=1)
Positivisme (n=1)	Être incapable de valoriser ce qui est accompli (n=1)
Être bien avec soi-même (n=1)	Avoir besoin d'approbation de la part des autres (n=1)
Être capable d'affronter ses peurs (=1)	
Être capable d'accomplir des choses malgré l'état de santé mentale (=1)	
Savoir quand demander de l'aide (n=1)	
Être ambitieux (n=1)	
Être réfléchi (n=1)	
Avoir une conscience de soi (n=1)	
Avoir du leadership (n=1)	

²⁴ L'indépendance est nommée à la fois comme étant une force et une limite pour un.e participant.e. Pour plus d'informations, voir plus bas.

Parmi les forces fréquemment été identifiées par les participant.es, on retrouve la capacité de prendre soin des autres personnes qui les entourent (n=4), d'être empathique à leur égard (n=3) et d'être à l'écoute. C'est notamment le cas de deux personnes :

« Avant je travaillais en post production, je faisais des effets spéciaux, j'avais mes monteurs, c'était mes monteurs et j'en prenais soin. J'étais capable de ... t'sais je suis bonne là-dedans ». -P1

« Je suis vraiment quelqu'un qui est là pour les autres. L'écoute est vraiment, vraiment, vraiment importante pour moi. Fait que je me considère comme quelqu'un d'empathique ». -P6

Certaines forces peuvent toutefois représenter des limites selon le contexte.

Voici ce qui est exprimé à ce sujet par P1 lorsqu'il est question de son indépendance:

« C'est une force qui m'a aidé à traverser beaucoup d'affaires, mais en même temps c'est une faiblesse quand on commence à toucher au niveau relationnel : c'est que je suis capable toute seule, j'ai faite pas mal d'affaires toute seule, parce que je n'avais pas le choix et c'est ça puis c'est toute. C'est sûr que quand il y a un gars qui rentre dans ma vie et que ... il trouve que je suis un peu indépendante. Ils veulent toutes des *strong independant women*, mais quand ils l'ont, ça ne marche plus! ». - P1

Lorsqu'il est question des limites les plus souvent citées, on retrouve notamment le fait de présenter une émotivité et une sensibilité aux autres (n=2). Effectivement, l'émotivité et la sensibilité face au vécu de l'entourage est considérée comme une limite lorsque les émotions y étant associées deviennent envahissantes. Également, le fait de prioriser les autres au détriment de soi (n=2) est souligné comme étant limitant. Voici ce qu'un.e participant.e rapporte concernant le fait de ne pas se prioriser :

« Dans la vie, je suis quelqu'un qui est sociable, qui est bienveillante, je prends soin des autres, c'est juste que mon nom à moi il ne revient pas souvent dans la liste de priorités. C'est un défi, je te dirais que quand je te parlais des forces là, moi dans vie, je prends soin, vraiment. Mais en contrepartie, je ne prends pas soin de moi. Fait que ça c'est un élément sur lequel je dois mettre beaucoup plus d'attention là. Tu sais, le masque à gaz, ce principe-là, que je le mette avant de le mettre aux autres ». -P8

Un manque d'énergie résultant de l'état de santé mentale est une limite qui est aussi nommée comme entravante par certain.es participant.es (n=2) étant donné qu'elle peut rendre difficile la participation à certaines activités. Enfin, avoir une faible confiance en soi est pointée par quelques uns.unes (n=2) comme une limite importante.

Quatre personnes ont toutefois éprouvé des difficultés à répondre à la question. Plus particulièrement, deux participant.es n'ont pas été en mesure de fournir une réponse, dont l'un.e étant donné être actuellement en train de se découvrir en tant que personne. Il peut également être difficile de se décrire autrement que par le travail ou les occupations pour certaines personnes interrogées (n=2). Voici ce que P1 exprime à ce sujet :

« C'est dur parce que la seule référence, tu me demande ça et la seule référence que j'ai c'est le travail, parce que dans le fond, ma vie sociale en tant qu'adulte, veut, veut pas, je l'ai faite au travail puis à l'école (...) je me définis, la seule façon que je peux me définir, c'est par rapport à mes travail... mais je suis de même ! ». -P1

Que ce soit parce qu'il fait partie de l'histoire de vie d'une personne ou qu'il contribue activement à la façon dont cette dernière s'identifie, l'état de santé mentale en tant que tel fait aussi partie de quelques descriptions des personnes interrogées (n=2). Il importe toutefois de mentionner qu'aucune d'entre elles ne se définit

exclusivement par son état de santé mentale. Voici des extraits qui illustrent ces propos :

« En même temps, le fait d'être inspiré et d'avoir beaucoup d'idées, pour l'anxiété, ce n'est pas tout le temps positif parce que ça t'amène à avoir plein de scénarios catastrophiques et tout, donc quand même anxieux, stressé, ça c'est vraiment un de mes traits de personnalité ». - P3

« Parce que sans mes antécédents de santé mentale là, je ne suis même plus moi, ça fait vraiment partie intégrante de moi ». -P6

5.3.1.4. TROUVER UN SENS À SA VIE

Tel que mentionné précédemment, la notion de sens réfère notamment au sentiment d'utilité qu'une personne peut ressentir socialement. La signification accordée, que ce soit par les croyances entretenues ou les valeurs soutenues, peut teinter l'expérience de la personne face à ce qui est vécu. Dans les entrevues, les étudiant.es ont mis en lumière différentes valeurs qui guident leurs actions et/ou orientent leur vie.

« C'est important avoir des valeurs, c'est comme des racines dans le fond, quand tu tiens à tes valeurs, tu fais comme tirer de la force de continuer ». -P1

« En fait ça oriente complètement ma vie, parce que mon projet d'études, tous les projets de recherche que je travaille c'est en lien avec ça. [...] C'est important que mon travail rejoigne mes valeurs finalement, je ne serais plus capable d'avoir un travail qui n'est pas en lien avec mes valeurs ». -P3

Parmi les valeurs identifiées, la famille (n=5), est considérée comme détenant une importance particulière pour plusieurs participant.es et donnant du sens à leur vie. Certain.es réfèrent spécifiquement à un.e conjoint.e ou un enfant tandis que d'autres le font de façon plus générale :

« Bien, étant quelqu'un qui attache beaucoup d'importance aux autres, je te dirais que mon entourage, présentement mon copain, ça fait de l'importance dans ma vie. D'avoir cette petite bulle familiale là et d'avoir nos plans de futur aussi ensemble. (...) La famille aussi c'est super important pour moi, même si ça ne veut pas dire que je suis chez mes parents toutes les fins de semaine, mais d'avoir toujours, se dire : « ah ça fait longtemps que je n'ai pas vu ma famille », d'avoir toujours ça en tête. Pour moi, ils occupent quand même une place importante. La famille à mon chum aussi, qu'on les voit souvent, quand ils ont besoin... en fin de semaine, on déménageait sa sœur par exemple. Pour moi, c'est des valeurs qui sont super importantes et qui se reflètent dans ma vie ». -P7

D'autres valeurs, telles que l'honnêteté (n=4), la justice (n=3), l'empathie (n=3), l'égalité (n=2), le respect (n=2) ainsi que le souci du travail bien fait (n=2) et des autres (n=2) sont fréquemment nommées par les personnes interrogées et s'incarnent plutôt sous la forme de principes à respecter lorsqu'il est question de leurs agissements. Voici ce que deux participant.es expriment au sujet de l'honnêteté et du souci à l'égard des autres :

« Être honnête envers moi-même aussi et me dire : « hey, ce n'est pas ça que tu as envie, voyons, nomme-le ». C'est important. Là il faut que tu sois honnête envers toi-même ». -P8

« C'est sûr qu'au niveau de mes valeurs, ce qui est super important pour moi c'est la générosité, l'altruisme, etc. Ça oriente beaucoup ma vie, autant personnelle que professionnelle. C'est sûr que ça l'a orienté mon choix professionnel, c'est un fait. Au niveau personnel, je vais ... pour les personnes que j'ai à cœur, je vais toujours être là et essayer de les aider quand ils ont quoi que ce soit, ou même quand ... sans que ce soit quand ils ont un problème de tout le temps avoir une petite pensée pour eux autres, c'est sûr que pour moi c'est quelque chose qui est important ». -P7

En ce qui concerne les croyances spirituelles, seulement un.e étudiant.e affirme que l'entretien de certaines croyances orientent sa vie et ses actions.

« J'ai la croyance qu'on est de l'énergie et que c'est la base de notre système, c'est la base... c'est pour ça que j'allais chercher... c'est pour ça mes implications, c'est pour ça qu'on aime être en communauté, c'est un échange d'énergie... ça a l'air *weird*, mais j'ai conscience qu'on est de l'énergie, qu'on est influencé par ça et j'essaye de tirer de l'énergie des petites choses. C'est dur en ce moment, mais avant j'étais meilleure et j'espère que quand je vais réussir à retrouver un niveau d'énergie normal, que je vais être capable de le maintenir, puis d'aider les autres aussi à atteindre leur niveau optimal d'énergie, je ne sais pas comment m'expliquer... Je ne pense pas, je ne crois pas en Dieu et je ne pense pas qu'il dicte nos affaires, je ne pense pas non plus qu'il y a quelqu'un qui décide que moi je vais vivre plein de mésaventures, mais je crois au karma, je crois que si tu fais des bonnes choses pour des bonnes intentions, bien justement tu as de la bonne énergie qui t'entoure, des bonnes affaires qui vont t'arriver, c'est comme un aimant mettons ! ». -P1

Lorsqu'on leur demande de s'exprimer à propos du sens qu'ils accordent à leur processus de rétablissement, quelques personnes interrogées mentionnent son importance (n=4). À titre d'exemple, voici ce qu'un.e participant.e dit sur le sujet :

« J'y accorde quand même une grande importance, parce que c'est important pour moi de retrouver cet équilibre-là, je l'ai eu pour la plupart de ma vie et c'est quand même quelque chose que je chéris, fait que c'est quand même très important pour moi d'être capable d'y arriver ». -P9

Parmi les caractéristiques du rétablissement qui sont nommées par les personnes interrogées comme étant significatives pour elles, on retrouve notamment le fait qu'il soit nécessaire (n=1), positif (n=1), qu'il permet de trouver un équilibre (n=2), d'avancer dans la vie (n=1) et qu'il représente un idéal à atteindre (n=1) ou encore un continuum (n=1). Voici de quelle façon le rétablissement est significatif pour P6 :

« Le rétablissement ce n'est pas pour moi l'absence de troubles de santé mentale, donc le sens que j'y donne pour moi c'est un continuum auquel je veux toujours viser un peu comme une asymptote en mathématiques, on ne l'atteint jamais mais c'est un peu moins le sens comme un idéal si en tant que tel qu'on vise, un peu comme un but ». - P6

Dans cette perspective, le fait de prendre du temps pour soi et son rétablissement (n=1) contribue également à donner du sens à la vie d'une personne interrogée. Une autre se voit dans l'impossibilité d'identifier ce qui fait du sens dans sa vie au moment de l'entrevue.

5.3.1.5. DÉVELOPPEMENT DU POUVOIR D'AGIR

Dans cette partie, nous nous intéressons au développement du pouvoir d'agir des étudiant.es universitaires et son influence en vue de faciliter le rétablissement de l'état de santé mentale. Lors des entrevues, deux thèmes se sont principalement dégagés. D'une part, il est question de reprendre le pouvoir sur son corps et sa santé. Plus spécifiquement, les participant.es ont exprimé y arriver en posant certaines actions en lien avec leur hygiène de vie ainsi que l'utilisation de services de santé mentale. D'autre part, c'est davantage le fait de reprendre du pouvoir en tant que citoyen.ne qui a été discuté, notamment en s'engageant socialement.

Dans l'optique d'une reprise de pouvoir de la personne sur son corps et sa santé, les étudiant.es universitaires interrogé.es se sont exprimé.es à l'égard de leur hygiène de vie. Différents sujets ont été explorés, comme la qualité de leur sommeil et de leur alimentation, la pratique d'activité physique, la tenue d'une routine et les habitudes de consommation. Toutes les actions posées en vue de favoriser de rétablissement de leur état de santé mentale en lien avec ces sujets représentent des choix qui sont posés consciemment afin d'y parvenir et prendre soin de soi.

Globalement, tous.tes les étudiant.es affirment que l'influence de l'hygiène de vie sur le rétablissement de leur état de santé mentale est positive lorsque ces habitudes sont considérées comme étant saines (n=9).

« Disons que, esprit sain dans un corps sain, c'est-à-dire que si je mange mal ou que je ne sors pas, ça va pas du tout m'aider alors que si je mange bien et que je vais faire du sport, je profite de l'air frais, que je sors que je suis à l'air, bien justement ça va faire un corps sain, du coup mon esprit va pouvoir se sentir bien ». -P4

Également, un.une participant.e exprime que d'entretenir de bonnes habitudes en termes d'hygiène de vie représente une façon d'avoir du contrôle sur le rétablissement de l'état de santé mentale, en comparaison avec certains facteurs externes ou biologiques sur lesquels aucun contrôle n'est possible (n=1). Au-delà du fait d'entretenir généralement de saines habitudes de vie, quelques personnes interrogées en nomment certaines qui s'avèrent à être d'autant plus favorisantes, soit de bouger, d'avoir une routine et de bien dormir. Bien que l'importance accordée à l'hygiène de vie lorsqu'il est question de rétablissement de l'état de santé mentale est explicitée, il est possible que l'état de santé mentale actuel de certain.es participant.es rende difficile la tenue de saines habitudes (n=2). Certain.es considèrent avoir un effort à faire afin de les améliorer (n=3), notamment au plan de l'alimentation (n=2) et de la pratique de l'activité physique (n=1).

Le désir de prendre soin de soi et de son état de santé mentale se manifeste également par l'utilisation de services de santé mentale. D'ailleurs, plusieurs existent afin d'accompagner les personnes ou leurs proches qui sont aux prises avec ce type d'enjeux. Lorsqu'on demande aux participant.es s'ils ont déjà eu recours à certains de ces derniers, tous.tes affirment en avoir déjà utilisés. Plus précisément, la majorité d'entre eux.elles a fréquenté les Services aux étudiant.es (SAE) de l'UQAC (n=6),

que ce soit pour discuter avec un.e intervenant.e (n=5) ou pour être accompagné dans certaines démarches administratives (n=1). Certain.es, quant à eux.elles, ont déjà reçus des services desservis par des organismes se trouvant dans la communauté (n=2). D'autres ont également utilisés les services hospitaliers (n=1) ou le service Info-Social 811 (n=2). Parmi les professionnel.les consulté.es, on retrouve notamment des psychologues (n=7), des travailleurs sociaux (n=6), des psychiatres (n=2), un médecin de famille (n=1), une éducatrice (n=1) ainsi qu'un sexologue (n=1).

Tous.tes les étudiant.es universitaires interviewé.es s'accordent pour dire que l'utilisation de services de santé mentale influence positivement le rétablissement de leur état de santé mentale.

« Pourquoi ça influence autant c'est que le rétablissement c'est de descendre les escaliers, bien l'aide psychologique, c'est comme si l'aide psychologique c'était des escaliers roulants. Ça va plus vite ! Moins d'efforts dans un sens, un peu. Bien, moins d'efforts... Je pense qu'il y a autant d'efforts c'est juste que, on se sent moins seul, on se sent plus outillé, ça accélère le processus, on reste moins longtemps dans le même trou. On s'en sort plus vite ». -P6

Selon certain.es, toutefois, cette influence est tributaire de la relation entretenue avec l'intervenant.e. À ce propos, voici ce que P2 et P7 nous partagent :

« Ça se peut que des fois ce ne se soit pas la bonne personne non plus devant toi ou qui ne te correspond pas. [...] si tu es capable de te trouver quelqu'un, si ça clique, si tu es capable de lui parler... ». -P2

« C'est sûr que quand on reçoit un service d'une personne qui ne nous correspond pas, et que ça rentre en confrontation avec nos valeurs bien là, c'est négatif... ». -P7

Le fait que les intervenant.es soient en mesure de comprendre leur situation, qu'ils.elles soient proactif.ves et à la recherche de solutions, démontrent de

l'empathie, possèdent un point de vue extérieur, permettent de se confier et se sentir écouté sans jugement représentent des aspects qui sont appréciés des participant.es. La rapidité de l'aide offerte, la stabilité des intervenant.es ainsi que leur propre connaissance à l'égard leur limite professionnelle font également partie de ce qui est apprécié des services par les étudiant.es universitaires.

« Je suis chanceux parce que j'ai vraiment un bon lien avec une intervenante à l'UQAC, et elle me connaît bien, elle m'aide, elle est vraiment dans la proactivité, ça j'ai besoin de ça... oui, elle t'écoute, mais après, elle se met en action puis on réfléchit, tout de suite la première rencontre que tu vas la voir, on met en place des stratégies pour aller mieux. Ça, ça m'aide, puis je dirais que ... j'ai tendance à attendre avant de consulter, mais quand je le fais, ça m'aide vraiment, parce que ça faisait déjà au moins un mois que je n'allais pas vraiment bien, puis là je l'ai vu juste cette semaine, j'aurais pu la consulter avant finalement ». -P3

Tel que mentionné par P3, l'utilisation des services en santé mentale peut faciliter la mise en action. Cette mise en action peut prendre différentes formes, par exemple le déploiement de nouvelles stratégies cognitives. C'est le cas d'un.e participant.e, qui explique que le fait d'échanger avec un.e professionnel.le favorise son introspection :

« Moi, j'aime comprendre des choses. J'aime savoir pourquoi je fais ça, pourquoi je pose ces actions-là, dans quel but, c'est quoi ma personnalité. Moi je ne me connais pas tellement, mais j'aime ça quand quelqu'un pose un regard sur ma personnalité et mes actions et me dit : « As-tu pensé à ça »? J'aime l'échange, donc c'est sûr que ça me parle là. C'est vraiment des services qui me parlent et être en contact avec quelqu'un aussi, c'est bien important. C'est ça, c'est ce qui fait que ça fonctionne bien avec moi ». -P8

En ce qui concerne particulièrement la reprise de pouvoir en tant que citoyen.ne, les personnes interrogées mentionnent s'impliquer socialement. Effectivement, ces engagements s'avèrent significatifs pour la plupart d'entre

eux.elles (n=8), même si pour certain.es leur implication est restreinte par leurs capacités actuelles liées à leur état de santé mentale ou leurs responsabilités de la vie quotidienne (n=2).

« J'ai fait beaucoup d'affaires pour mon module, je suis dans l'ASSO aussi, dans le conseil d'administration du [nom de l'association étudiante de l'université en question], je suis dans une ligue d'improvisation durant l'année, de bar, sinon, j'essaie de m'impliquer dans du bénévolat quand je peux ou quand ça adonne ». - P6

« Quand je dis oui, j'ai envie de le faire et quand j'arrive à le faire, là ça me tente plus, parce que là il faut que je me mobilise pour le faire et que je prenne de l'énergie, que je n'ai pas nécessairement, fait que j'ai vraiment envie de faire plein d'affaires, c'est comme quelqu'un qui achète full de laine et qui veut crocheter plein d'affaires mais il n'a pas le temps ! ». -P1

Certains effets découlant de ces implications contribuent à leur caractère significatif. En effet, le sentiment de contribuer à quelque chose (n=3), d'appartenir à une communauté (n=1) et le sentiment d'efficacité (n=1) sont exprimés par quelques participant.es lorsqu'il est question de leur implication et de l'importance y étant liée, tel qu'exprimé dans les extraits suivants :

« Ça me fait du bien de me sentir utile et d'avoir l'impression que je contribue à faire avancer les choses, puis que j'apporte mon grain de sel ». -P6

« C'est important de se sentir inclus dans une communauté, je ne me sentais pas étudiante avant de mettre les pieds ici la première fois et la première fois que je suis venue, c'était en janvier, t' sais ! (...) J'ai toujours l'impression qu'il faut que je m'implique, j'ai toujours été de même, je m'impliquais... pour faire ... pour mettre mes capacités au service ». -P1

Lorsqu'on demande aux personnes interrogées de statuer sur l'influence de l'engagement dans certaines activités sur le rétablissement de leur état de santé

mentale, presque toutes la qualifient comme étant positive (n=8). Pour certain.es, il importe de noter que cette influence peut s'avérer être mitigée lorsqu'un sentiment de performance s'installe, ce qui peut devenir alarmant ou que la charge associée aux activités est trop prenante. À ce sujet, l'importance de pratiquer ces activités à son rythme est discuté. Autrement, ces engagements sont considérés comme étant bénéfiques au processus de rétablissement, de même qu'à sa conservation dans le temps. Pour une personne interrogée, le fait d'avoir davantage côtoyé de gens lors de ces activités aurait pu favoriser sa mise en action afin de réaliser une demande d'aide :

« Ça peut être hyper positif, dans le sens où juste briser l'isolement, parce que moi dans vie je suis loyale, fait que si j'ai un engagement, je vais jusqu'au bout, même si je ne vais pas bien. Ce qui veut dire que ma mère si elle me dit : « hey en fin de semaine on se voit tu ? » Je fais : « oh non, ça adonne moins, j'ai des travaux, ça adonne moins », elle va dire : « Ok », puis elle va respecter ça. Tandis que si j'ai un groupe à qui j'appartiens, j'ai l'impression qu'eux vont le voir : « ça va tu parce que la semaine passée tu n'étais pas là », ou « parce que j'te sens plus fatiguée », ou « je suis inquiète pour toi ». Fait que si j'avais vu des gens de manière plus régulièrement, j'aurais peut-être attendu moins longtemps avant de demander de l'aide ». -P8

En bref, dans la présente section, nous avons pu prendre connaissance des principaux facteurs qui favorisent le rétablissement de l'état de santé mentale des étudiant.es universitaires. Certaines catégories du CHIME, notre cadre conceptuel, regroupent plus de ces facteurs que d'autres. Au nombre de cinq, il est possible de constater qu'il s'agit de la catégorie « Espoir et optimisme » (H) qui s'avère à regrouper le plus de facteurs qui favorisent le rétablissement. Au contraire, la catégorie « Soutien social » (C) est celle qui en contient le moins, avec seulement deux qui sont comptabilisés. On peut donc émettre l'hypothèse que ces catégories de facteurs ont plus d'influence dans le rétablissement des personnes rencontrées

dans cette étude. La méthode utilisée ne permet toutefois pas de spécifier avec exactitude, le poids de chacun de ces facteurs. En effet, certains d'entre eux sont nommés par tous.les les participant.es (ex. soutien social, avoir des buts et vivre des succès, hygiène de vie) tandis que d'autres sont plus marginaux. D'autres études seront nécessaires pour approfondir nos connaissances à ce sujet.

5.4. FACTEURS ENTRAVANT LE RÉTABLISSMENT DE L'ÉTAT DE SANTÉ MENTALE

Cette section s'intéresse aux facteurs qui entravent le rétablissement de l'état de santé mentale. Lorsqu'on demande aux participant.es quels sont ces facteurs, plusieurs rapportent que ceux qui constituent une force en vue du rétablissement peuvent aussi représenter une limite s'ils sont considérés à négative. Conséquemment, nous ne reviendrons pas spécifiquement sur ces derniers. Nous allons plutôt insister sur les plus spécifiques ainsi que les facteurs macrosociaux.

5.4.1. FACTEURS MICROSOCIAUX

Parmi les quelques facteurs d'ordre microsocial désignés par les participant.es comme pouvant nuire au rétablissement de leur état de santé mentale, un se démarque particulièrement en terme de fréquence de mention par ces dernier.ères. Plus spécifiquement, il s'agit de la composante du CHIME liée au soutien social. Bien que le soutien de l'entourage s'avère majoritairement favorisant pour le rétablissement, il arrive toutefois que certains aspects viennent ralentir ce processus. En ce sens, l'entourage peut devenir un fardeau tel que mentionné par un.e participant.e par rapport à certaines réactions de ses parents qui ont pu exacerber le stress vécu, et ce, même s'ils avaient de bonnes intentions :

« Dans le fond, ils faisaient juste me dire qu'ils s'inquiétaient et qu'ils n'aimaient pas ça, que je sois de même (...) Je le sais que ça partait d'une bonne volonté, mais ce n'est pas toujours aidant, des fois ça faisait juste rajouter une couche de stress de plus ... je n'ai pas juste à m'occuper de ... là, j'ai mes parents qui s'inquiètent aussi ! ». -P9

L'humeur des personnes significatives influence le rétablissement de l'état de santé mentale. Effectivement, lorsque ces dernières ne vont pas bien pour différentes raisons, il est possible que cela l'entrave.

« Au niveau de ce qui peut nuire à mon rétablissement, ça va être un peu quand mon entourage ne va pas bien. Étant une personne un peu trop dévouée, pas juste empathique, mais sympathique, ça vient beaucoup me chercher. C'est sûr que ça me met beaucoup de pression, ça me ... ça me démoralise beaucoup aussi sur mes autres points. Donc je dirais que c'est un peu ma limite aussi, d'essayer de mettre ma limite là-dessus, ça peut être un objectif là. Le fait que autour de moi ça aille moins bien, c'est sûr que ça va faire en sorte que mon rétablissement va prendre beaucoup plus de temps ». -P7

« Ce qui nuit à mon rétablissement, c'est ...euh ... bien c'est les ... *up and down* de mon chum que je ne peux pas contrôler. Ouais, je pense que c'est ça qui est la plus grosse entrave à mon rétablissement à moi, c'est qu'il est beaucoup lié au sien, fait que je pense c'est ça ». -P9

D'autres facteurs, moins fréquemment mentionnés, ont également été discutés. C'est notamment le cas de trois facteurs associés au pouvoir d'agir, en l'occurrence l'utilisation des services de santé mentale, l'engagement dans certaines activités ainsi que l'hygiène de vie. Le tableau 7 détaille ce qui est nommé par les participant.es comme étant considéré entravant.

TABLEAU 7 : Facteurs microsociaux moins fréquemment mentionnés qui peuvent entraver le rétablissement de l'état de santé mentale

Facteurs microsociaux	Ce qui est considéré comme étant entravant	Verbatims
Utilisation de services en santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> • Services qui ne correspondent pas aux attentes et besoins des participant.es; • Attitude(s) des intervenant.es et approche préconisée; • Changement d'intervenant. 	<p>« Je pense que ça peut avoir un gros impact, je pense aussi que c'est important de trouver le service qui te convient. Je ne sais pas à quel point moi j'ai trouvé ça encore actuellement, j'ai faite affaire avec plusieurs services, mais au final, ça a tout le temps été avec le même type d'intervenant. Peut-être que c'est une approche qui a moins bien fonctionné dans mon contexte ». -P9</p> <p>« Toutefois, quand j'ai commencé en psychologie avec une nouvelle psychologue. Ça c'est dur en, changer d'intervenant dans le milieu. C'est un enjeu que j'ai fait vivre à une multitude de familles, mais que j'ai vécu et je le comprends là, y'a plein de facteurs qui font qu'on change d'intervenants là et ça j'ai trouvé ça dure. Donc c'est ça qui a fait que je n'ai pas consulté plus que 5 séances ». -P8</p>
Engagement dans certaines activités	<ul style="list-style-type: none"> • Tenue de trop d'activités, surtout si l'engagement n'est pas significatif; 	<p>« Je pense que si j'avais moins de choses que je me sentais obligée de faire dans une semaine, je pense que ça m'aiderait ! Veut, veut pas, je pense que le fait d'avoir ces choses-là à booker dans une semaine, je me dis : « ah, ça m'épuise ! ». Je pense que d'alléger ça ou de mettre moins d'obligations, ça m'aiderait versus avoir plein de choses à faire ». -P7</p>
Hygiène de vie	<ul style="list-style-type: none"> • Consommation excessive; • Environnement de vie inadéquat; • Impossibilité de tenir de « bonnes » habitudes de vie étant donné le contexte de travail. 	<p>« Quand je consommais beaucoup d'alcool au début de la pandémie, clairement que ça avait un impact sur mon niveau d'anxiété, et tout ça, mon sommeil... ». -P3</p> <p>« En protection de la jeunesse, je ne mangeais pas, je mangeais mal, je mangeais peu, je dormais peu, c'était quand même difficile. Ça c'est y'a pas si longtemps, je suis partie en avril. C'est ça des fois tu n'as pas d'heure de diner, des fois tu manges une soupe froide à 2 heures et demi dans ton auto, tu n'as pas le temps de <i>pisser</i>. Je veux dire là, je me suis malmené et j'en ai pris conscience aussi ». -P8</p>

5.4.2. FACTEURS MACROSOCIAUX

La vie en société implique de nombreux défis pour les personnes qui en font partie. Les étudiant.es universitaires n'en font pas exception. Lors des entrevues, ces dernier.ères se sont exprimé.es sur différents sujets d'ordre macrosociaux qui influencent négativement le rétablissement de leur état de santé mentale. Tout d'abord, certain.es participant.es affirment que le contexte pandémique est un facteur qui en fait partie. Plus précisément, le mode de vie imposé afin de respecter les exigences de la santé publique a engendré chez plusieurs personnes un sentiment d'isolement. Voici ce qui est nommé concernant ce contexte particulier :

« Je dirais que ce qui entrave [mon rétablissement], bien la COVID n'a pas aidé là ». -P8

« Pendant la pandémie, on dirait que le fait de s'isoler ça a fait comme ressortir certaines petites choses qui étaient réglées, mais que finalement n'étaient pas réglées au complet (...) La pandémie ça ne m'a pas vraiment, vraiment aidée... ». -P2

« Avec ce qu'on a eu comme expérience avec la COVID et tout, je l'ai vécu l'enseignement à distance, je le sais que c'est plate! Tu ne peux pas voir personne, ce n'est pas pareil. C'est important de se sentir inclus dans une communauté, je ne me sentais pas étudiante avant de mettre les pieds ici la première fois et la première fois que je suis venu, c'était en janvier, t'sais ! Tu te sens comme un imposteur ! ». -P1

Outre ces enjeux découlant de la crise sociosanitaire, d'autres liés cette fois-ci à la société actuelle portée vers la performance peuvent également avoir nuit au processus de rétablissement des personnes interrogées. Plus spécifiquement, ce processus peut d'abord se voir freiné par l'importance accordée à la performance, et ce, tant au plan professionnel, social que scolaire. À titre d'exemple, voici un extrait

dans lequel un.e participant.e explique ne pas vouloir retourner à d'anciennes façons de penser et d'agir en concordance avec les valeurs de performance et d'efficacité étant donné que ce n'était pas sain pour lui.elle à l'époque :

« Si on considère le rétablissement dans le sens où je vais redevenir l'être fabriqué par la société de performance de ... pieuvre qui a 25 bras avec une cape de *super woman*, super active socialement et qui a plein de temps à donner à plein d'organismes bénévoles et qui est tout le temps partout dans toute, sur 8 CA... non ! Jamais ! Je ne pense pas que c'était ça, la santé. Donc, je ne veux pas aller là. Je ne vais peut-être pas être un symbole de réussite, je ne vais pas avoir une maison à 300 000 et rouler en Ferrari ». -P1

Ensuite, le contexte socioéconomique actuel, impliquant notamment un coût de la vie élevé, représente aussi un facteur qui peut entraver la possibilité de se rétablir pour certain.es étudiant.es. Effectivement, ils.elles se doivent de travailler afin de répondre à leurs besoins de base, et ce, malgré les enjeux liés à leur état de santé mentale fragilisé. C'est notamment le cas de P3, qui s'exprime ainsi sur le sujet :

« Idéalement, on ne travaillerait pas autant, mais le coût de la vie est tellement élevé qu'on n'a pas le choix de travailler un certain nombre d'heures pour arriver ». -P3

Dans le même ordre d'idée, l'accès à certains services d'aide en santé mentale nécessite de déboursier des montants d'argent considérables pour les personnes interrogées (n=2), sans quoi elles se voient dans l'obligation d'attendre pour obtenir de l'aide étant donné les réalités actuelles du système de santé et des services sociaux (n=2). Ces personnes se retrouvent alors d'autant plus dans l'obligation de travailler malgré les difficultés vécues au plan de l'état de santé mentale. De plus, il peut s'avérer difficile d'arrimer son horaire de travail avec certains rendez-vous en vue de consulter un.e professionnel.le de la santé. Dans les cas où aucun service

n'est accessible pour une personne ayant des enjeux liés à son état de santé mentale, un.e participant.e explique que la seule ressource disponible est de se rendre à l'hôpital. Cette option de dernier recours est toutefois perçue comme stigmatisante :

« La seule option que tu as si ça ne va vraiment pas, disons une grosse crise de panique, t'es pas capable de te désarmer, tu en es malade et tout, bien la seule option c'est l'hôpital. Souvent je trouve que ça rajoute aux tabous. Tu sais, on l'associe beaucoup beaucoup au négatif. Si je me rends à l'hôpital pour ma santé mentale, c'est parce que je suis vraiment malade. ». -P6

D'ailleurs, certains schèmes de pensées qui sont entretenus socialement sont aussi nommés par des personnes interrogées comme étant contraignants lorsqu'il est question de se rétablir. L'une d'entre elles constate que la majorité des gens sont peu éduqués concernant les difficultés liées à un état de santé mentale fragilisé, ce qui peut mener à des préjugés à l'égard de ces enjeux (n=2), de la prise de médication (n=1) et de l'utilisation de services de santé mentale (n=2).

« La médication, pas facile ça hein, la médication. Euh, moi je n'ai jamais trouvé que c'était tabous mais euh j'en entends beaucoup parler dans mon entourage que c'est un peu mal vu, c'est, surtout la médication à vie ». -P6

« Mes parents ne savaient pas ce qu'était les services en psychologie. Au début, y'ont fait : « voyons tu consultes une psychologue? Je veux dire, on a toujours été des bons parents, t'as pas été abusée... » On dirait qu'ils ne saisissaient comme pas tant. Il a fallu que je me trouve des raisons pour leur faire comprendre. J'ai envie de vivre des épisodes où je peux vulgariser tout ça. (...) J'ai fait un peu de sensibilisation à travers mes proches là à savoir, t'as besoin d'aide tu vas t'en chercher et il n'y a rien de mal à ça. Donc au début je le justifiais un peu, donc ils ont eu un impact immense (mes parents), mais ils auraient pu être un frein aussi, parce que c'était un peu méconnu là, les services de santé mentale dans ma famille ». -P8

« Ce qui a contraint mon rétablissement, c'est justement le manque d'éducation du monde, c'est plate parce que tu es tout le temps en train d'expliquer puis de mettre des limites et te sentir coupable ... t'es pas là pour prendre soin des autres, tu as de la misère à rendre soin de toi ». -P1

À la lumière de la dernière section, nous avons été en mesure de prendre connaissance des différents facteurs qui peuvent entraver le rétablissement de l'état de santé mentale des étudiant.es universitaires. Le tableau 8 présente une vue d'ensemble de ces facteurs.

TABLEAU 8 : Facteurs pouvant entraver le rétablissement de l'état de santé mentale des étudiant.es universitaires

Facteurs entravant le rétablissement de l'état de santé mentale des étudiant.es universitaires	
Facteurs microsociaux	Facteurs macrosociaux
<ul style="list-style-type: none"> • Entourage peu soutenant; • Tenue de trop d'activités; • Consommation excessive; • Environnement de vie inadéquat; • Contraintes liées au travail; • Services d'aide en santé mentale qui ne répondent pas aux attentes et/ou besoins; 	<ul style="list-style-type: none"> • Contexte lié à la pandémie de COVID-19; • Réalités liées à la société actuelle (contexte socioéconomique, rythme de vie, valeurs entretenues); • Préjugés et tabous entourant la santé mentale; • Accès aux services d'aide.

CHAPITRE 6 DISCUSSION

À la lumière du précédent chapitre, il est possible d'affirmer que les objectifs de cette étude ont été atteints. Les réalités des étudiant.es universitaires dont l'état de santé mentale a été fragilisé depuis la pandémie de COVID-19 en lien avec leur processus de rétablissement ont bel et bien été documentées. Le chapitre 6 rend possible la discussion et l'analyse des informations qui ont été recueillies lors des entrevues individuelles réalisées auprès de ces dernier.ères. Plus spécifiquement, plusieurs constats et faits saillants liés à l'objectif général²⁵ et aux objectifs spécifiques²⁶ poursuivis par l'étude s'en dégagent, autour desquels sera orientée la discussion de ce chapitre. Ainsi, il sera d'abord question des perceptions qu'entretiennent les étudiant.es universitaires par rapport à leur rétablissement. Leurs définitions personnelles de ce processus seront analysées selon trois repères théoriques, détaillés plus tôt dans le chapitre 3. Ensuite, les principaux facteurs qui le facilitent et l'entravent selon le point de vue des participant.es seront à leurs tours mis en évidence. Enfin, les forces et limites de l'étude seront dénotées afin de permettre l'interprétation juste des résultats obtenus, pour finalement conclure avec des recommandations pour la recherche et la pratique du travail social.

²⁵ Décrire l'expérience de rétablissement des étudiant.es universitaires dont l'état de santé mentale a été fragilisé par la pandémie de COVID-19.

²⁶ (1) Décrire les perceptions des étudiant.es universitaires à propos de ce que signifient les notions de « santé mentale » et de « rétablissement, (2) Identifier les facteurs qui facilitent le rétablissement des étudiant.es universitaires et (3) Identifier les facteurs qui entravent le rétablissement des étudiant.es universitaires.

6.1. PERCEPTIONS DU RÉTABLISSEMENT

Chacune des entrevues réalisées dans le cadre de cette étude a permis d'interroger les participant.es à propos de ce que signifient pour eux.elles les termes « santé mentale » et « rétablissement ». Cette première partie de la discussion vise à mettre en lien ces éléments singuliers de définition en relation avec des cadres conceptuels qui ont été définis précédemment dans le chapitre 3. Afin de rendre possible cette analyse, chaque participant.e a été « situé » au regard : du modèle des deux continuums (Provencher et Keyes, 2010), des quatre types de représentations du rétablissement (Starnino, 2009) et du cadre CHIME (Leamy et al., 2011). Le tableau 9 permet une vue d'ensemble.²⁷

²⁷ À des fins d'analyse, l'ensemble des propos des participant.es concernant leurs perceptions du rétablissement ont été considérées en vue d'élaborer le Tableau 9. En vue d'alléger le texte, seulement un résumé est présenté dans le mémoire à la section 5.2.

TABLEAU 9 : Analyse des définitions en fonction des repères conceptuels

	Analyse selon le modèle des deux continuums		Analyse selon les quatre représentations du rétablissement				Analyse selon le CHIME				
	Axe santé mentale	Axe trouble mental	Biomédicale	Professionnel	Utilisateurs de services	Socio-politique	C	H	I	M	E
P1	x	x			x		x	x	x	X	
P2	x	x	x								x
P3	x	x		X	x						x
P4	x	x		X					x	X	
P5	x				x			x	x		
P6	x	x		X	x				x		x
P7		x	x					x	x		x
P8	x	x		X					x	X	x
P9	x			X					x		x

À la lumière de l'analyse présentée dans le tableau 9, il est possible de constater que la plupart des personnes interviewées adhèrent à une vision du rétablissement de la santé mentale complète (Provencher et Keyes, 2010). En effet, leur discours s'articule autour de la possibilité d'un bien-être, et ce, malgré les manifestations d'un état de santé mentale fragilisé, diagnostiqué ou non. Le trouble mental est alors considéré, mais le discours ne s'y limite pas le cas échéant. Ces constats concordent avec ceux de Law et al. (2020) et McCubbin et al. (2010) qui soutiennent que le rétablissement chez les jeunes adultes peut être décrit comme le développement de stratégies en vue de composer avec les manifestations de l'état de santé mentale fragilisé, de l'acceptation de ces dernières ou encore de leur réduction ou leur élimination. Le rétablissement complet, dans l'optique de « guérison » est alors écarté du discours, qui s'articule plutôt autour d'un retour à l'équilibre, d'un apprentissage à composer avec les manifestations ou encore d'une diminution de ces dernières. La façon dont les étudiant.es universitaires décrivent le rétablissement est généralement positive et optimiste. Le fait de considérer la possibilité d'un bien-être malgré l'état de santé mentale va de pair avec le score de santé mentale positive des personnes interviewées. En effet, ces scores se retrouvent tous dans les catégories « florissante » ou « modérée ». La santé mentale « languissante » n'est alors pas représentée, ce qui peut nous laisser croire que cela explique la surreprésentation de définitions à tendances « positives » à l'égard du rétablissement.

L'analyse présentée ci-haut permet également de mettre en évidence la diversité des définitions du rétablissement pour les personnes interrogées. L'hétérogénéité des définitions est d'ailleurs un constat largement documenté dans la littérature (Bergeron-Leclerc, 2019; Law et al., 2020; Leamy et al., 2011; McCauley et

al., 2015; McCubbin et al., 2010; Reed et al., 2020). Ainsi, parmi les quatre représentations de Starnino (2009), les personnes interrogées adhèrent plus fréquemment à la représentation professionnelle du rétablissement. Ceci signifie concrètement que l'objet du rétablissement est l'influence quotidienne et sociale du trouble mental plutôt que le trouble lui-même (Provencher et Keyes, 2010; Starnino, 2009). D'ailleurs, cette représentation, étant qualifiée de « rétablissement social » (Warner, 1994, cité dans Allott et al., 2002, p.14, traduction libre), s'arrime avec les valeurs du travail social en lien avec la santé mentale et les relations humaines (Bergeron-Leclerc, 2019), mettant de l'avant la réadaptation sociale (Bergeron-Leclerc et Cormier, 2009). Cette réadaptation sociale, c'est-à-dire le fait de retrouver l'équilibre en ce qui a trait au fonctionnement social de la personne, est au cœur des aspects qui sont nommés par les participant.es lorsqu'ils.elles décrivent ce qu'est pour eux.elles le processus de rétablissement. Il est possible de croire que cette dimension est surreprésentée étant donné que plusieurs étudiant.es présentent des problèmes de santé mentale, c'est-à-dire des conditions non diagnostiquées. Effectivement, ces dernier.ères soutiennent dans leurs définitions du rétablissement qu'elles fonctionnent socialement, et ce, même en constatant la présence de manifestations liées à leur état de santé mentale, ce qui s'arrime avec les propos de Starnino (2009) et de Provencher et Keyes (2010) lorsqu'il est question de la représentation professionnelle. En revanche, aucune des définitions évoquées par les personnes interrogées ne correspond à la représentation sociopolitique de la classification à quatre niveaux. Il est alors possible de croire qu'elles considèrent leur(s) diagnostic(s) ou leurs enjeux liés à leur état de santé mentale et adaptent leur quotidien en fonction de ces derniers. En d'autres mots, elles semblent « accepter » ces enjeux, qu'ils soient diagnostiqués ou non. Par ailleurs, les notions de tabous et de préjugés en ce qui a trait à la santé mentale ont été fréquemment soulevés par les

participant.es lorsqu'ils.elles discutent de ce que représente ce concept pour eux.elles. Toutefois, il est possible de constater qu'elles figurent peu dans les définitions personnelles du rétablissement pour ces dernier.ères. Cela peut nous laisser croire que les tabous et les préjugés par rapport aux enjeux liés à l'état de santé mentale sont considérés comme réalité sociale, mais ne sont pas internalisés dans le discours des personnes interrogées; leur identité n'y étant donc pas directement liée.

Enfin, bien qu'il ait été développé en référence au rétablissement des troubles mentaux graves, le cadre CHIME (Leamy et al., 2011) s'avère utile pour comprendre le parcours des étudiant.es interrogé.es. Laquelle ou lesquelles des dimensions sont mises de l'avant à travers les définitions proposées par ces dernier.ères? Le premier constat est à que chacune des définitions fait référence à au moins une des composantes du CHIME, et ce, malgré la présence de problématiques moins graves. Ceci donne à penser qu'il peut s'agir d'un cadre pertinent pour comprendre le rétablissement de la santé mentale complète, peu importe que les personnes aient un diagnostic ou non. Lorsque les étudiant.es définissent ce processus, la composante qui est la plus fréquemment concernée est l'espoir et l'optimisme (H). Russinova (1999) souligne le caractère autodéterminant de l'espoir dans le processus de rétablissement. La présence de pensées positives et d'espoir quant aux événements du futur est aussi démontrée comme étant essentielle à la promotion du bien-être psychologique et physique (Snyder, Irving et Anderson, 1991 ; Peterson et Bossio, 1991). Ceci dit, le fait que les participant.es réfèrent autant à l'espoir lorsqu'ils.elles définissent le rétablissement nous laisse croire qu'ils.elles entretiennent des pensées positives à l'égard de ce processus. Deegan (1988) décrit le mieux-être comme une transition de certaines attitudes négatives, comme le fait

d'être pessimiste, au développement de l'espoir en une vie différente. Dans cette perspective, il nous est possible d'imaginer que les personnes participantes à l'étude ont déjà cheminées à l'égard de leur processus de rétablissement, décrivant ce dernier de façon positif et empreint d'espoir. En revanche, la composante sociale (C) est peu représentée dans les définitions des étudiant.es, alors qu'elle est un facteur d'influence majeur comme le souligne le chapitre 5 en termes de consensus (n=9). Cela peut nous laisser penser que le processus de rétablissement est davantage perçu comme d'ordre individuel que social, comme la littérature le soutient, soulignant qu'il représente pour certain.es un périple individualisé (Law et al., 2020; McCubbin et al., 2010).

Au fil des entrevues, il a été possible de documenter les facteurs qui influencent le rétablissement de l'état de santé mentale des étudiant.es universitaires. Plus particulièrement, ces derniers.ères ont été interrogé.es sur ceux qu'ils.elles considèrent aidants et non-aidants en vue d'en venir à ce processus de rétablissement. Les parties 6.2 et 6.3 de cette discussion se pencheront sur les principaux éléments qui découlent des échanges avec ces personnes.

6.2. FACTEURS QUI FACILITENT LE RÉTABLISSEMENT

Tout d'abord, il est possible de constater dans le discours des participant.es que certains de ces facteurs qui favorisent le rétablissement font l'unanimité. Le soutien de l'entourage en fait partie et est désigné comme étant un élément crucial lorsqu'il est question de rétablissement, son importance étant également souligné par différent.es chercheur.es (Green et al., 2013; Marino, 2015; Tremblay, 2015; Winsper et al, 2020). Bien qu'il soit connu que l'isolement social et la pauvreté du réseau social

sont souvent observables chez ces personnes vivant avec des enjeux de santé mentale (Cohen et Sokolowsky, 1978; Davidson et al., 1996; Palumbo et al., 2015; Vinsentini et al., 2018), la présence de soutien peut répondre à des besoins sociaux comme le fait d'appartenir, d'être encouragé.e ou encore de se sentir accepté.e et en sécurité (Marino, 2015). Pouvant être prodigué par une variété d'acteurs tels que l'entourage et les intervenant.es qui côtoient ces personnes (Green et al., 2013; Tremblay, 2015; Winsper et al., 2020), nous notons dans la présente étude qu'il s'agit des membres de la famille et des amis qui sont les plus fréquemment nommés lorsqu'il est question de soutien. Le fait de pouvoir sortir de la maison et de faire des activités avec l'entourage est saillant lorsqu'il est question des formes de soutien qui sont appréciées par les étudiant.es universitaire. En ce sens, l'implication dans différentes activités personnelles, sociales ou communautaire est considérée comme étant un facteur qui est utile au rétablissement. Ce constat est également observé par plusieurs auteur.es qui témoignent du caractère crucial de cet engagement dans le rétablissement de l'état de santé mentale (Burns-Lynch et al., 2016; Marino, 2015). Effectivement, il est soutenu que la participation dans certaines activités communautaires est associée positivement au niveau de qualité de vie, d'autant plus lorsqu'elle est effectuée dans un endroit significatif pour les personnes (Burns-Lynch et al., 2016).

L'analyse effectuée dans cette étude a d'ailleurs permis de démontrer que la notion de sens joue un rôle important dans la possibilité de se rétablir des étudiant.es universitaires vivant avec un état de santé mentale fragilisé. Ce constat également établi dans la littérature (Eads et al., 2021; Leamy et al., 2011; Marino, 2015; Russinova, 1999; Winsper et al., 2020), il est connu que ces personnes puissent expérimenter une vie pleine de sens (Russinova, 1999). Pour ce faire, Russinova

(1999) évoque qu'il importe que ces dernières développent certaines compétences afin d'être en mesure de s'engager dans des activités significatives plutôt que de mettre l'accent uniquement sur la gestion des manifestations liées au dit état. L'importance de la signification accordée face à l'engagement dans des activités est partagée par Ramafikeng et al. (2020), témoignant qu'il permet notamment l'émergence d'un sentiment d'appartenance et d'espoir quant au futur. Dans notre étude, nous constatons également qu'il s'agit du sens donné à leur vie, à leurs diverses implications ainsi qu'aux activités qu'ils.elles pratiquent est le plus aidant dans le processus de rétablissement. Ces capacités de donner un sens à sa vie, à posséder un sentiment d'appartenance et à se projeter dans l'avenir sont des composantes que nous observons comme étant nécessaires au mieux-être. Ceci dit, elles représentent également des facteurs de protection pendant la transition vers l'âge adulte, étant notamment liées au développement identitaire (Stein et Munro, 2008). Dans cette perspective, le processus de rétablissement implique une redéfinition du soi selon Eads et al. (2020), qui peut émerger par la signification qui est donnée par les personnes qui ont des enjeux de santé mentale à ce qui les entoure et les actions qu'elles posent. À la lumière de ces constats, il est possible d'imaginer que les étudiant.es sont dans une période de transition importante dans laquelle le besoin d'accomplir quelque chose de significatif est marqué. L'appel au sens est d'autant plus important dans un contexte où l'état de santé mentale est fragilisé, permettant de s'accrocher à ce qui est positif dans leur vie et espérer un futur, et ce, malgré la présence de certains impacts de l'état sur les plans personnels, sociaux, professionnels ou scolaires.

Le rôle central de l'espoir accordé face au futur dans le rétablissement de l'état de santé mentale des étudiant.es universitaires a été relevé dans nos échanges avec

ces dernières. Ce constat, largement documenté dans la littérature (Deegan, 1988; Lovejoy, 1982; Orrin, 1997; Ralph, 1998; Weingarten, 1994), témoigne même du fait que le processus de rétablissement ne peut se produire si la personne n'entretient pas d'espoir étant donné qu'il permet l'émergence d'un courage à changer, à essayer et à faire confiance. Aussi, il est soutenu que les pensées positives et le sentiment de hâte liés à l'espoir entretenu contribuent grandement à la promotion du bien-être psychologique et physique (Peterson et Bossio, 1991; Snyder et al., 1991). D'ailleurs, le fait d'avoir des buts significatifs représente un élément clé dans le développement de l'espoir. Le sentiment d'avoir un but dans la vie permet le développement d'un soi identitaire solide pendant la transition vers l'âge adulte (Schwartz et al., 2015, p. 17), qui mène à son tour à des résultats de vie positifs, comme le décrochage d'un emploi lucratif suite à des études universitaires (Côté et al., 2015). À la lumière des dernières lignes, il est possible d'imaginer que le fait de pratiquer des activités pour lesquelles des pensées positives et un sentiment de hâte sont associés permet l'émergence d'un sentiment de bien-être, qui favorise à son tour le processus de rétablissement des personnes. À ce propos, Reed et al. (2020) soutiennent que les activités pratiquées permettent effectivement d'entrevoir le futur, ce qui favorise le rétablissement.

6.3. FACTEURS QUI ENTRAVENT LE RÉTABLISSMENT

Dans cette étude, nous avons pu mettre en lumière que la plupart du temps, lorsqu'elles discutent des facteurs qui nuisent au rétablissement de leur état de santé mentale, les personnes interrogées réfèrent aux facteurs qui le facilitent, mais à la négative. Le tableau 10 présente ces dyades de facteurs microsociaux. Puisque le

texte précédent (section 6.2) a permis de discuter de ces facteurs, nous n’y reviendrons pas ici.

Tableau 10 : Dyades de facteurs qui influencent le rétablissement de l’état de santé mentale des étudiant.es universitaires

Catégories du CHIME comprenant les facteurs qui influencent le rétablissement de l’état de santé mentale	Facteurs à la positive	Facteurs à la négative
Soutien social	Présence de soutien social	Absence de soutien social
Espoir et optimisme	Présence de buts significatifs	Absence de buts significatifs
Redéfinition de l’identité	Posséder des valeurs d’ouverture et de compréhension des enjeux de santé mentale	Posséder des valeurs qui freinent l’ouverture envers les enjeux de santé mentale (présence de préjugés, jugements)
Trouver un sens à sa vie	Posséder une vie significative (travail, passe-temps, relations, etc.)	Présence d’une vie non-significative
Développement du pouvoir d’agir	Posséder de bonnes habitudes de vie	Posséder de mauvaises habitudes de vie (ex. : consommation excessive, mauvaise alimentation)
	Engagement dans certaines activités significatives	Absence d’engagement dans certaines activités significatives
	Utilisation des services de santé mentale	Aucun recours aux services de santé mentale

À côté de ces facteurs recensés au tableau 10 se retrouvent des facteurs macrosociaux qui ont été mis en évidence par les participant.es. Parmi les principaux évoqués, notons particulièrement l’accès difficile aux services d’aide et le contexte

socioéconomique. Ces facteurs, qui constituent des déterminants sociaux de la santé (DSS), possèdent une influence considérable sur le processus de rétablissement. Ces déterminants représentent des facteurs sociaux qui influencent la santé de certains groupes, souvent moins favorisés, plus négativement que d'autres, plus favorisés (Wilkinson et Marmot, 2004). En d'autres mots, ils permettent de comprendre que le milieu social joue un rôle considérable dans la santé des personnes, et ce, même dans les pays développés. Compton et al. (2020) soulignent que les DSS comme la criminalité, la présence de graffitis et la violence peuvent effectivement avoir un impact sur l'état de santé mentale des individus qui les subissent, particulièrement les femmes. Ceci dit, on peut penser que la surreprésentation des facteurs macrosociaux, lorsqu'il est question de ceux qui sont nuisibles au rétablissement, peut notamment s'expliquer par le fait que la majorité des personnes ayant participé à l'étude s'identifient comme étant des femmes. De plus, cela peut nous laisser croire que le contexte social actuel ne répond pas aux besoins des personnes ayant un état de santé mentale fragilisé. Dans cette perspective, certains propos tenus par les étudiant.es à propos de l'impact des DSS sur leur vie nous démontrent qu'ils ont bel et bien une influence négative sur ces dernier.ères. À titre d'exemple, nous soulignons dans cette étude que l'accès aux services de santé mentale est essentiel en vue d'expérimenter un rétablissement. Toutefois, la majorité des personnes qui présentent des enjeux liés à un état de santé mentale fragilisée ne consultent pas les professionnel.les spécialisés (Lecompte et Lesage, 1999, cité dans Bielinski, 2002). Lorsqu'elles le font, ce sont les services de première ligne qui sont utilisés. Ce faisant, ces derniers sont engorgés et c'est pourquoi, dans son Plan d'action en santé mentale, le MSSS (2005) tente de mobiliser l'ensemble des ressources d'aide disponibles. Cependant, l'engorgement du système de santé et des services sociaux nous laisse croire que certaines personnes ne bénéficient pas des

services psychosociaux dont elles ont besoin, bien qu'il soit prouvé que l'utilisation des services de santé mentale représente un facteur qui facilite le rétablissement.

À la lumière de nos entretiens avec les étudiant.es universitaires, le contexte lié à la pandémie de COVID-19 représente également un élément ayant pu affecter négativement leur rétablissement. L'influençant de plusieurs façons, nous nous attarderons dans cette discussion à son principal impact. Tel que mentionné précédemment, le soutien social représente un facteur clé lorsqu'il est question de favoriser le rétablissement de l'état de santé mentale des étudiant.es universitaires. Considérant l'augmentation de l'isolement social et du sentiment de solitude remarqué pendant cette période étant donné les différentes mesures imposées (UEQ, 2021), il est possible de croire que le processus de rétablissement a alors été mis à rude épreuve. Des auteur.es relèvent effectivement que ces mesures ont pu être perçues négativement par certains groupes de personnes (Bobo et al., 2020; Hawryluck et al., 2004). Dans cette perspective, la pauvreté des liens sociaux lors de cette période peut notamment être un enjeu considérable ayant pu y nuire, d'autant plus si nous pensons que les personnes vivant avec des états de santé mentale fragilisés expérimentent plus souvent l'isolement social que ceux ne vivant pas avec ces derniers (Cohen et Sokolowsky, 1978; Davidson et al., 1996; Palumbo et al., 2015; Vinsentini et al., 2018). Il est possible d'imaginer que leur réseau, déjà fragilisé, s'est dégradé davantage pendant la pandémie. Dans le même ordre d'idée, il a été possible de constater lors des entrevues individuelles que l'engagement dans certaines activités significatives est un bon moyen de développer des liens sociaux satisfaisants. Ceci dit, il est possible de croire que la diminution ou l'arrêt de ces dernières, encore une fois imposés par le contexte de la pandémie de COVID-19, a joué un rôle dans le rétablissement des personnes dont l'état de santé mentale était fragilisé (UEQ, 2021). Il suffit de penser à la fermeture des campus universitaires par

exemple et aux changements drastiques liés à la vie universitaire qui ont été imposés (Ihm et al., 2021). Plus précisément, la perte d'activités moins significatives, en plus de l'isolement social y étant lié, ont été nuisibles. À ce stade-ci, il nous est impossible de nous prononcer sur la façon dont ces facteurs influencent le processus de rétablissement dans un contexte post-pandémique étant donné que notre collecte des données s'est tenue pendant cette période. Toutefois, les résultats que nous avons obtenus nous permettent de penser que la reprise des activités menant à l'établissement et l'entretien de liens sociaux aura une influence positive sur ce dernier.

6.4. FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

Les résultats de cette étude doivent être analysés en tenant compte de ses forces et limites. L'une des principales forces est qu'il s'agit d'un sujet peu documenté actuellement dans la littérature. Plus précisément, nous nous intéressons au rétablissement de l'état de santé mentale complète des étudiant.es en contexte pandémique (Provencher et Keyes, 2010). Le fait de considérer le rétablissement des personnes interviewées selon la perspective de santé mentale complète est en soi novateur, étant donné que l'inclusion des populations non-diagnostiquée est peu étudiée dans la littérature (Provencher et Keyes, 2010), d'autant plus dans un contexte pandémique. Dans cette perspective, la notion de bien-être et celle de trouble mental sont considérées comme étant deux entités distinctes, mettant en évidence la possibilité pour une personne vivant avec des conditions non-diagnostiquées d'expérimenter un état de santé mentale fragilisé, et vice-versa. Ceci constitue une avancée, puisque la majorité des études menées jusqu'à présent

concernent surtout le rétablissement des personnes vivant avec des conditions diagnostiquées (Provencher et Keyes, 2010).

Par ailleurs, la méthode de collecte de donnée utilisée dans cette recherche, soit l'entrevue qualitative, représente une force puisqu'elle permet d'explorer en profondeur un sujet (Van der Maren, 1995; Savoie-Zajc, 2021). Par le biais de ces entrevues semi-dirigées, il nous a été possible de comprendre de façon détaillée les réalités et perceptions des personnes interviewées à l'égard de leur rétablissement et des facteurs qui influencent ce processus. D'ailleurs, il importe de noter que les étudiant.es universitaires ont répondu rapidement au recrutement et qu'ils.elles ont été généreux.euses de leur temps. Ils.elles se sont senti.es interpellé.es, ce qui représente également un aspect positif de cette étude, laissant croire qu'il s'agit d'un sujet d'importance, nécessitant que l'on s'y intéresse.

Malgré tout, cette recherche comporte certaines limites qu'il importe de considérer dans l'interprétation des résultats. D'abord, quelques-unes d'entre elles s'articulent autour de la possibilité de généraliser ces résultats (Drapeau, 2004). Pour ce faire, l'échantillon doit être représentatif à la population étudiée, ce qui est le cas lorsqu'il possède des caractéristiques suffisamment semblables à celles retrouvées dans cette dernière (Reid, 2000). D'une part, il est possible de dire sa taille (n=9) ne permet pas cette généralisation à l'ensemble des étudiant.es universitaires du Québec dont l'état de santé mentale est fragilisé étant donné qu'elle soit considérablement restreinte. D'autre part, le fait que cet échantillon soit homogène, donc composé majoritairement de personnes s'identifiant comme étant des femmes (n=8) et qui proviennent d'un contexte socioéconomique semblable limite également cette possibilité. On se doit aussi de considérer que ces dernières se sont senties

interpellées par l'étude et étaient à l'aise de discuter des enjeux de santé mentale et de rétablissement. Cela peut encore une fois limiter la généralisation, considérant qu'il soit connu que les personnes qui se sont portées volontaires à participer à une étude possèdent généralement des caractéristiques semblables (Rosenthal, 1965; Rosnow et Rosenthal, 1976). Qu'elles se soient portées volontaires peut également représenter un biais dans l'optique qu'il est possible d'imaginer qu'elles ont un cheminement de fait à l'égard de leur propre processus de rétablissement. Ce faisant, qu'elles baignent dans ces enjeux peut expliquer la raison pour laquelle leurs scores en termes de santé mentale positive se trouvent à être relativement élevés (modérés à florissants). Il est donc possible de penser que ces étudiant.es présentaient un besoin plus marqué de s'exprimer et de partager leur histoire, ce qui peut différer de la plupart de ceux.elles qui vivent avec ces enjeux quotidiennement. À ce propos, Savoie-Zajc (2021) évoque que différents besoins peuvent en effet être vécus par les participant.es, notamment celui d'être « vu.es » par l'interviewer. Ce faisant, la motivation à échanger avec ce dernier dans le cadre d'une entrevue de recherche peut alors y être liée, ce qui limite alors la crédibilité des propos divulgués.

6.5. RECOMMANDATIONS POUR LA RECHERCHE ET LA PRATIQUE DU TRAVAIL SOCIAL

Les résultats de l'étude combinés à leur analyse permettent de réfléchir à un certain nombre de recommandations pour la recherche et la pratique du travail social. D'une part, d'un point de vue scientifique, il est possible de dire que la pertinence du cadre CHIME auprès des populations moins sévèrement touchées (problèmes de santé mentale) a été montrée. Ce faisant, nous recommandons son utilisation dans les recherches éventuelles dans le domaine des sciences humaines et sociales. Dans le même ordre d'idée, le peu d'études se penchant sur une vision élargie du

rétablissement de la santé mentale complète nécessite qu'on s'y attarde davantage, d'autant plus lorsqu'il est question de l'inclusion des populations non-diagnostiquées (Provencher et Keyes, 2010). Plus précisément, de quelles façons l'amélioration des manifestations liées à l'état de santé mentale influence le développement de stratégies ayant comme objectif d'optimiser la santé mentale florissante des étudiant.es universitaires? De quelles façons le cadre CHIME est-il lié au sentiment de bien-être de ces dernier.ères? De plus amples recherches sont aussi nécessaires pour documenter les facteurs qui influencent le rétablissement de ces populations non-diagnostiquées. Puisque le cadre CHIME est centré sur des facteurs microsociaux, nous croyons également qu'il s'avère pertinent de considérer les DSS, étant donné leur importance lorsqu'il est question des facteurs qui influencent le rétablissement. Comme il est possible de le constater dans l'analyse thématique, ces DSS sont surreprésentés dans les facteurs qui nuisent au rétablissement. Ceci dit, il pourrait être intéressant de s'y pencher davantage afin de cibler ceux qui sont les plus entravants et alors proposer des interventions à privilégier en vue de diminuer leurs impacts sur les étudiante.s universitaires dont l'état de santé mentale est fragilisé.

D'autre part, d'un point de vue professionnel, il est possible de croire que le recours aux repères théoriques utilisés dans ce mémoire puisse être utile. Il pourrait favoriser la compréhension des travailleur.euses sociaux.les à l'égard des thèmes de santé mentale et de rétablissement, sachant qu'ils touchent de nombreuses étudiant.es universitaires qui consultent en travail social. À titre d'exemple, le cadre CHIME pourrait servir de cadre concret d'accompagnement de ces dernier.ères qui demandent de l'aide psychosociale. Il pourrait notamment permettre aux intervenant.es d'identifier les forces et défis de ces adultes et mettre en place des interventions ciblées pour agir sur ces composantes et alors favoriser le

rétablissement. Dans cet optique et considérant l'importance du soutien social lorsqu'il est question de ce processus, il est possible de penser que l'implication et la mobilisation du réseau des étudiant.es universitaires ayant une santé mentale fragilisée est à privilégier en tant que ressource externe. Le fait que les étudiant.es universitaires soient des adultes rend le réflexe de mobiliser le réseau immédiat peut-être moins présent. Toutefois, il importe d'avoir cet enjeu à l'esprit en contexte d'intervention, d'autant plus que la pauvreté du réseau social de la plupart des personnes vivant avec ces enjeux est démontrée. Ce faisant, nous croyons que les SAE de l'UQAC pourraient mettre en place des groupes de discussion destinés à ces étudiant.es. Portant sur les thématiques de santé mentale et de mieux-être, le fait de pouvoir échanger avec d'autres étudiant.es qui vivent des réalités similaires serait pertinent afin de favoriser le processus de rétablissement, en plus d'être accompagné.es de professionnel.les. Cette piste d'intervention nous laisse imaginer que toutes les composantes du CHIME pourraient alors mobilisées. D'abord, la participation à l'activité en tant que telle au groupe de discussion permet le développement du soutien social et du pouvoir d'agir. Ensuite, ces deux composantes peuvent engendrer à leur tour l'espoir quant au futur et le sens accordé à la vie si on considère que l'engagement est apprécié par les étudiant.es et devient significative. Enfin, les échanges rendus possibles pourraient mener à des prises de conscience à l'égard de l'état de santé mentale, ce qui pourrait contribuer à la redéfinition de l'identité, davantage orientée vers l'acceptation de cet état plutôt que vers l'internalisation de l'identité de « malade », par exemple. Le fait que les services desservis par les SAE soient gratuits pour les étudiant.es de l'UQAC permettrait également de répondre aux besoins de ceux qui ne peuvent accéder à certains services publics et privés et alors favoriser leur processus de rétablissement.

Par ailleurs, les interventions ayant comme objectif de faire appel aux buts et aux projets des étudiant.es universitaires qui vivent avec des enjeux liés à l'état de santé mentale sont également à considérer. Effectivement, nous avons pu comprendre lors de cette étude que les activités liées à l'accomplissement de ces objectifs de vie représentent un facteur qui est utile au rétablissement, et ce, d'autant plus lorsqu'elles s'avèrent à être emprunte de sens. La prise en considération des moyens visant à favoriser la santé mentale complète et une vie florissante peut également s'avérer pertinente (Provencher et Keyes, 2010). Dans cette perspective, l'amélioration des manifestations liées à l'état de santé mentale ainsi que la promotion de la santé mentale positive doivent représenter des cibles d'interventions. Des actions de promotion et de prévention de la santé mentale sont aussi nécessaires afin d'intervenir auprès des personnes ayant un état de santé mentale fragilisé, considérant la présence de préjugés sociaux à l'égard de ces enjeux. Les processus d'exclusion sociale et les difficultés vécues en lien avec les DSS motivent d'autant plus ce type d'interventions. Enfin, les professionnel.les doivent croire en la possibilité de se rétablir des utilisateurs de services pour être en mesure de favoriser le développement de leur pouvoir d'agir, également considéré comme un facilitateur en vue d'un rétablissement (Rusinova, 1999).

CONCLUSION

Ce mémoire avait pour thématique principale le rétablissement étudiant.es universitaires dont l'état de santé mentale a été fragilisé depuis la pandémie de COVID-19. Afin d'explorer cette thématique, des entrevues semi-dirigées individuelles ont été réalisées avec 9 étudiant.es de l'Université du Québec à Chicoutimi. Au cours de ces entrevues, les participant.es ont pu s'exprimer à propos de leur état de santé mentale, de même qu'en ce qui a trait aux facteurs qui facilitent ou nuisent à leur rétablissement. Ces données ont ensuite été analysées à partir des cadres d'analyse retenus, soient les modèles de santé mentale complète, les représentations du rétablissement et le cadre CHIME. Cette étude est venue combler un vide de connaissance à propos du rétablissement de l'état de santé mentale complète des étudiant.es en contexte pandémique (Provencher et Keyes, 2010). Jusqu'à présent, la majorité des études ayant investigué la perspective du rétablissement ont porté sur des populations diagnostiquées, d'une part, et de troubles mentaux graves, d'autre part.

Cette étude a révélé que les étudiant.es universitaires qui vivent avec des enjeux liés à la santé mentale peuvent effectivement expérimenter un bien-être, et ce, malgré les répercussions associées à cet état fragilisé. La diversité des définitions de santé mentale et de rétablissement a pu être constatée. Malgré cela, certains points communs ont tout de même été soulevés, tels que l'adhésion des participant.es à la vision de santé mentale complète (Provencher et Keyes, 2010) et à la représentation professionnelle du rétablissement (Starnino, 2009), ainsi que l'importance de la composante liée à l'espoir et l'optimisme du cadre CHIME (Leamy et al., 2011).

Par ailleurs, les personnes interrogées ont également dénoté l'importance de certains facteurs qui influencent la possibilité d'un de se rétablir. D'une part, il est possible d'affirmer que le soutien social, le sens accordé en différents aspects de la vie ainsi que l'espoir entretenu face au futur peuvent agir à titre de facilitateur. À l'opposé, le manque de soutien, de sens et d'espoir se sont notamment avérés à être des facteurs microsociaux entravants. Dans le même ordre d'idée, le contexte pandémique, la pauvreté des liens sociaux pendant cette période et certains déterminants sociaux de la santé comme l'accès difficile aux services de santé mentale et le contexte socioéconomique actuel ont été mis en lumière. Influençant considérablement le rétablissement de l'état de santé mentale, il est possible de dire qu'il s'agit de facteurs saillants lorsqu'il est question de ceux qui nuisent à ce processus.

Ces facteurs identifiés constituent des pistes d'actions pertinentes pour les travailleurs sociaux.ales et autres professionnel.les rattaché.es dans les services aux étudiants des universités. Dans la foulée du plan d'action en santé mentale en enseignement supérieur (MES, 2021) plusieurs stratégies d'accompagnement se déploient. Les résultats de cette étude rappellent l'importance d'une vision systémique de l'intervention et centrée sur les forces des personnes, prenant à la fois en compte les facteurs individuels (CHIME) et environnementaux (déterminants sociaux).

RÉFÉRENCES

- Adlaf, E. M., Demers, A. et Gliksman, L. (2005). *Canadian campus survey 2004*. Centre for Addiction and Mental Health.
- Allott, P., Loganathan, L. et Fulford, K. W. M. (2002). Discovering hope for recovery. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 21(2), 13-33. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2002-0014>
- Alonso, J., Mortier, P., Auerbach, R. P., Bruffaerts, R., Vilagut, G., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., Ebert, D. D., Ennis, E., Gutiérrez-García, R. A., Green, J. G., Hasking, P., Lochner, C., Nock, M. K., Pinder-Amaker, S., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., et Kessler, R. C. (2018). Severe role impairment associated with mental disorders: Results of the WHO World Mental Health Surveys International College Student Project. *Depression and Anxiety*, 35(9), 802-814. <https://doi.org/10.1002/da.22778>
- American College Health Association. (2016). *National college health assessment II: Canadian reference group executive summary*. <https://www.acha.org/documents/ncha/NCHA-II%20SPRING%202016%20CANADIAN%20REFERENCE%20GROUP%20EXECUTIVE%20SUMMARY.pdf>
- American Psychiatric Association. (1996). *Mini DSM-IV : critères diagnostiques* (J.-D. Guelfi, trad.). Elsevier Masson.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders - DSM-5*. American Psychiatric Association.
- Anadón, M. (2006). La recherche dite « qualitative » : de la dynamique de son évolution aux acquis indéniables et aux questionnements présents. *Recherches qualitatives*, 26(1), 5-31. <https://doi.org/10.7202/1085396ar>
- Aubin-Auger, I., Mercier, A., Baumann, L., Lehr-Drylewicz, A.-M., Imbert, P. et Letrilliart, L. (2008). Introduction à la recherche qualitative. 84(1), 142-145. http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3446_2008_introduction_RQ_Exercer.pdf
- Auerbach, R. P., Alonso, J., Axinn, W. G., Cuijpers, P., Ebert, D. D., Green, J. G., Hwang, I., Kessler, R. C., Liu, H., Mortier, P., Nock, M. K., Pinder-Amaker, S., Sampson, N. A., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Andrade, L. H., Benjet, C., Caldas-de-Almeida, J. M., Demyttenaere, K., Bruffaerts, R. (2016). Mental disorders among college students in the World Health Organization World Mental Health surveys. *Psychological Medicine*, 46(14), 2955-2970. <https://doi.org/10.1017/s0033291716001665>

- Auerbach, R. P., Mortier, P., Bruffaerts, R., Alonso, J., Benjet, C., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., Ebert, D. D., Green, J. G., Hasking, P., Murray, E., Nock, M. K., Pinder-Amaker, S., Sampson, N. A., Stein, D. J., Vilagut, G., Zaslavsky, A. M. et Kessler, R. C. (2018). Who World Mental Health surveys international college student project: Prevalence and distribution of mental disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 127(7), 623-638. <https://doi.org/10.1037/abn0000362>
- Baez, T. (2005). Chapter 4. Evidenced-based practice for anxiety disorders in college mental health. *Journal of College Student Psychotherapy*, 20(1), 33-48. https://doi.org/10.1300/J035v20n01_04
- Bergeron-Leclerc, C., Blackburn, A. et Maltais, D. (2020). Covid-19: la détresse des étudiants universitaires est bien réelle. *La conversation*.
- Bergeron-Leclerc, C. (2019). Le rétablissement en santé mentale. Représentations, compétences et stratégies d'intervention à privilégier. Dans C. Bergeron-Leclerc, M.-H. Morin, B. Dallaire, et C. Cormier (édit.), *La pratique du travail social en santé mentale : apprendre, comprendre, s'engager* (p. 61-80). Presses de l'Université du Québec.
- Bergeron-Leclerc, C. et Cherblanc, J. (2019). Le yoga et le plein air comme façons de promouvoir la santé mentale des étudiants en travail social de l'Université du Québec à Chicoutimi : portrait d'une expérience pilote. *Intervention*, (149), 73-87. https://revueintervention.org/wp-content/uploads/2019/05/ri_149_2019.1_bergeron-leclerc_cherblanc.pdf
- Bergeron-Leclerc, C. et 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. <https://doi.org/10.7202/029486ar>
- Bergeron-Leclerc, C., Morin, M.-H., Dallaire, B. et Cormier, C. (édit.). (2019). *La pratique du travail social en santé mentale : apprendre, comprendre, s'engager*. Presses de l'Université du Québec.
- Bielinski, N. (2002). *Utilisation des services de santé mentale à Montréal: l'influence des facteurs facilitants*. [Mémoire de maîtrise, Université de Montréal].
- Bird, V., Leamy, M., Tew, J., Le Boutillier, C., Williams, J. et Slade, M. (2014). Fit for purpose ? Validation of a conceptual framework for personal recovery with current mental health consumers, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(7), 644-653. <https://doi.org/10.1177/0004867413520046>
- Bisson, J., Pelletier, J.-F., Vasiliadis, H.-M., Lesage, A. et Corrigan, P. W. (2007). *Traduction française du Recovery Assessment Scale* Centre de recherche Fernand-Séguin. https://cerrisweb.com/wp-content/uploads/RAS_francais_PersonalRecovery.pdf

- Bjørlykhaug, K. I., Karlsson, B., Hesook, S. K. et Kleppe, L. C. (2022). Social support and recovery from mental health problems: a scoping review. *Nordic Social Work Research*, 12(5), 666-697. <https://doi.org/10.1080/2156857X.2020.1868553>
- Bobo, E., Lin, L., Acquaviva, E., Caci, H., Franc, N., Gamon, L., Picot, M.-C., Pupier, F., Speranza, M., Falissard, B. et Purper-Ouakil, D. (2020). Comment les enfants et adolescents avec le trouble déficit d'attention/hyperactivité (TDAH) vivent-ils le confinement durant la pandémie COVID-19 ? *L'Encéphale*, 46(1), S85-S92. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.05.011>
- Bonsack, C., Morandi, S. et Favrod, J. (2013). Le stigmatisme de la « folie » : de la fatalité au rétablissement. *Revue médicale suisse*, 9, 588-562.
- Bonnelli, H., Ferland-Raymond, A.-E. et Campeau, S. (2010). *Portrait des étudiantes et étudiants en situation de handicap et des besoins émergents à l'enseignement postsecondaire : une synthèse des recherches et de la consultation*. Ministère de l'Éducation du Loisir et du Sport. Gouvernement du Québec. https://edug.info/xmlui/bitstream/handle/11515/31919/PortraitEtudHandBesoinsEmergentsEnsPostsec_RapportSyn.pdf?sequence=1&isAllowed=Y
- Bouvet, C. et Bouchoux, A. (2015). Études des liens entre la stigmatisation intériorisée, l'insight et la dépression chez des personnes souffrant de schizophrénie. *L'Encéphale*, 41(5), 435-443. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2014.07.006>
- Bradshaw, W., Armour, M. P. et Roseborough, D. (2007). Finding a place in the world: The experience of recovery from severe mental illness. *Qualitative Social Work: Research and Practice*, 6(1), 27-47. <https://doi.org/10.1177/1473325007074164>
- Braun, V. et Clarke, V. (2023). Thematic analysis. Dans N. K. Denzin, Y. S. Lincoln, M. D. Giardina, et G. S. Cannella. *The SAGE handbook of qualitative research* (6e éd., p. 385-402). SAGE.
- Brophy, L., Bruxner, A., Wilson, E., Cocks, N. et Stylianou, M. (2015). How social work can contribute in the shift to personalised, recovery-oriented psychosocial disability support services. *British Journal of Social Work*, 45(1), 98-116. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcv094>
- Burgess, P., Pirkis, J., Coombs, T. et Rosen, A. (2011). Assessing the value of existing recovery measures for routine use in Australian mental health services. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(4), 267-280. <https://doi.org/10.3109/00048674.2010.549996>

- Burke-Miller, J. K., Cook, J. A., Grey, D. D., Razzano, L. A., Blyler, C. R., Leff, H. S., Gold, P. B., Goldberg, R. W., Mueser, K. T., Cook, W. L., Hoppe, S. K., Stewart, M., Blankertz, L., Dudek, K., Taylor, A. L. et Carey, M. A. (2006). Demographic characteristics and employment among people with severe mental illness in a multisite study. *Community Mental Health Journal*, 42(2), 143-159. <https://doi.org/10.1007/s10597-005-9017-4>
- Burns-Lynch, B., Brusilovskiy, E. et Salzer, M. S. (2016). An empirical study of the relationship between community participation, recovery, and quality of life of individuals with serious mental illnesses. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 53(1), 46-54. https://cdn.doctoronly.co.il/2016/08/09_Burns-Lynch_An-Empirical-Study.pdf
- Canadian Alliance of Student Associations. (2018). *Breaking down barriers: Mental health and Canadian post-secondary students*. https://bp-net.ca/wp-content/uploads/2019/04/2018_Breaking-Down-Barriers-Mental-Health-and-Canadian-Post-Secondary-Students_CASA.pdf
- Canadian Association of College and University Student Services, et Canadian Mental Health Association. (2013). *Post-secondary student mental health: Guide to a systemic approach*. https://bc.cmha.ca/wp-content/uploads/2017/05/CACUSS_Handbook_Feb2014_web.pdf
- Cavelti, M., Kvrjic, S., Beck, E. M., Kossowsky, J. et Vauth, R. (2012). Assessing recovery from schizophrenia as an individual process. A review of self-report instruments. *European Psychiatry*, 27(1), 19-32. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2011.01.007>
- Chan, R. C. H., Mak, W. W. S., Chio, F. H. N. et Tong, A. C. Y. (2018). Flourishing with psychosis: A prospective examination on the interactions between clinical, functional, and personal recovery processes on well-being among individuals with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 44(4), 778-786. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx120>
- Chi, X., Becker, B., Yu, Q., Willeit, P., Jiao, C., Huang, L., Hossain, M. M., Grabovac, I., Yeung, A., Lin, J., Veronese, N., Wang, J., Zhou, X., Doig, S. R., Liu, X., Carvalho, A. F., Yang, L., Xiao, T., Zou, L., Fusar-Poli, P. et Solmi, M. (2020). Prevalence and psychosocial correlates of mental health outcomes among Chinese college students during the coronavirus disease (Covid-19) pandemic. *Frontiers in Psychiatry*, 11(803), 1-9. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00803>
- Cohen, C. I. et Sokolovsky, J. (1978). Schizophrenia and social networks: Ex-patients in the inner city. *Schizophrenia Bulletin*, 4(4), 546-560. <https://doi.org/10.1093/schbul/4.4.546>
- Collins, M. E. et Mowbray, C. T. (2005). Higher education and psychiatric disabilities: National survey of campus disability services. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(2), 304-315. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.75.2.304>

- Comité de la santé mentale du Québec. (1994). *Recommandations pour développer et enrichir la Politique de santé mentale*. Publications du Québec.
- Commission de la santé mentale du Canada. (2015). *Faire un pas vers le futur - Bâtir un système de services en santé mentale et en toxicomanie adapté aux besoins des adultes émergents*. https://commissionsantementale.ca/wp-content/uploads/2015/07/Faire2520un2520pas2520vers2520le2520futur_0.pdf
- Compton, M. T., Bakeman, R., Capulong, L., Pauselli, L., Alolayan, Y., Crisafio, A., King, K., Reed, T., Broussard, B. et Shim, R. (2020). Associations between two domains of social adversity and recovery among persons with serious mental illnesses being treated in community mental health centers. *Community Mental Health Journal*, 56(1), 22-31. <https://doi.org/10.1007/s10597-019-00462-0>
- Corbière, M., Bordeleau, M., Provost, G. et Mercier, C. (2002). Obstacles à l'insertion socioprofessionnelle de personnes ayant des problèmes graves de santé mentale : données empiriques et repères théoriques. *Santé mentale au Québec*, 27(1), 194-217. <https://doi.org/10.7202/014547ar>
- Corbin, J. et Strauss, A. (2008). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. Sage Publications.
- Corrigan, P. W., Salzer, M., Ralph, R. O., Sangster, Y. et Keck, L. (2004). Examining the factor structure of the Recovery Assessment Scale. *Schizophrenia Bulletin*, 30(4), 1035-1041. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007118>
- Côté, J.E., Mizokami, S., Roberts, S.E., Nakama, R., Meca, A. et Schwartz, S.J. (2015). The role of identity horizons in education-to-work transitions : A cross cultural validation study in the United States and Japan. *Identity : An International Journal of Theory and Research*, 15, 263-286
- Creswell, J. W. et Poth, C. N. (2017). *Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches* (4^e éd.). Sage Publications.
- Cunningham, K. C. et Lucksted, A. (2017). Social cognition, internalized stigma, and recovery orientation among adults with serious mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 40(4), 409-411. <https://doi.org/10.1037/prj0000248>
- Dallaire, B. (1995). Définir et reconnaître : représentations de la santé et de la maladie dans trois départements hospitaliers, *Santé et société canadienne*, 3(1-2), 71-98.

- Davidson, L., Hoge, M. A., Godleski, L., Rakfeldt, J. et Griffith, E. E. H. (1996). Hospital or community living? Examining consumer perspectives on deinstitutionalization. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19(3), 49-58. <https://doi.org/10.1037/h0101295>
- De Wet, A. et Pretorius, C. (2022). From darkness to light: barriers and facilitators to mental health recovery in the south african context. *International Journal of Social Psychiatry*, 68(1), p. 82–89. <https://doi.org/10.1177/0020764020981126>
- Deckoff-Jones, A. et Duell, M. N. (2018). Perceptions of appropriateness of accommodations for university students: Does disability type matter? *Rehabilitation Psychology*, 63(1), 68-76. <https://doi.org/10.1037/rep0000213>
- Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19. <https://doi.org/10.1037/h0099565>
- Deslauriers, J.-P. (1991). *Recherche qualitative : guide pratique*. McGraw-Hill.
- Deslauriers, J.-P. (2005). La recherche qualitative. Dans S. Bouchard et C. Cyr (édit.), *Recherche psychosociale : pour harmoniser recherche et pratique* (2^e éd., p. 407-434). Presses de l'Université du Québec.
- Doré, I. et Caron, J. (2017). Santé mentale : concepts, mesures et déterminants. *Santé mentale au Québec*, 42(1), 125-145. <https://doi.org/10.7202/1040247ar>
- Doré, I. O'Loughlin, J. L., Sabiston, C. M., et Fournier, L. (2017). Psychometric evaluation of the Mental Health Continuum-Short Form in French Canadian young adults. *Canadian Journal of Psychiatry*, 62(4), 286-294. <https://doi.org/10.1177/0706743716675855>
- Dubreucq, S., Chanut, F. et Jutras-Aswad, D. (2012). Traitement intégré de la comorbidité toxicomanie et santé mentale chez les populations urbaines : la situation montréalaise. *Santé mentale au Québec*, 37(1), 31-46. <https://doi.org/10.7202/1012642ar>
- Drapeau, M. (2004). Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques Psychologiques*, 10(1), 79–86. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2004.01.004>
- Dumez, H. (2011). Qu'est-ce que la recherche qualitative? . *Le Libellio d' AEGIS*, 7(4), 47-58. https://hal.science/hal-00657925/file/pages_47_A_58_-_Dumez_H._-2011_-_Qu_est-ce_que_la_recherche_qualitative_-_Libellio_vol._7_nA_4.pdf

- Eads, R., Lee, M. Y., Liu, C., et Yates, N. (2021). The power of perception: Lived experiences with diagnostic labeling in mental health recovery without ongoing medication use. *Psychiatric Quarterly*, 92(3), 889-904. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09866-8>
- Egsdal, M., Montagni, I., Tournier, M. et Tzourio, C. (2016). Les services en santé mentale à disposition des étudiants inscrits dans l'enseignement supérieur : le cas de l'université de Bordeaux. *Revue française des affaires sociales*, 105-122. <https://doi.org/10.3917/rfas.162.0105>
- Ellis-Claypool, J. (2009). *What factors are associated with Canadian undergraduate university students' self-reported mental health status?* [mémoire de maîtrise, York University]. ProQuest Dissertations and Theses Global. https://central.bac-lac.gc.ca/.item?id=MR62278&op=pdf&app=Library&oclc_number=758060915
- Epstein, I., Khanlou, N., Balaquiao, L. et Chang, K.-Y. (2019). University students' mental health and illness experiences in health and allied health programs: A scoping review. *International Journal of Mental Health & Addiction*, 17(3), 743-764. <https://doi.org/10.1007/s11469-018-9987-4>
- Fleury, M. J., Sabetti, J., Bamvita, J. M. et Grenier, G. (2019). Modeling variables associated with personal recovery among service users with mental disorders using community-based services. *International Journal of Social Psychiatry*, 65(2), 123-135. <https://doi.org/10.1177/0020764019831310>
- Fleury, M.-J. et Grenier, G. (2012). *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*. Commissaire à la santé et au bien-être Québec. Gouvernement du Québec. https://laressource.ca/images/ressources/CSBE_EtatSituation_SanteMentale_2012.pdf
- Fortin, M.-F. et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (3^e éd.). Chenelière éducation.
- Gallagher, F. et Marceau, M. (2020). La recherche descriptive interprétative : exploration du concept de la validité en tant qu'impératif social dans le contexte de l'évaluation des apprentissages en pédagogie des sciences de la santé. Dans M. Corbière et N. Larivière (édit.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (2^e éd., p. 5-32). Presses de l'Université du Québec.
- Glynn, S. M. et Mueser, K. T. (2018). Chapter 20. Schizophrenia Dans J. Hunsley et E. J. Mash (édit.), *A guide to assessments that work* (2^e éd., p. 435-463). Oxford University Press.

- Gouvernement du Québec. (2021). *À propos des troubles mentaux*. <https://www.quebec.ca/sante/sante-mentale/s-informer-sur-sante-mentale-et-troubles-mentaux/mieux-comprendre-troubles-mentaux/a-propos-troubles-mentaux#:~:text=Le%20trouble%20mental%20est%20un,lui%20entra%C3%A9ne%20de%20la%20d%C3%A9tresse>
- Green, C. A., Perrin, N. A., Leo, M. C., Janoff, S. L., Yarborough, B. J. et Paulson, R. I. (2013). Recovery from serious mental illness: Trajectories, characteristics, and the role of mental health care. *Psychiatric Services*, 64(12), 1203-1210. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200545>
- Gregg, S., Scholte, A. et White, A. (2006). *Recovery outcome measures* Master of Science (OT) Program Symposium, Hamilton, ON, Canada.
- Hawryluck, L., Gold, W. L., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S. et Styra, R. (2004). SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerging Infectious Diseases*, 10(7), 1206-1212. <https://doi.org/10.3201/eid1007.030703>
- Heider, D., Angermeyer, M. C., Winkler, I., Schomerus, G., Bebbington, P. E., Brugha, T., Azorin, J. M. et Toumi, M. (2007). A prospective study of quality of life in schizophrenia in three European countries. *Schizophrenia Research*, 93(1-3), 194-202. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.03.005>
- Heller, N. R. et Gitterman, A. (2011). *Mental health and social problems : a social work perspective*. Routledge. <http://site.ebrary.com/id/10446789>
- Hicks, T. et Heastie, S. (2008). High school to college transition: A profile of the stressors, physical and psychological health issues that affect the first-year on-campus college student. *Journal of Cultural Diversity*, 15(3), 143-147. https://digitalcommons.uncfsu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1013&context=soe_faculty_wp
- Huston, P. et Rowan, M. (1998). Qualitative studies. Their role in medical research. *Canadian Family Physician*, 44(1), 2453-2458. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2277956/pdf/canfamphys00057-0123.pdf>
- Ihm, L., Zhang, H., van Vijfeijken, A. et Waugh, M. G. (2021). Impacts of the Covid-19 pandemic on the health of university students. *International Journal of Health Planning and Management*, 36(3), 618-627. <https://doi.org/10.1002/hpm.3145>

- Institut de la statistique du Québec. (2010). *Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois : une synthèse pour soutenir l'action - Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*. Gouvernement du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/etude-sur-la-sante-mentale-et-le-bien-etre-des-adultes-quebécois-une-synthese-pour-soutenir-l'action-enquete-sur-la-sante-dans-les-collectivites-canadiennes-cycle-12.pdf>
- Institut de la statistique du Québec. (2015). *Portrait statistique de la santé mentale des Québécois. Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Santé mentale 2012*. Gouvernement du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/portrait-statistique-de-la-sante-mentale-des-quebécois-resultats-de-lenquete-sur-la-sante-dans-les-collectivites-canadiennes-sante-mentale-2012-portrait-chiffre.pdf>
- Institut national de santé publique du Québec. (2020). *COVID-19 : la résilience et la cohésion sociale des communautés pour favoriser la santé mentale et le bien-être* (publication no 3016). Gouvernement du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/3016-resilience-cohesion-sociale-sante-mentale-covid19.pdf>
- Institut national de santé publique du Québec. (2022). *Ligne du temps COVID-19 au Québec*. <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees/ligne-du-temps>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. et Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539-548. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.73.3.539>
- Keyes, C. L. M. (2006). Subjective well-being in mental health and human development research worldwide: An introduction. *Social Indicators Research*, 77(1), 1-10. <https://doi.org/10.1007/s11205-005-5550-3>
- Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62(2), 95-108. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.62.2.95>
- Keyes, C. L. M. (2009a). *Atlanta: Brief description of the Mental Health Continuum-Shortform (CSM-QA)*. <http://www.sociology.emory.edu/ckeyes/>
- Keyes, C. L. M. (2009b). The nature and importance of positive mental health in America's adolescent. Dans R. Gilman et E. S. F. Huebner, M. J. (édit.), *Handbook of positive psychology in schools* (p. 9-23). Routledge/Taylor & Francis Group.

- Kohn, L. et Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique*, *LIII*(4), 67-82. <https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067>
- Kuek, J. H. L., Tan, B. L., Tan, C. J. N., Boh, C., Koh, G. K., Owyong, J. Q. Y. et Goh, Y. S. (2023). Occupational therapy students' perception on mental health recovery: a descriptive qualitative exploration. *British Journal of Occupational Therapy*, *86*(8), 568–576. <https://doi.org/10.1177/03080226231172310>
- Lacaille, L. J., Dauner, K. N., Krambeer, R. J. et Pedersen, J. (2011). Psychosocial and environmental determinants of eating behaviors, physical activity, and weight change among college students: A qualitative analysis. *Journal of American College Health*, *59*(6), 531-538. <https://doi.org/10.1080/07448481.2010.523855>
- Law, H., Gee, B., Dehmahdi, N., Carney, R., Jackson, C., Wheeler, R., Carroll, B., Tully, S. et Clarke, T. (2020). What does recovery mean to young people with mental health difficulties? - "It's not this magical unspoken thing, it's just recovery". *Journal of Mental Health*, *29*(4), 464-472. <https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1739248>
- Law, H., Morrison, A., Byrne, R. et Hodson, E. (2012). Recovery from psychosis: A user informed review of self-report instruments for measuring recovery. *Journal of Mental Health*, *21*(2), 192-207. <https://doi.org/10.3109/09638237.2012.670885>
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J. et Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, *199*(6), 445-452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- Lesage, A. et Émond, V. (2012). Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services. *Surveillance des maladies chroniques*, (6), 1-12. <https://www.inspq.qc.ca/publications/1578>
- Liu, C. H., Stevens, C., Wong, S. H. M., Yasui, M. et Chen, J. A. (2019). The prevalence and predictors of mental health diagnoses and suicide among U.S. college students: Implications for addressing disparities in service use. *Depression and Anxiety*, *36*(1), 8-17. <https://doi.org/10.1002/da.22830>
- Livingston, J. D. et Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, *71*(12), 2150-2161. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030>

- Lovejoy, M. (1982). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin*, 8(4), 605-609. <https://doi.org/10.1093/schbul/8.4.605>
- MacKean, G. (2011). *Mental health and well-being in postsecondary education settings: A literature and environmental scan to support planning and action in Canada*. <https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=8c2428f276e643d92a0937f3251617ddec46b5f9>
- Macpherson, R., Pesola, F., Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J. et Slade, M. (2016). The relationship between clinical and recovery dimensions of outcome in mental health. *Schizophrenia Research*, 175(1-3), 142-147. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.10.031>
- Marino, C. K. (2015). To belong, contribute, and hope: First stage development of a measure of social recovery. *Journal of Mental Health* 24(2), 68-72. <https://doi.org/10.3109/09638237.2014.954696>
- Martineau, M., Beauchamp, G., Fournier, L., Deplanche, F. et Drolet, S. (2015). *Rehaussement des interventions en santé mentale - La démarche d'implantation du programme. Je tiens la route! Rapport de recherche*. Cégep de l'Outaouais. <https://qualaxia.org/wp-content/uploads/2015-rapport-je-tiens-la-route.pdf>
- Martineau, M., Beauchamp, G. et Marcotte, D. (2017). Efficacité des interventions en prévention et en promotion de la santé mentale dans les établissements d'enseignement postsecondaire. *Santé mentale au Québec*, 42(1), 165-182. <https://doi.org/10.7202/1040249ar>
- Mashiach-Eizenberg, M., Hasson-Ohayon, I., Yanos, P. T., Lysaker, P. H. et Roe, D. (2013). Internalized stigma and quality of life among persons with severe mental illness: The mediating roles of self-esteem and hope. *Psychiatry Research*, 208(1), 15-20. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.03.013>
- McCauley, C. O., McKenna, H. P., Keeney, S. et McLaughlin, D. F. (2015). Concept analysis of recovery in mental illness in young adulthood. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(8), 579-589. <https://doi.org/10.1111/jpm.12245>
- McCubbin, M., Dallaire, B., Lagrange, V., Wallot, H., Bergeron-Leclerc, C., Cormier, C. et Nelson, G. (2010). Rebuilding and rebalancing of the social link: An exploratory study on the roles of social inclusion, empowerment, and hope in rehabilitation. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 29(1), 1-18. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2010-0002>
- McGorry, P., Bates, T. et Birchwood, M. (2013). Designing youth mental health services for the 21st century: Examples from Australia, Ireland and the UK. *The British Journal of Psychiatry*, 202(54), s30-s35. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.119214>

- Mental Health “Recovery” Study Working Group. (2009). *Mental health “recovery”: Users and refusers - What do psychiatric survivors in Toronto think about mental health “recovery”?* https://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2011/11/Mental_Health- Recovery.pdf
- Miller, E. J. et Chung, H. (2009). A literature review of studies of depression and treatment outcomes among U.S. College students since 1990. *Psychiatric Services*, 60(9), 1257-1260. <https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.9.1257>
- Ministère de l'Enseignement supérieur. (2021). *Plan d'action sur la santé mentale étudiante en enseignement supérieur 2021-2026*. Gouvernement du Québec. <https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/education/publications-adm/enseignement-superieur/PASME.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 - La force des liens* (publication no 05-914-01). Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2005/05-914-01.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). *Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 - S'unir pour un mieux-être collectif* (publication no 21-914-14W). Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-914-14W.pdf>
- Moberg, J., Skogens, L. et Schön, U.-K. (2023). Review: young people's recovery processes from mental health problems - a scoping review. *Child and Adolescent Mental Health*, 28(3), 393-407. <https://doi.org/10.1111/camh.12594>
- Morin, M.-H. et Clément, M. (2019). Le poids des mots dans le domaine de la santé mentale, des repères pour une pratique réflexive en travail social. Dans C. Bergeron-Leclerc, M.-H. Morin, B. Dallaire, et C. Cormier (édit.), *La pratique du travail social en santé mentale* (p. 33-60). Presses de l'Université du Québec.
- Morrow, A. S. (2013). *Diagnostic and therapeutic technic: A manual of practical procedures employed in diagnosis and treatment*. Nabu Press.
- Mowbray, C. T., Collins, M. et Bybee, D. (1999). Supported education for individuals with psychiatric disabilities: Long-term outcomes from an experimental study. *Social Work Research*, 23(2), 89-100. <https://doi.org/10.1093/swr/23.2.89>
- Mundy, S. S., Kudahl, B., Bundesen, B., Hellström, L., Rosenbaum, B. et Eplöv, L. F. (2022). Mental health recovery and creative writing groups: a systematic review. *Nordic Journal of Arts, Culture and Health*, 4(1), p. 1-18. <https://doi.org/10.18261/njach.4.1.1>

- Murphy, J., Mulcahy, H., Mahony, J. O. et Bradley, S. (2023). Exploring individuals' experiences of hope in mental health recovery: an interpretative phenomenological analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 30(1), 101-109. <https://doi.org/10.1111/jpm.12833>
- O'Hagan, M. (2004). Recovery in New Zealand : Lessons for Australia ?, *Advances in Mental Health*, 3(1), 5-7.
- Organisation mondiale de la Santé. (2001). *Rapport sur la santé dans le monde, 2001 : santé mentale; nouvelle conception, nouveaux espoirs*. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000123326>
- Organisation mondiale de la Santé. (2013). *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020*. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-fr.pdf
- Orrin, D. (1997). *Hope sustains us all*. [Paper presented at the AMI - IAPSRs 97 Conference], Making Connections : Improving Quality of Life, Michigan.
- Ouellet, A. (2009). *Le rétablissement et les représentations sociales de la dépression chez des personnes souffrant ou ayant souffert d'un épisode dépressif : un projet pilote* [mémoire de maîtrise, Université Laval]. CorpusUL. <https://www.bibl.ulaval.ca/services/soutien-a-ledition-savante-et-a-la-recherche/corpusul-depot-institutionnel>
- Paillé, P., et Mucchielli, A. (2021). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (5^e éd.). Armand Colin.
- Palumbo, C., Volpe, U., Matanov, A., Priebe, S. et Giacco, D. (2015). Social networks of patients with psychosis: A systematic review. *BMC Research Notes*, 8(560), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s13104-015-1528-7>
- Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S. et McGorry, P. (2007). Mental health of young people: A global public-health challenge. *Lancet*, 369(9569), 1302-1313. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(07\)60368-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(07)60368-7)
- Pearson, C., Janz, T. et Ali, J. (2013). *Mental and substance use disorders in Canada* (publication no 82-624-X). Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-624-x/2013001/article/11855-eng.htm>
- Peleccia, T. et Paillé, P. (2009). Les approches qualitatives : une invitation à l'innovation et à la découverte dans le champ de la recherche en pédagogie des sciences de la santé. *Pédagogie Médicale*, 10(4), 293-304. <https://doi.org/10.1051/pmed/20090049>
- Perese, E. F. (2007). Stigma, Poverty, and Victimization: Roadblocks to Recovery for Individuals With Severe Mental Illness. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 13(5), 285-295. <https://doi.org/10.1177/1078390307307830>

- Peterson, C. et Bossio, L. M. (1991). *Health and optimism*. Free Press.
- Piat, M. et Lal, S. (2012). Service providers « experiences and perspectives on recovery oriented mental health system reform, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(4), 289-296.
- Picco, L., Pang, S., Lau, Y. W., Jeyagurunathan, A., Satghare, P., Abdin, E., Vaingankar, J. A., Lim, S., Poh, C. L., Chong, S. A. et Subramaniam, M. (2016). Internalized stigma among psychiatric outpatients: Associations with quality of life, functioning, hope and self-esteem. *Psychiatry Research*, 246(1), 500-506. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.10.041>
- Pilgrim, D. (2008). 'Recovery' and current mental health policy. *Chronic Illness*, 4(4), 295-304. <https://doi.org/10.1177/1742395308097863>
- Pilgrim, D. (2009). *Key concepts in mental health* (2^e éd.). Sage Publications.
- Poirel, M.-L., Weiss, B., Khoury, E. et Clément, M. (2015). Entre pressions normatives et résistances : l'intégration dans la collectivité des personnes vivant avec un problème de santé mentale. *Nouvelles pratiques sociales*, 27(2), 193-207. <https://doi.org/10.7202/1037687ar>
- Provencher, H. L. (2002). L'expérience du rétablissement : perspectives théoriques. *Santé mentale au Québec*, 27(1), 35-64. <https://doi.org/10.7202/014538ar>
- Provencher, H. L. et Keyes, C. L. M. (2010). Une conception élargie du rétablissement. *L'information psychiatrique*, 86(7), 579-589. <https://doi.org/10.1684/ipe.2010.0659>
- Ralph, R. (1998). *Recovery. Background paper for the Surgeon General's report on mental health* [Document inédit].
- Ramafikeng, M., Beukes, L., Hassan, A., Kohler, T., Mouton, T. L. et Petersen, S. (2020). Experiences of adults with psychiatric disabilities participating in an activity programme at a psychosocial rehabilitation centre in the Western Cape. *South African Journal of Occupational Therapy*, 50(2), 44-51. <https://doi.org/10.17159/2310-3833/2020/vol50no2a6>
- Reavley, N. et Jorm, A. F. (2010). Prevention and early intervention to improve mental health in higher education students: A review. *Early Intervention in Psychiatry*, 4(2), 132-142. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2010.00167.x>
- Reed, N. P., Josephsson, S. et Alsaker, S. (2020). A narrative study of mental health recovery: exploring unique, open-ended and collective processes. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 15(1), 1747252. <https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1747252>

- Reid, L. (2000). Les sources d'invalidité et de biais. Dans Bouchard, S., et Cyr, C. *Recherche psychosociale : Pour harmoniser recherche et pratique* (2^e éd., p. 27-83). Les Presses de l'Université du Québec.
- Roe, D. (2001). Progressing from patienthood to personhood across the multidimensional outcomes in schizophrenia and related disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(10), 691-699. <https://doi.org/10.1097/00005053-200110000-00006>
- Roe, D., Mashiach-Eizenberg, M. et Corrigan, P. (2012). Confirmatory factor analysis of the brief version of the Recovery Assessment Scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 200, 847-851.
- Rosenbaum, S., Tiedemann, A., Sherrington, C., Curtis, J. et Ward, P. B. (2014). Physical activity interventions for people with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 75(9), 964-974. <https://doi.org/10.4088/JCP.13r08765>
- Rosenthal, R. (1965). The volunteer subject. *Human Relations*, 18, 389-440. <https://doi.org/10.1177/001872676501800407>
- Rosnow, R. L. et Rosenthal, R. (1976). The volunteer subject revisited. *Australian Journal of Psychology*, 28, 97-108.
- Rüesch, P., Graf, J., Meyer, P. C., Rössler, W. et Hell, D. (2004). Occupation, social support and quality of life in persons with schizophrenic or affective disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(9), 686-694. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0812-y>
- Russinova, Z. (1999). Providers' hope-inspiring competence as a factor optimizing psychiatric rehabilitation outcomes. *Journal of Rehabilitation*, 65(1), 50-57.
- Ryan, R. M. et Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 141-166. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141>
- Ryff, C. D. et Singer, B. (1996). Psychological well-being: Meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. *Psychotherapy Psychosomatics*, 65(1), 14-23. <https://doi.org/10.1159/000289026>
- Salzer, M. S. (2012). A comparative study of campus experiences of college students with mental illnesses versus a general college sample. *Journal of American College Health*, 60(1), 1-7. <https://doi.org/10.1080/07448481.2011.552537>
- Salzer, M. S. et Brusilovskiy, E. (2014). Advancing recovery science: Reliability and validity properties of the Recovery Assessment Scale. *Psychiatric Services*, 65(4), 442-453. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300089>

- Sandelowski, M. (2010). What's in a name? Qualitative description revisited. *33*(1), 77-84. <https://doi.org/10.1002/nur.20362>
- Santé Canada. (2002). *Rapport sur les maladies mentales au Canada* (publication no 0-662-87745-4). Gouvernement du Canada. https://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmacc/pdf/men_ill_f.pdf
- Savoie-Zajc, L. (2021). Chapitre 13. L'entrevue semi-dirigée. Dans I. Bourgeois (édit.), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données* (7^e éd., p. 321-347). Presses de l'Université du Québec.
- Schwartz, S. J., Hardy, S. A., Zamboanga, B. L., Meca, A., Waterman, A. S., Picariello, S., Luyckx, K., Crocetti, E., Kim, S. Y., Brittian, A. S., Roberts, S. E., Whitbourne, S. K., Ritchie, R. A., Brown, E. J. et Forthun, L. F. (2015). Identity in young adulthood: links with mental health and risky behavior. *Journal of Applied Developmental Psychology*, *36*, 39-52. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2014.10.001>
- Shanks, V., Williams, J., Leamy, M., Bird, V. J., Le Boutillier, C. et Slade, M. (2013). Measures of personal recovery: A systematic review. *Psychiatric Services*, *64*(10), 974-980. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.005012012>
- Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., Perkins, R., Shepherd, G., Tse, S. et Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery: Implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*, *13*(1), 12-20. <https://doi.org/10.1002/wps.20084>
- Snyder, C. R., Irving, L. M. et Anderson, J. R. (1991). Hope and health. Dans C. R. Snyder et D. R. Forsyth (édit.), *Handbook of social and clinical psychology: The health perspective* (p. 285-305). Pergamon Press.
- Spaniol, L., Wewiorski, N. J., Gagne, C. et Anthony, W. A. (2002). The process of recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, *14*(1), 327-336. <https://doi.org/10.1080/0954026021000016978>
- Stallman, H. M. (2010). Psychological distress in university students: A comparison with general population data. *Australian Psychologist*, *45*(4), 249-257. <https://doi.org/10.1080/00050067.2010.482109>
- Starnino, V. R. (2009). An integral approach to mental health recovery: Implications for social work. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, *19*(7), 820-842. <https://doi.org/10.1080/10911350902988019>
- Starnino, V. R., Gomi, S. et Canda, E. R. (2014). Spiritual strengths assessment in mental health practice *British Journal of Social Work*, *44*(4), 849-867. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcs179>

- Stein, M. et Munro, E. R. (2008). *Young people's transitions from care to adulthood: International research and practice*. Jessica Kingsley Publishers.
- St-Onge, M. et Lemyre, A. (2016). Les variables associées à l'attitude du personnel enseignant du secteur collégial vis-à-vis des étudiantes et étudiants présentant un trouble de santé mentale. *Éducation et francophonie*, 44(1), 173-194. <https://doi.org/10.7202/1036178ar>
- St-Onge, M. et Tremblay, J. (2009). *L'offre de services pour les étudiants et étudiantes des CÉGEPs ayant un trouble mental ou un problème de santé mentale, le contexte de réalisation de la recherche et la recension des programmes de soutien aux études*. Université Laval. <https://www.fss.ulaval.ca/sites/fss.ulaval.ca/files/fss/travail-social-criminologie/professeurs/offre-services-etudiants-cegeps-probleme-sante-trouble-mental-contexte-recension-recherche.pdf>
- Storrie, K., Ahern, K. et Tuckett, A. (2010). A systematic review: Students with mental health problems - A growing problem. *International Journal of Nursing Practice*, 16(1), 1-6. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2009.01813.x>
- Stuart, H. (2003). Stigmatisation. Leçons tirées des programmes visant sa diminution. *Santé mentale au Québec*, 28(1), 54-72. <https://doi.org/10.7202/006981ar>
- Tang, W., Hu, T., Hu, B., Jin, C., Wang, G., Xie, C., Chen, S. et Xu, J. (2020). Prevalence and correlates of PTSD and depressive symptoms one month after the outbreak of the COVID-19 epidemic in a sample of home-quarantined Chinese university students. *Journal of Affective Disorders*, 274(1), 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.009>
- Thomas, E. C. et Salzer, M. S. (2018). Associations between the peer support relationship, service satisfaction and recovery-oriented outcomes: A correlational study. *Journal of Mental Health*, 27(4), 352-358. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1417554>
- Thorne, S. E. (2008). *Interpretive description*. Left Coast Press.
- Thorne, S. E. (2016). *Interpretive description qualitative research for applied practice* (2^e éd.). Routledge.
- Treichler, E. B. H., Li, F., O'Hare, M., Evans, E. A., Johnson, J. R. et Spaulding, W. D. (2019). Psychosocial and functional contributors to personal recovery in serious mental illness. *Journal of Mental Health*, 28(4), 427-435. <https://doi.org/10.1080/09638237.2018.1521932>

- Tremblay, M. (2015). *L'apport de la relation thérapeutique dans le rétablissement des personnes atteintes d'un trouble mental grave* [mémoire de maîtrise, Université du Québec à Chicoutimi]. Constellation. https://constellation.uqac.ca/id/eprint/3241/1/Tremblay_uqac_0862N_10118.pdf
- Tremblay, M., Bergeron-Leclerc, C., Mercure, C., Boily, E., Julien, S., Cloutier, I., LeTellier, A., Trottier, A.-S., Blackburn, A., Côté, R., Cherblanc, J., Dion, J., Langelier, M.-E., Maltais, D., Paquette, L., Pouliot, E. et Riffon, O. (2022). *Santé mentale et population universitaire : un laboratoire-vivant au service de la communauté : rapport de recherche*. U. d. Q. à Chicoutimi. <https://constellation.uqac.ca/id/eprint/8474/1/Rapportfinal-LabVivantUQAC-13dec2022.pdf>
- Twenge, J. M. (2000). The age of anxiety? Birth cohort change in anxiety and neuroticism, 1952-1993. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(6), 1007-1021. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.79.6.1007>
- Union étudiante du Québec. (2019). *Enquête « Sous ta façade » — Enquête panquébécoise sur la santé psychologique étudiante*. <https://unionetudiante.ca/Media/publicDocuments/Rapport-enquete-sous-ta-facade.pdf>
- Union étudiante du Québec. (2021). *Santé psychologique étudiante universitaire - Enquête courte sur la santé psychologique étudiante au Québec en temps de pandémie de la COVID-19*. <https://unionetudiante.ca/Media/publicDocuments/Rapport-Enquete-sur-la-Sante-psychologique-COVID-2020.pdf>
- Université du Québec. (2022). *Données populationnelles*. <https://reseau.quebec.ca/fr/a-propos/memoires-rapports-et-lettres-opinion>
- Université du Québec à Chicoutimi. (2021). *Équité, diversité, inclusion - Plan d'action*. <https://www.uqac.ca/edi/plan-daction/>
- Université du Québec à Chicoutimi. (s. d.). *Programmes*. <https://www.uqac.ca/programmes/>
- Van der Maren, J. M. (1995). *Méthodes de recherche pour l'éducation*. Presses de l'Université de Montréal.
- Van Weeghel, J., van Zelst, C., Boertien, D. et Hasson-Ohayon, I. (2019). Conceptualizations, assessments, and implications of personal recovery in mental illness: A scoping review of systematic reviews and meta-analyses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 42(2), 169-181. <https://doi.org/10.1037/prj0000356>

- Venville, A., Mealings, M., Ennals, P., Oates, J., Fossey, E., Douglas, J. et Bigby, C. (2016). Supporting students with invisible disabilities: A scoping review of postsecondary education for students with mental illness or an acquired brain injury. *Journal of Disability, Development and Education*, 63(6), 571-592. <https://doi.org/10.1080/1034912X.2016.1153050>
- Verger, P., Combes, J. B., Kovess-Masfety, V., Choquet, M., Guagliardo, V., Rouillon, F. et Peretti-Wattel, P. (2009). Psychological distress in first year university students: Socioeconomic and academic stressors, mastery and social support in young men and women. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(8), 643-650. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0486-y>
- Verger, P., Guagliardo, V., Gilbert, F., Rouillon, F. et Kovess-Masfety, V. (2010). Psychiatric disorders in students in six French universities: 12-month prevalence, comorbidity, impairment and help-seeking. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(2), 189-199. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0055-z>
- Visentini, C., Cassidy, M., Bird, V. J. et Priebe, S. (2018). Social networks of patients with chronic depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 241(1), 571-578. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.022>
- Visser, P. L. et Hirsch, J. K. (2014). Health behaviors among college students: The influence of future time perspective and basic psychological need satisfaction. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 2(1), 88-99. <https://doi.org/10.1080/21642850.2013.872992>
- Von Ah, D., Ebert, S., Ngamvitroj, A., Park, N. et Kang, D. H. (2004). Predictors of health behaviours in college students. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), 463-474. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03229.x>
- Weingarten, R. (1994). The ongoing process of recovery. *Psychiatry*, 57, 369-375.
- Whitley, R. et Wang, J. (2017). Good news? A longitudinal analysis of newspaper portrayals of mental illness in Canada 2005 to 2015. *Canadian Journal of Psychiatry*, 62(4), 278-285. <https://doi.org/10.1177/0706743716675856>
- Wilkinson, R. G. et Marmot, M. (2004). *Les déterminants sociaux de la santé : les faits*. Organisation mondiale de la Santé.
- Winsper, C., Crawford-Docherty, A., Weich, S., Fenton, S. J. et Singh, S. P. (2020). How do recovery-oriented interventions contribute to personal mental health recovery? A systematic review and logic model. *Clinical Psychology Review*, 76(1), 101815. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101815>

- Winzer, R., Lindberg, L., Guldbrandsson, K. et Sidorchuk, A. (2018). Effects of mental health interventions for students in higher education are sustainable over time: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PeerJ*, 6, e4598. <https://doi.org/10.7717/peerj.4598>
- Wu, H.-C., Yang, C.-Y. et Chen, Y.-C. (2021). The role of self-efficacy in the recovery trajectory of mental health consumers. *British Journal of Social Work*, 51(3), 907-926. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcab025>
- Young, S. L., et Ensing, D. S. (1999). Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(3), 219-231. <https://doi.org/10.1037/h0095240>

CERTIFICATION ÉTHIQUE

Ce mémoire s'insère dans une étude plus large menée sous la direction de Christiane Bergeron-Leclerc. Cette étude a fait l'objet d'une certification éthique. Le numéro du certificat est 2022-749.

ANNEXE 1
PLAN DE CONCEPT POUR LA RECENSION DES ÉCRITS

PLAN DE CONCEPT EN FRANÇAIS			
Sujet : Quels sont les facteurs qui influencent le rétablissement des adultes ayant des troubles mentaux graves et vivant au Saguenay-Lac-Saint-Jean ?			
Concepts principaux	Adultes (Ensemble A)	Rétablissement (Ensemble B)	Troubles mentaux graves (Ensemble C)
Descripteurs	Âge adulte Individu(s) adulte(s) Individu(s) majeur(s) Individu(s) mature(s)	Guérison Mieux-être Retour à la santé Réadaptation Réhabilitation Reconstruction Réhabilitation psychosociale Inclusion Intégration sociale Qualité de vie	Trouble mental Trouble(s) mental(aux) sévère(s) Trouble(s) psychique(s) grave(s) Trouble(s) psychique(s) sévère(s) Situation de handicap psychique Problème de santé mentale Trouble psychiatrique Maladie mentale
Relation entre les mots-clés	Âge adulte	Rétablissement	Trouble mental
	OU	OU	OU
	Individu adulte	Guérison	Troubles mentaux sévères
	OU	OU	OU
	Individu majeur	ET Réhabilitation	ET Troubles psychiques graves
	OU	OU	OU
	Individu mûr	Mieux-être	Troubles psychiques sévères
	OU	OU	OU
	Individu mature	Réadaptation	Problème de santé mentale
	OU	OU	OU
	Adulte	ET Retour à la santé	ET Situation de handicap psychique
	OU	OU	OU
OU	Reconstruction	Trouble psychiatrique	
OU	OU	OU	

	ET	Réhabilitation psychosociale	ET	Maladie mentale
	OU		OU	
		Inclusion		Trouble mentaux graves
	OU		OU	
	ET	Intégration sociale	ET	
	OU		OU	
		Qualité de vie		
<p>(Adulte* OR "Âge adulte" OR "Individu* adulte*" OR "Individu* majeur*" OR "Individu* mature*") AND (Rétablissement OR Guérison OR Réhabilitation OR Mieux-être OR Réadaptation OR "Retour à la santé" OR Reconstruction OR "Réhabilitation psychosociale" OR Inclusion OR "Intégration sociale" OR "Qualité de vie") AND ("Trouble* menta*" OR "Trouble* menta* sévère*" OR "Trouble* psychique* grave*" OR "Trouble* psychique* sévère*" OR "Problème* de santé mentale" OR "Situation* de handicap psychique" OR "Trouble* psychiatrique*" OR "Maladie* mentale*" OR "Trouble* menta* grave*")</p>				

PLAN DE CONCEPT EN ANGLAIS			
Sujet : Which factors influence the recovery of adults with serious mental disorders living in Saguenay-Lac-Saint-Jean?			
Concepts principaux	Adults (Ensemble A)	Recovery (Ensemble B)	Serious mental disorders (Ensemble C)
Descripteurs	Adulthood Fully-grown individual(s) Adult individual(s) Mature individual(s)	Rehabilitation Healing Convalescence Improvement Reconstruction Readaptation Cure Social inclusion Social or community integration	Serious mental illness Serious and persistent mental illness Mental disorder(s) Serious mental health condition(s) Psychiatric disorder(s) Psychiatric illness Mental disease Mental health problems

Relation entre les mots-clés	Adulthood	Recovery	Serious mental disorders	
	OU	OU	OU	
	Fully-grown individual	Rehabilitation	Serious mental illness	
	OU	OU	OU	
	Adult individual ET	Healing	ET Mental disorders	
	OU	OU	OU	
	Mature individual	Convalescence	Serious mental health conditions	
	OU	OU	OU	
	Adult ET	Reconstruction	ET Psychiatric disorders	
	OU	OU	OU	
		Improvement	Serious and persistant mental illness	
	OU	OU	OU	
		Readaptation	Psychiatric illness	
	OU	OU	OU	
		ET	Cure	ET Mental disease
	OU	OU	OU	
		Social inclusion	Mental health problem	
	OU	OU	OU	
	Social or community integration			

(Recovery OR Rehabilitation OR Healing OR Convalescence OR Reconstruction OR Improvement OR Readaptation OR Cure OR "Social inclusion" OR "Social or community integration") AND ("Serious mental disorders" OR "Serious mental illness" OR "Mental disorders" OR "Serious mental health conditions" OR "Psychiatric disorders" OR "Serious and persistant mental illness" OR "Psychiatric illness" OR "Mental disease" OR "Mental health problem") AND (Adult OR Adulthood OR "Fully-grown individual" OR "Adult individual" OR "Mature individual")

ANNEXE 2
AFFICHE DE RECRUTEMENT

Participant·es recherch·es

La session est terminée et tu as plus de temps? On a besoin de toi !

- 1. TU ES :**
Étudiant·e à l'UQAC depuis au moins une session ?
- 2. TU RECONNAIS :**
Avoir un état de santé mentale fragilisé (diagnostiqué ou non) depuis au moins 3 mois ?
- 3. TU FAIS ACTUELLEMENT DES EFFORTS POUR RETROUVER TA SANTÉ MENTALE ?**

Cette recherche est pour toi !

QUOI ? : Discute de ton expérience de santé mentale et de rétablissement lors d'une entrevue individuelle;

COMMENT : Via la plateforme ZOOM ou en présence;

COMBIEN DE TEMPS : Environ 60 minutes;

ÇA T'INTÉRESSE ? Contacte l'équipe de recherche à l'adresse suivante : lab_vivant@uqac.ca

Si tu as des **besoins particuliers** (ex. liés à des incapacités, à l'identité ou à la langue), des mesures peuvent être mises en place afin de faciliter ta participation à l'étude.



20\$ sera remis à chaque participant·e pour le temps dédié à la participation.

UQAC
Université du Québec
à Chicoutimi

ANNEXE 3 QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

Santé mentale et population universitaire : Un laboratoire vivant au service de la communauté

QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

Nom : _____

Courriel : _____

Numéro de téléphone : _____

1. À quel genre t'identifies-tu?

Homme

Femme

Non binaire

Autre, précisez : _____

Je préfère ne pas répondre.

2. Quel âge as-tu? _____

3. Quel est ton état civil?

Célibataire

En couple

Séparé(e)

Marié(e)

Divorcé(e)

Veuf/veuve

4. Quel est ton régime d'étude?

Temps plein

Temps partiel

5. À quel campus de l'UQAC appartiens-tu?

Chicoutimi

Sept-Îles

Montréal (école NAD)

6. Quel est ton cycle d'étude?

Premier cycle (certificat; baccalauréat)

Deuxième cycle (diplôme d'études supérieures; maîtrise)

Troisième cycle (doctorat; post-doctorat)

7. Dans quel programme étudies-tu?

8. Quelle est ta situation d'emploi actuelle ?

J'occupe un emploi salarié à temps plein (plus de 25h/semaine)

Santé mentale et population universitaire : Un laboratoire vivant au service de la communauté

- J'occupe un emploi salarié à temps partiel (1-24h)
- Je n'occupe pas d'emploi

9. As-tu un ou des troubles mentaux diagnostiqué(s)?

- Oui (passe à la question 10)
- Non (passe à la question 12)

10. Dans quelle(s) catégorie(s) diagnostique se retrouve(nt)-il(s)?

11. Depuis combien de temps vis-tu avec cet état de santé mentale?

12. Utilises-tu actuellement des services d'aide à propos de la santé mentale?

- Oui (passe à la question 13)
- Non (passe à la question 17)

13. Quel(s) type(s) de services utilises-tu en ce moment ?

- Services disponibles à l'université
- Services disponibles dans la communauté, spécifie la nature.

14. Brièvement, explique les raisons pour lesquelles tu utilises ces services :

15. Depuis combien de temps reçois-tu ces services?

16. Te considères-tu satisfait de ces services? Si non, explique pour quelles raisons :

- Oui
- Non

17. Prends-tu de la médication en raison de ton état de santé mentale?

- Oui
- Non

18. Brièvement, explique les raisons pour lesquelles tu as débuté cette prise de médication :

19. Te considères-tu satisfait de cette prise de médication? Si non, explique pour quelles raisons :

- Oui
 Non

20. As-tu déjà été hospitalisé en raison de ton état de santé mentale?

- Oui
 Non



Santé mentale et population universitaire : Un laboratoire vivant au service de la communauté

que vous viviez des expériences qui vous poussent à grandir et à devenir une meilleure personne?	<i>that you had experiences that challenged you to grow and become a better person</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
capable de penser ou d'exprimer vos propres idées et opinions?	<i>confident to think or express your own ideas and opinions</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
que votre vie a un but ou une signification?	<i>that your life has a sense of direction or meaning to it</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gilmour, H. (2014). Santé mentale positive et maladie mentale. Annexe. *Rapports sur la santé – Statistique Canada*, 25(9), 3-10. Repéré à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/82-003-x/2014009/article/14086-fra.pdf?st=eVG1L53h>(le lien est externe)

Keyes, C. L. (2009). *Brief Description of the Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF)*. Repéré à <https://www.aacu.org/sites/default/files/MHC-SFEnglish.pdf>(le lien est externe)

ANNEXE 5

Échelle d'évaluation du rétablissement (RAS-41)

Santé mentale et population universitaire : Un laboratoire vivant au service de la communauté

L'échelle d'évaluation du rétablissement

Indications : Pour chaque énoncé, sélectionne celui qui s'applique le mieux à ta situation parmi les choix proposés (totalement en désaccord, en désaccord, pas certain, d'accord, totalement d'accord).

	Totalement en désaccord	En désaccord	Pas certain	D'accord	Totalement d'accord
1. J'ai un désir de réussir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. J'ai mon propre plan sur comment être bien et le rester.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. J'ai des buts dans la vie que je veux atteindre.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Je crois que je peux réaliser mes buts personnels.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. J'ai une raison d'être dans la vie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Même quand je ne tiens plus à moi, d'autres le font.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Je sais comment contrôler les symptômes de ma maladie mentale.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Je peux y faire face si je tombe malade encore.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Je peux identifier ce qui provoque les symptômes de ma maladie mentale.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Je peux m'aider à aller mieux.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. La peur ne m'empêche pas de vivre ma vie comme je le veux.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Je sais qu'il y a des services de santé mentale qui m'aident.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Il y a des choses que je peux faire pour m'aider à faire face à des symptômes non voulus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Je peux faire face à ce qui arrive dans ma vie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Je m'apprécie moi-même.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Si les gens me connaissaient vraiment, il m'apprécieraient.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Je suis une meilleure personne qu'avant mon expérience avec la maladie mentale.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Bien que mes symptômes peuvent empirer, je sais que je peux y faire face.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Si je continue d'essayer, je vais continuer d'aller mieux.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Traduction : Bisson, Pelletier, Vasiliadis, Lesage et Corrigan, 2007, version du 30 août 2007

Échelle d'évaluation du rétablissement

	Totalement en désaccord	En désaccord	Pas certain	D'accord	Totalement d'accord
20. J'ai une idée de qui je veux devenir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Les choses arrivent pour une raison.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Quelque chose de bien arrivera éventuellement.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Je suis le premier responsable de mes progrès personnels.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. J'ai espoir en l'avenir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Je continue d'avoir de nouveaux intérêts.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. C'est important d'avoir du plaisir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Faire face à ma maladie mentale n'est plus l'objectif principal de ma vie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mes symptômes interfèrent de moins en moins dans ma vie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Chaque fois qu'ils surviennent, mes symptômes me paraissent être un problème pour de plus courtes périodes de temps.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Je sais quand demander de l'aide.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Je peux volontiers demander de l'aide.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Je demande de l'aide, quand j'en ai besoin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Être capable de travailler est important pour moi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Je sais ce qui m'aide à aller mieux.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Je peux apprendre de mes erreurs.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Je peux faire face au stress.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Je connais des personnes sur lesquelles je peux compter.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Je peux identifier les signes avant-coureurs de la maladie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Même quand je ne crois plus en moi-même, d'autres gardent confiance en moi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. C'est important d'avoir une variété d'amis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41. C'est important d'avoir de saines habitudes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Traduction française du "Recovery Assessment Scale",
de Gifford D., Schmook A., Woody C., Vollendorf C. & Gervain M. (1995)
Traduction : Bisson, Pelletier, Vasiliadis, Lesage et Corrigan, 2007, version du 30 août 2007

ANNEXE 6

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT VERBAL



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT VERBAL CONCERNANT LA PARTICIPATION À UNE ENTREVUE INDIVIDUELLE

Ce formulaire d'information et de consentement vous est envoyé par courriel. Ainsi, vous pouvez en faire une lecture préalable avant d'y consentir verbalement lors de l'entrevue semi-dirigée.

Ce formulaire d'information et de consentement a été approuvé le 24 mai 2022 par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Chicoutimi (CER-UQAC). No de référence 2022-749.

1 TITRE DU PROJET

Santé mentale et population universitaire : un laboratoire vivant au service de la communauté.

2 RESPONSABLE(S) DU PROJET DE RECHERCHE

2.1 Responsables

Christiane Bergeron-Leclerc
~~Professeure agrégée~~
Unité d'enseignement en travail social
Département des sciences humaines et sociales
Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)
1-800-463-9880 poste 4230
cblecler@uqac.ca

Danielle Maltais
Professeure titulaire
Unité d'enseignement en travail social
Département des sciences humaines et sociales
Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)
1-800-463-9880 poste 5284
danielle_maltais@uqac.ca

3 FINANCEMENT

Cette étude est financée par la Fondation de l'Université du Québec à Chicoutimi (FUQAC), le Fonds postsecondaire Bell cause pour la cause (Bell) et MITACS.

4 PRÉAMBULE

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles et à demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair lors de votre entrevue avec un membre de l'équipe de recherche. Ce dernier prendra le temps de lire avec vous le présent document. Enfin, si vous désirez participer à ce projet, votre consentement verbal sera recueilli lors de l'entrevue individuelle et retranscrit dans le verbatim.

5 NATURE, OBJECTIFS ET DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

5.1 Description du projet de recherche

Ce projet de laboratoire vivant en santé mentale a pour but ultime d'identifier les meilleures solutions à déployer afin de favoriser la santé mentale des ~~étudiant-es~~ de l'UQAC.

5.2 Objectif(s) spécifique(s)

Cette étude vise l'atteinte progressive de trois objectifs: 1) Identifier les principaux enjeux de santé vécus par les étudiant-es de l'UQAC, 2) Répertoire l'ensemble des mesures de soutien à la santé mises à la disposition des étudiant-es de l'UQAC, 3) Générer de nouvelles solutions à mettre en place afin de pallier aux manques et de

soutenir les étudiant·es de l'UQAC.

5.3 Déroulement

Votre participation à ce projet de recherche concerne le premier objectif de cette étude. Il vise à réaliser une entrevue individuelle d'une durée maximale de 75 minutes et dont l'objectif est de discuter des enjeux de santé mentale et de rétablissement vécus par les étudiant·es universitaires. Tenant compte de votre préférence, l'entrevue pourra se réaliser en visioconférence (via le logiciel sécuritaire ZOOM) ou en présence (dans le respect des mesures sanitaires en vigueur). L'audio de cette entrevue sera enregistré, puis retranscrit en verbatim pour l'analyse. Avant d'entamer cette entrevue, un questionnaire vous sera donné en main propre (entrevue en présence) ou transmis dans le système de clavardage de ZOOM (entrevue en visioconférence). La complétion de ce questionnaire prendra environ 15 minutes et pourra s'effectuer à votre convenance en présence ou non de l'interviewer.

6 AVANTAGES, RISQUES ET/OU INCONVÉNIENTS ASSOCIÉS AU PROJET DE RECHERCHE

La recherche n'entraîne pas de risque ou désavantage prévisible pour les personnes participant à l'étude, hors d'avoir à consacrer le temps nécessaire pour participer à ce projet. Il se peut toutefois que votre intérêt à participer à cette étude soit rattaché à un vécu particulier lié aux thématiques de santé mentale et de rétablissement. Ce faisant, il est possible que certaines de ces thématiques s'avèrent à être sensibles et rattachées à des émotions difficiles.

Si vous ressentez un inconfort en cours d'entrevue, vous pouvez aviser l'interviewer, qui saura vous écouter et vous référer à la bonne personne au besoin. Nous tenons également à vous rappeler que les Services aux étudiant·es, (<https://sae.uqac.ca/>) sont disponibles pour vous aider. Enfin, nous vous rappelons l'existence de certaines lignes téléphonique d'urgence dans la communauté :

- Service Info-social - 811
- Service d'intervention téléphonique pour prévenir le suicide - 1 866 APPELLE (277-3553)

7 CONFIDENTIALITÉ, DIFFUSION ET CONSERVATION

7.1 Confidentialité

Le questionnaire sociodémographique sera envoyé au préalable à l'adresse courriel du participant et sera complété avec l'aide de l'interviewer lors de l'entrevue. Les informations fournies dans le ce questionnaire sont anonymes et confidentielles. Les entrevues seront enregistrées sur la plateforme ZOOM ou par un enregistreur et seront retranscrites sous forme de verbatim à partir de la version audio de l'enregistrement. Il sera donc impossible de vous reconnaître lors de la retranscription. Par ailleurs, chaque entrevue sera numérotée sous un format de type : participant_no_date. Enfin, les bases de données quantitatives et qualitatives conçues à partir des données de l'étude seront anonymisées puisque le code utilisé ne sera pas lié à votre identité.

7.2 Diffusion

Les résultats issus de cette étude seront diffusés sous forme d'un mémoire de maîtrise, de conférences. En aucun cas, il ne sera possible d'identifier les participant·es de l'étude lors de ces activités de diffusion publique et scientifique.

7.3 Conservation

Les données seront conservées sur une base de données sécurisées pendant une période de 20 ans une fois que cette étude sera complétée. Ces données anonymisées pourront être utilisées au sein d'autres études menées par l'équipe de recherche actuelle ou par d'autres équipes de recherche ayant reçu au préalable une approbation éthique. Après ces 20 ans, l'ensemble des données recueillies seront détruites de manière sécuritaire.

8 PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Considérant le caractère anonyme de la collecte de données, une fois l'entrevue réalisée et le questionnaire sociodémographique complété, il ne sera plus possible de retirer les données recueillies vous concernant.

9 INDEMNITÉ COMPENSATOIRE

Chaque participant-e recevra un montant de 20\$ suite à sa participation à l'entrevue individuelle. Si, pour une quelconque raison, un-e participant-e ne serait pas en mesure de participer à la rencontre au complet et veut mettre un terme à sa participation, cette personne pourra conserver son indemnité.

10 PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Christiane Bergeron-Leclerc (cblecler@uqac.ca) ou Danielle Maltais (dmaltais@uqac.ca). Pour toute question d'ordre éthique concernant votre participation à ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec le Comité d'éthique de la recherche (418-545-5011 poste 4704 ou la ligne sans frais : 1-800-463-9880 poste 4704 ou cer@uqac.ca).

11 CONSENTEMENT DU PARTICIPANT

Dans le cadre du projet intitulé Santé mentale et population universitaire : un laboratoire vivant au service de la communauté, votre consentement verbal sera enregistré et retranscrit dans le verbatim de l'entrevue. Votre acceptation à participer à ce projet de recherche implique que vous avez pris connaissance du formulaire d'information et de consentement, avez obtenu les réponses à vos questions, s'il y a lieu, et comprenez suffisamment bien le projet pour que votre consentement soit éclairé. Également, vous comprenez que vous êtes libre d'accepter de participer et que vous pourrez vous retirer de la recherche, sans aucun préjudice ni justification de votre part jusqu'à ce que les données aient été anonymisées.

Consentez-vous à participer à ce projet de recherche aux conditions qui sont énoncées dans le présent formulaire d'information et de consentement?

ANNEXE 7

GUIDE D'ENTREVUE

Santé mentale et population universitaire : Un laboratoire vivant au service de la communauté

GUIDE D'ENTREVUE

Objectif : Identifier les principaux enjeux de santé vécus par les étudiant-es de l'UQAC.

1. Accueil et remerciements

Bonjour, je te remercie de m'accorder du temps aujourd'hui pour que je puisse en apprendre davantage à propos du processus de rétablissement de l'état santé mentale que tu expérimentes en tant qu'étudiant-e universitaire. Le temps consacré à cette entrevue est estimé à environ 60 minutes. Également, l'entrevue sera enregistrée. Si tu es d'accord, je vais démarrer l'enregistrement afin d'obtenir ton consentement verbal.

2. Procédure de consentement verbal

Voir le FIC avec le/la participant-e.

3. Questions sociodémographiques

Avant de passer directement à l'entrevue proprement dite, j'aimerais te poser quelques questions de nature sociodémographique qui permettront de documenter les principales caractéristiques des personnes participant à l'étude. Si tu souhaites ne pas répondre à certaines questions, tu peux m'en aviser.

4. Entrevue

Je te remercie de participer à cette étude visant l'amélioration de la santé mentale des étudiant-es universitaires. Prendre note que lorsqu'il est question d'état de santé mentale, nous y référons afin d'englober à la fois les problèmes de santé mentale et les troubles mentaux, dans une perspective d'inclusion des enjeux vécus par les jeunes adultes vivant avec des problématiques non-diagnostiquées. Pour la rencontre d'aujourd'hui, nous te demandons de te concentrer sur ta propre expérience liée à ton état de santé mentale depuis l'arrivée de la pandémie. Dans le cas où nous manquerions de temps pour tout couvrir lors de cette rencontre, nous pourrions reprendre rendez-vous.

1. Qu'est-ce qui fait que tu t'es senti interpellé par notre étude?

- a. Notions de santé mentale, de rétablissement et de bien-être selon la perspective du participant-e.

2. En tant qu'étudiant à l'UQAC en temps de pandémie, parle-moi de ton état de santé mentale actuel.

- a. Manifestations de l'état de santé mentale;

Santé mentale et population universitaire : Un laboratoire vivant au service de la communauté

- b. Évolution de l'état de santé mentale dans le temps (facteurs expliquant cette évolution);
- c. Impacts de l'état de santé mentale sur la vie (vie personnelle, sociale, scolaire et professionnelle);
- d. Émotions associées (évolution de ces émotions).

3. Crois-tu qu'un rétablissement de ton état de santé mentale soit possible?

- a. Que signifie pour toi être rétabli (indicateurs de mieux-être);
- b. Évaluation du rétablissement (sur une échelle de 1 à 10 (1 étant « pas du tout rétabli » et 10 étant « complètement rétabli »), signification de la cote, idéal, façon d'atteindre cet idéal, signes indiquant l'atteinte de cet idéal).

Être en lien et être soutenu

4. Parle-moi des personnes importantes autour de toi

- a. Principaux liens sociaux
- b. Personnes significatives fournissant du soutien;
- c. Formes de soutien reçues;
- d. Façons dont le soutien s'est manifesté;
- e. Impact de la présence du soutien sur le rétablissement;
- f. Appréciation du soutien.

Développement du pouvoir d'agir

5. Parle-moi de tes habitudes de vie

- a. Hygiène de vie (qualité du sommeil, qualité de l'alimentation, tenue d'une routine, pratique d'activité physique);
- b. Influence de l'hygiène de vie sur le rétablissement de l'état de santé mentale (positive et négative, s'il y a lieu).

6. Parle-moi des activités dans lesquelles tu es engagé-e (activités scolaires, professionnelles, quotidiennes, liées à la vie de la communauté).

- a. Influence de l'engagement sur le rétablissement (positive et négative, s'il y a lieu);
- b. Signification de l'engagement.

7. Parle-moi de ton expérience d'utilisation des services en santé mentale.

Note à l'interviewer : Seulement pour les participant-es qui utilisent/ont utilisés des services en santé mentale. Pour ceux n'étant pas touchés par cette question, passer directement à la question 8. Le but est de déterminer l'impact de l'utilisation de ces services sur l'état de santé mentale et le rétablissement du participant-e.

- a. Réponse aux besoins;
- b. Contribution des services au mieux-être;

Santé mentale et population universitaire : Un laboratoire vivant au service de la communauté

- c. Aspects appréciés;
- d. Aspects moins appréciés;
- e. Influence de l'utilisation de ces services de santé mentale sur le rétablissement (positive et négative, s'il y a lieu).

Redéfinition de l'identité

8. Comment te décris-tu?

- a. Forces et limites;
- b. Ce qui est apprécié dans la vie;
- c. Ce qui est moins apprécié dans la vie;
- d. Ce qui caractérise l'individu.

Espoir et optimisme

9. Parle-moi de tes buts dans la vie.

- a. Réalisation de ces buts;
- b. Importance accordée à ces buts;
- c. Espoir accordé en la réalisation de ces buts;
- d. Influence de ces buts sur le rétablissement (positive ou négative, s'il y a lieu).

10. Parle-moi de ton plus grand succès.

- a. Signification de ce succès;
- b. Impacts de ce succès;
- c. Émotions rattachées à ce succès (lorsqu'il s'est réalisé et actuellement).

Trouver un sens à sa vie

11. Parle-moi de qu'est-ce qui donne du sens à ta vie en ce moment.

- a. Valeurs/croyances (façon dont ces aspects influencent la vie);
- b. Spiritualité (croyances spirituelles, façon dont la spiritualité influence la vie en général, l'espoir entretenu par rapport au futur, le rétablissement de l'état de santé mentale).

12. Quel sens accordes-tu au processus de rétablissement de la santé mentale que tu expérimentes actuellement?

13. Quels sont les principaux facteurs qui influencent le rétablissement de ta santé mentale?

- a. Ceux qui favorisent le rétablissement;
- b. Ceux qui l'entravent.

Santé mentale et population universitaire : Un laboratoire vivant au service de la communauté

14. Que retiens-tu de la discussion d'aujourd'hui? As-tu d'autres éléments à ajouter avant de conclure ?

Conclusion et remerciements