

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 LA PROBLÉMATIQUE	5
1.1 La définition et l'ampleur des troubles mentaux graves	6
1.2 Les conséquences individuelles et sociales des troubles mentaux graves.....	6
1.3 Le rétablissement des troubles mentaux graves : l'émergence d'un nouveau paradigme.....	9
1.4 Les facteurs influençant le rétablissement	11
1.4.1 Les facteurs individuels	11
1.4.2 Les facteurs environnementaux	14
1.4.3 Les facteurs se rapportant à l'intervention professionnelle.....	15
CHAPITRE 2 LA RECENSION DES ÉCRITS	19
2.1 L'influence du rétablissement dans l'élaboration des politiques de santé mentale au Québec	20
2.2 Les valeurs du rétablissement	22
2.3 Les caractéristiques des systèmes de santé mentale axés sur le rétablissement	23
2.4 Les dimensions des programmes orientés vers le rétablissement	25
2.5 Les pratiques orientées vers le rétablissement	27
2.6 Les composantes des interventions efficaces en SM	28
2.6.1 Les facteurs communs de l'intervention psychothérapeutique.....	29
2.6.2 Les ingrédients actifs de l'intervention chez les personnes atteintes de TMG	32
2.6.3 Les éléments liés à la satisfaction des utilisateurs de services de SM	35
2.6.4 Les éléments liés à une faible satisfaction des utilisateurs de services de SM	41
2.7 Les liens entre la RT et les résultats positifs de l'intervention	44
2.8 Les hypothèses expliquant l'association entre la RT et les résultats	49
2.9 Les limites des études sur la RT.....	51
CHAPITRE 3 LE CADRE CONCEPTUEL.....	54
3.1 La dimension humaine	56
3.1.1 Les caractéristiques des professionnels.....	56
3.1.2 La considération de la personne.....	58
3.1.3 La présence du professionnel.....	59
3.1.4 Les conduites humaines	59
3.2 La dimension de collaboration	60
3.2.1 La mutualité	60
3.2.2 Le partenariat et l'appropriation du pouvoir.....	61
3.3 La dimension thérapeutique	62
3.3.1 Les techniques d'intervention	62
3.3.2 Passage à l'action.....	63
3.3.3 Ne pas s'en tenir aux procédures et à la routine.....	63
3.3.4 La confrontation.....	64

3.4 La dimension contextuelle	65
3.4.1 Les facteurs temporels	65
3.4.2 Les facteurs environnementaux	65
CHAPITRE 4 LA MÉTHODOLOGIE	67
4.1 Le type d'étude.....	68
4.2 Les objectifs de recherche.....	69
4.3 La population à l'étude.....	69
4.4 Les stratégies d'échantillonnage et de recrutement.....	70
4.5 La collecte de données	72
4.6 L'analyse des données.....	76
4.7 L'éthique de la recherche	77
4.8 Inclusion des principes du rétablissement dans l'élaboration de la recherche	78
CHAPITRE 5 LES RÉSULTATS	80
5.1 Le profil des participants de l'étude.....	81
5.2 La perception des participants à l'égard des intervenants en santé mentale	83
5.2.1 Les aspects les plus appréciés des intervenants	84
5.2.2 Les aspects les moins appréciés des intervenants	88
5.3 Les éléments favorisant la RT selon le cadre conceptuel.....	90
5.3.1 La dimension humaine	91
5.3.1.1 Les qualités des professionnels.....	92
5.3.1.2 La considération de la personne.....	95
5.3.1.3 La présence des professionnels.....	98
5.3.1.4 Les conduites humaines	101
5.3.2 La dimension de collaboration.....	104
5.3.2.1 La mutualité	104
5.3.2.2 Le partenariat et l'appropriation du pouvoir	107
5.3.3 La dimension thérapeutique	109
5.3.3.1 Les techniques d'intervention	109
5.3.3.2 La compétence et les connaissances	110
5.3.3.3 Le passage à l'action.....	113
5.3.4 La dimension contextuelle	115
5.3.4.1 Les facteurs temporels	115
5.3.4.2 Les facteurs environnementaux	118
5.3.5 La dimension individuelle.....	121
5.3.5.1 Les caractéristiques des personnes.....	121
5.3.5.2 Les facteurs relevant de l'utilisation des services de santé mentale et du diagnostic	123
5.4 Les apports de la RT dans le rétablissement	125
5.4.1 L'espoir et l'optimisme.....	125
5.4.2 Le sens de soi	127
5.4.3 La prise de conscience de son potentiel	130
5.4.4 Les buts, le travail et les autres activités professionnelles	132
5.4.5 L'autodétermination et l'appropriation du pouvoir.....	133
5.4.6 Le soutien social	134

5.4.6.1 La place et le rôle de la RT dans le réseau social	135
5.4.6.2 Les types de soutien et la satisfaction face au réseau social	139
5.4.7 Les circonstances et possibilités	139
5.4.8 Les autres facteurs se rapportant à l'intervention des professionnels	142
5.5 La terminaison de la relation	145
5.5.1 Le deuil de la relation	146
5.5.2 L'avancement vers quelque chose de nouveau	147
5.5.3 L'absence d'anticipation de la terminaison.....	148
 CHAPITRE 6 LA DISCUSSION	 151
6.1 Un modèle exploratoire de la RT	152
6.1.1 La dimension individuelle de la RT	156
6.1.2 L'importance de la dimension humaine	157
6.2 Les résultats innovants	159
6.2.1 <i>L'avoir ou non</i> : le processus cognitif derrière l'intuition	159
6.2.2 Souffrir, grandir ou s'abstenir : les trois modèles de terminaison de la RT	161
6.2.3 <i>C'est mon ami mais...</i> ou la place de la mutualité dans la relation	164
6.3 Les forces, limites et biais de l'étude	167
6.3.1 Les forces de l'étude.....	167
6.3.2 Les limites et biais de l'étude	168
6.4 Les recommandations.....	169
6.4.1 Les recommandations pour la pratique du travail social.....	170
6.4.2 Les recommandations pour des pistes de recherche future	174
 CONCLUSION	 176
 LISTE DES RÉFÉRENCES	 179
 ANNEXES	 189
ANNEXE A : LETTRES D'APPUI DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES.....	190
ANNEXE B : OUTILS DE RECRUTEMENT.....	194
ANNEXE C : FICHE SIGNALÉTIQUE.....	197
ANNEXE D : CARTE ÉCOSYSTÉMIQUE DU RÉSEAU SOCIAL PERSONNEL	202
ANNEXE E : GUIDE D'ENTREVUE.....	206
ANNEXE F : CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE	211
ANNEXE G : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	215

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Dimensions organisationnelles des systèmes de SM orientés vers le rétablissement.....	24
Tableau 2	Principes des ingrédients actifs d'une gestion de cas efficace.....	34
Tableau 3	Aspects des services de SM liés à la satisfaction des utilisateurs	39
Tableau 4	Aspects des services de SM liés à une faible satisfaction des utilisateurs ...	43
Tableau 5	Liens entre la RT et les résultats des interventions	48
Tableau 6	Thèmes et stratégies de collecte de données utilisées	73
Tableau 7	Caractéristiques des participants	82
Tableau 8	Profil d'utilisation des ressources par les participants.....	83
Tableau 9	Portrait des professionnels	84
Tableau 10	Caractéristiques les plus et les moins appréciées des intervenants	90
Tableau 11	Synthèse des dimensions et des sous-dimensions humaines.....	103
Tableau 12	Synthèse des dimensions et des sous-dimensions de la collaboration	109
Tableau 13	Synthèse des dimensions et des sous-dimensions thérapeutiques.....	114
Tableau 14	Synthèse des dimensions et des sous-dimensions contextuelles.....	121
Tableau 15	Synthèse des dimensions et des sous-dimensions individuelles	124
Tableau 16	Répartition des membres du réseau social	137
Tableau 17	Synthèse des apports de la RT dans le rétablissement	144
Tableau 18	Modèles de terminaison de la RT.....	150

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Facteurs connus expliquant la variance des résultats de la psychothérapie.....	30
Figure 2	Facteurs expliquant le total de la variance des résultats de la psychothérapie.....	30
Figure 3	Modèle exploratoire de la RT	55
Figure 4	Carte du réseau social personnel	136
Figure 5	Modèle exploratoire de la RT selon la littérature et les résultats de l'étude.....	153

LISTE DES ABBRÉVIATIONS

ACT	<i>Assertive Community Treatment</i>
AQESSS	Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
AQRP	Association québécoise pour la réadaptation psychosociale
CÉR	Comité d'éthique et de la recherche
CLSC	Centre local de services communautaires
CSBE	Commissaire à la santé et au bien-être
EBP	<i>Evidence-based practices</i>
INESSS	Institut nationale d'excellence en santé et en services sociaux
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
OFM	Organisation mondiale de la santé
ONF	Office national du film
PASM	Plan d'action en santé mentale
QDV	Qualité de vie
RT	Relation thérapeutique
SIME	Suivi intensif dans le milieu en équipe
SIV	Suivi d'intensité variable
SM	Santé mentale
TMG	Trouble mental grave
UMF	Unité de médecine familiale
UQAC	Université du Québec à Chicoutimi

INTRODUCTION

ClicCours.com

*Laissez-le vivre ainsi sans lui faire de mal!
Laissez-le s'en aller; c'est un rêveur qui passe;
C'est une âme angélique ouverte sur l'espace,
Qui porte en elle un ciel de printemps auroral.*
Émile Nelligan (1992), Un poète

Ces vers évoquent un ardent désir de liberté, une volonté de vivre sa propre vie selon ses propres règles et de l'espoir. Pourtant, son auteur Émile Nelligan, a passé les deux tiers de sa vie à l'asile. D'abord, à Saint-Benoît-Joseph-Labre, puis à l'hôpital Saint-Jean-De-Dieu (devenu l'hôpital Louis-H. Lafontaine, puis l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal). Les diverses archives de l'époque nous apprennent qu'à l'asile, Nelligan n'écrivait presque plus, se contentant de réciter ses propres vers ou ceux des autres à qui voulait les entendre. Le surintendant de l'hôpital Saint-Jean-De-Dieu, le docteur Omer Noël - décrit comme l'un des meilleurs aliénistes de l'époque - affirme que Nelligan souffrait de psychose appelée en ce temps « démence précoce », une maladie considérée comme incurable (Wyczynski, 1999). Au Québec, c'était la période neuro-hospitalière ou francoreligieuse, caractérisée par un modèle neurologique et descriptif où la maladie était considérée comme un état irrémédiable et les traitements concernaient les conditions liées à l'hygiène et à la nutrition sans toucher aux aspects psychiatriques (Wallot, 1979).

Depuis, les commissions et les rapports se sont succédés pour conduire au système de soins en santé mentale (SM) que nous connaissons aujourd'hui. Avec la sortie du livre de Jean-Charles Pagé *Les fous crient au secours* (1961) - lui-même ancien pensionnaire de l'asile Saint-Jean-De-Dieu - qui décrit les conditions alarmantes vécues dans les établissements psychiatriques, les murs de l'asile commencent à s'amincir et commence alors le processus de désinstitutionalisation. Parmi les étapes importantes ayant teinté le paysage des services de SM à travers le temps, notons la commission Bédard, Lazure et Roberts (1962) qui avait comme but de dresser un portrait de ces hôpitaux afin d'en déterminer les besoins et les lacunes (Charbonneau, 2002), puis la commission Castonguay-

Nepveu (1971) menant à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (qui mena, entre autres, à la création des CLSC) (Wallot, 1979). Ensuite, le rapport Bélanger (groupe de travail sur la distribution des services de SM dans la région de Québec) propose de libérer la psychiatrie de l'institution psychiatrique et de la ramener à la communauté extérieure (Wallot, 1979). Par la suite, il y a eu l'instauration de la première Politique de santé mentale au Québec (1989), du Bilan de la Politique de santé mentale au Québec (1997) et du Plan de transformation des services en santé mentale (1998) pour ensuite mener au Plan d'action en santé mentale 2005-2010.

En 50 ans, les modèles de conception et de traitement de la maladie mentale ont évolué, allant d'une condition chronique incurable à un mouvement appelé « rétablissement » caractérisé par le pouvoir d'agir et l'espoir d'un avenir meilleur. Que serait-il advenu d'Émile Nelligan s'il avait vécu à l'époque actuelle? Aurait-il pu écrire à nouveau? Serait-il devenu un des piliers du mouvement du rétablissement au Québec, racontant son vécu psychiatrique et inspirant ses pairs? Dans quelles conditions Nelligan aurait-il pu se rétablir de sa « démence précoce » ? Est-ce qu'une relation plus positive avec le docteur Noël aurait été bénéfique pour son mieux-être?

On en sait encore bien peu sur les facteurs faisant en sorte que les personnes se rétablissent ou non d'un trouble mental grave (TMG). Bien que plusieurs études portent sur le sujet, les mécanismes exacts qui permettent d'améliorer l'état mental d'une personne demeurent imprécis. Le rétablissement étant un processus personnel et non linéaire (Ridgway, 2001), il est difficile d'en mesurer les causes. Par contre, certains facteurs ressortent comme étant des facilitateurs pour le rétablissement. Parmi ceux-ci, on retrouve la relation entretenue avec un ou des professionnels de la SM dont font partie les travailleurs sociaux. Cette relation - que l'on nomme ici la relation thérapeutique (RT) - tout comme les autres facteurs liés au rétablissement, est peu explorée de façon qualitative et ses rôles dans le mieux-être des personnes atteintes de TMG sont encore à ce jour méconnus.

Par le présent mémoire, nous proposons donc d'explorer plus en profondeur les apports de la RT dans le rétablissement des personnes atteintes d'un TMG. Le premier chapitre expose la problématique à l'étude en définissant les principaux concepts et en présentant les facteurs impliqués dans le rétablissement. Le deuxième chapitre fait la recension des écrits sur le rétablissement et son influence dans l'élaboration des politiques et des pratiques en SM au Québec, les différentes caractéristiques des programmes et des services orientés vers le rétablissement, les composantes des interventions efficaces et des ingrédients actifs, tout en faisant les liens entre la RT et les résultats des interventions. Dans le troisième chapitre, il est question du cadre conceptuel utilisé dans l'étude. Il y est présenté un modèle exploratoire intégrant les diverses dimensions de la RT. Le quatrième chapitre est consacré à la méthodologie de la recherche. Plus précisément, une méthodologie qualitative incluant des entrevues semi-dirigées auprès de personnes atteintes de TMG y est décrite. Puis, le cinquième chapitre expose les résultats obtenus concernant les objectifs visés. Cette section développe en profondeur la perception des participants face aux intervenants en SM, les éléments favorisant la RT, les apports de la RT dans le rétablissement et les éléments ayant trait à la terminaison de la relation. Enfin, la discussion constitue le sixième et dernier chapitre. Les principaux résultats de la recherche y sont mis en évidence, tout comme les forces et limites ainsi que les recommandations.

CHAPITRE 1

LA PROBLÉMATIQUE

Le domaine de la SM comporte de nombreux aspects, afin de bien cerner notre sujet, cette section est consacrée à la définition de la problématique à l'étude. Nous débuterons par définir le concept de TMG ainsi que les conséquences y étant associées. Puis, nous nous pencherons sur le paradigme du rétablissement et les différents facteurs individuels, environnementaux et relatifs à l'intervention professionnelle qui l'influencent.

1.1 La définition et l'ampleur des troubles mentaux graves

Au Québec, comme ailleurs dans le monde, environ une personne sur cinq va expérimenter un trouble mental au cours de sa vie. Parmi celles-ci, de 2 à 3 % seront touchées plus gravement (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005), signifiant notamment qu'elles vivront des conséquences plus importantes liées à leur fonctionnement quotidien et social. Dans son plan d'action de 2005, le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) indique que le trouble mental est qualifié de grave lorsqu'il est « associé à un niveau d'incapacité qui interfère de façon significative dans les relations interpersonnelles, les compétences sociales de base et la capacité fonctionnelle dans la production d'un travail » (p. 40). Les principaux diagnostics concernant ces types de troubles apparaissent généralement entre l'adolescence et l'âge adulte et sont : la schizophrénie et les autres troubles psychotiques, le trouble dépressif majeur avec éléments psychotiques ainsi que le trouble bipolaire (Fleury & Grenier, 2012). Les conséquences des TMG sont nombreuses et touchent autant la personne elle-même que sa famille et la communauté (Organisation mondiale de la santé (OMS), 2001).

1.2 Les conséquences individuelles et sociales des troubles mentaux graves

Les conséquences associées aux troubles mentaux touchent tous les aspects de la vie de la personne en réduisant son champ d'activité et sa capacité d'agir (Fleury & Grenier, 2012). Ces répercussions sont à la fois d'ordre individuel et social. Au plan individuel, les

personnes ayant un trouble mental grave ou modéré sont beaucoup plus à risque de développer des maladies physiques que la population en général et sont, la plupart du temps, en moins bonne santé (Fleury & Grenier, 2012). Ce phénomène peut être expliqué par l'action combinée : a) de la maladie ou de son traitement (effets secondaires de la médication), b) de mauvaises habitudes de vie (usage du tabac, mode de vie sédentaire), c) de conditions de vie précaires et d) de problèmes d'accès à certains services de santé (Simard, 2011). Les principales causes de mortalité chez les personnes atteintes de trouble mental sont les maladies cardiovasculaires et celles liées au tabagisme (Fleury & Grenier, 2012). Selon le MSSS (2005), environ les deux tiers des personnes ayant un TMG ont aussi une problématique de toxicomanie, ce qui en complique grandement le traitement. Ces données sont confirmées par l'OMS (2001) qui rapporte, de plus, que 79 % des personnes cumulent plusieurs troubles mentaux à la fois, les plus courants étant l'anxiété et les troubles dépressifs qui se conjuguent chez environ la moitié des personnes.

Selon le Rapport sur la santé dans le monde (OMS, 2001), les troubles mentaux ont une incidence sur la qualité de vie (QDV) des personnes touchées, bien qu'elle soit difficilement mesurable et que les résultats des études varient à ce sujet. Néanmoins, la non-satisfaction face aux rapports sociaux serait le premier facteur influençant une QDV moindre (OMS, 2001). Effectivement, les personnes souffrant d'un TMG sont souvent confrontées à l'isolement social (Davidson, Hoge, Godleski, Rakfelt, & Griffith, 1996), le réseau social de ces personnes étant moins étendu que celui de la population générale et leurs relations davantage unidirectionnelles (Cohen & Sokolovsky, 1978). Le premier facteur qui contribue à cet isolement est la stigmatisation à laquelle ces personnes ont à faire face (Bradshaw, Armour, & Roseborough, 2007). Elle amène souvent les personnes à : a) éviter de parler de leur maladie à leurs proches, b) reporter ou éviter un traitement (Santé Canada, 2002), c) ne pas pouvoir participer à des activités professionnelles ou récréatives (OMS, 2001) et d) limiter les occasions de participation active à la société (difficultés à se trouver un logement ou un emploi) (Bradshaw et al., 2007). À ce sujet, on rapporte que moins de 15 % des utilisateurs de services de SM travaillent (Beaulieu, Morin,

Provencher, & Dorvil, 2002). De plus, les difficultés reliées à l'emploi sont plus grandes pour ces personnes que pour les groupes ayant une autre incapacité (Stuart & Arboleda-Florez, 2006). Parmi celles-ci, on rencontre : a) la discrimination (se faire refuser un emploi malgré ses compétences, être rétrogradé à un emploi avec moins de responsabilités, se voir refuser une promotion, être congédié), b) les croyances négatives de la part des employeurs (stéréotypes et préjugés), ainsi que c) le manque de soutien de la part des superviseurs et collègues une fois le trouble révélé. Même si elles ont un emploi, les personnes atteintes d'un trouble mental ont un salaire moyen moins élevé que les personnes n'en ayant pas (Stuart & Arboleda-Florez, 2006).

Il en résulte donc que les prestations de la sécurité du revenu constituent généralement la principale source monétaire pour les personnes ayant un TMG (Fleury & Grenier, 2012). Conséquemment, plusieurs d'entre elles vivent dans une situation de pauvreté. Il est difficile d'affirmer si la pauvreté est une conséquence des problèmes de SM ou si elle en est une cause (Jekovska, 2008). Par contre, puisque la majorité des TMG surviennent à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte, l'accès aux études et au marché du travail peut être compromis (Fleury & Grenier, 2012). Toutefois, Tousignant (1989) fait remarquer que la pauvreté peut être à l'origine de problèmes psychologiques si elle se conjugue avec d'autres facteurs tels que l'isolement social ou l'immigration.

Tout comme pour la pauvreté, les relations entre l'itinérance et les troubles mentaux sont complexes et variées. Ainsi, un trouble mental (surtout en l'absence de traitement) peut mener à l'itinérance et les conditions de vie rattachées à l'itinérance persistante peuvent générer ou aggraver un trouble mental. Les incertitudes quotidiennes, les rapports à l'autre marqués par la méfiance, le manque d'hygiène et une mauvaise nutrition font partie des sources de stress vécues en situation d'itinérance qui peuvent influencer l'apparition ou l'aggravation d'un trouble. Il est aussi à noter que plus la période de vie dans la rue est longue, plus les risques de développement d'un trouble mental augmentent (Carrière, 2007).

Si environ 20 % de la population sera atteinte d'un trouble mental au cours de sa vie, le 80 % restant sera touché indirectement par la maladie mentale d'un membre de sa famille, d'un ami ou d'un collègue (Santé Canada, 2002). On peut donc en conclure qu'indirectement, tous les Canadiens sont touchés par cette problématique (Santé Canada, 2002). Les conséquences d'un trouble mental sont aussi nombreuses pour les proches de la personne, spécialement pour la famille (stress, stigmatisation, isolement, épuisement, absentéisme, fardeau financier, suicide) (OMS, 2001; Santé Canada, 2002).

Pour la société, la SM constitue un important enjeu économique. En effet, les dépenses consacrées à ce secteur pour l'année financière 2009-2010 représentent environ 8 % des dépenses allouées à l'ensemble des programmes de services de santé et de services sociaux (soit 1 072 millions de dollars) (Fleury & Grenier, 2012), sans compter que les problèmes de SM coûtent environ 5,12 milliards de dollars par année au Québec en frais de santé et en perte de productivité (Lauzon, Charbonneau, & Provost, 2000).

1.3 Le rétablissement des troubles mentaux graves : l'émergence d'un nouveau paradigme

L'idée que la situation des personnes atteintes de TMG est chronique et qu'aucun espoir de vie n'est possible pour elles a longtemps été véhiculée dans le champ de la SM (Harding & Zahniser, 1994), notamment dans le contexte d'intervention biomédicale. Toutefois, en dépit de toutes les conséquences négatives auxquelles les personnes atteintes d'un TMG ont à faire face, des améliorations significatives de leur fonctionnement peuvent survenir. En effet, les études démontrent que le rétablissement des troubles mentaux est maintenant de l'ordre du possible (Allott, Loganathan, & Fulford, 2002). Ce processus de rétablissement, est en fait un mouvement guidant les pratiques dans plusieurs pays (Anthony, 2000) dont l'origine sera discutée ci-après.

La notion de rétablissement, introduite dans les années 1930, s'est popularisée à la fin des années 1980 grâce à trois facteurs interreliés : a) la publication de récits de

personnes témoignant de leur expérience subjective de rétablissement (Onken, Craig, Ridgway, Ralph, & Cook, 2007), b) la parution d'études longitudinales (notamment celle de Harding, Brooks, Ashikaga, Strauss, et Breier (1987)) démontrant que parmi les personnes ayant les troubles mentaux les plus graves, une bonne proportion connaissait des améliorations significatives et c) les efforts des praticiens de la réadaptation (portés par l'équipe du *Center for Psychiatric Rehabilitation* de l'Université de Boston).

Il est important de noter qu'il n'y a pas de définition unanime du rétablissement. Il s'agit d'un concept particulièrement difficile à définir car il est propre à chaque individu. En effet, le rétablissement est parfois vu comme un processus, parfois comme un résultat. Quant à l'objet du rétablissement, il varie également selon les définitions consultées. Voici quelques précisions pour mieux cerner le concept et situer la perspective à laquelle nous adhérons. D'abord, à titre de résultat, le rétablissement est défini sous l'angle de l'atteinte de divers objectifs. À cet égard, il importe d'identifier deux grands courants d'idées en ce qui a trait à l'objet du rétablissement (Onken et al., 2007). Certains auteurs mettent l'accent sur les défis associés à la maladie en elle-même; le rétablissement est alors vu comme un processus d'appropriation du pouvoir sur la maladie et ses symptômes, tandis que d'autres mettent l'accent sur le fait de surmonter les effets psychosociaux stigmatisants imposés par la société (Onken et al., 2007).

Également, le rétablissement peut être vu comme un processus. Ce processus est une trajectoire complexe et non linéaire, ce n'est pas une expérience soudaine, mais un parcours lent qui demande de nombreux engagements (Ridgway, 2001). Selon Deegan (1992), le rétablissement implique un processus d'acceptation de ses limites, ce qui crée l'espace pour la réalisation de ses propres possibilités. C'est une façon de vivre, une attitude envers les défis de la vie quotidienne. Il implique l'atteinte d'un nouveau sens de soi positif en surmontant les symptômes et les conséquences sociales négatives de la maladie (Deegan, 1996; Onken, Dumont, Ridgway, Dornan, & Ralph, 2002). La définition retenue pour la présente étude est celle d'Anthony (1993) :

Le rétablissement est décrit comme un processus unique et profondément personnel de changement de ses attitudes, valeurs, émotions, buts, aptitudes ou rôles. C'est une façon de vivre une vie satisfaisante, pleine d'espoir et d'y amener sa contribution même avec les limites causées par la maladie. Le rétablissement implique le développement de nouvelles significations et de nouveaux buts dans sa vie. [traduction libre] (p. 15)

Le rétablissement n'est donc pas un concept simple : il est multidimensionnel, fluide et complexe. De plus, il paraît influencé positivement ou négativement par certains facteurs d'ordre individuel et environnemental. Il faut par contre garder à l'esprit que le rétablissement est un processus individuel et unique et que ces facteurs varient grandement d'une personne à l'autre. Les lignes qui suivent permettront d'explorer ces facteurs d'influence.

1.4 Les facteurs influençant le rétablissement

Selon une perspective écologique, on considère que le rétablissement résulte de l'interaction entre des facteurs individuels, environnementaux et cliniques (Onken et al., 2007). Ces facteurs interagissent entre eux de façon à favoriser ou à nuire au rétablissement. Ils seront discutés dans les prochaines lignes.

1.4.1 Les facteurs individuels

Les facteurs individuels renvoient aux caractéristiques ontosystémiques de la personne telles que son état de santé générale, ses compétences et habiletés et ses limites. Dans les écrits sur le rétablissement, différentes caractéristiques individuelles ont été identifiées comme ayant une influence sur le rétablissement. Ici ne seront décrites que celles ayant reçu le plus d'appuis scientifiques soit : a) l'espoir et l'optimisme, b) le sens de soi, c) l'insight et la prise de conscience de son potentiel, d) les buts, le travail et autres activités professionnelles et e) l'autodétermination et l'appropriation du pouvoir.

L'espoir et l'optimisme sont l'un des grands thèmes du rétablissement (Resnick, Fontana, Lehman, & Rosenheck, 2005; Ridgway, 2001). Selon plusieurs auteurs, l'espoir est le concept central, car il peut être vu comme la phase initiale amorçant le processus de rétablissement (Deegan, 1996; Ridgway, 2001). En effet, après avoir reçu un diagnostic de trouble mental, la personne peut sentir une période de désespoir liée aux craintes et aux stéréotypes concernant la maladie mentale. Le rétablissement est alors caractérisé par l'émergence d'un nouveau sens de l'espoir (Ridgway, 2001). La personne doit croire en sa capacité d'atteindre ses buts et de se rétablir (Resnick et al., 2005). Cet espoir se développe grâce aux interactions que l'individu entretient avec son environnement. En effet, il peut survenir en participant à des programmes de SM (Ridgway, 2001) ou en ayant la preuve que le rétablissement est possible en côtoyant les pairs (Resnick et al., 2005; Ridgway, 2001). Il peut aussi être encouragé par la présence de la famille, d'amis ou de professionnels qui partagent avec la personne un optimisme réaliste (Resnick et al., 2005; Russinova, 1999). Ces résultats rejoignent ceux de Cormier (2009), qui indique que les principales sources d'espoir d'un mieux-être pour les personnes ayant des symptômes apparentés à la schizophrénie sont le soutien social de la famille et des intervenants, le travail, avoir un domicile, les relations amoureuses et la présence d'enfants et de petits-enfants.

Avec le rétablissement vient le développement d'un nouveau sens de soi et cet aspect se construit tout au long du processus (Young & Ensing, 1999). Davidson et Strauss (1992) voient dans la découverte d'un nouveau sens de soi, le cœur du processus de rétablissement et un fil conducteur qui relie tous les autres facteurs. Par les habiletés d'appropriation du pouvoir et d'optimisme et par ses caractéristiques personnelles comme la curiosité et le sens de l'humour, la personne apprend à passer d'un sens de soi passif à un sens de soi actif (Schön, Denhov, & Topor, 2009; Tooth, Kalyanasundaram, Glover, & Momenzadah, 2003). Par contre, les auteurs ne s'entendent pas sur le rôle que prend la maladie dans le développement du sens du soi. Certains affirment que la maladie doit être considérée comme une entité séparée de la personne afin de faire surgir un nouveau sens

de soi (Davidson & Strauss, 1992), d'autres croient qu'il faut l'intégrer au nouveau soi afin de développer une identité autre que celle de « malade » ou de « patient » (Young & Ensing, 1999).

Un autre des facteurs individuels influençant le rétablissement est l'insight et la prise de conscience de son potentiel. L'insight peut se définir comme :

La capacité de reconnaître et la prise de conscience d'avoir une maladie.
[traduction libre] (Greenfeld, Strauss, Bowers, & Mandelkern, 1989, p. 246)

En réponse au diagnostic, la personne expérimente une période de crise caractérisée par le déni de la maladie, la confusion et le désespoir (Baxter & Diehl, 1998). Le déni est donc une étape importante du rétablissement et une réaction normale à une situation accablante. Dans le rétablissement, les personnes apprennent à comprendre et à accepter les défis engendrés par la maladie. S'engager dans un processus de rétablissement implique aussi que la personne croit en la capacité de changer. Cette prise de conscience amène la personne à embrasser l'idée que son futur peut être différent des circonstances présentes (Onken et al., 2002).

Par ailleurs, le rétablissement dépend partiellement de l'habileté de la personne à se trouver et à poursuivre des buts. Cette habileté se développe par des interactions entre les motivations internes de l'individu, le soutien et les possibilités que lui offre son environnement (Onken et al., 2007). Occuper un emploi ou une autre activité professionnelle est un bon exemple de but productif que la personne peut poursuivre dans le cadre de son rétablissement. Effectivement, le travail est fortement lié à la réadaptation et au rétablissement des personnes atteintes de TMG (Sullivan, 1994) et en est même parfois considéré comme la pierre angulaire (Corbière, 2012). De plus, comme les personnes qui sont atteintes d'un trouble mental sont souvent victimes de marginalisation et d'exclusion sociale, l'accès à un travail leur redonne de la dignité et la possibilité d'exercer une activité socialement valorisante, ce qui favorise leur rétablissement (Bizier &

Lirette, 2006; Corbière, 2012). Le travail est aussi lié : a) à la réduction des symptômes psychiatriques, b) à l'organisation de son temps, c) à l'augmentation de l'estime de soi, d) au développement d'un réseau social, e) à l'activation du pouvoir de consommation des personnes et f) à la consolidation d'une identité socioprofessionnelle (Corbière, 2012).

Le rétablissement est également considéré comme un acte continu d'expression du pouvoir décrit comme une manifestation d'appropriation de ce pouvoir (Jacobson & Curtis, 2000). Les individus atteints d'un TMG aspirent à une vie plus autonome et veulent gérer les limites de leur maladie. Pour Young et Ensing (1999), l'appropriation du pouvoir est à la fois une attitude et un comportement orientés vers l'action, ce qui implique pour la personne de prendre les responsabilités de son propre rétablissement et de sa vie, de développer sa confiance en soi et de prendre des risques (Ridgway, 2001; Young & Ensing, 1999). Elle doit pouvoir choisir ses propres buts et identifier elle-même sa trajectoire, car il s'agit de son rétablissement. L'autodétermination, un concept au cœur de l'appropriation du pouvoir, repose sur la liberté de prendre des décisions simples, mais ayant des conséquences importantes (par exemple : décider où vivre, comment dépenser son argent et son temps, etc.) (Onken et al., 2007). Le changement d'un mode passif à un mode actif requiert que la personne ait l'habileté de défendre ses droits et d'utiliser certains mécanismes d'adaptation (Ridgway, 2001). La capacité de vivre sa vie selon ses propres priorités est primordiale afin de mener une existence autodéterminée (Cook & Jonikas, 2002). Selon l'étude de Resnick et al. (2005) la capacité d'appropriation du pouvoir serait la dimension la plus importante et expliquerait le mieux la variance des différences individuelles du rétablissement. Cette capacité inclurait de prendre la responsabilité de ses propres décisions, mais aussi la responsabilité de son traitement.

1.4.2 Les facteurs environnementaux

Dans les écrits, les principaux facteurs environnementaux reconnus pour leur influence dans le rétablissement des personnes ayant des TMG sont : a) le soutien social et

b) les circonstances et possibilités. En effet, le rétablissement n'arrive pas seul, il implique la présence et le soutien de plusieurs personnes : la famille, les amis, les pairs et les professionnels (Borg & Kristiansen, 2004; Schön et al., 2009). Le soutien des autres est donc un préalable au rétablissement, la personne doit bâtir des relations et en prendre les responsabilités associées aux rôles sociaux issus de ces relations (Curtis, 1998; Deegan, 1998 dans Onken et al., 2007). D'ailleurs, les individus qui ont un réseau de plus grande taille ou qui en sont plus satisfaits rapportent un plus haut niveau de rétablissement, ont plus d'espoir et sont plus orientés vers les buts (Corrigan & Phelan, 2004).

D'autre part, aucun des éléments du rétablissement ne serait possible sans possibilités ou occasions pour les réaliser. Ainsi, pour libérer la personne de certaines préoccupations, mettre l'accent sur la construction d'une vie saine et réaliser des rêves et des buts plus complexes, les besoins de base doivent être satisfaits : hébergement sécuritaire, nourriture et vêtements adéquats, revenu durable et accès aux soins de santé nécessaires (Baxter & Diehl, 1998). Ceci étant dit, les vrais choix sont impossibles sans des options significatives, l'environnement doit donc mettre à la disposition de la personne un certain nombre d'occasions et de ressources comme l'accès à des thérapies et modes d'intervention alternatifs (Onken et al., 2002). La communauté peut donc être vue comme une oasis de ressources et l'habileté à y participer en se basant sur ses forces est une autre facette du rétablissement (Hogan, 2003; Rapp & Sullivan, 2014).

1.4.3 Les facteurs se rapportant à l'intervention professionnelle

Dans le réseau social des personnes ayant un TMG se trouve souvent un bon nombre de professionnels de la santé qui peuvent avoir une influence sur leur rétablissement. Ces professionnels peuvent être des médecins, infirmiers, éducateurs, pharmaciens, travailleurs sociaux, etc. Le rétablissement peut survenir sans aide professionnelle, par contre, les interventions des professionnels de la santé semblent faciliter le processus. Effectivement, Wood, Price, Morrisson, et Haddock (2013) notent

que 32,5 % des personnes atteintes de psychose croient que les services de SM sont un facteur important dans leur rétablissement. Dans une autre étude conduite dans des services de gestion de cas, on note que 77 % des participants attribuent les améliorations de leur fonctionnement quotidien au soutien et à l'aide reçus d'un professionnel (Björkman & Hansson, 2001).

Le développement d'un sens de l'espoir par la personne se fait à travers ses interactions avec les autres. Pour les professionnels qui sont orientés vers le rétablissement des personnes, un de leur rôle premier est donc de transmettre l'espoir afin de stimuler le changement (Borg & Kristiansen, 2004; Russinova, 1999). Inversement, même si ce comportement peut agir comme un agent motivateur pour certaines personnes, les professionnels qui exposent la présumée nature chronique de la maladie et les limites qui y sont associées peuvent entraver le processus de rétablissement (Deegan, 2004; Johnson, 2000 dans Onken et al., 2007).

Parallèlement, la médication peut influencer de façon négative ou positive le rétablissement (Schön et al., 2009; Sullivan, 1994; Tooth et al., 2003; Young & Ensing, 1999). Pour ce qui est des aspects négatifs, nous retrouvons les effets secondaires et les effets non désirés sur les symptômes qui peuvent rendre le « traitement » plus désagréable que la « maladie » (Bizub, 2013). Aussi, certaines personnes n'ont pas reçu le bon médicament et le bon dosage au début de leur traitement, ce qui a pu amener des frustrations (Schön et al., 2009; Sullivan, 1994). Les personnes peuvent trouver difficile de communiquer une expérience de traitement négative à un professionnel de la santé. Parfois, les professionnels manquent d'empathie et banalisent la situation exposée, ce qui peut compromettre le partage des décisions et la collaboration en plus de stigmatiser la personne (Bizub, 2013). Il est donc important pour les personnes de se sentir écoutées par les professionnels à ce sujet (Schön et al., 2009; Sullivan, 1994). Ce qui inclut aussi la possibilité d'essayer d'autres médicaments ou des traitements alternatifs (Schön et al., 2009).

Ce qui nous amène à l'importance de donner de l'information contribuant à diminuer l'anxiété et fournissant un contexte pour comprendre son expérience (Tooth et al., 2003). Connaître sa maladie, les traitements disponibles, la façon de naviguer dans le système de santé et être conscient des possibilités de rétablissement peuvent être très aidant afin de gérer la maladie (Resnick et al., 2005). Cela peut aussi aider à générer de l'espoir et à prendre du pouvoir sur sa vie (Deegan, 1996).

Face aux professionnels et au système de SM, les personnes ayant un TMG ont des avis partagés. Un fait prime sur les autres : la relation est plus importante que les interventions (Schön et al., 2009; Sullivan, 1994). D'un côté, on retrouve des personnes qui rapportent que les professionnels leur ont démontré de l'intérêt et se sont impliqués au-delà du diagnostic. Ils ont donné un sens à l'expérience de la personne et ont établi une relation de coopération et de réciprocité qui n'était pas basée sur les procédures et la routine (Schön et al., 2009). Les personnes recherchent des intervenants qui vont les encourager à prendre leurs propres décisions et qui vont travailler en partenariat (Ridgway, 2001). D'un autre côté, selon l'étude de Schön et al. (2009) environ deux tiers des personnes peuvent rapporter une relation négative avec un professionnel. Cette situation peut se produire lorsque le professionnel suit une routine stricte et ne s'applique pas à considérer le « patient » comme une personne.

Le rétablissement des personnes ayant un TMG est donc une trajectoire complexe influencée par plusieurs éléments venant à la fois de la personne elle-même, de son environnement et des interactions entre les deux. Les travailleurs sociaux, par la spécificité de leur profession, ont la possibilité d'intervenir dans toutes les sphères qui peuvent influencer le rétablissement. Les interventions des travailleurs sociaux ont donc une importance mais, comme nous l'avons déjà mentionné, la relation paraît plus importante

que les interventions réalisées. Cette relation entre les personnes et les professionnels de la santé est nommée relation thérapeutique (RT)¹.

Si on sait qu'il y a une relation entre la RT et les résultats de l'intervention en SM (Frank & Gunderson, 1990; Gehrs & Goering, 1994; Horvath & Symonds, 1991), on ne connaît pas bien encore les effets de la RT sur le rétablissement des personnes. Le présent mémoire propose donc de mettre en lumière les apports de cette RT dans le rétablissement des personnes atteintes d'un TMG.

¹ Selon McCabe et Priebe (2004), la relation entre la personne et le professionnel peut être définie par les termes relation thérapeutique (*therapeutic relationship*) (Alexander et Coffey, 1997), relation d'aide (*helping relationship*) (Alexander et Coffey, 1997), alliance de travail (*working alliance*) (Gehrs et Goering, 1994), alliance d'aide (*helping alliance*) (Luborsky et al., 1983; Priebe et Gruyters, 1993; Klinkenberg et al., 1998) ou alliance thérapeutique (*therapeutic alliance*) (Clarkin et al., 1987).

CHAPITRE 2

LA RECENSION DES ÉCRITS

Dans la section précédente, nous avons fait une synthèse des facteurs pouvant influencer le rétablissement des personnes atteintes d'un TMG. La présente recension des écrits fera donc état de la façon dont le concept de rétablissement est appliqué dans les services de SM. Plus précisément, nous commencerons par déterminer l'influence du concept de rétablissement dans l'élaboration des politiques sociales au Québec, les valeurs du rétablissement, caractéristiques des services et des programmes orientés vers le rétablissement, les pratiques le favorisant ainsi que le rôle de la RT dans le rétablissement. Nous terminerons par une synthèse des forces et des limites des études et l'élaboration de notre question de recherche.

2.1 L'influence du rétablissement dans l'élaboration des politiques de santé mentale au Québec

Depuis les années 1990, plusieurs pays ont fait du rétablissement un concept central devant guider les pratiques en SM (Anthony, 2000). Le Québec ne fait pas exception à la règle. Effectivement, le rétablissement est devenu un concept qui se retrouve au cœur même des lignes directrices du plus récent Plan d'action en santé mentale (PASM) 2005-2010 : *la force des liens* (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005). Parmi les constats régissant les propositions de changements dans l'organisation des services, on peut y lire : « La priorité qu'il faut accorder au rétablissement de la personne dans sa globalité et au développement de moyens qui lui donneront espoir et faciliteront sa participation active à la vie en société » (p.11). De façon plus concrète, le PASM 2005-2010 prévoit des mesures afin de favoriser l'accès au logement, à l'emploi et aux études afin d'aider à restaurer les rôles sociaux des personnes atteintes d'un trouble mental. Une mesure est aussi élaborée afin de « favoriser la participation des personnes utilisatrices de services et de leurs proches dans les structures de décision » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005, p. 16).

Le PASM 2005-2010 a fait l'objet d'une évaluation de son implantation en 2012 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012). Cette évaluation fait ressortir l'état de l'implantation des différentes mesures prévues dans le PASM aux niveaux national, régional et local. On peut constater que même si l'implantation des mesures n'est pas achevée, plusieurs initiatives ont été déployées afin d'orienter les pratiques vers le rétablissement des personnes. Concernant la mesure prévue afin de favoriser l'implication des personnes et de leurs proches, on remarque beaucoup de variabilité selon les milieux. Bien que leur participation reste difficile dans les instances décisionnelles, on note certaines initiatives fructueuses. Citons par exemple la création de l'association Les Porte-voix du rétablissement, une association de défense des intérêts entièrement gérée par et pour les personnes vivant ou ayant vécu un trouble mental, soutenue par le MSSS depuis 2009. Le rapport d'évaluation du PASM 2005-2010 donne aussi des pistes de recommandations pouvant guider l'élaboration de la prochaine politique en SM. Dans ces recommandations, on y fait mention de : « Prioriser le rétablissement des personnes, l'implication des utilisateurs de services et celles des familles » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012, p. 67). Bien que cette orientation ait fait partie des priorités du PASM 2005-2010, elle se doit d'être renouvelée dans les années à venir. D'ailleurs, dans son rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux (2012), le Commissaire à la santé et au bien-être indique que :

Une offre de soins et services axée sur le rétablissement suppose donc de remettre en question les façons de faire, mais aussi de donner les moyens aux changements souhaités de se concrétiser. L'appropriation du principe de rétablissement demande du temps et des ressources, de même que la mobilisation des différents acteurs concernés par la prestation des soins et services. (p. 52)

En somme, selon les politiques en vigueur au Québec, le rétablissement devrait teinter l'offre de services en SM. Mais comment peut-on développer ou transformer les services en suivant ce concept? Comment évaluer si un service en particulier peut être considéré comme orienté vers le rétablissement? Dans la prochaine section, nous tenterons de répondre à ce questionnement.

2.2 Les valeurs du rétablissement

Lorsque l'on parle de services orientés vers le rétablissement, on ne prend pas en compte le type de service en tant que tel (par exemple : gestion de cas, soutien au logement, intégration professionnelle, etc.), mais l'application des valeurs clés du rétablissement à l'intérieur des programmes (Farkas, Gagne, Anthony, & Chamberlin, 2005). Jacobson (2007) expose cette affirmation en ces termes :

Les systèmes de santé mentale, les programmes et les pratiques sont constitués d'un certain nombre d'éléments. Pour être identifiés comme étant axés sur le rétablissement, les principes et les valeurs inhérents à ce concept doivent être reflétés dans tous ces éléments. (p. 255)

Effectivement, en tant que paradigme, le rétablissement inclut certaines valeurs qui agissent comme les principes clés qui sous-tendent l'intervention. Dans une ressource orientée vers le rétablissement, elles doivent guider la pratique, les croyances, les principes et la façon dont le personnel est embauché, formé et supervisé (Farkas et al., 2005). Farkas et al. (2005) ont identifié ces valeurs qui sont au nombre de quatre.

Premièrement, la ressource doit avoir une approche orientée vers la personne, ce qui implique l'importance de reconnaître les forces et les limites de celle-ci. Elle doit être considérée non pas uniquement comme un « patient » « client », ou un « bénéficiaire », mais comme personne à part entière, pouvant occuper des rôles de père, de sœur, d'étudiant, d'employé, etc. Elle doit être reconnue pour ses intérêts, ses talents, ses capacités intellectuelles et sa personnalité.

Ensuite, on doit favoriser l'implication de la personne. Pour ce faire, l'individu doit avoir l'occasion de s'impliquer significativement dans le processus d'intervention. L'implication des personnes dans les services (planification, implantation et évaluation) est une composante importante de la qualité de la gestion d'une ressource. Ce partenariat doit être présent dans tous les aspects de son rétablissement.

Puis, on retrouve l'autodétermination. Cette valeur se manifeste dans l'importance pour la personne de faire des choix individuels dans tous les aspects de son rétablissement. Le service de SM doit donc encourager les personnes utilisatrices à prendre le contrôle de modalités de soins comme les objectifs, les moyens à utiliser, le moment de s'engager ou de se désengager dans les services.

La quatrième et dernière valeur au cœur du rétablissement selon Farkas et al. (2005) est le potentiel de croissance. Cette valeur implique la reconnaissance de la capacité de chaque individu de se rétablir, quels que soient les obstacles infligés par la maladie. On y inclut donc le fait de semer et de cultiver l'espoir, ainsi que d'évaluer et d'ajuster les services pour permettre de prendre conscience des progrès de la personne.

2.3 Les caractéristiques des systèmes de santé mentale axés sur le rétablissement

Comme nous l'avons déjà mentionné, la définition du rétablissement peut varier. Donc, selon le type de définition et l'interprétation qui en est faite, les principes du rétablissement peuvent être appliqués très différemment (Jacobson, 2007). Malgré ce fait, un ensemble de 12 dimensions organisationnelles a été élaboré par Anthony (2000, 2002) à partir des principes du rétablissement, d'études portant sur les systèmes de santé et de consultations au *Center for Psychiatric Rehabilitation* de l'Université de Boston, afin d'établir des lignes directrices pouvant servir de point de départ et de référence pour l'élaboration de systèmes² de services en SM orientés vers le rétablissement. Le Tableau 1 résume ces dimensions.

² Un système de services est une combinaison de services organisés pour rencontrer les besoins d'une population en particulier (Sauber, 1983 dans Anthony, 2000).

Tableau 1

Dimensions organisationnelles des systèmes de SM orientés vers le rétablissement
(à partir de Anthony, 2002; 2000)

But et résultats attendus	Opérations générales	Culture organisationnelle
– Cadre stratégique	– Système de gestion	– Ouverture culturelle
– Approche évaluative	– Intégration des services	– Défense des droits
– Exercice du leadership	– Vision d'ensemble	– Formation
	– Modalités de participation	– Promotion
		– Financement et accessibilité

Les trois premières dimensions portent sur le but du système et les résultats attendus. On y inclut le cadre stratégique de l'organisation, l'approche évaluative et l'exercice du leadership. Le cadre stratégique fait référence à la mission et aux résultats visés du système. Ce cadre doit employer le langage du rétablissement, ce qui comprend les notions de rôle, d'appropriation du pouvoir, de satisfaction de la personne et de QDV. L'approche évaluative veut mesurer les effets observables des services offerts et le sentiment subjectif de satisfaction. L'évaluation de ces résultats doit toujours tenir compte de la perspective de la personne et de sa famille. Pour ce qui est du leadership, les personnes qui l'exercent doivent démontrer, par leur discours et leurs actions, que tous les éléments de ce système doivent s'orienter vers le rétablissement.

Anthony (2000, 2002) identifie aussi quatre dimensions concernant les opérations générales. Il s'agit d'abord du système de gestion qui, par ses politiques et procédures, doit fournir des repères pour mesurer les effets des services. Ensuite, les services doivent être intégrés de manière à ce qu'un suivi individuel soit offert à chaque personne en ayant besoin. Ce suivi doit tenir compte des résultats attendus par les utilisateurs. De plus, lorsque la personne est orientée vers un autre service, le dossier doit inclure une description des objectifs visés par ce nouveau service. Puis, une autre dimension fait référence à la vision d'ensemble. Ainsi, on doit inclure l'environnement de la personne et ne pas se restreindre au système de SM. Les systèmes axés sur le rétablissement devraient aussi prévoir des

modalités de participation qui permettent à la personne atteinte d'un trouble mental de s'impliquer dans la planification et l'évaluation des services. D'autant plus que la sélection, le recrutement du personnel et des bénévoles devraient cibler les usagers et leurs familles.

La dernière dimension réfère à une culture organisationnelle plus ouverte à la vision du rétablissement. On y retrouve l'ouverture culturelle, la défense des droits, la formation, la promotion et le financement, ainsi que l'accessibilité. L'ouverture culturelle implique que les politiques doivent tenir compte des diversités présentes dans chaque groupe culturel, d'âge ou de revenu. Pour ce qui est de la défense des droits, elle doit se faire dans la vision du rétablissement et permettre aux personnes de participer pleinement à leur rôle de citoyen. La formation du personnel, quant à elle, doit refléter l'ouverture culturelle, inclure des séances de formation sur le rétablissement et adapter les critères de sélection du personnel à la vision du rétablissement. La promotion des services du système doit valoriser le rétablissement, la réinsertion et les buts des personnes. En ce qui a trait au financement, celui-ci doit être basé sur les bénéfices obtenus ou attendus des utilisateurs de services. L'accès aux services, doit se baser sur les choix des utilisateurs plutôt que sur les préférences des professionnels ou des règles administratives et valoriser l'accès aux services de la communauté (et non exclusivement aux services en SM). Bref, l'implantation d'un système de services de SM orienté vers le rétablissement implique d'abord l'idée que les personnes peuvent se rétablir d'un trouble mental.

2.4 Les dimensions des programmes orientés vers le rétablissement

Évidemment, tout comme le système, les programmes qui en font partie doivent aussi être basés sur le fait que les personnes peuvent se rétablir d'un trouble mental et vivre pleinement dans la communauté. De nos jours, les programmes sont souvent élaborés à partir des données probantes disponibles (*evidence-based practices*, EBP). Le développement des EBP et l'intérêt croissant pour le rétablissement se sont produits presque simultanément dans le temps. Pourtant, ces deux mouvements ont évolué de manière

parallèle (Provencher, 2002). On peut donc se poser la question : est-ce que le rétablissement et les pratiques basées sur les données probantes sont compatibles?

En effet, on remarque que le développement des programmes basés sur les données probantes ne tient souvent pas compte des possibilités de rétablissement des personnes (Farkas et al., 2005). Farkas et al. (2005) ont donc fait ressortir les dimensions et sous-dimensions des programmes axés vers le rétablissement en se basant sur des récits de personnes s'étant rétablies ainsi que sur des études empiriques. Ce faisant, ces chercheurs ont tenté de combler le fossé entre les pratiques basées sur les données probantes et la vision du rétablissement. Les dimensions qu'ils ont proposées pour guider les services de SM ont donc été pensées pour être à la fois compatibles avec les pratiques basées sur les valeurs du rétablissement³ et les EBP.

Toujours selon Farkas et al. (2005), il y a deux dimensions aux programmes : l'organisation et l'administration ainsi que le personnel. L'organisation et l'administration touchent aux composantes de la structure du programme qui fournissent un cadre de référence basé sur les valeurs du rétablissement. On y compte sept sous-dimensions : la mission, les politiques, les procédures, la gestion de dossiers, la qualité des services, l'environnement physique et le réseau de services. Toutes ces sous-dimensions doivent s'inscrire dans une optique favorisant le rétablissement. Ainsi, la mission, les politiques et les procédures doivent être rédigées dans un langage qui respecte les personnes utilisatrices et qui est compris par elles. De plus, ces personnes doivent être impliquées dans leur développement. Les dossiers des personnes faisant partie du programme doivent inclure leurs forces et intérêts, être rédigés dans un langage commun et être accessibles aux personnes. Des mécanismes assurant la qualité des services doivent être élaborés et mis en place en collaboration avec les utilisateurs. De plus, l'environnement physique où se dispense le programme se doit d'être accueillant et chaleureux, à l'image des personnes le

³ Ce que les auteurs appellent « *values based practice* ».

fréquentant. L'organisation doit aussi entretenir des liens avec les autres ressources de la communauté ne faisant pas partie du réseau des services de SM.

Par ailleurs, la sélection, la formation et la supervision du personnel doivent aussi se faire de manière à favoriser le rétablissement des personnes. Concernant la sélection, les candidats privilégiés doivent avoir des connaissances de base sur les principes du rétablissement. De surcroît, il est conseillé d'encourager l'embauche de pairs-aidants et d'impliquer les personnes dans le processus de sélection. Bien entendu, la formation doit inclure des notions relatives au rétablissement. On peut aussi offrir l'occasion de rencontrer des personnes s'étant rétablies afin de susciter l'espoir chez le personnel et de montrer un modèle positif. Pour finir, la supervision du personnel doit être faite dans un climat positif et doit mettre l'accent sur les principes du rétablissement et les compétences qui y sont reliées. Les sessions de supervision doivent se centrer autant sur les limites que les forces du personnel et sur l'établissement de buts professionnels significatifs.

Farkas et al. (2005) nous donnent donc les ingrédients à inclure dans les programmes susceptibles de favoriser le rétablissement des personnes utilisant les services de SM. Par contre, on ignore encore si l'ajout des pratiques basées sur les valeurs du rétablissement à des pratiques basées sur des données probantes entraîne des résultats différents ou plus apparentés au rétablissement (estime de soi, appropriation du pouvoir, bien-être) (Farkas et al., 2005). Dans ce qui suit, nous recenserons donc les pratiques et leurs composantes étant les plus associées au rétablissement des personnes atteintes d'un TMG.

2.5 Les pratiques orientées vers le rétablissement

Un des principaux problèmes auquel fait face le domaine de la santé mentale est le manque de connaissance au sujet des interventions et des services pouvant aider les personnes à se rétablir d'un trouble mental grave [traduction libre] (Farkas et al., 2005, p. 142).

La majorité des programmes sont plutôt orientés vers la diminution des symptômes et la prévention des rechutes afin de maintenir la personne dans la communauté (Anthony, Cohen, Farkas, & Gagne, 2002). Malgré tout, on ne peut passer sous silence l'existence de ces pratiques qui teintent le système de SM actuel. Dans un rapport détaillé sur le système de SM au Québec du Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE), Fleury et Grenier (2012) ont recensé les interventions considérées comme de « bonnes pratiques » en SM.

Bien que le rétablissement ne soit pas une pratique en soi, on retrouve certains modèles d'intervention qui s'inspirent des principes qui lui sont propres. Provencher (2002) rapporte que les modèles du soutien au logement (Carling, 1993), du soutien à l'emploi (Becker & Drake, 1994; Drake et al., 1999; Drake, McHugo, Becker, Anthony, & Clark, 1996), ainsi que celui du suivi dans la communauté axé sur les forces de l'individu (Rapp, 1998) en font partie. Pour sa part, Jacobson (2007) donne aussi des exemples de pratiques qui se veulent orientées vers le rétablissement. On y retrouve le *Collaborative Recovery Model* (CRM) (Oades et al., 2005) et le modèle *Personal Assistance in Community Existence* (PACE) (Ahern & Fisher, 2001). Malgré que l'efficacité de ces approches ait été prouvée dans de nombreux contextes différents (Fleury & Grenier, 2012), les composantes particulières ayant un effet positif pour le rétablissement ne sont pas toujours claires. Dans la prochaine partie, nous tenterons donc de jeter un éclairage sur ces composantes.

2.6 Les composantes des interventions efficaces en SM

L'intervention en SM peut s'avérer complexe; les professionnels œuvrant dans ce domaine doivent souvent apporter leur soutien face à de nombreuses problématiques (concomitance, itinérance, exclusion, etc.). Ainsi, l'efficacité des interventions dépend de plusieurs variables n'étant pas nécessairement contrôlables par le professionnel et difficilement mesurables par le chercheur. Dans les sections qui suivent, nous déterminerons dans un premier temps, les facteurs thérapeutiques communs supportant l'efficacité des interventions psychothérapeutiques. Puis, nous identifierons les ingrédients

des interventions permettant d'amener des résultats chez les personnes atteintes de TMG. Ensuite, il sera question de l'influence des préférences des utilisateurs face aux services de SM, et finalement, des éléments liés à la satisfaction ainsi qu'à la faible satisfaction de ces personnes face aux interventions.

2.6.1 Les facteurs communs de l'intervention psychothérapeutique

Il faut d'abord mentionner que les résultats de l'intervention transcendent la somme des éléments qui la composent tels que la méthode utilisée. Par contre, certains modèles ont été développés afin d'expliquer les variances dans les résultats des interventions de type psychothérapie. Selon le premier modèle, les améliorations des personnes recevant des services de psychothérapie dépendent de facteurs extrathérapeutiques à 40 %, des facteurs communs de l'intervention à 30 % (dont fait partie la RT), des facteurs théoriques de l'intervention (méthode de traitement) et de l'effet placebo à 15 % chacun (Norcross & Lambert, 2011). Ce modèle présente seulement les facteurs connus et expliqués responsables de la variance dans les résultats et sépare les facteurs communs des facteurs spécifiques. Un second modèle tient compte de la variance totale des résultats de la psychothérapie attribuables aux facteurs thérapeutiques. Dans ce modèle, 40 % de la variance dans les résultats est inexplicée. Du coup, on diminue l'influence des facteurs thérapeutiques. On indique que 30 % des résultats sont dus à la contribution des clients (incluant la sévérité des symptômes), 12 % à la RT, 8 % à la méthode de traitement, 7 % au thérapeute et 3 % à des facteurs autres (Norcross & Lambert, 2011). Les Figures 1 et 2 représentent ces deux modèles de façon visuelle.

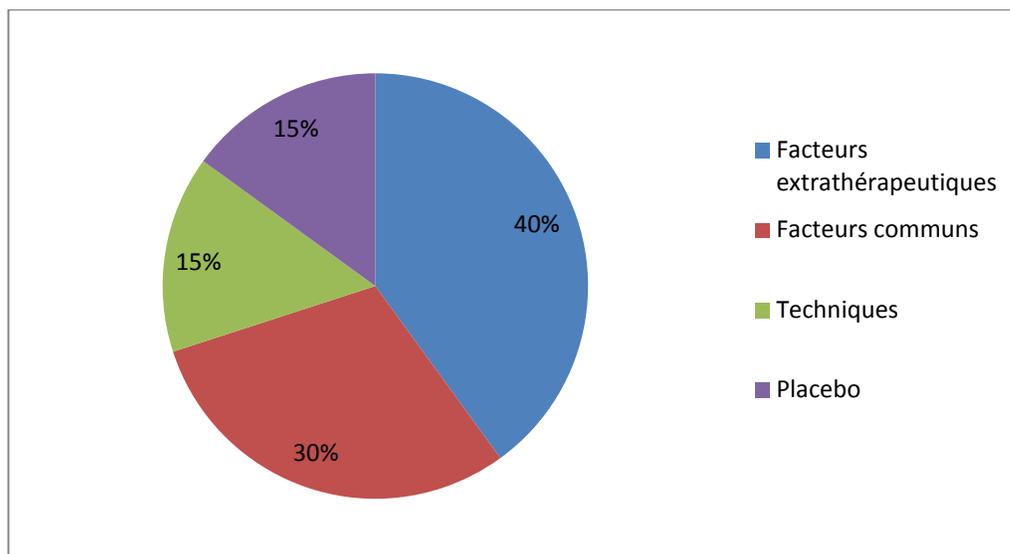


Figure 1. Facteurs connus expliquant la variance des résultats de la psychothérapie (élaboré à partir de Norcross et Lambert, 2011).

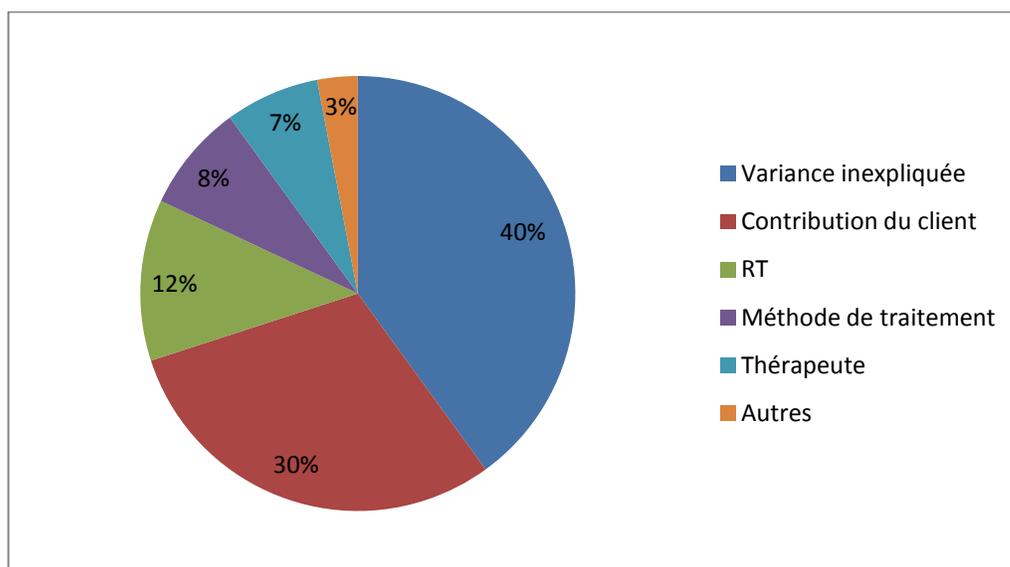


Figure 2. Facteurs expliquant le total de la variance des résultats de la psychothérapie (élaboré à partir de Norcross et Lambert, 2011).

Les facteurs amenant un changement chez la personne sont interdépendants, flexibles et dynamiques (Duncan, Miller, Wampold, & Hubble, 2010) (Duncan et al., 2010). Malgré tout, il existe des facteurs communs présents dans le processus thérapeutique

qui peuvent avoir des effets sur le cours de l'intervention. Ces facteurs, tels que recensés par Duncan et al. (2010), sont au nombre de quatre : 1) les facteurs extrathérapeutiques et liés à la personne, 2) les modèles et techniques, 3) les facteurs liés à l'intervenant/thérapeute et 4) l'alliance et la RT.

D'abord, les facteurs extrathérapeutiques et ceux liés à la personne comprennent tous les éléments extérieurs au traitement tels que le niveau de motivation de la personne, ses forces, son niveau de fonctionnement, ses ressources et son réseau social, son statut économique et les événements de sa vie personnelle. Selon Duncan et al. (Duncan et al., 2010), les caractéristiques des clients sont l'aspect le plus négligé du processus thérapeutique. Effectivement, des interventions incluant des évaluations continues des progrès des clients et des rétroactions ont des résultats significativement supérieurs à celles n'en ayant pas.

Les modèles et les techniques sont le deuxième facteur commun à considérer. Ceux-ci induisent des attentes positives et permettent de soutenir la participation de la personne. Ils offrent aussi une explication pour les difficultés rencontrées par ces personnes ainsi qu'une gamme de stratégies de résolution de problème (Frank et Frank, 1991; Wampold, 2007 dans Duncan et al., 2010). Un des indicateurs pouvant prédire des résultats négatifs est lié au manque de structure et d'accent sur le traitement (Mohl, 1995; Sachs, 1983). De plus, les modèles et les techniques fonctionnent mieux lorsqu'ils suscitent l'engagement et inspirent la personne.

Pour ce qui est des facteurs liés à l'intervenant, Duncan et al. (2010) affirment que certains d'entre eux sont plus efficaces que d'autres. Par contre, les éléments expliquant cette variabilité sont peu connus (Miller, Duncan, & Hubble, 2007). Par contre, il est suggéré que les intervenants les plus efficaces font usage des facteurs communs pour arriver à de meilleurs résultats. Par exemple, Baldwin Wampold, et Imel (2007) ont trouvé que la variabilité entre les intervenants en termes de résultats est expliquée par la

contribution de ceux-ci à la création de la RT; les intervenants les plus efficaces sont ceux capables de former de meilleures RT avec une plus grande variété de personnes.

Dans cet ordre d'idée, l'alliance⁴ et la RT constituent le quatrième facteur commun de l'intervention. Parmi les facteurs directement liés aux résultats de l'intervention, la RT est de ceux y contribuant le plus largement. Les principaux intéressés, c'est-à-dire les clients, l'identifient comme un élément aidant dans le processus psychothérapeutique (Duncan et al., 2010). Ils attribuent en premier l'efficacité de leur traitement à la relation avec le thérapeute (Elliott & James, 1989). Dans la section suivante, il sera question des ingrédients susceptibles d'amener des résultats positifs plus spécifiquement pour les personnes atteintes de TMG.

2.6.2 Les ingrédients actifs de l'intervention chez les personnes atteintes de TMG

Certains éléments sont identifiés dans la littérature comme étant liés positivement aux résultats des interventions. Ceux-ci agissent comme des ingrédients permettant que l'intervention auprès des personnes atteintes de TMG soit efficace. Dans une étude chez les personnes atteintes de dépression majeure (Hansson, Chotai, & Bodlund, 2012), on note les principales causes des améliorations selon les perceptions des personnes atteintes (N=114). Le facteur le plus souvent cité est l'intervention des professionnels (71,7 %), ce qui inclut tous les types d'aides professionnelles (rencontres de groupe, psychoéducation, soutien d'un intervenant, médication). On retrouve ensuite l'autogestion (39,7 %), qui comprend l'implication de la personne dans son processus de guérison, le développement personnel (changement dans les croyances/comportements), le repos et la relaxation ainsi que les méthodes alternatives (par exemple : réflexologie, méditation, exercice physique, amélioration des habitudes alimentaires). D'autres personnes attribuent les améliorations à

⁴ Ici, on fait une différence entre l'alliance et la RT. L'alliance fait référence à la qualité et la force de la relation de collaboration entre la personne et le professionnel, elle fait donc partie de la RT, la RT étant plus vaste et inclusive (Duncan et al., 2010).

des facteurs externes (22,8 %) tels que le travail, le soutien de la famille et des amis et les événements de vie positifs. Finalement, certaines personnes croient que leurs améliorations se sont produites de façon spontanée, c'est-à-dire en l'absence de moyens actifs (15,2 %). Il peut s'agir ici d'amélioration de l'état de santé physique influençant la santé psychologique, de l'effet du temps ou d'un changement de saison.

Dans une étude exposant les résultats d'un processus de consultation auprès d'acteurs clés en SM (utilisateurs, proches, gestionnaires, travailleurs sociaux), Bergeron-Leclerc et Cormier (2009) ont tenté d'apporter un éclaircissement sur les ingrédients responsables du succès de l'intervention. Avec la prémisse de base selon laquelle l'espoir est au cœur de la relation d'aide, on note plusieurs facteurs principalement liés au savoir-être des intervenants : confiance, respect (de la personne et de son rythme), écoute, empathie, relation égalitaire, croyance au potentiel individuel et au succès, importance d'être considéré comme une personne, authenticité. En outre, peu de facteurs font référence au savoir-faire (motivation client-intervenant, implication des sous-systèmes) et au savoir théorique (réappropriation du pouvoir).

Par ailleurs, Rapp et Goscha (2004) ont effectué une recension systématique incluant des études expérimentales ou quasi-expérimentales portant sur les ingrédients actifs des interventions de gestion de cas produisant des résultats significativement positifs pour les personnes atteintes de TMG. Selon ceux-ci, seules des études portant sur les approches de suivi intensif dans le milieu (*Assertive Community Treatment*) et centrée sur les forces (*Strengths Model*) répondent à ces critères d'inclusion. Ils en ont ressorti 10 principes, chacun ayant au moins six publications scientifiques appuyant des résultats positifs face à l'intervention. Ces principes sont résumés dans le Tableau 2.

Tableau 2

Principes des ingrédients actifs d'une gestion de cas efficace
(élaboré à partir de Rapp et Goscha, 2004)

1. Les intervenants doivent fournir le plus d'aide et de services possibles, au lieu d'orienter vers une série de services	<ul style="list-style-type: none"> – Fournir les services directement – Fournir de l'assistance dans tous les domaines de la vie quotidienne (budget, hébergement, emploi, etc.)
2. Les ressources de la communauté sont les partenaires principaux	<ul style="list-style-type: none"> – Travailler avec les acteurs de la communauté (employeurs, professeurs, voisins, etc.) au lieu d'orienter vers des programmes spécialisés
3. Les intervenants doivent travailler dans la communauté	<ul style="list-style-type: none"> – Délivrer les services directement dans le milieu de vie de la personne
4. La gestion de cas individuelle et la gestion de cas en équipe fonctionnent	<ul style="list-style-type: none"> – Équipe interdisciplinaire : réduction des épuisements professionnels, amélioration de la continuité des interventions, augmentation de la disponibilité des intervenants connaissant la personne, augmentation de la créativité dans la planification des services – Individuelle : une seule personne responsable, moins de rencontres d'équipe donc plus de temps pour la personne, clarté dans l'assignement des tâches, développement d'une relation professionnelle intime
5. L'intervenant responsable de la gestion de cas détient la responsabilité première des services fournis à la personne	<ul style="list-style-type: none"> – Absence de partage de responsabilités avec d'autres programmes de SM
6. Les intervenants responsables de la gestion de cas peuvent être paraprofessionnels	<ul style="list-style-type: none"> – Les intervenants peuvent provenir de divers milieux (professionnels, B.A., étudiants, utilisateurs de services) – Les intervenants doivent avoir accès à un superviseur chevronné, au personnel médical et à d'autres experts si nécessaire
7. Le nombre de dossiers doit être suffisamment restreint pour permettre une fréquence de contact relativement élevée	<ul style="list-style-type: none"> – Faible ratio intervenant-utilisateur – Adapter la taille de la charge de travail aux besoins des personnes et aux résultats souhaités

Tableau 2 (suite)

Principes des ingrédients actifs d'une gestion de cas efficace
(à partir de Rapp et Goscha, 2004)

8. Les services de gestion de cas devraient être d'une durée illimitée	<ul style="list-style-type: none"> – Si nécessaire, offrir un accès à long terme ou à vie à une vaste gamme de ressources – Délivrer les services de façon personnalisée
9. Un intervenant familial doit être disponible 24/7	<ul style="list-style-type: none"> – Peut être optionnel car manque de consensus – Accès à un service de crise 24/7
10. Les intervenants doivent encourager l'autodétermination	<ul style="list-style-type: none"> – Fournir des possibilités et des options

Un autre des éléments à considérer dans l'organisation des services de SM est la satisfaction des personnes qui les utilisent. Plusieurs éléments font en sorte que les personnes soient plus ou moins satisfaites des services qu'elles reçoivent; c'est d'ailleurs ce qui sera discuté dans les deux prochaines sections.

2.6.3 Les éléments liés à la satisfaction des utilisateurs de services de SM

La satisfaction des usagers est un élément essentiel d'un système de services axés sur le rétablissement des personnes atteintes d'un TMG. Il s'agit d'un indicateur important de la qualité des traitements et de leur efficacité. Effectivement, les services doivent être coordonnés en promouvant la mesure de la satisfaction comme un indicateur de qualité (Howard, Rayens, El-Mallakh, & Clark, 2007; Tyson et al., 2001). La satisfaction se base sur les attentes, l'expérience vécue et les résultats du traitement dans son ensemble (Ruggeri, 1994), ce qui en fait un indicateur basé sur la subjectivité. Cette nature subjective implique qu'elle est difficile à définir, mais fournit aussi la possibilité de tenir compte des perceptions des utilisateurs dans les processus d'évaluation (Ruggeri, 1994).

Certains thèmes ressortent comme étant liés à la satisfaction selon des études basées sur les perceptions des personnes utilisant les services de SM⁵. Il s'agit de la relation avec les professionnels, de l'information et de l'éducation, du partage de décision et de l'implication de la personne, de l'organisation et de la dispensation des services, de la qualité des services, des caractéristiques des personnes, des caractéristiques des professionnels ainsi que des résultats des interventions.

La relation avec les professionnels délivrant les services de SM est identifiée comme une source de satisfaction dans plusieurs études. Selon Johansson et Eklund, (2003), que la personne soit satisfaite ou non des traitements reçus, la relation d'aide et le fait de se sentir comprise est l'élément central de la qualité des soins. Effectivement, les personnes apprécient avoir une relation positive avec un intervenant (Björkman & Hansson, 2001), être traitées de manière agréable par celui-ci (Rijckmans, Bongers, Garretsen, & Van De Goor, 2007) ainsi que sa disponibilité (Howard et al., 2007). De manière plus spécifique, elles veulent pouvoir construire une relation à long terme permettant le développement de la confiance, de se sentir reconnue comme une personne et d'être traitée en égal (Lester, Tritter, & England, 2003). Dans les milieux psychiatriques, l'existence et la qualité de la relation d'aide sont aussi des composantes centrales des soins (Johansson & Eklund, 2003). Les personnes évaluent positivement les aspects interpersonnels des services reçus lors des hospitalisations (Tyson et al., 2001). Elles apprécient la disponibilité du personnel, pouvoir communiquer de façon agréable, ainsi que la confiance du personnel face à leur capacité de changement et de rétablissement (Howard, El-Mallakh, Rayens, & Clark, 2003).

⁵ La plupart des études consultées ont été réalisées chez une clientèle atteinte de trouble psychotique ou de trouble de l'humeur recevant des services de première ligne en SM (services généraux, centre de SM communautaire). Certaines études visent aussi les personnes hospitalisées dans une unité psychiatrique, le cas échéant, la nuance est apportée dans le texte.

Les personnes utilisant les services de SM pointent aussi l'importance d'avoir suffisamment d'informations et d'explications au sujet de leur maladie et ce qu'elle implique (Lester et al., 2003). Elles veulent que les professionnels leur expliquent toutes les possibilités face à leur traitement (Rijckmans et al., 2007). Pour les personnes hospitalisées dans une unité psychiatrique, il est aussi important d'avoir accès à de l'information concernant leur diagnostic et le pronostic (Tyson et al., 2001). Le personnel doit fournir suffisamment d'information pour aider la personne à gérer sa maladie (Hackman et al., 2007; Howard et al., 2003), tout particulièrement concernant l'éducation face à la médication et à ses effets secondaires, les abus de substances, la continuité des services offerts à l'externe et les compétences liées à la vie quotidienne (Hackman et al., 2007).

Les personnes atteintes d'un TMG sont aussi satisfaites des services offrant la possibilité de s'impliquer dans la prise de décision face aux traitements (Adams, Drake, & Wolford, 2007), particulièrement concernant la médication (Lester et al., 2003). Elles apprécient aussi être consultées pour déterminer leurs besoins afin d'adapter les services (Rijckmans et al., 2007). Par contre, certaines personnes (surtout dans les cohortes plus âgées) considèrent les professionnels comme étant plus aptes à prendre les décisions les concernant (surtout lors d'un épisode de crise) et préfèrent ne pas être impliquées dans les décisions (Lester et al., 2003).

Certains éléments renvoient à l'organisation des services et à la façon dont ils sont dispensés. D'abord, on constate que les personnes sont satisfaites des services orientés vers le rétablissement; ces types de services sont à la fois associés à la satisfaction et à l'appropriation du pouvoir (Barrett et al., 2010). Il est important pour les personnes d'avoir l'impression de recevoir des soins personnalisés et adaptés à leur propre situation (Ruggeri et al., 2003). Les personnes accordent aussi de l'importance à l'obtention rapide et facile d'un accès aux ressources dont elles ont besoin, comme obtenir un rendez-vous en cas d'urgence, recevoir des visites à domicile et des soins dans leur milieu de vie (Lester et al., 2003; Sterk, Winter van Rossum, Muis, & de Haan, 2013). Les personnes croient aussi qu'il

est nécessaire d'accorder une attention particulière à la médication, au counseling de soutien (Sterk et al., 2013) et à la défense des droits (Björkman & Hansson, 2001). Pour les personnes hospitalisées dans une unité psychiatrique, les éléments liés à la satisfaction se rapportent à la possibilité de passer du temps avec les autres personnes hospitalisées. Les personnes veulent aussi recevoir les services appropriés pour leur permettre de se sentir mieux, dans un environnement et des aménagements propres (Howard et al., 2003). La structure de l'établissement doit comprendre des pièces suffisamment vastes et permettre de se reposer dans un environnement sans stress. On note aussi que la stabilité et la continuité du personnel doivent être assurées (Johansson & Eklund, 2003).

De plus, les résultats positifs des interventions sont prisés par les personnes atteintes d'un TMG (Perreault et al., 1999). L'efficacité du traitement est associée à la satisfaction face aux services reçus (Tyson et al., 2001).

L'aspect des services de SM obtenant le plus haut taux de satisfaction auprès des utilisateurs fait référence aux intervenants (entre 78 % et 88 %). Les personnes évaluent positivement leur façon d'être (par exemple, juger son intervenant comme attentionné, à l'écoute) et leur personnalité globale (par exemple, apprécier son intervenant) (Perreault et al., 1999). Certaines caractéristiques sont plus spécifiquement liées à cette satisfaction. Les compétences interpersonnelles telles que : la gentillesse, la patience, la capacité à inspirer confiance, l'écoute (Lester et al., 2003), le respect (Howard et al., 2007), la chaleur, l'empathie et la compréhension (Johansson & Eklund, 2003) sont vues favorablement, de même qu'inspirer l'espoir en réduisant la médication, en faisant prendre conscience des possibilités et en travaillant sur l'insertion en emploi (Lester et al., 2003). Que l'intervenant soit une femme est aussi associé à un plus haut niveau de satisfaction (Björkman & Hansson, 2001). De façon plus générale, les personnes utilisant les services de SM apprécient des attitudes qu'elles jugent appropriées de la part des intervenants (Sterk et al., 2013).

Enfin, on note aussi certaines caractéristiques des personnes atteintes de TMG qui sont liées à la satisfaction face aux services. En ce sens, une meilleure QDV et un réseau social suffisant avant l'admission dans les services en question sont associés à un plus haut taux de satisfaction (Björkman & Hansson, 2001). Pour les personnes ayant récemment été hospitalisées en psychiatrie, de faibles attentes face au système psychiatrique, ainsi que de se sentir mieux augmente la satisfaction (Duggins & Shaw, 2006). Pour les personnes hospitalisées, la satisfaction est liée au fait d'être plus âgé, d'être un homme, d'être non marié, d'avoir un emploi au moins à temps partiel et d'évaluer les services, sa santé ainsi que sa QDV de façon positive (Howard et al., 2007). On retrouve dans le Tableau 3, une synthèse des éléments liés à la satisfaction face aux services de SM.

Tableau 3

Aspects des services de SM liés à la satisfaction des utilisateurs

Thèmes	Éléments de satisfaction
Relation avec le professionnel	<ul style="list-style-type: none"> – Qualité de la relation d'aide – Relation avec l'intervenant – Communication avec le personnel – Disponibilité – Communication – Confiance en la personne – Relation à long terme – Se sentir reconnue comme une personne – Être traité en égal – Être traitée de manière agréable – Aspects interpersonnels des services psychiatriques
Information/éducation	<ul style="list-style-type: none"> – Aide à la gestion de la maladie – Médication – Abus de substances – Services externes – Compétences de la vie quotidienne – Explications et informations – Être informé de ses possibilités – Diagnostic et pronostic

Tableau 3 (suite)

Aspects des services de SM liés à la satisfaction des utilisateurs

Thèmes	Éléments de satisfaction
Partage de décision/implication de la personne	<ul style="list-style-type: none"> – Participation concernant la prise de décision – Partage de décision (médication) – Pouvoir choisir de prendre part ou non à la prise de décision – Être consulté pour déterminer les besoins
Organisation/dispensation des services	<ul style="list-style-type: none"> – Services orientés vers le rétablissement – Soins personnalisés à sa situation – Interventions liées à la défense des droits – Temps passé avec les autres personnes hospitalisées – Propreté des aménagements – Recevoir les services appropriés – Accès relativement facile – Possibilité de rendez-vous d'urgence
Organisation/dispensation des services (suite)	<ul style="list-style-type: none"> – Visite à domicile – Assistance rapide – Attention portée à la médication – Counseling de soutien – Environnement physique propice – Stabilité et continuité du personnel
Résultats des interventions	<ul style="list-style-type: none"> – Résultats positifs de l'intervention – Efficacité du traitement
Caractéristiques des professionnels	<ul style="list-style-type: none"> – Femmes – Interventions liées à la défense des droits – Chaleur, empathie, compréhension – Respect – Gentillesse, patience, capacité à inspirer confiance, écoute – Inspirer l'espoir – Évaluation positive des intervenants – Attitudes appropriées des professionnels
Caractéristiques des personnes	<ul style="list-style-type: none"> – Meilleurs QDV et réseau social avant l'admission – Faibles attentes face aux services psychiatriques – Se sentir mieux – Personnes plus âgées – Hommes – Personnes non mariées – Avoir un emploi au moins à temps partiel – Évaluation positive des services de SM – Évaluation positive de sa santé – Évaluation positive de sa QDV

2.6.4 Les éléments liés à une faible satisfaction des utilisateurs de services de SM

Premièrement, peu d'éléments liés à une faible satisfaction concernant la relation avec les professionnels sont nommés dans les études. Une recherche effectuée auprès des personnes atteintes de schizophrénie ayant eu une hospitalisation récente indique cependant qu'une perception du problème différente entre les professionnels et la personne atteinte peut nuire à la satisfaction face aux services reçus (Duggins & Shaw, 2006).

Si l'information et l'éducation favorisent la satisfaction face aux services, le manque d'information au sujet de sa maladie et des services offerts peut aussi la contrecarrer (Björkman & Hansson, 2001; Perreault et al., 1999). Dans les milieux psychiatriques, certaines personnes déplorent le manque d'information concernant les règlements de l'unité et les aménagements (Duggins & Shaw, 2006). Les personnes souhaiteraient aussi avoir plus d'éducation face à la médication et à ses effets secondaires (Howard et al., 2003).

On retrouve aussi des lacunes concernant l'implication des personnes dans les services de SM. Effectivement, la perception de l'influence de la personne sur la planification des interventions est associée à un faible taux de satisfaction (Björkman & Hansson, 2001). De plus, les personnes sont moins satisfaites lorsque les professionnels leur demandent peu leur avis concernant les interventions qui les feraient aller mieux (Howard et al., 2007). Tandis que dans les unités psychiatriques, le manque de contribution et d'implication des personnes dans leur traitement est une source d'insatisfaction (Howard et al., 2003). Par ailleurs, les personnes recevant tant des services internes qu'externes déplorent le manque d'implication des membres de leur famille dans leur traitement (Howard et al., 2003; Ruggeri et al., 2003).

D'autres éléments liés à une faible satisfaction se retrouvent dans l'organisation et la dispensation des services. On retrouve l'obligation de payer pour les services (Howard et al., 2007) ainsi qu'un manque d'accessibilité (Perreault et al., 1999). Plusieurs éléments de

cette catégorie font références à l'organisation des services psychiatriques en établissement. Les personnes atteintes de TMG considèrent manquer d'autonomie, de liberté (Duggins & Shaw, 2006; Tyson et al., 2001) et d'intimité dans ce type de service (Howard et al., 2003). Des personnes ressentent même de la pression lorsque vient le temps de prendre leur médication (Tyson et al., 2001). De plus, pour certaines d'entre elles, leurs emplacements sont inadéquats (Howard et al., 2003). On note aussi que la routine en place dans les unités psychiatriques peut causer de l'insatisfaction : mixité des unités, activités, faire la file pour les repas (Duggins & Shaw, 2006) et piètre qualité de la nourriture (Tyson et al., 2001). Selon Duggins et Shaw (2006), les personnes dénotent aussi une certaine peur face à une hospitalisation auprès d'autres personnes qui peuvent présenter des comportements violents.

Tout comme c'est le cas pour la satisfaction face aux services, certaines caractéristiques des personnes atteintes de TMG peuvent être associées à un plus faible niveau de satisfaction. C'est le cas des personnes présentant une pathologie ou une symptomatologie plus sévère (symptômes positifs, hostilité) (Hackman et al., 2007; Ruggeri et al., 2003). Le nombre d'admissions à l'hôpital est aussi un facteur lié à l'insatisfaction; les personnes ayant un nombre élevé d'admissions (Ruggeri et al., 2003) et celles ayant eu au moins une hospitalisation dans l'année (Howard et al., 2007) sont moins satisfaites des services. Les personnes retraitées ou sans emploi, celles ayant un nombre élevé de besoins insatisfaits et celles présentant un faible niveau de QDV face aux relations sociales et à la santé sont moins satisfaites des services (Ruggeri et al., 2003). Le Tableau 4 résume les éléments liés à un faible taux de satisfaction face aux services de SM.

Tableau 4

Aspects des services de SM liés à une faible satisfaction des utilisateurs

Thèmes	Éléments de faible satisfaction
Relation avec les professionnels	– Conception différente de celle du personnel des unités psychiatriques
Information/éducation	– Manque d'information concernant les règles de l'unité et les aménagements – Manque d'éducation face à la médication – Manque d'information sur les services – Manque d'information sur la maladie
Implication de la personne	– Influence perçue de la personne sur la planification des interventions – Manque de contribution/implication de la personne dans le traitement Manque d'implication dans le traitement
Implication des proches	– Manque d'implication de la famille – Manque d'implication des membres de la famille
Organisation/dispensation des services	– Manque d'autonomie et de pouvoir dans les unités psychiatriques – Routine des unités psychiatriques – Peur des comportements violents des autres personnes hospitalisées – Manque d'intimité dans les unités psychiatriques – Emplacement inadéquat des services – Devoir payer pour les services – Difficulté d'accessibilité aux services – Manque de liberté dans les établissements hospitaliers – Pression pour prendre la médication
Caractéristiques des personnes	– Symptômes psychotiques sévères – Avoir eu une hospitalisation ou plus dans la dernière année – Être retraité ou sans emploi – Nombre élevé d'admissions à l'hôpital – Psychopathologie plus sévère – Nombre élevé de besoins insatisfaits – Faible QDV face aux relations sociales et à la santé

2.7 Les liens entre la RT et les résultats positifs de l'intervention

Lorsque l'on considère les éléments se rapportant aux facteurs d'efficacité des traitements et à la satisfaction, on peut constater que la relation qu'entretiennent les personnes atteintes de TMG avec les professionnels œuvrant en SM est présente à plusieurs niveaux. On peut donc présumer certains liens entre la RT et les résultats des interventions en SM.

De la multitude de facteurs pouvant être impliqués dans le succès de la psychothérapie, les cliniciens de différentes orientations convergent en ce point : la RT est la pierre angulaire [traduction libre] (Duncan et al., 2010, p. 114).

Un partenariat entre une personne et un professionnel de la santé pour atteindre un but, soit une alliance positive (Bordin, 1979), est l'un des meilleurs indicateurs de résultats de la psychothérapie (Duncan et al., 2010). Ce qui est, en effet, rapporté dans plus de 1 000 études (Duncan et al., 2010). Il n'y a pas de définition universelle de la RT, bien qu'il y ait un consensus concernant le terme « thérapeutique », qui implique une dimension curative (McCabe & Priebe, 2004). Ici, l'expression RT est utilisée avec sa définition telle que décrite par McCabe et Priebe (2004) :

Une relation entre des professionnels de la santé formés pour fournir des traitements à des personnes en ayant besoin, que cette relation soit curative ou non [traduction libre] (p.116).

Il existe plusieurs études démontrant les liens entre les résultats des interventions en SM et la RT. Par contre, la force de cette relation varie considérablement selon l'étude et les résultats mesurés (Calsyn, Klinkenberg, Morse, & Lemming, 2006). La plupart de ces études ont été effectuées dans les services de type « psychothérapie ». Dans une méta-analyse, Horvath, Flückiger, Del Re et Symonds (2011) indiquent que la relation entre la RT et les résultats de la psychothérapie est modérée, mais constante, avec une taille de l'effet de 0,275. Selon l'analyse de la variance, la RT compte pour 7,5 % des résultats de la psychothérapie. Dans une autre étude portant sur le même thème, Baldwin et al. (2007) ont

trouvé une corrélation entre la force de la RT perçue par le thérapeute et les résultats. Ils en concluent que les thérapeutes créant des RT plus fortes obtiennent des résultats statistiquement meilleurs lors de la psychothérapie. Plus spécifiquement pour les personnes atteintes d'un trouble mental, une méta-analyse rapporte aussi une relation entre la RT et les résultats modérée mais constante (Martin, Garske, & Davis, 2000). Pour les personnes recevant des services généraux en SM, Johansson et Jansson (2010) affirment que même si l'évaluation initiale de la RT n'est pas corrélée avec les résultats, l'évaluation à la fin du traitement explique 15 % de la variance des résultats. Ce qui démontre qu'une amélioration de la RT pendant le traitement est significativement associée à l'amélioration de la symptomatologie. Pour ce qui est des personnes atteintes de TMG, il existe une corrélation entre la RT et les résultats en début de traitement et à trois mois. La corrélation est positive lorsque la RT est évaluée par les intervenants en début de traitement et lorsqu'elle est évaluée par les intervenants et les personnes atteintes après trois mois (Gehrs & Goering, 1994).

Les résultats mesurés par les études et qui peuvent être influencés par la force de la RT sont variés. D'abord, plusieurs études utilisent l'évaluation de la symptomatologie psychiatrique comme résultats des interventions. Dans ce contexte, on démontre que les personnes atteintes de TMG développant une meilleure RT avec l'intervenant ont une plus grande diminution des symptômes dans le temps (Calsyn, Morse, Klinkenberg, & Lemming, 2004). Chez les personnes atteintes de schizophrénie, celles ayant une bonne RT ont moins de symptômes négatifs et positifs (Tattan & Tarrier, 2000). Plus spécifiquement, 77,8 % des personnes ayant développé une RT positive après six mois démontrent de bons résultats quant à la psychopathologie globale, la diminution des symptômes, l'amélioration du fonctionnement global et la diminution du déni face à la maladie sur un suivi de deux ans. Parmi celles ayant développé une RT convenable, 72 % ont de bons résultats tandis que le taux est de 25 % pour celles ayant une RT faible (Frank & Gunderson, 1990). Pour les personnes ayant des diagnostics de troubles mentaux divers, la RT mesurée à la fin du traitement est associée à la réduction des symptômes (Johansson & Jansson, 2010).

La RT positive qui se développe avec le temps permet de faciliter le rétablissement (Green et al., 2008). D'ailleurs, certains auteurs ont mesuré des résultats faisant partie des indicateurs du rétablissement des personnes atteintes de TMG. Selon Hicks, Deane et Crowe (2012), il existe une relation entre la RT mesurée à six mois et les résultats subséquents mesurés par une échelle d'évaluation du rétablissement. Par contre, les auteurs n'ont pas trouvé de direction à cette relation. Donc, l'amélioration de la force de la RT peut prédire les gains de rétablissement et les gains de rétablissement peuvent prédire une RT positive. La RT peut aussi avoir un effet positif sur l'hébergement. Effectivement, on note que la RT perçue positivement par la personne et l'intervenant est associée à l'augmentation du nombre de jours d'hébergement stable (Calsyn et al., 2004). Par ailleurs, les personnes atteintes de schizophrénie participant à des services de soutien à l'emploi qui ont une meilleure RT sont plus performantes dans la qualité de leur travail et leur présentation personnelle (Davis & Lysaker, 2007).

La RT peut aussi avoir un effet sur le plan de la gestion de la médication et de l'observance thérapeutique chez les personnes atteintes de TMG. On note qu'une RT positive favorisée par une continuité de soins encourage une bonne gestion de la maladie et de la médication (Green et al., 2008). Selon Frank et Gunderson (1990), la RT est hautement corrélée avec l'observance médicamenteuse. Il est démontré que 73,9 % des personnes ayant une bonne RT observent complètement les directives touchant leur médication, tandis que 74,2 % des personnes ayant une RT convenable et 72,2 % des personnes ayant une RT faible les observent partiellement. On note aussi une augmentation significative de la non-observance pour les personnes ayant une RT convenable ou faible avec le temps. Parallèlement, la RT explique 25 % de la variance de l'observance thérapeutique (Solomon, Draine, & Delaney, 1995).

On remarque aussi que la RT peut avoir des effets positifs sur la participation des personnes atteintes de TMG à leur traitement. Selon une étude longitudinale, il y a une association entre la RT mesurée à six mois et la participation au traitement sur un suivi de

deux ans. Après un mois, seulement 14,2 % des personnes forment une bonne RT, après six mois ce taux augmente à 29,8 %. On note que la plupart des personnes ayant une RT faible à six mois abandonnent le traitement dans les trois mois qui suivent et que seulement 5,1 % d'entre elles progressent vers une bonne RT (Frank & Gunderson, 1990). Une autre étude longitudinale, plus récente, indique que les personnes ayant complété le deuxième temps de mesure (en moyenne après six mois de traitement) ont une RT significativement plus forte que celles n'ayant pas complété l'étude (Hicks et al., 2012). Ces résultats suggèrent aussi qu'un certain temps est nécessaire pour établir la relation.

Comme il en a déjà été question, la relation avec le personnel traitant est un important facteur lié à la satisfaction face aux services de SM. D'ailleurs, il existe une association entre la RT et la satisfaction face au traitement (Tattan & Tarrier, 2000). Ainsi, plus la personne perçoit la RT comme étant forte, plus son degré de satisfaction face au traitement est élevé. La RT explique, de surcroît, 54 % de la variance dans la satisfaction (Solomon et al., 1995).

La QDV est un autre résultat pouvant être influencé par la RT. Par contre, la relation entre la RT et la QDV varie selon les auteurs. Pour Solomon et al. (1995), la force de la RT perçue par l'intervenant prédit significativement le niveau de QDV de la personne atteinte de TMG en expliquant 21 % de sa variance. Pour Tattan et Tarrier (2000), les personnes ayant une RT plus positive ont une meilleure QDV, mais cette relation n'est pas significative.

La RT peut avoir un effet sur d'autres résultats des interventions en SM. Il s'agit de la consommation de substances, des hospitalisations et des risques suicidaires. Chez les personnes atteintes de TMG ayant des troubles concomitants d'abus de substances et d'itinérance, on remarque que la RT prédit la réduction de la consommation de substances et inversement. Mais cette corrélation demeure faible (Cunningham, Calsyn, Burger, Morse, & Klinkenberg, 2007). Pour ce qui est des hospitalisations, une RT positive est

associée à un moins grand nombre d'hospitalisations sur une période de neuf mois chez les personnes nouvellement admises dans les services (depuis moins de trois mois). De plus, même une faible augmentation de la perception d'avoir une RT de type collaborative est associée à la réduction des risques suicidaires (Ilgen et al., 2009). Le Tableau 5 fait une synthèse des résultats des interventions pouvant être influencés par la RT.

Tableau 5

Liens entre la RT et les résultats des interventions

Résultats positifs	Liens avec la RT
Amélioration de la symptomatologie	<ul style="list-style-type: none"> – Association négative entre la RT et l'augmentation des symptômes psychiatriques – Association entre la RT à six mois la psychopathologie global, la diminution des symptômes, l'amélioration du fonctionnement globale et la diminution du déni face à la maladie sur un suivi de deux ans – Association entre l'amélioration de la RT pendant le traitement et l'amélioration de la symptomatologie – Association négative entre la RT et les symptômes positifs et négatifs
Indicateurs du rétablissement	<ul style="list-style-type: none"> – Association entre la RT et l'augmentation du nombre de jours d'hébergement stable – Association entre la RT à six mois et les gains subséquents face au rétablissement et inversement – Association entre la RT et la performance dans la qualité du travail et la présentation personnelle en emploi
Gestion de la médication et observance thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> – RT encourage une bonne gestion de la maladie et de la médication – Observance de la médication chez 73,9 % des personnes avec une bonne RT – Association entre la RT et l'observance de la médication, la RT explique 25 % de la variance de l'observance

Tableau 5 (suite)

Liens entre la RT et les résultats des interventions

Résultats positifs	Liens avec la RT
Participation au traitement	<ul style="list-style-type: none"> – Association entre la RT et la participation à l'étude – Association entre la RT à six mois et la participation au traitement sur un suivi de deux ans
Satisfaction face au traitement	<ul style="list-style-type: none"> – Association entre la RT et la satisfaction face au traitement, la RT explique 54 % de la variance de la satisfaction – Association entre la RT et la satisfaction face au traitement
Qualité de vie (QDV)	<ul style="list-style-type: none"> – Association entre la RT et une meilleure QDV perçue, la RT explique 21 % de la variance de la QDV – Relation entre la RT et une meilleure QDV (mais non significative)
Consommation de substances	<ul style="list-style-type: none"> – RT prédit la réduction de la consommation de substances et inversement
Hospitalisations	<ul style="list-style-type: none"> – RT prédit un moins grand nombre d'hospitalisations sur un suivi de neuf mois chez les personnes recevant des services de SM depuis moins de trois mois
Risque suicidaire	<ul style="list-style-type: none"> – Association entre la perception que la RT est de type collaborative et la réduction du risque suicidaire

Bien que la RT soit l'un des prédicateurs les plus robustes du succès des interventions (Horvath et al., 2011), il est difficile d'en expliquer les raisons (Baldwin et al., 2007). Les hypothèses émises à ce sujet feront l'objet de la section suivante.

2.8 Les hypothèses expliquant l'association entre la RT et les résultats

Certains auteurs ont tenté d'apporter un éclairage sur les éléments responsables de la variation dans la mesure des liens entre la RT et les résultats des interventions. Une première hypothèse suppose que la RT serait causée partiellement ou complètement par la réduction des symptômes, au lieu d'être la cause de cette réduction (DeRubeis, Brotman, & Gibbons, 2005). La RT serait donc un résultat découlant de la réponse thérapeutique

positive. Par contre, d'autres auteurs tels que Baldwin et al. (2007) démentent cette hypothèse en affirmant que les personnes ayant une RT forte devraient démontrer aussi des résultats plus élevés, ce qui n'est pas nécessairement le cas.

Une seconde hypothèse concerne la direction de la relation causale entre la RT et les résultats. Selon Cunningham et al. (2007), cette relation serait réciproque, c'est-à-dire que la RT ne prédit pas les résultats et les résultats ne prédisent pas non plus la RT. Ceux-ci interagissent mutuellement. La relation ne serait pas unidirectionnelle; la RT peut être à la fois un facilitateur et un indicateur de rétablissement (Hicks et al., 2012).

D'autres facteurs peuvent intervenir dans l'évaluation de la RT. Il s'agit de la personne, de l'intervenant et des modalités de traitement. Certaines caractéristiques des personnes sont associées à des RT plus fortes à trois mois : le fait d'être un homme, d'avoir un plus haut niveau de volonté de changement et d'être plus disposé à rechercher de l'aide (Calsyn et al., 2006). Les différences dans les habiletés des intervenants à former des RT positives est aussi une potentielle source de variations (DeRubeis et al., 2005). On note, de même, que les interactions entre la personne et l'intervenant peuvent influencer le développement de la RT et l'obtention de résultats positifs. Certains types de personnes peuvent interagir particulièrement bien avec certains types d'intervenants pour diverses raisons (genre, traits de personnalité, milieu socioéconomique, opinions politiques, etc.) (DeRubeis et al., 2005). Pour ce qui est des modalités de traitement, on constate que les variations dans les conclusions des études portant sur les relations entre la RT et les résultats peut être due à l'approche thérapeutique utilisée (DeRubeis et al., 2005). Par contre, l'approche utilisée influence davantage l'évaluation de la RT faite par l'intervenant que par la personne (Calsyn et al., 2006). En revanche, deux méta-analyses indiquent que la relation entre la RT et les résultats n'est pas influencée par le type de traitement (Horvath et al., 2011; Martin et al., 2000), ni par d'autres variables telles que le type de résultat mesuré, le type de mesure de résultat utilisé, le moment de l'évaluation de la RT et le type de mesure de la RT (Martin et al., 2000).

2.9 Les limites des études sur la RT

La principale limite des études concernant la RT est que la plupart ont été réalisées dans le contexte des interventions de types psychothérapie, malgré que la plupart des services offerts en SM sont plutôt de type *case management* (ci-après gestion de cas) (Calsyn et al., 2006; 2004). Ce qui pose un questionnement méthodologique face à l'utilisation des instruments de mesure lorsque la recherche se fait dans un autre contexte. L'échelle la plus souvent utilisée, la *Working Alliance Inventory* (Horvath & Greenberg, 1989) fut élaborée pour la psychothérapie et ne permet pas vraiment de mesurer toute la complexité de la relation avec les intervenants de type *case manager* (ci-après gestionnaire de cas) (Calsyn et al., 2006; 2004), compte tenu que leurs rôles sont moins définis que les thérapeutes traditionnels (McCabe et Priebe, 2004). Cette mesure n'inclut pas non plus d'items sur les activités offertes par les services de suivi intensif de type *Assertive Community Treatment* (ACT) telles que les visites à domicile, le soutien aux activités de la vie quotidienne et à l'hébergement (Calsyn et al., 2004). Comme la RT est un concept subjectif, son évaluation devrait inclure tous les aspects des soins psychiatriques et requérir un travail conceptuel afin d'en assurer une mesure valide (McCabe & Priebe, 2004).

Par ailleurs, la mesure de l'alliance est souvent faite à deux reprises (en début et en fin de traitement), parfois à une seule fois, dans les études longitudinales. Or, cette mesure faite lors de plusieurs rencontres avec l'intervenant a une meilleure valeur de prédiction (Crits-Christoph, Gibbons, Hamilton, Ring-Kurtz, & Gallop, 2011). De même, elle devrait être faite selon les perspectives de la personne et des intervenants (Baldwin et al., 2007). En psychothérapie, on indique que l'évaluation de la RT selon les personnes a une meilleure valeur de prédiction que selon les thérapeutes. Par contre, on ignore si tel est le cas pour les services de type ACT (Fakhoury, White, & Priebe, 2007). Il est aussi à noter que l'évaluation de la RT faite par l'intervenant peut être influencée par la désirabilité sociale (Hicks et al., 2012).

On retrouve aussi des limites concernant les résultats mesurés. Un grand nombre d'études se limitent à l'amélioration de la symptomatologie comme unique indicateur de résultat. D'autres résultats devraient être davantage pris en compte tels que la QDV et l'inclusion sociale (Fakhoury et al., 2007). On remarque aussi qu'il existe peu d'études qualitatives sur le sujet.

En somme, la RT semble avoir un effet bénéfique sur les résultats des interventions auprès des personnes ayant un TMG. Par contre, on ne sait pas exactement ce qui fait en sorte qu'une RT positive soit liée aux résultats. Dans les études faisant l'objet de cette recension, on s'attarde principalement aux rôles de la RT dans la diminution des symptômes psychiatriques. On ne tient pas ou très peu compte des autres apports que peut avoir la RT sur le processus complexe qu'est le rétablissement. D'ailleurs, on note l'importance d'études spécifiques ayant pour but d'améliorer notre compréhension de la relation personne-intervenant dans le traitement des TMG (McCabe & Priebe, 2004).

Ces constatations ont donc guidé l'élaboration de la question de recherche pour le présent mémoire et qui est : quel est l'apport de la RT dans le rétablissement des personnes atteintes d'un TMG? Peu d'études se sont penchées sur les liens entre la RT et le rétablissement en utilisant un devis qualitatif. Green et al. (2008) en sont venus à la conclusion que la RT pouvait faciliter le rétablissement des personnes atteintes de TMG. Par contre, les éléments spécifiques qui font en sorte que la RT influence positivement le rétablissement sont inexplorés. Avec cette étude, nous tenterons donc d'apporter un éclairage sur les apports de la RT de façon holistique, en laissant la place à une interprétation plus large de l'expérience des personnes atteintes de TMG face à la RT. Il est supposé que la clarification des rôles de la RT dans le rétablissement selon la perspective des personnes utilisatrices peut soutenir le travail des professionnels en SM pour développer et maintenir la RT, ce qui, par la suite, peut augmenter les chances de rétablissement (Hicks et al., 2012). L'amélioration de la RT étant l'un des facteurs les plus importants pour augmenter l'efficacité des traitements (Johansson & Jansson, 2010), sa

compréhension s'avère cruciale afin de favoriser les conditions nécessaires à son développement dans le contexte actuel des services en SM.

CHAPITRE 3

LE CADRE CONCEPTUEL

Le cadre conceptuel proposé ici a été conçu à partir d'une recension des écrits portant sur la RT et ses facteurs d'influence afin d'élaborer un modèle exploratoire de la RT. Cette RT serait composée, selon les écrits consultés, de quatre dimensions : humaine, de collaboration, thérapeutique et contextuelle. Ces dimensions sont illustrées dans la Figure 3. Il est important de noter qu'elles sont interdépendantes les unes des autres, elles ne doivent donc pas être vues comme des éléments isolés.

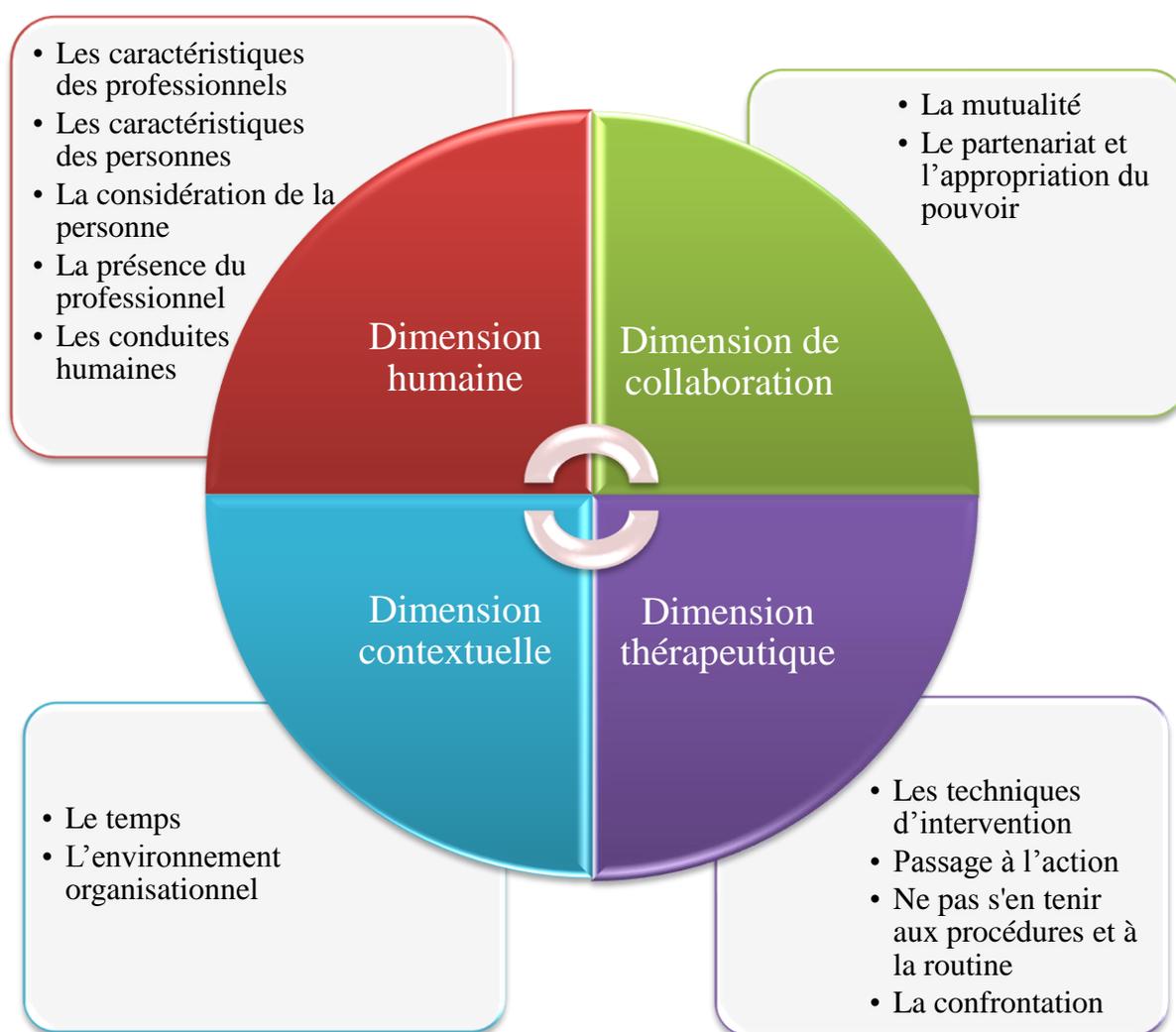


Figure 3. Modèle exploratoire de la RT

3.1 La dimension humaine

Les études selon le point de vue des usagers nous montrent que la RT passe d'abord et avant tout par le côté humain. En effet, établir un rapport interpersonnel est particulièrement important, surtout au début de la relation (Shattell, Starr, & Thomas, 2007). Dans un ouvrage sur l'évaluation de la qualité des services en SM dans la communauté, Rodriguez, Bourgeois, Landry, Guay et Pinard (2006) nous le confirment en affirmant que :

Les aspects interpersonnels des pratiques (comme la compassion, l'intuition et l'empathie) revêtent une très grande importance aux yeux des usagers et se révèlent très souvent déterminants dans l'impact des ces pratiques sur leur vie quotidienne, leur trajectoire de vie et leur satisfaction (p. 22).

Nous verrons donc quels éléments particuliers ont le plus de répercussions sur la relation, soit : les caractéristiques des professionnels, la considération de la personne, la présence des professionnels et les agissements humains.

3.1.1 Les caractéristiques des professionnels

Il y a beaucoup de variations dans les réponses des participants aux études qualitatives pour ce qui est des caractéristiques et des qualités des intervenants qui incitent un bonne RT. Ce que les personnes atteintes d'un trouble mental trouvent le plus aidant dans la relation avec les professionnels de la santé sont les démonstrations d'empathie, de respect et d'investissement général de personne à personne (Borg & Kristiansen, 2004; Johansson & Eklund, 2003). Dans une étude qualitative de Borg et Kristiansen (2004), une participante décrit ces démonstrations comme étant plus importantes que la compréhension intellectuelle. Elle dit en parlant des intervenants avec qui elle a eu une relation aidante :

Ils n'ont pas peur de me dire qu'ils ne comprennent pas comment je me sens.
On n'a pas besoin de comprendre ma situation pour être humain [traduction libre] (p. 496).

D'autres attributs personnels qui font que les intervenants ont une meilleure relation avec les personnes sont de ne pas juger, de parler doucement, d'avoir de l'ouverture, d'être stable, d'être patient et calme (Shattell et al., 2007). Une participante à l'étude de Shattell et al. (2007) dit de son intervenante :

C'est qu'elle était calme et patiente... Je pense qu'elle était la personne la plus normale et saine que j'ai connue [traduction libre] (p. 279)

D'autres qualités des plus appréciées chez les personnes atteintes d'un trouble mental sont l'honnêteté et l'authenticité (Borg & Kristiansen, 2004; Shattell et al., 2007). Être authentique, sincère et intéressé à la personne permet d'avoir une meilleure compréhension et de la connaître en tant qu'individu. Certaines personnes n'apprécient pas les discussions qui ne sont pas authentiques ou qui sont « trop gentilles », car travailler sur la véritable situation de la personne implique souvent d'être direct et honnête et de donner des rétroactions susceptibles de la confronter (Shattell et al., 2007).

Être capable de solliciter l'espoir et l'optimisme chez les personnes atteintes d'un trouble mental est une habileté qui facilite autant la RT (Bergeron-Leclerc & Cormier, 2009; Borg & Kristiansen, 2004; Bradshaw, Armour, & Roseborough, 2006) que le processus de rétablissement (Resnick et al., 2005). En effet, la personne a besoin d'avoir de l'espoir en son futur pour réaliser ses buts. Dans une perspective de rétablissement, les intervenants doivent donc transmettre cet espoir afin de stimuler le changement.

Notons aussi que la capacité d'écoute active, de démontrer de l'intérêt, d'être ouvert à discuter d'autres choses que du problème, ainsi que le sens de l'humour sont aussi des qualités appréciées (Borg & Kristiansen, 2004).

3.1.2 La considération de la personne

Les études démontrent l'importance pour les usagers des services de SM d'être vus comme une personne à part entière (Bergeron-Leclerc & Cormier, 2009; Borg & Kristiansen, 2004; Shattell et al., 2007). Ce qui peut se concrétiser de différentes manières. Effectivement, des démonstrations qui semblent simples et concrètes peuvent avoir une valeur plus profonde pour la personne vivant avec un trouble mental au quotidien. Par exemple, demander à une personne comment se porte sa mère ou lui parler de son chien suffit parfois à démontrer que l'intervenant ne perçoit pas l'individu comme un diagnostic ou un ensemble de diagnostics, mais comme une personne.

On note aussi l'importance de donner le droit à la personne d'être en même temps malade et saine et de partager autant les mauvaises que les bonnes expériences. De plus, si les usagers perçoivent que le professionnel établit un rapport réel avec eux, ce rapport peut les faire sentir spéciaux. Se sentir spécial peut être particulièrement et paradoxalement important pour les personnes vivant dans une société qui les stigmatise (Shattell et al., 2007).

Être considérée comme une personne implique aussi de se sentir comprise comme telle, de manière profonde. Les personnes qui ont été satisfaites de la RT avec un professionnel ont eu une relation caractérisée par la chaleur, la capacité de compréhension de leur manière de communiquer, la compréhension de leur problème et de leur situation unique (Johansson & Eklund, 2003) et le fait que l'intervenant les connaisse autant personnellement que professionnellement (Bradshaw et al., 2006). Par opposition, les personnes qui n'ont pas été satisfaites de la relation d'aide l'expliquent par le fait de ne pas avoir été comprises, d'avoir côtoyé un professionnel désengagé, non intéressé et non à l'écoute de l'individualité de la personne (Johansson & Eklund, 2003). De plus, Sells, Stayner et Davidson (2004) démontrent que les traitements les plus efficaces sont ceux qui

sont centrés sur la personne au lieu de sur la maladie, ces derniers étant associé à moins d'espoir.

3.1.3 La présence du professionnel

Il est important, pour les personnes atteintes d'un trouble mental, de sentir que leur intervenant est présent pour les défis de tous les jours et spécialement lors des périodes plus difficiles. Les répondants à l'étude de Borg et Kristiansen (2004) semblent avoir de la gratitude pour les intervenants qui laissent leur rôle professionnel de côté et qui usent de leur temps personnel. Cette étude nous dit aussi qu'être présent implique aussi d'être attentif aux priorités de la personne, de donner les soins requis et de comprendre les besoins les plus urgents.

3.1.4 Les conduites humaines

Pour décrire les « bons » intervenants, les personnes utilisatrices de services de SM se réfèrent souvent à de petites choses qui font sentir la personne plus humaine. Ces comportements ont une grande signification, mais peuvent être vu comme étant à la limite de ce qui est typiquement professionnel (Borg & Kristiansen, 2004). Par exemple, accepter un cadeau n'est pas perçu comme une conduite professionnelle et peut être vu comme une menace à la RT et une incitation à la dépendance envers l'intervenant. Dans les faits, il s'agit plutôt d'un comportement qui devrait être ouvert à la discussion dans le milieu de travail, selon l'approche que l'on désire utiliser avec les personnes et tous les éléments de contexte (état de la RT, problématique de la personne, nature et raison du cadeau, etc.).

D'autres comportements qui ne sont pas encouragés dans les milieux professionnels sont appréciés des usagers. En effet, le toucher (par exemple : toucher la main ou un câlin) peut être une conduite qui favorise la RT, car il permettrait à la personne de se sentir liée à l'intervenant, autant métaphoriquement que physiquement (Shattell et al., 2007). Aussi,

certaines révélations personnelles de la part de l'intervenant faciliteraient l'alliance. Un répondant de l'étude de Shattell et al. (2007) parle, entre autres, d'une infirmière avec qui il a eu une bonne RT :

Ils partagent leurs problèmes avec moi, je partage mes problèmes avec eux... Nous parlons... Ils me parlent de leurs problèmes, nous le partageons, ce qui importe est lorsqu'une personne vient à moi en tant que personne. Au lieu de "Je suis ton infirmière" [traduction libre] (p. 280).

D'ailleurs, Borg et Kristiansen (2004) se posent la question suivante :

Quand les professionnels révèlent un peu d'eux-mêmes, n'est-il pas plus facile pour la personne de faire de même ? [traduction libre] (p. 503)

3.2 La dimension de collaboration

La collaboration et le partenariat entre l'intervenant et la personne atteinte d'un trouble mental est une autre des dimensions issues des études sur la RT (Borg & Kristiansen, 2004; Schön et al., 2009; Shattell et al., 2007). En effet, les personnes ont la volonté de créer avec l'intervenant une atmosphère de confiance et de collaboration. Elles veulent développer un partenariat thérapeutique caractérisé par l'égalité. Nous retrouvons dans cette dimension la mutualité et le partenariat ainsi que l'appropriation du pouvoir.

3.2.1 La mutualité

Une « bonne chimie » est une expression souvent utilisée pour décrire les professionnels aidants. Il semble que dans ce genre de relation, offrir des services simples et concrets soit plus efficace (Shattell et al., 2007). Cette mutualité semble émerger de la reconnaissance et du partage des forces, des faiblesses et des possibilités des *deux parties*, soit de la personne et de l'intervenant (Borg & Kristiansen, 2004). Pour ce faire, il implique pour l'intervenant de savoir montrer son côté humain et d'oser être soi-même, comme il a déjà été mentionné dans la section précédente. Même si certaines personnes

atteintes d'un trouble mental parlent des intervenants avec qui ils ont une bonne RT comme des amis (Cormier, 2009), la plupart sont conscientes qu'il ne s'agit pas d'une amitié comme les autres (Borg & Kristiansen, 2004).

En ce sens, certaines personnes ayant eu une expérience de trouble mental qui ont publié leur récit de vie (Deegan, 1982; Lovejoy, 1982; Unzicker, 1989 dans Ridgway, 2001) appellent à briser le mur artificiel entre les professionnels et les utilisateurs de services de SM qui incite à perpétuer un « nous contre eux ».

3.2.2 Le partenariat et l'appropriation du pouvoir

La capacité du professionnel à encourager l'appropriation du pouvoir est aussi valorisée pour faciliter la RT dans une perspective de rétablissement. Les personnes atteintes d'un trouble mental veulent partager le pouvoir de la relation. Dans le cas de plusieurs relations aidantes, cette aide est apportée dans un contexte de collaboration où il y a possibilité pour la personne de discuter de son traitement. Il est important pour la personne, lorsqu'elle se sent à l'aise avec l'intervenant, de pouvoir prendre des décisions au sujet des interventions concernant le soutien au domicile, le lieu de travail, les activités sociales et la médication (Borg & Kristiansen, 2004). Notons que des dimensions de l'appropriation du pouvoir telles que l'autonomie et l'indépendance sont facilitées par le fait que l'intervenant et la personne ont la même explication du problème et de ses causes et partagent les mêmes buts. La personne peut donc mieux influencer son traitement (Johansson & Eklund, 2003; Ninacs, 1995; Resnick et al., 2005).

Il est important pour les professionnels d'apprendre à avoir un rôle de collaboration, de se servir de ses aptitudes et de son expertise afin de partager le pouvoir avec la personne usagère dans un processus concret pour qu'elle gagne et maintienne plus de contrôle sur sa vie (Borg & Kristiansen, 2004).

3.3 La dimension thérapeutique

Être humain et avoir une relation de collaboration ne suffisent pas nécessairement à avoir une bonne RT. En effet, comme on l'a vu dans la définition, la RT implique un aspect curatif, c'est-à-dire l'intervention en elle-même. Les usagers accordent beaucoup d'importance aux résultats et aux effets des pratiques sur leur bien-être (Rodriguez et al., 2006). Dans le processus de rétablissement, le travail des professionnels consiste à découvrir et à soutenir les capacités de la personne vers son propre rétablissement (Borg & Kristiansen, 2004). Nous retrouvons dans cette dimension les techniques d'intervention, le passage à l'action, ne pas s'en tenir aux procédures et à la routine, ainsi que la confrontation.

3.3.1 Les techniques d'intervention

Les techniques de communication sont importantes afin d'établir une RT qui soit aidante. On peut parler de la capacité à résumer, clarifier, questionner, faire des reflets, rassurer, etc., mais aussi de commencer la conversation avec une question ouverte, d'être attentif et d'avoir un contact visuel (Shattell et al., 2007). D'ailleurs, ne pas avoir de contact visuel, ne pas se rappeler du nom de la personne ou lire pendant que la personne parle peuvent grandement affecter le climat de soutien et de collaboration (Johansson & Eklund, 2003).

Les professionnels se doivent aussi de transmettre certaines connaissances aux personnes auprès de qui elles interviennent (Bradshaw et al., 2006). Certaines personnes ont besoin de connaître leur maladie et les traitements disponibles (Resnick et al., 2005), afin de leur permettre de diminuer l'anxiété et de fournir un contexte pour comprendre leur expérience (Tooth et al., 2003). Il est aussi important pour celles-ci de savoir comment naviguer dans le système de services de SM afin d'aller chercher les soins appropriés.

3.3.2 Passage à l'action

Aider à résoudre le problème est central dans la RT. Sans passer à l'action ou sans amener de l'aide pour franchir les étapes et accomplir les buts, la relation n'est pas perçue comme thérapeutique. Il faut donc que cette relation soit *productive* (Shattell et al., 2007).

Les professionnels doivent être perçus comme des égaux, des guides ou des facilitateurs afin de trouver des solutions. Trouver des solutions requiert des aptitudes comme : a) aider l'individu à articuler ses émotions, b) poser des questions qui ont besoin d'être posées et demander des clarifications, c) aller en profondeur dans l'expérience de vie et faire des parallèles et des liens avec les comportements et d) porter attention aux émotions et aux autres événements de vie. Les discussions superficielles et les encouragements à ventiler les émotions à eux seuls ne sont pas considérés aidants, même s'ils sont importants (Shattell et al., 2007).

Il faut aussi considérer que parfois, le problème n'est pas mieux résolu par la discussion ou les interactions. Une assistance orientée vers l'action est plus aidante pour les personnes qui ont des besoins spécifiques comme par exemple : trouver un emploi, de l'aide financière, l'hébergement, etc. (Shattell et al., 2007).

3.3.3 Ne pas s'en tenir aux procédures et à la routine

Même si les techniques utilisées par les professionnels et l'efficacité des interventions sont importantes, les études nous démontrent que les personnes atteintes d'un trouble mental sont peu intéressées à la compétence professionnelle et aux programmes et méthodes d'intervention. Les intervenants qui utilisent des méthodes standardisées et des procédures sont souvent décrits comme froids et peu intéressés à la personne et à sa situation (Borg & Kristiansen, 2004). D'ailleurs, les modèles et les

techniques utilisés comptent pour seulement 15 % des améliorations de l'état de la personne (Lambert, 1992 dans Borg & Kristiansen, 2004).

En effet, il en vient à un point tel que les professionnels qui suivent une routine et des procédures et qui ne s'appliquent pas à voir le patient comme une personne sont vus comme nuisibles (Schön et al., 2009). Aussi, recevoir des traitements dans un endroit ennuyeux et sans vie (un hôpital, par exemple) et se faire dire par des intervenants qu'il n'y pas de futur, ni de rétablissement possibles contribuent à un sentiment d'aliénation (Ridgway, 2001). De plus, la perception de ne pas avoir été bien aidé a plus de répercussions que celle d'avoir été bien aidé (Tooth et al., 2003).

En situation d'hospitalisation, la relation avec le personnel de l'hôpital détermine si l'expérience est positive ou négative. En général, la thérapie est vécue positivement et les personnes affirment qu'il n'y a pas d'approche plus aidante qu'une autre, seule la nature de la relation importe (Schön et al., 2009).

3.3.4 La confrontation

Les intervenants aidants sont parfois aussi décrits comme des personnes exigeantes et qui peuvent lancer des défis. L'expérience d'avoir déjà été en désaccord ou de s'être fait « pousser » par un professionnel peut être perçue comme quelque chose d'aidant. Dans l'étude de Borg et Kristiansen (2004), une personne parle d'un groupe de thérapie qu'elle trouvait frustrant et demandant. Ce qui a rendu la situation supportable était le soutien d'un intervenant à qui elle faisait confiance et qui lui a expliqué que sa participation était nécessaire. Par contre, la confrontation nécessite une relation de confiance déjà bien établie.

3.4 La dimension contextuelle

Lorsque l'on parle de la RT, d'autres facteurs peuvent entrer en ligne de compte. Ces facteurs environnementaux et contextuels peuvent autant nuire que faciliter et ne sont pas toujours contrôlables par les professionnels. Les contextes organisationnel, social et culturel (Ekeland, 1999 dans Borg & Kristiansen, 2004) ainsi que les conditions environnementales et la structure économique influencent la RT (Borg & Kristiansen, 2004).

3.4.1 Les facteurs temporels

L'importance des facteurs temporels s'articule de deux façons. Premièrement, la personne a besoin de suffisamment de temps pour s'ouvrir, révéler sa vie et exprimer sa situation. Le temps est donc nécessaire à l'établissement de la relation de confiance. Deuxièmement, les personnes expriment qu'il est commun que les professionnels soient trop brusques dans l'évaluation, l'interprétation et l'intervention. Donc, le temps est décisif pour établir la relation de confiance en les capacités professionnelles de l'intervenant (Johansson & Eklund, 2003). La fréquence et la durée des rencontres sont variables d'un individu à l'autre (Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec, 2006). La fréquence dépend des besoins de la personne, de la sévérité de la problématique, de la capacité de prise en charge personnelle, du degré d'autonomie et de la disponibilité de l'intervenant (Pigeon & Fortin, 2005). La durée des rencontres dépend aussi des besoins et des caractéristiques des personnes (Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec, 2006).

3.4.2 Les facteurs environnementaux

L'environnement revêt aussi son importance dans l'établissement d'une bonne RT. Il comprend l'espace physique et la stabilité du personnel. Effectivement, il est aidant

qu'il y ait une continuité du personnel dans les soins et que les membres de personnel soient stables (Johansson & Eklund, 2003). L'environnement physique est aussi un élément qui favorise l'accueil, le contact initial avec la ressource. Un environnement sécuritaire, confortable et assurant un maximum de confidentialité permet l'intimité nécessaire à un accueil de qualité (Rodriguez et al., 2006).

En sommes, la RT est un concept qui revêt plusieurs dimensions ayant chacune une importance dans son établissement. La démarche utilisée afin d'identifier ses apports dans le rétablissement des personnes ayant un TMG sera expliquée dans le prochain chapitre.

CHAPITRE 4

LA MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre a comme objectif de préciser la démarche méthodologique qui a été privilégiée pour la réalisation de cette recherche. Nous verrons en premier lieu la justification du choix du type d'étude qualitative, puis nous nous pencherons sur les objectifs visés par la présente recherche pour ensuite aborder les thèmes de la population, de l'échantillonnage, de la collecte ainsi que de l'analyse des données. Pour conclure, nous aborderons les éléments éthiques qui furent considérés.

4.1 Le type d'étude

La recherche effectuée est de type exploratoire qualitative. En effet, son but était de découvrir la nature de la relation entre deux phénomènes complexes et encore mal expliqués (Deslauriers & Kérisit, 1997), soit la RT et le rétablissement. La recherche qualitative se prête tout particulièrement bien à l'étude des rapports sociaux s'inscrivant dans le quotidien des personnes et nous a permis de saisir de manière concrète les subtilités de la RT entre la personne et un professionnel de la santé (Deslauriers & Kérisit, 1997). Par ses caractéristiques propres, la recherche de type qualitatif nous a permis de traiter des données qui auraient été difficilement quantifiables, d'avoir recours à une méthode d'analyse souple, de systématiser des aspects de la vie quotidienne des participants et de se concentrer sur le sens que les personnes donnent à leurs relations avec les intervenants (Deslauriers, 1991). Bien que certains instruments de mesure aient été élaborés afin de mesurer la force de l'alliance thérapeutique, ici nous avons préféré comprendre le phénomène de manière approfondie afin d'en tirer une interprétation. À l'aide d'une méthode qualitative, il a été possible de comprendre ce phénomène dans son milieu naturel, tel que le prétend Deslauriers (2005), en tenant compte du contexte et des facteurs environnementaux.

La forme exploratoire a été retenue car elle tente de décrire un phénomène social nouveau et atypique (Deslauriers, 2005). En effet, bien qu'un certain nombre d'études aient été effectuées sur le thème de la RT et du rétablissement des personnes atteintes d'un

TMG, les liens entre les deux restent nébuleux, d'où la pertinence d'explorer plus en profondeur les apports de la relation d'aide dans le rétablissement. De plus, cette forme privilégie l'approfondissement de la complexité d'une situation et met en évidence les dimensions du phénomène analysé (Poupart et al., 1998). À la lumière de notre cadre conceptuel basé sur les dimensions de la RT, il a semblé adéquat d'utiliser ce type d'étude.

4.2 Les objectifs de recherche

Rappelons, tout d'abord, la question de recherche qui a justifié la démarche méthodologique choisie : quel est l'apport de la RT dans le rétablissement des personnes atteintes d'un trouble mental grave? Comme on l'a vu précédemment, la RT peut jouer un rôle dans le rétablissement des personnes atteintes d'un TMG au point de vue des résultats. Néanmoins, ce rôle est encore méconnu. Voilà pourquoi notre recherche s'est attardée sur trois objectifs généraux tentant de mieux comprendre la situation étudiée. Le premier objectif était de décrire les caractéristiques de la RT entre la personne et son intervenant social selon les quatre dimensions nommées dans notre cadre conceptuel (voir chapitre 3). Le second objectif, quant à lui, consistait à situer cette RT dans le contexte du réseau de soutien social de la personne. Finalement, le troisième objectif consistait à décrire les bénéfices engendrés par la RT en fonction des facteurs de rétablissement (par exemple : appropriation du pouvoir, buts personnels, espoir).

4.3 La population à l'étude

La population d'une étude se décrit comme « une collection d'éléments ou de sujets qui partagent des caractéristiques communes précisées par un ensemble de critères » (Fortin, 1996, p. 200). La population visée par cette étude est donc caractérisée comme étant celle des personnes atteintes d'un TMG et utilisant les services de SM dans la région du Saguenay-Lac Saint-Jean. Selon des données de l'Agence de la santé et des services

sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, 20 % de la population adulte de la région a un niveau de détresse psychologique élevé (Agence de la santé et des services sociaux Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2012). Cependant, selon le MSSS (2005), environ 2,5 % de la population est atteinte d'un TMG, ce qui équivaut approximativement à 6 823 personnes dans la région. Bien entendu, toutes ces personnes ne fréquentent pas nécessairement des services de SM. Par contre, dans la population générale, la majorité des personnes atteintes d'un TMG entrent en contact avec ces services et reçoivent des soins (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004).

Pour rejoindre notre population à l'étude, nous avons contacté des organismes communautaires œuvrant dans le champ de la SM sur le territoire de la ville de Saguenay. Ces organismes ont été choisis en raison de leur implication auprès des personnes ayant des TMG. Les organismes ciblés sont : l'Association canadienne pour la santé mentale – Division Saguenay par le biais son programme Mil-Métiers (Chicoutimi), le service d'intégration sociale Nouvel Essor du Saguenay inc. (Chicoutimi) et le centre de rencontre Le Phare inc. (La Baie) (Annexe A). En 2009-2010, un total de 149 personnes a fréquenté le Service d'intégration social Nouvel Essor du Saguenay Inc., tandis que le programme Mil-Métiers a accueilli en moyenne 46 personnes par mois dans ses divisions de Chicoutimi et de Jonquière pour l'année 2010-2011. Pour ce qui est du centre de rencontre Le Phare, les statistiques de fréquentation n'étaient malheureusement pas disponibles au moment de réaliser l'étude.

4.4 Les stratégies d'échantillonnage et de recrutement

Selon Beaud (2003), le choix de la technique d'échantillonnage relève directement de la question de recherche. Pour notre étude, nous avons préféré une méthode dite non probabiliste. Ce choix a été motivé par le caractère qualitatif de l'étude visant une compréhension en profondeur d'un phénomène atypique. Qui plus est, cette technique offre l'avantage d'être souple, facile à comprendre et à appliquer (Beaud, 2003). Plus

spécifiquement, un échantillon de personnes volontaires a été recruté pour cette étude. Le choix de cette méthode est expliqué par le fait que le sujet en question en est un assez délicat et intime, et que la population visée est considérée comme étant vulnérable. D'un point de vue éthique, il est donc primordial que les participants soient volontaires. Comme c'est souvent le cas en recherche qualitative, l'échantillon est plus restreint, mais étudié en profondeur (Deslauriers, 1991). Ainsi, un objectif de 10 à 12 participants dans les trois ressources a été ciblé, ce qui est suffisant pour répondre aux objectifs de recherche. En effet, 10 à 15 participants est la taille habituelle d'un échantillon pour une recherche de type qualitative avec entrevue semi-dirigée (Kvale, 1996 dans Savoie-Zajc, 1997).

Les critères d'inclusion ont été définis en fonction d'obtenir un échantillon de personnes détenant *l'expertise* nécessaire afin de répondre à notre question de recherche (Savoie-Zajc, 1997). Au nombre de quatre, les critères retenus étaient les suivants : a) être âgé de 18 ans et plus, b) avoir reçu un diagnostic de TMG (schizophrénie et psychoses apparentées, trouble bipolaire et dépression majeure), c) avoir la capacité de donner un consentement éclairé à la recherche (ne pas être un majeur inapte au sens de la Loi sur le Curateur public du Québec) et d) entretenir une RT significative avec un intervenant social (par exemple : travailleur social, éducateur spécialisé, psychoéducateur, technicien en travail social, psychiatre) depuis au moins six mois.

Afin de recruter les personnes qui ont participé à cette étude, une affiche ainsi qu'un feuillet informatif décrivant le projet ont été élaborés pour en faire la promotion (Annexe B). De plus, nous avons mis en œuvre deux stratégies afin d'entrer en contact avec les participants : a) présentation du projet de recherche aux personnes fréquentant les organismes ciblés⁶ et b) utilisation d'intervenantes employées dans les organismes

⁶ La présentation du projet directement aux personnes concernées avait un double mandat : recruter les participants et établir un contact préliminaire avec les personnes afin d'amorcer la relation en vue de l'entrevue. Il s'agit d'une considération d'ordre relationnel utile lorsque l'on prévoit effectuer des entrevues semi-dirigées, car elle permet aux participants de déjà connaître les buts de la recherche et de se familiariser avec le chercheur (Savoie-Zajc, 1997).

promouvant la recherche aux utilisateurs. Nous sommes allés présenter le projet au service d'intégration sociale Nouvel Essor ainsi qu'au centre de rencontre Le Phare. À la suite de cette présentation, certaines personnes intéressées ont pris directement rendez-vous, tandis que d'autres personnes ont signalé leur intérêt aux intervenantes sur place. Ces intervenantes nous ont ensuite contacté par courrier électronique pour nous transmettre les coordonnées des participants potentiels. Les intervenantes de Mil-Métiers, quant à elles, ont préféré approcher elles-mêmes les personnes. Pour ce faire, elles ont pris en compte les critères de sélection précédemment cités ainsi que leurs connaissances personnelles des personnes fréquentant la ressource. Toutes les personnes qu'elles ont interpellées ont accepté de participer à l'étude. Les intervenantes nous ont ensuite contacté par téléphone et nous avons établi un horaire de rencontre suivant les disponibilités des participants.

4.5 La collecte de données

Afin de recueillir les données nécessaires pour répondre aux objectifs de la recherche, nous avons utilisé trois stratégies de collecte de données : a) une fiche signalétique permettant de recueillir des données de nature sociodémographique (Annexe C), b) une carte écosystémique permettant de circonscrire le réseau social de la personne (Annexe D) et c) une entrevue semi-dirigée (Annexe E). La stratégie de collecte de données s'est effectuée en une rencontre d'une durée d'environ 30 à 180 minutes (moyenne d'environ 50 minutes). Toutes les entrevues ont eu lieu à l'organisme de référence. Le Tableau 6 permet de situer les trois stratégies de collecte de même que les dimensions qui ont été étudiées par ces dernières.

Tableau 6

Thèmes et stratégies de collecte de données utilisées

Thèmes	Sous-thèmes	Stratégie
Caractéristiques des participants	<ul style="list-style-type: none"> – Âge et sexe – État civil – Principale source de revenu – Emploi et scolarité – Profil d'utilisation des services en SM 	– Fiche signalétique
Nature de la RT	<ul style="list-style-type: none"> – Description d'une RT significative d'une durée de six mois et plus selon les quatre dimensions <ul style="list-style-type: none"> – Humaine – De collaboration – Thérapeutique – Contextuelle 	– Entrevue semi-dirigée
Place de la RT dans le réseau de soutien	<ul style="list-style-type: none"> – Exploration du soutien social objectif : <ul style="list-style-type: none"> – Famille – Amis – Travail, étude – Communauté – Nature de l'aide apportée (émotionnelle, partage d'activités, information/conseil, soutien matériel, réseautage) – Évaluation de la satisfaction subjective du réseau de soutien 	– Carte écosystémique
Effets de la RT sur le mieux-être	<ul style="list-style-type: none"> – Comment, le cas échéant, la relation significative a amené des bénéfices sur le plan de : <ul style="list-style-type: none"> – L'espoir et l'optimisme – Le sens de soi – Les buts, le travail et autres activités professionnelles – L'insight et la prise de conscience de son potentiel – L'appropriation du pouvoir et l'autodétermination – L'émergence de nouvelles circonstances et possibilités 	– Entrevue semi-dirigée

La première stratégie (fiche signalétique) consiste en un court questionnaire de 15 questions, complété par la personne, avec l'aide de l'étudiante-chercheuse. Cette fiche signalétique comprend des questions portant sur l'âge, le sexe, l'état civil, la principale source de revenu et l'emploi. De plus, nous y avons inclus un profil d'utilisation des services de SM afin de savoir quels services sont utilisés présentement par la personne. Cet outil a été utilisé afin de cerner les caractéristiques propres à notre échantillon et de pouvoir comparer nos résultats à d'autres études effectuées sur une population ayant ou non les mêmes caractéristiques (Lièvre, 1998).

La deuxième stratégie consiste en l'élaboration, avec le participant, d'une carte de son réseau social personnel (Sluzki, 2010). En plus de favoriser la prise de contact et la relation de confiance entre la chercheuse et le participant avant l'entrevue, cette stratégie a permis de situer la RT dans son contexte (voir objectif 2 de l'étude). Elle a été utilisée afin de comprendre la place qu'occupe l'intervenant social dans le réseau social de la personne en comparant les diverses interactions que la personne entretient avec son entourage. En effet, selon Strauss (1987, dans Deslauriers, 1991) : « si nous négligeons le contexte, les conditions, la structure, nous court-circuitons l'explication » (p. 78). Donc, afin de donner un sens à la RT, il nous apparaît important de considérer le contexte dans laquelle elle évolue. La carte du réseau social personnel est un outil constitué d'un cercle divisé en quatre cadrans, lesquels sont divisés en trois niveaux (intime, proche, connaissance). Les cadrans comprennent : la famille, les amis, le travail et les études ainsi que la communauté (qui inclut les différents intervenants sociaux). La marche à suivre était simplement de mettre des points représentant les divers membres du réseau au bon endroit dans le cercle. En plus de ce soutien visuel, les personnes interrogées étaient aussi invitées à dévoiler quelles personnes dans leur entourage sont plus enclines à leur fournir de l'aide émotionnelle, sur les plans du partage d'activités sociales et récréatives, des informations/conseils, du soutien matériel et de les aider au développement de leur réseau. Finalement, une échelle de type Likert a été utilisée afin d'évaluer le niveau de satisfaction de la personne face à son réseau social (satisfaction subjective).

La troisième stratégie de recherche est l'entrevue semi-dirigée, enregistrée de manière audio, dans laquelle les thèmes suivants ont été abordés : la nature et les caractéristiques de la RT entre la personne et l'intervenant et les effets de la RT sur le rétablissement de la personne en lien avec ses facteurs d'influence. Les trois stratégies de recherche combinées sont d'une durée de 15 à 125 minutes (moyenne d'environ 40 minutes).

Plusieurs facteurs sont à l'origine du choix de l'entrevue semi-dirigée comme outil privilégié de collecte d'information. Premièrement, nous avons tenu compte de l'objectif ultime de l'étude, soit de déterminer l'apport de la RT dans le rétablissement, qui est un thème complexe pouvant être délicat. Ensuite, nous nous sommes intéressés au sens particulier de l'expérience des personnes, afin d'en faire ressortir une compréhension approfondie. Enfin, et c'est le plus important, nous avons voulu établir une relation humaine avec les participants afin d'ajouter à notre compréhension. En effet, il nous a semblé opportun de baser notre collecte de données sur une relation de collaboration afin d'étudier, en fait, une autre relation. Toutes ces considérations ont motivé le choix de l'entrevue semi-dirigée (Savoie-Zajc, 2003).

Aussi, notons que, toujours dans l'optique d'agir en fonction des principes du rétablissement, nous avons voulu aller chercher l'expertise des personnes face à leur expérience personnelle concernant une RT positive. Ce savoir expérientiel, tel que le propose Savoie-Zajc (2003), est à l'origine d'un savoir construit conjointement par les deux parties lors d'un échange verbal et contribue à dégager une compréhension du phénomène étudié.

Nous avons aussi choisi l'entrevue semi-dirigée afin d'avoir le point de vue des personnes qui sont directement concernées par le phénomène. Nous avons voulu discerner ce qu'elles pensent, connaître leurs sentiments, leurs attitudes, leurs opinions, etc. (Deslauriers, 1991; Poupart, 1997; Savoie-Zajc, 2003). Le but était de mettre en lumière la

perspective des personnes utilisatrices de services en SM et de donner l'occasion aux personnes de prendre la parole et de raconter leur vécu. Dans le même ordre d'idées, Poupart et al. (1998) affirment, en parlant de la forme expressive de la recherche qualitative :

L'expression de cette parole donne en même temps aux sujets leur identité grâce à laquelle ils acquièrent le statut d'acteurs et rend visibles des situations souvent censurées ou ignorées dans le débat public. L'information devient expression, totalité signifiante. (p. 32)

Il serait bien prétentieux de penser que notre recherche peut contribuer à l'élaboration de l'identité des participants, néanmoins, elle a créé un espace où les personnes ont pu avoir l'occasion de s'exprimer librement et de contribuer à un projet centré sur leur vision.

4.6 L'analyse des données

Le matériel issu de la collecte de données a été analysé de différentes façons. D'abord, le contenu des fiches signalétiques a été étudié de façon quantitative à l'aide du logiciel Excel (version 2007), le tout afin d'en faire émerger des statistiques descriptives concernant l'échantillon de l'étude.

Aussi, les cartes du réseau social ont été analysées à partir de la méthode d'analyse du réseau social personnel (Sluzki, 2010), le tout dans le but de situer la place de la RT dans le réseau social élargi de la personne et de comparer cette place avec les autres membres du réseau. Les cartes ont été informatisées par un cartographe et une couleur a été attribuée à chaque participant. Elles ont ensuite été superposées sur une acétate afin de ne faire qu'une seule carte schématisant les réseaux sociaux de tout l'échantillon. Avec le logiciel Excel (version 2007), le nombre de personnes du réseau social de chaque participant a été comptabilisé et des moyennes ont été produites. Une moyenne des résultats de l'échelle de satisfaction a aussi été faite.

Les données de l'entrevue qualitative ont été analysées selon une méthode d'analyse de contenu. Selon L'Écuyer (1987), qui a élaboré un modèle général d'analyse de contenu à partir d'étapes proposées par plusieurs auteurs, l'objectif ultime de cette analyse est de déterminer la signification exacte d'un message, ce que l'auteur a vraiment voulu dire. La méthode utilisée a donc été inspirée de cet auteur. Premièrement, les entrevues ont été transcrites sous forme de verbatim afin d'avoir une vue d'ensemble et de se familiariser avec les informations collectées. Puis, elles ont été codifiées à l'aide du logiciel informatique QSR Nvivo (version 7). Ensuite, nous avons regroupé les énoncés en catégorie (ou thème). Une catégorie se définit comme une unité globale rassemblant des énoncés se ressemblant naturellement (L'Écuyer, 1987). Certaines catégories émanaient, d'une part, du cadre conceptuel (modèle exploratoire de la RT) et des facteurs de rétablissement énoncés dans la problématique, d'autre part, des données analysées. Finalement, le matériel a été interprété à la lumière du cadre théorique ainsi que des facteurs du rétablissement.

4.7 L'éthique de la recherche

Ce projet de recherche a été déposé au Comité d'éthique et de la recherche (CÉR) de l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC). Il a été approuvé le 11 juillet 2011 (Annexe F). Afin d'assurer aux participants de pouvoir pleinement bénéficier de toutes les informations relatives à la recherche et ainsi choisir ou non d'y participer, un formulaire de consentement (Annexe G) expliquant clairement les objectifs, le déroulement et les avantages et inconvénients de participer à la recherche a été lu et signé au début de l'étude. Ce formulaire comprenait aussi les coordonnées de la responsable de l'étude, de sa directrice de maîtrise et du CÉR. De plus, nous y avons inclus toutes les mesures assurant la pleine confidentialité des participants et le respect de leurs droits. D'abord, chaque participant a dû se trouver un surnom afin de remplacer son prénom lors de la citation d'extraits d'entrevue dans le présent mémoire, et ce, afin que la personne soit assurée que son propre nom n'y apparaisse pas, mais qu'elle puisse quand même vérifier la justesse de

l'interprétation de ses propos. Puis, la personne a été informée qu'elle pouvait se retirer en tout temps sans préjudice, que les documents (enregistrements audio, verbatim ou toutes autres données) seront conservés sous clé pour une période de sept ans et détruits par la suite, et qu'aucun renseignement la concernant n'a été transmis à un intervenant.

En fait, toutes les mesures ont été prises afin que la personne ait pu consentir de façon éclairée à participer à la recherche. Crête (2003) définit le consentement éclairé comme suit : « l'idée que le sujet éventuel doit avoir assez d'information - sur ce qui lui sera demandé et à quelles fins cette information sera utilisée - pour en évaluer les conséquences » (p. 254). Nous avons donc tenu, par la présentation de notre projet dans les organismes, par le biais de notre formulaire de consentement et en s'assurant de la compréhension des participants, à donner suffisamment d'information pour que les personnes puissent participer de manière conséquente et consciente.

4.8 Inclusion des principes du rétablissement dans l'élaboration de la recherche

Mises à part les différentes préoccupations méthodologiques, nous avons tenté de réaliser ce projet en concordance avec les principes du rétablissement tels qu'énoncés dans la recension des écrits. C'est pourquoi une entrevue semi-dirigée a été réalisée avec chacun des participants afin que leur voix soit entendue et dans le but de tenir compte de leur vécu subjectif. De plus, choisir de rencontrer les personnes elles-mêmes au lieu des intervenants nous a permis, toujours selon ces valeurs, d'orienter la recherche vers la personne et de l'impliquer. Le but était de comprendre le phénomène du point de vue des personnes atteintes d'un TMG.

Afin de nous assurer que les principes du rétablissement soient respectés, nous avons tenus à impliquer une personne utilisatrice des services de SM dans le processus de recherche. M. Christian Harvey, membre de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP), a accepté de nous transmettre son savoir et son expérience afin

d'apporter un côté humain à un processus qui se veut très rationnel et rigoureux. Nous avons rencontré M. Harvey à quelques reprises. D'abord, afin de lui expliquer en détail l'objet de notre recherche, où nous nous sommes entendus sur les rôles de chacun et où nous avons discuté de la pertinence du projet de recherche et de ses objectifs. Puis, nous nous sommes rencontrés pour discuter des instruments de mesure et des documents de promotion. Cette rencontre avait pour but d'adapter ces outils aux personnes concernées par la recherche, que ce soit face au niveau de langage, au respect des personnes ou à des questions ou des termes pouvant poser un malaise ou pouvant impréciser pour les participants potentiels. La préoccupation pour le niveau de langage est d'ailleurs aussi partagée par plusieurs auteurs dont Deslauriers (1991) et Crête (2003). Puis nous nous sommes rencontrés à la suite de l'élaboration des résultats afin d'en valider la pertinence et d'alimenter la discussion.

CHAPITRE 5

LES RÉSULTATS

Ce chapitre a comme but d'exposer les résultats obtenus à la suite de l'analyse de données. Il sera divisé en quatre parties. Dans la première partie, nous présenterons le profil des participants de l'étude. Puis, nous dresserons un portrait général des intervenants et de leurs caractéristiques selon les participants. La troisième partie sera consacrée à la description des éléments favorisant la RT tels que vus dans notre cadre conceptuel. Ensuite, nous présenterons les effets de la RT vécue par les participants dans leur processus de rétablissement. Et finalement, il sera question des différentes réactions possibles face à la terminaison de la relation. De plus, notons que les noms se rapportant aux extraits de verbatim sont des pseudonymes choisis par les participants afin de préserver leur anonymat. On pourra d'ailleurs constater que l'on présente un plus grand nombre d'extraits pour certains participants, ces personnes se sont simplement davantage exprimées que les autres lors des entrevues.

5.1 Profil des participants de l'étude

Un total de 11 personnes ont participé à la recherche. Huit de ces participants sont des hommes et trois sont des femmes, dont un est âgé de 26 à 35 ans, six sont âgés de 36 à 45 ans, deux de 46 à 55 ans et deux de 56 à 65 ans. Six des onze participants ont été référés par les intervenantes de Mil-Métiers, tandis que trois d'entre eux ont été rencontrés au service d'intégration sociale Nouvel Essor et deux au centre de rencontre Le Phare. Pour ce qui est de leur état civil, quatre sont en couple, quatre sont célibataires et trois sont divorcés. Trois participants ont des enfants, mais ceux-ci ne vivaient pas avec eux au moment de l'étude. Les participants qui ont terminé un diplôme universitaire (1^{er} cycle) sont au nombre de deux, trois ont complété des études collégiales, quatre ont un diplôme d'études secondaires et deux ont fait leur primaire. Du côté du revenu, neuf des onze participants reçoivent des prestations de la sécurité du revenu, un reçoit des rentes d'invalidité et une seule personne a un emploi à temps plein. Ces résultats concordent avec les données affirmant que moins de 15 % des utilisateurs de services de SM travaillent (Beaulieu, Morin, Provencher et Dorvil, 2002). Il est à noter que les personnes fréquentant

Mil-Métiers font aussi partie d'un programme du Centre Local d'Emploi qui leur alloue un montant ajouté à leurs prestations de la Sécurité du revenu. Le Tableau 7 reprend les caractéristiques des participants.

Tableau 7

Caractéristiques des participants (N=11)

Genre	Hommes : 8 Femmes : 3
Âge (ans)	26-35 : 1 36-45 : 6 46-55 : 2 56-65 : 2
Organisme de référence	Mil-Métiers : 6 Nouvel Essor : 3 Le Phare : 2
État civil	Célibataire : 4 Couple : 4 Divorcé : 3
Niveau de scolarité	Universitaire : 2 Collégial : 3 DES : 4 Primaire : 2
Source de revenu	Sécurité du revenu : 9 Rentes d'invalidité : 1 Emploi rémunéré : 1

Pour ce qui est du profil d'utilisation des services, tous les participants ont un suivi médical : soit avec un médecin généraliste (n=1), avec un psychiatre (n=3) ou les deux (n=7). Les motifs de consultation (auto-rapportés) sont tous liés à un TMG : quatre participants sont atteints de trouble bipolaire, trois de schizophrénie, une personne souffre de dépression majeure, une de trouble bipolaire et trouble anxieux, une de psychose toxique et une de trouble schizoaffectif et de trouble bipolaire. Huit personnes reçoivent des services à un CLSC dont cinq pour des services généraux et trois font partie d'une équipe de suivi intensif dans le milieu en équipe (SIME). Chez nos participants, cinq contactent un

centre d'écoute téléphonique, soit Info-Social (n=3) et Info-Santé (n=2). Enfin, un seul des participants fut hospitalisé dans la dernière année. Au Tableau 8, on retrouve une synthèse de l'utilisation des ressources.

Tableau 8

Profil d'utilisation des ressources par les participants

Suivi médical	Généraliste : 1 Psychiatre : 3 Les deux : 7
Motifs de consultation	Trouble bipolaire : 4 Schizophrénie : 3 Dépression : 1 Trouble bipolaire et trouble anxieux : 1 Psychose toxique : 1 Trouble schizoaffectif et trouble bipolaire : 1
Services au CLSC	Services généraux : 5 SIME : 3
Centre d'écoute téléphonique	Info-Social : 3 Info-Santé : 2

5.2 Perception des participants à l'égard des intervenants en santé mentale

Dans cette partie, nous brosserons un portrait des intervenants selon la perception des participants de l'étude. Plus précisément, il sera question des caractéristiques qu'ils aiment le plus et le moins chez leurs intervenants. Lors de l'entrevue, les participants ont été invités à parler d'un intervenant significatif de leur choix, avec qui ils entretenaient (ou ont entretenu) une relation depuis au moins six mois⁷. Les principales caractéristiques de ces intervenants sont résumées dans le Tableau 9. À cet effet, il importe de mentionner que pour sept des participants, cette relation était toujours en cours, alors que pour quatre d'entre eux, elle était terminée. Également, sur les 11 participants de l'étude, 10 ont indiqué

⁷ Il est par contre à noter que dans l'entrevue, les participants ont eu la possibilité de faire référence à un autre intervenant que celui avec qui ils ont une RT significative. Les résultats rapportés dans les prochaines sections peuvent donc faire référence à ces intervenants significatifs, décrits dans le Tableau 9, mais également à d'autres intervenants côtoyés dans leurs parcours.

côtoyer ou avoir côtoyé cet intervenant pendant plus de deux ans. En ce qui concerne leur provenance, la majorité des intervenants dont il a été question œuvraient dans le milieu communautaire.

Tableau 9

Portrait des professionnels (N=11)

Professions⁸	N
Intervenant organisme communautaire	6
Intervenant CLSC	3
Psychologue	1
Psychiatre	1
Durée de la RT (ans)	
1 an et moins	1
De 2 à 5 ans	6
Plus de 5 ans	4
État de la RT⁹	
En cours	7
Terminée	4

5.2.1 Les aspects les plus appréciés des intervenants

*On est tous des humains dans l'fond.
-Chico*

Les préférences des participants. Quelques participants n'ont pas de préférence quant aux caractéristiques personnelles des intervenants telles que l'âge, le sexe et l'expérience. En autant que l'intervenant possède les qualités qu'ils apprécient, ils n'accordent pas d'importance au fait qu'il soit plus jeune ou plus âgé, un homme ou une

⁸ Dans ce tableau, les intervenants incluent : les intervenants sociaux, les travailleurs sociaux et les éducateurs spécialisés.

⁹ État de la RT au moment des entrevues avec les participants.

femme. Les participants sont donc souvent plus sensibles aux qualités personnelles et à la compétence perçue, comme on peut le constater dans cet extrait :

« Moi j'dis que l'âge d'après moi n'a pas d'importance, en autant qu'il y a de l'amour, qu'il y a de l'entraide puis de l'entregent aussi puis qu'il y a un bon côté social avec les gens là. Moi c'est comme ça que j'vois ça. Moi j'dis que l'âge puis l'expérience n'a pas d'importance, on est tous des humains dans l'fond là. [...] Moi en autant qu'il soit soi-même comme j'te disais tantôt puis qu'il ait de l'entraide puis qu'il soit capable de respecter les besoins des autres. » (Chico)

Certains participants expriment toutefois une préférence concernant l'âge des intervenants. Ceux qui préfèrent les intervenants plus jeunes affirment qu'ils ont tendance à travailler plus fort, à s'impliquer davantage, qu'ils sont vivants, proactifs et que leur franc-parler est apprécié. Les personnes qui ont une grande expérience d'utilisation des services de SM disent se sentir capables de juger de la compétence d'un intervenant même si celui-ci a peu d'expérience en intervention. Cependant, d'autres participants préfèrent que l'intervenant ait le même âge qu'eux, car même s'ils ne vivent pas la même situation, avoir le même âge est un point commun qu'ils partagent. Puis, certains participants ont une préférence pour les intervenants plus âgés, soit parce qu'ils ont de la difficulté à tolérer l'autorité d'une personne plus jeune, soit parce les intervenants plus âgés combinent, la plupart du temps, plus d'années d'expérience. Le fait d'avoir plus d'expérience est surtout apprécié, car les participants ont l'impression que ces intervenants sont plus aptes à leur apprendre des choses, sont plus à l'aise avec le fonctionnement de l'organisme et plus confiants dans leurs interventions.

Pour ce qui est du sexe de l'intervenant, la majorité des participants n'ont pas de préférence, mais ceux qui en ont une préfèrent que l'intervenant soit une femme. Les raisons évoquées sont : a) être plus à l'aise avec une femme, car elles sont plus à l'écoute, b) avoir plus de facilité à s'ouvrir à une femme, c) les femmes sont plus ouvertes aux sentiments et d) les hommes ont tendance à être plus sévères. Il est à noter que la préférence

pour les intervenantes ne semble pas avoir de lien avec le fait d'être soit même une femme (quatre participants préfèrent les intervenantes dont trois hommes).

Les caractéristiques des intervenants. Lorsque l'on demande aux participants ce qu'ils préfèrent d'un intervenant, la première réponse obtenue fait souvent référence à des qualités humaines. En conséquence, les participants aiment qu'un intervenant ait une bonne écoute, qu'il soit ouvert, compréhensif, empathique, amical, positif, respectueux et chaleureux. Ils apprécient aussi la douceur et la bonne humeur. Il est important pour les personnes que l'intervenant soit honnête et sincère, qu'il soit capable de dialoguer et d'interagir avec elles. Ainsi, certains participants pointent la nécessité d'être direct et franc. De ce fait, les intervenants les plus appréciés sont parfois ceux qui sont capables de dire les « vraies choses » aux participants, quitte à les confronter, afin de les faire avancer. Ces participants apprécient savoir à quoi s'en tenir et l'authenticité qui découle de telles interventions, comme en témoignent les deux extraits suivants :

« Bien moi c'est la franchise toujours là, franchise puis des personnes directes, franches. Ça m'prend ça moi là t'sais. Pas que je ne sais pas sur quel pied danser. [...] J'aime mieux que la personne me dise quelque chose qui peut me déranger. Comme moi j'suis comme ça, j'peux dire quelque chose à quelqu'un pour le réveiller, mais ce n'est pas dans l'but de lui nuire, c'est dans l'but de l'aider pour l'avancement. » (Laurie)

« Parce que c'était une femme honnête, honnête vers moi, moi j'étais honnête vers elle, elle dit ses vérités, moi je lui dis les miennes, de la sincérité entre nous deux. [...] on s'est toujours parlé honnêtement. Honnêtement toujours, elle était ouverte vers moi puis moi j'étais ouvert vers elle. Une personne ouverte, c'est quelque chose de grand ça, ça fait du bien au cœur, elle me soulageait mon cœur, un soulagement. Toutes les fois que j'en avais besoin elle me soulageait. » (Michaël)

Dans le même ordre d'idées, les participants semblent particulièrement apprécier la présence d'un intervenant et pouvoir parler librement. Aussi, le participant doit sentir que l'intervenant s'intéresse à ce qu'il a à dire et doit être à l'aise de s'ouvrir. Être à l'aise avec un intervenant passe par les qualités humaines de celui-ci, par ses connaissances, qui ont un

effet rassurant pour la personne ou par le partage de certains points communs et valeurs qui rendent la discussion agréable.

Les participants soulignent aussi l'importance du savoir et du savoir-faire des intervenants. Par conséquent, ils apprécient que ceux-ci aient de bonnes connaissances sur les différentes problématiques de SM et les façons d'intervenir. Leur expérience et leurs connaissances en SM amènent un côté rassurant. Effectivement, avoir été témoin du cheminement de plusieurs personnes ayant des problématiques diversifiées contribue à générer de l'espoir pour certains participants. En effet, comme on peut le constater dans l'extrait qui suit, ils peuvent utiliser les expériences de rétablissement vécues par d'autres comme référence pour démontrer au participant que ce processus est possible et ainsi engendrer l'optimisme.

« Je te dirais que les intervenants sont à voir au cas par cas puis ils ne sont pas décourageants parce qu'ils ont vu tellement de monde s'en sortir qu'ils sont apaisants. Ça c'est très important pour moi parce que les moments où on se sent mal des fois on a de la misère à les définir puis eux-autres sont comme capables d'aller chercher l problème puis de l'écortiquer avec moi, même des fois le faire devenir une force. [...] Ce que j'aime d'eux-autres aussi c'est qu'ils sont, sont jamais découragés, donc le positif avec eux revient au galop. » (Guy)

Dans cet extrait, le participant note aussi l'importance de travailler à définir le problème à analyser et à trouver des solutions qui peuvent même parfois s'avérer des forces. Certains participants aiment que les intervenants soient capables de faire des liens entre les événements afin d'en faire ressortir le sens profond. Ils veulent aussi que leur intervenant leur apporte de l'aide concrète en leur procurant les outils nécessaires afin d'assurer leurs bons fonctionnements quotidien et social (par exemple : encadrement pour éviter les hospitalisations, gestion du budget). Certains participants apprécient l'encadrement et le soutien que leur procure la présence des intervenants. De même, ils affirment qu'ils apprécient que tous les intervenants qu'ils côtoient travaillent en équipe et

partagent la même vision du problème. L'extrait qui suit illustre bien l'importance des différents types de savoirs :

« Comme *Intervenant* je trouve qu'elle connaît beaucoup ça, t'sais la maladie mentale, puis je la trouve très compréhensive puis elle est tout l'temps de bonne humeur puis c'est une personne pour moi avec qui ça va très bien. »
(Merlin)

Les participants semblent aussi particulièrement apprécier faire des activités qui sortent du cadre habituel de l'intervention traditionnelle, comme faire des sorties et aller prendre un café. Ils aiment les intervenants plus relâchés, dynamiques et ayant un bon équilibre mental.

5.2.2 Les aspects les moins appréciés des intervenants

Je me sentais coincé, puis il était bête.
-Battant

Bien que certains participants ne trouvent rien de négatif au sujet des intervenants qu'ils côtoient, la plupart parlent d'attitudes ou de comportements qui sont moins appréciés et qui, dans certains cas, sont nuisibles. Un de ces aspects est de ne pas donner de rétroactions, de ne pas assez interagir avec la personne. Effectivement, certains participants ont rapporté des expériences dans lesquelles l'intervenant avait une attitude plutôt renfermée, ne parlait pas. Un participant rapporte même une relation où il insistait pour avoir des rétroactions, mais où l'intervenant restait fermé. Il a interprété ce comportement comme un manque d'intérêt de la part du professionnel et ce qui a eu comme résultat que la relation avec cette personne fut difficile. On pointe donc l'importance de nourrir la conversation et d'interagir afin que la personne se sente digne d'intérêt et que la relation soit plus riche.

Un autre aspect moins apprécié est de dépasser le cadre de la RT et de s'immiscer dans la vie privée des personnes. Même si les personnes apprécient une relation authentique, voire amicale, ils ne veulent pas pour autant que le professionnel intervienne dans certains domaines relevant de leur vie intime. Ainsi, certains participants affirment ne pas apprécier les blagues trop familières ou mal placées ou que l'on tente de changer ou de contrôler certains aspects de leur vie tels que leurs habitudes alimentaires, leur vie sentimentale ou leur consommation d'alcool. À ce sujet, un participant affirme :

« Bien quand il me demande pourquoi je bouge mon pied, faut pas que je bouge mon pied comme ça parce que j'ai l'air nerveux, ou bien quand j'ai l'air de ne pas être aussi standardisé que d'autres disons. Ça j'trouve qu'ils n'ont pas d'affaire à me parler de ça. Ça, ça me regarde t'sais [...]. C'est l'attitude aussi là un moment donné il y a une intervenante qui m'a dit « bien là, tu devrais peut-être te trouver une blonde blablabla... » J'ai dit « bien là un moment donné j'vais peut-être être intéressé à me trouver une blonde, mais ce n'est pas toi qui va me dire quand là. » (Guy)

Par ailleurs, les participants ont aussi noté qu'ils n'appréciaient pas les intervenants « bêtes » ou désobligeants. Un participant relate même un épisode où, entreprenant une thérapie pour la seconde fois, il se serait fait « bourrasser » par un intervenant, ayant comme résultat que le participant s'est senti coincé et avait l'impression que le professionnel en question était déçu de lui, comme en témoigne cet extrait :

« [...] c'est lui qui nous rencontrait là, presque à tous les jours, puis moi, je ne *feelais* pas beaucoup, j'en n'avais pas à vendre là. Quand il nous rencontrait [...] avec l'infirmière puis tout ça je trouvais qu'il me chahutait, je me sentais coincé puis il était bête. Mais il y en a d'autres qui l'trouvaient comme ça aussi, mais soit que les gens l'aimaient ou ils l'aimaient pas. Mais moi la deuxième fois que je suis allé à l'hôpital là non, ça faisait pas là, ça faisait pas du tout. J'ai trouvé que ce n'était pas un bon intervenant. » (Battant)

D'autres façons de faire et attitudes sont notées comme étant plutôt négatives pour les participants. Ainsi, certaines personnes n'apprécient pas les intervenants réagissant de manière trop technique (par exemple : conseiller d'appeler son psychiatre, de prendre de grandes respirations) ou les professionnels considérés comme des « donneurs de pilules »

qui ne travaillent pas avec la personne. Ils n'aiment pas non plus que le professionnel en question ne fasse pas les interventions appropriées (par exemple : pas le bon diagnostic qui amène un traitement inadéquat, pas d'ouverture aux thérapies alternatives ou à diminuer la médication). Parmi les autres aspects peu appréciés, on retrouve : être en retard, ne pas être suffisamment organisé, abrégé une rencontre et avoir des attitudes paternalistes. Le Tableau 10 résume les aspects les plus et les moins aimés des intervenants selon nos participants et le type de savoir impliqué.

Tableau 10

Caractéristiques les plus et les moins appréciées des intervenants

Caractéristiques plus appréciées	Savoir être	Écoute, ouverture, compréhension, respect, empathie, amical, positif, chaleureux, douceur, bonne humeur, honnêteté, direct, authentique, dynamique, équilibré, présent, disponible, à l'aise.
	Savoir faire	Résolution de problème, aide concrète, encadrement, soutien, interaction et rétroaction, travail d'équipe, activités, expériences antérieures.
	Savoir	Connaissances de la SM, connaissances des méthodes d'intervention.
Caractéristiques moins appréciées	Savoir-être	Blagues familières, contrôle de la vie privée, désobligeant, retard, abrégé les rencontres, comportements paternalistes.
	Savoir-faire	Pas de rétroaction et peu d'interaction, réactions techniques, mauvaises interventions, manque d'organisation, « donneux de pilules ».

5.3 Les éléments favorisant la RT selon le cadre conceptuel

Dans cette section, nous allons nous pencher sur les éléments favorisant l'établissement d'une RT significative entre un intervenant et une personne atteinte d'un

TMG. Il sera donc question de décrire ces éléments selon notre cadre conceptuel, soit selon les dimensions humaine, de collaboration, thérapeutique et contextuelle. De plus, on remarquera l'ajout d'une nouvelle dimension, la dimension individuelle, qui ne se retrouve pas dans le modèle exploratoire de la RT exposé dans notre cadre conceptuel.

5.3.1 La dimension humaine

Ça prend des grandes personnes humaines pour faire ça, une personne vraiment humaine. -Pistache

Selon les participants de l'étude, cette dimension serait la plus importante dans l'établissement d'une RT positive et bénéfique. Comme on l'a déjà vu, elle fait référence aux aspects interpersonnels de la relation. L'extrait qui suit démontre que les participants sont très sensibles à l'humanité des intervenants qu'ils côtoient et considèrent comme aidants.

« C'est l'humanité, c'est des personnes humaines. Ça prend des grandes personnes humaines pour faire ça, une personne vraiment humaine. [...] Qui sont là, ils se donnent, ils se donnent dans ce qu'ils font. S'ils ne se donnaient pas dans ce qu'ils font bien ils ne réussiraient pas. [...] Ils s'impliquent dans ce qu'ils font puis on voit qu'ils prennent ça à cœur puis qu'ils veulent aider l'monde. On voit ça, ça se voit tout de suite ça! » (Pistache)

Nous aborderons donc les sous-dimensions des qualités des professionnels, de la considération de la personne, de la présence des professionnels ainsi que des conduites humaines.

5.3.1.1 Les qualités des professionnels

*Elle avait ça dans l'sang.
-Anouk*

Comme il a déjà été mentionné, les aspects les plus aimés des intervenants sont souvent des qualités humaines telles que l'écoute, l'ouverture, l'honnêteté et l'empathie¹⁰, qui s'inscrivent dans leur savoir-être. D'ailleurs, lorsque l'on demande aux participants quelles compétences doit avoir un bon intervenant, plusieurs font référence à ce type de qualités. Souvent, les participants considèrent que les intervenants qu'ils apprécient ont des traits de personnalité naturels qui font d'eux de bons intervenants. Du coup, leurs pratiques peuvent devenir difficiles à expliquer, car elles tiennent plus de l'intuition, comme on peut le voir dans cet extrait d'entretien.

« Anouk : Elle travaillait ça beaucoup, beaucoup, beaucoup. Elle me l'disait puis elle travaillait ça beaucoup. Moi j'ai comme perdu confiance énormément parce que quand tu fais une psychose tu deviens très *down*, après tu perds confiance ça fait qu'il faut que tu retrouves confiance.

Intervieweuse : puis comment est-ce qu'elle agissait pour vous faire prendre confiance justement?

Anouk : je ne m'en souviens pas.

Intervieweuse : vous ne vous souvenez pas?

Anouk : j'me souviens qu'elle avait ça dans l'sang là, ouais elle avait ça. »

L'intuition revêt donc un caractère important dans l'établissement d'une bonne RT, car l'intervenant doit être en mesure de saisir les besoins de la personne et d'y répondre de façon appropriée. En effet, c'est comme si le rôle d'intervenant était en fait une vocation basée, entre autres, sur sa personnalité et son habileté naturelle à percevoir les besoins de la

¹⁰ Voir Tableau 10 : Caractéristiques des intervenants les plus et les moins appréciées.

personne. Les intervenants sont parfois décrits comme des personnes ayant un certain « talent » inné pour leur profession. Comme on peut en juger par ces extraits :

« Moi je dirais que l'intuition d'un intervenant est bien importante; si l'intervenant ressent que t'as besoin de ce service là, puis qu'il ne te le dit pas, à mon avis c'est problématique. » (Guy)

« Pistache : Il y en a qui sont bons, puis il y en a qui sont complètement t'sais là... il y en a qui sont... il y en a des spéciaux puis il y en a des moins spéciaux t'sais. Il faut que t'en prennes puis que t'en laisse là-dedans là! Il y en a des « pas bons » puis il y en a des bons! (*rires*)

Intervieweuse : Puis les « pas bons » ils font quoi pour être « pas bons »?

Pistache : Bien ils font... ce n'est pas de leur faute ils ne l'ont pas!

Intervieweuse : Ils ne l'ont pas.

Pistache : Il y en a qui l'ont pas. [...] Ils ne sont pas capables d'écouter, t'sais des fois ils ont l'esprit ailleurs. »

L'intuition s'applique des deux côtés de la relation. En effet, les personnes rencontrées ont aussi l'intuition leur permettant de juger de l'authenticité de la relation, comme le participant Pistache l'a si bien reflété : « On voit ça, ça se voit tout de suite ça! ».

Les participants affirment aussi que les intervenants doivent être authentiques et honnêtes et être capables d'être eux-mêmes. Comme on l'a déjà vu, être franc et sincère avec les personnes est parfois vu comme un acte d'authenticité apprécié par les participants. De même, certains d'entre eux croient que l'intervenant est une personne ayant une identité propre qui enrichit la relation.

« Il avait une pensée positive t'sais, il me parlait des difficultés que j'avais eues quand j'étais jeune puis c'était quelqu'un de spécial. Il me parlait beaucoup là, on se rencontrait dans un restaurant là, puis il me parlait de toutes sortes d'affaires là. J'aime ça par exemple. » (Pistache)

Un autre trait de personnalité important pour les participants est de savoir mettre la personne à l'aise, afin de favoriser l'ouverture. Effectivement, les participants affirment que

l'intervenant doit être à l'écoute et comprendre ce que la personne lui raconte. Ces qualités favorisent l'aspect naturel de la relation et permettent que la personne se sente bien et en confiance. Les personnes doivent sentir qu'elles peuvent autant partager les bonnes que les mauvaises nouvelles à leur intervenant. Si les participants aiment être appuyés lors des étapes plus difficiles de leur vie, ils apprécient aussi que les intervenants soient heureux et les encouragent lors d'événements positifs :

« J'aime ça lui parler parce des fois je la rencontre une fois par semaine pour jaser, où c'est que j'en suis rendu puis toute. Ça c'est nouveau mais j'aime ça parce que je peux lui conter ce qui se passe. Comme ma désintoxication, elle est bien contente aussi, au SIME sont super contents aussi que j'ai faite ce *move* là. Mais c'est ça j'vais bien puis je ne veux pas perdre toute ma mémoire puis toute, c'est ça la boisson ça pus d'rapport. Fait que quand il m'arrive de quoi puis toute on jase de ça puis elle était contente. Comme à matin en allant marcher puis « *Intervenante*, ils m'ont appelé », *Intervenante* a dit « tu vas me tenir au courant », t'sais elle est contente de ça ». (Merlin)

L'humour et la bonne humeur sont aussi des caractéristiques qui favorisent l'établissement d'une relation positive. En effet, il est important pour les participants que l'intervenant soit souriant et ait une humeur agréable. Le sens de l'humour peut aussi être un atout pour l'instauration de la RT et l'abord d'un sujet plus problématique. En effet, comme en témoigne cet extrait d'entrevue, pouvoir prendre une situation avec humour peut signifier que la personne peut composer avec le problème :

« Mais c'est par l'humour aussi. C'est qu'à un moment donné on aborde un sujet de conversation puis on le prend en riant. Fait que moi, prendre quelque chose en riant maintenant ça a beaucoup changé de signification pour moi. Ça veut dire que j'suis capable de *dealer* avec ce problème là dans une éventualité assez proche. » (Guy)

Mais on doit mettre un certain bémol à cette caractéristique, car certaines personnes ont exprimé ne pas aimer les blagues, qui peuvent être vues comme étant trop familières, ou certaines manifestations d'humour qui peuvent être considérées comme de la dérision.

5.3.1.2 La considération de la personne

J'pense qu'elle me voit telle que je suis là, telle que je suis avec mes faiblesses puis mes points forts. –Laurie

Cette deuxième sous-dimension réfère à des comportements qui indiquent que l'intervenant considère l'individu comme une personne à part entière et non comme une maladie ou un ensemble de symptômes à traiter. Les interventions et la manière d'être de l'intervenant sont donc centrées sur la personne.

Le premier aspect à considérer est le fait de comprendre la personne dans son intégralité. Ainsi, la personne se sent libre de parler à cœur ouvert. Pour certains, il est important de verbaliser à propos des événements passés, venant d'aussi loin que l'enfance, afin d'apporter une certaine libération ou un éclaircissement. Les participants aiment avoir l'occasion de parler sans censure, d'aborder des sujets nouveaux dont ils n'avaient jamais parlé à personne, de leurs sentiments profonds.

« J'me suis senti, je dirais, totalement compris. Mais aussi quand j'abordais des nouveautés ou des choses plus intimes il me comprenait vraiment au sens où je n'avais pas peur d'énumérer les choses qui étaient difficiles dans ma vie. J'étais capable d'éclaircir mes problèmes avec cette personne là. »
(Guy)

Se sentir compris globalement réfère, comme on l'a déjà mentionné, à un certain niveau d'intuition. Comme en témoigne l'extrait suivant, l'intuition peut amener un niveau élevé de compréhension de la personne :

« J'me sens compris oui, beaucoup [...]. Parce que moi elle va chercher le fond de ma pensée quand elle me parle puis quand je parle avec. [...] Elle a été capable de détecter dans ma personnalité que j'étais méfiant, j'avais une méfiance dans ma maladie, puis que j'avais peur de l'hôpital puis toute, puis ça elle l'a détecté sans que je lui en parle. » (Grisou)

Pouvoir se confier passe, évidemment, par un certain niveau de confiance envers l'intervenant. En effet, les participants doivent sentir qu'ils peuvent se fier à cette personne et que toutes les règles déontologiques concernant la confidentialité seront respectées (par exemple : ne pas parler aux autres intervenants sauf si nécessaire, dossier personnel en lieu sûr).

Les participants croient aussi que la relation peut se développer par de simples démonstrations qui prouvent que l'intervenant se préoccupe d'eux. Ainsi, ils apprécient pouvoir dialoguer et interagir avec un intervenant. Un simple « comment ça va? » ou parler d'autres choses que du problème en question, comme d'un domaine qui intéresse la personne tel que la cuisine ou les jeux vidéo, peut démontrer que l'intervenant s'intéresse à eux. Ces démonstrations peuvent aussi se manifester une visite de la personne dans son milieu de vie pour s'assurer que ce milieu soit adapté à ses besoins. De plus, d'autres personnes apprécient qu'un intervenant prenne le temps de venir leur parler lors d'une rencontre fortuite dans un endroit public, ce comportement démontre que l'intervenant s'implique dans la relation. Par contre, pour d'autres individus, ces comportements sont plutôt vécus comme une sorte « d'intrusion » de la vie privée. Quoi qu'il en soit, ce genre de démonstrations permet à la personne de se sentir respectée et considérée humainement, tel qu'illustré dans cet extrait :

« Puis je me sens respecté, je me sens écouté puis j pense qu'elle a cerné le problème assez bien. Puis elle est même venue me visiter à *Organisme*, ce n'est pas tous les psychiatres qui feraient ça. Je pense qu'elle a les deux pieds sur terre, puis je pense que les jeunes médecins surtout là sont plus terre à terre. [...] Ils s'impliquent davantage dans le phénomène de ne pas traiter seulement en changeant les pilules; oui en l' faisant parce qu'ils travaillent avec ça, mais en investiguant avec le rapport humain là. »
(Battant)

Un autre élément qui démontre que l'intervenant considère l'individu comme une personne à part entière est de le connaître de façon intime. Les participants apprécient que l'intervenant connaisse suffisamment d'information à leur sujet pour faciliter la

communication et consolider le lien de confiance mutuelle. Ainsi, il n'est pas toujours nécessaire de justifier leurs comportements; si l'intervenant connaît suffisamment de détails sur la personne, certains faits n'ont pas besoin d'être dits, comme on peut le constater dans l'extrait suivant :

« Bien je n'ai pas d'problème à communiquer avec elle, quand j'ai quelque chose t'sais. Non, c'est comme j'te dis je la trouve compréhensive au *boutte* puis il y a des fois je ne rentre pas les matins puis tout ça. Puis je lui dis « j'peux rattraper mon temps » puis tout, puis il faut des billets de médecin des fois ou de psy, t'sais pour pouvoir manquer puis des fois je ne l'ai pas. Mais elle voit comment j'suis, elle me connaît assez pour savoir comment ça va. Puis elle me fait rattraper mon temps, des fois pas besoin, t'sais. Si j'suis malade, j'ai une grippe, ça prend un mois avant d'avoir un rendez-vous avec un médecin j'ne peux pas là. T'sais à m'fait confiance pour ça. »
(Merlin)

Les participants aiment aussi que l'intervenant les connaisse de façon personnelle et s'informe sur des aspects de leur vie « autre » que la maladie tels que : leurs goûts et intérêts, les personnes significatives dans leur réseau social, leur vécu, etc. Ainsi, les personnes sentent que l'intervenant désire les connaître et leur porte un intérêt réel. De plus, en étant au fait de leurs intérêts, l'intervenant peut référer la personne à des ressources, faisant partie ou non des services offerts en SM, répondant à leurs besoins spécifiques (par exemples : suggérer d'aller à la bibliothèque municipale, guider dans le choix d'une activité).

Connaître la personne de façon intime réfère aussi à connaître la personne réellement, avec ses bons et ses moins bons côtés, ce qui signifie accepter la personne telle qu'elle est et malgré ses difficultés, de lui donner le droit d'avoir ces difficultés et des capacités en même temps. Donc, on peut consolider la RT en considérant la personne à part entière, tel qu'on peut le constater dans ces deux extraits :

« J'pense qu'elle me voit telle que je suis là, telle que je suis avec mes faiblesses puis mes points forts. » (Laurie)

« Bien elle me considère quand même bon malgré mes difficultés là, ils m'encouragent à tous les jours. [...] puis ça bien, ça nous a permis d nous rapprocher. » (Chico)

5.3.1.3 La présence des professionnels

*Ils ne veulent pas m'laisser tomber tout de suite.
-Merlin*

Les participants considèrent que la présence des intervenants qu'ils côtoient est un élément important dans l'établissement d'une RT bénéfique. En effet, surtout lors des périodes plus difficiles, les personnes veulent sentir qu'elles ne sont pas seules, que quelqu'un est là pour les soutenir. Ainsi, nous aborderons la disponibilité et la flexibilité de la présence, la présence face aux besoins des personnes, la prise de son temps personnel et la stabilité de la présence.

Le premier élément à considérer est la disponibilité de l'intervenant. Les personnes apprécient que l'intervenant soit présent lorsqu'elles en ont besoin. Notamment, en répondant rapidement à leurs demandes d'aide, l'intervenant démontre qu'il s'implique dans la relation. Elles doivent avoir l'impression que l'intervenant est là pour elles, même lorsqu'ils ne sont pas ensemble. Les participants de l'étude fréquentent des organismes en SM et un des aspects qu'ils apprécient de ces organismes est qu'il y ait toujours un intervenant sur place, comme en témoigne cet extrait :

« Bien à *Organisme*, il y en a toujours un de présent; *Intervenante* je la vois souvent ça fait que quand j'ai besoin j'peux me confier à elle, fait que ça j'trouve que ça aide. » (Battant)

Ce qui est tout aussi vrai pour les personnes recevant des services de suivi intensif dans la communauté; elles apprécient pouvoir compter sur le soutien d'une personne en tout temps. Comme on peut le constater dans l'extrait qui suit, la combinaison de plusieurs

ressources fait en sorte que la personne ne se sente jamais laissée à elle-même et d'éviter des situations plus pénibles telles que les hospitalisations :

« C'est que si je frappe un nœud un moment donné puis je deviens comme... j'me mets à avoir peur de ce que j'fais moi-même. Il y a toujours quelqu'un qui est là pour m'aider, qui va se déplacer chez moi à n'importe quel moment de la journée pendant la semaine. Si ça s'passe la fin de semaine j'appelle *Ligne d'écoute téléphonique*. Ou bien je vais carrément à *Organisme*, c'est une chose que j'ai fait il y a quelques années. Je me sentais souvent en petite crise aussi puis le SIME était pas assez efficace à ce moment là – bien qu'il l'était un peu – fait que ce que j'faisais c'est que j'allais dormir une nuit à *Organisme*, puis le mal, t'sais la maladie sortait puis s'en allait. [...] Au lieu d'aller à l'hôpital, ce n'était pas nécessaire que j'aille, disons, au centre d'observation, j'allais juste à *Organisme* puis normalement, en une, deux ou trois fois de suite pour dormir là, ça passait complètement. » (Guy)

La flexibilité de la disponibilité est aussi un aspect à considérer. Effectivement, adapter son horaire aux besoins et disponibilités de la personne indique que l'intervenant est ouvert et prêt à s'ajuster, selon que la personne ait besoin d'un suivi plus ou moins intensif, comme en témoigne ce participant :

« Moi j'peux dire qu'il m'a accommodé, il a déplacé son horaire, il y a une période où j'voyais que ça allait mieux, j'y allais moins souvent, puis il était ouvert à ça, j'y allais aux 15 jours ça n'a pas duré longtemps là, mais il était ouvert à tout! Puis il ne m'a jamais dit : « on va mettre fin à la thérapie » de lui-même, il attendait j'pense, ma demande puis ma demande ne venait pas fait qu'il m'a toujours bien reçu.[...] Il a toujours été là dans les moments les plus... puis même au niveau de *Intervenant*, ils ont adapté leurs horaires, des fois, parce que j'pouvais pas toujours partir du bureau à des heures, à toutes les semaines puis tout ça. Puis ils ont accepté pendant longtemps de m'recevoir sur l'heure du midi puis dans les périodes où ça allait... » (Battant)

Être présent signifie aussi d'être attentif aux besoins et aux priorités de la personne. Ainsi, être attentif peut nécessiter une certaine « présence d'esprit » au sens où l'intervenant doit être là pour faire les interventions requises au moment où elles le sont.

L'extrait suivant démontre l'adaptation aux besoins et l'assistance des intervenants dans un moment où la participante en avait besoin :

« Puis le SIME j'en ai besoin encore mais là... comment j'te dirais ça... j'devais aller au SIV, ça c'est entre la base puis entre le SIME, t'sais c'est une rencontre une fois par semaine puis tout ça. Mais là c'est ça, j'devais embarquer mais là un moment donné ils m'ont donné des médicaments – j'me suis faite opérer deux fois cet été – ils me donnaient de la morphine. Eux-autres ils savent que j'vais devenir accro à tout ça. Fait que là j'ai joué un peu dans tout ça, dans mes pilules il y a peut-être trois semaines, puis j'ai raccroché. Puis c'est ça ils m'ont gardé là parce que j'avais les hauts et les bas c'était incroyable! Ils ne veulent pas m'laisser tomber tout de suite. C'est pour ça que le vendredi ils viennent aussi m'porter mes médicaments, l'injection, puis le vendredi ils m'emmènent prendre un café. » (Merlin)

La présence de l'intervenant, se manifestant par le fait que celui-ci prend de son temps personnel pour soutenir la personne, est également appréciée. Cette présence témoigne d'un investissement particulier dans la relation. L'extrait suivant en illustre un exemple :

« Puis je l'ai trouvée correcte t'sais quand on est partis en avion elle était venue me voir avec un autre professeur puis quand ma sœur était venue me porter puis elle a connu ma sœur – parce que j'en parle souvent de ma sœur – puis quand j'suis revenue [de voyage] elle était à l'aéroport encore. Puis elle était toute seule, elle était venue. Fait que là j'étais contente, je l'ai présentée à ma sœur les deux parce que j'en parle autant l'une que l'autre. Mais t'sais c'est vraiment correct pareil qu'elle ait fait ça là, t'sais elle n'avait pas de raison de faire ça là. » (Merlin)

Par ailleurs, pour être aidante, la présence des professionnels doit être constante, c'est-à-dire que l'intervenant doit répondre aux demandes de soutien avec assiduité. Dans le cas contraire (par exemple : manquer un rendez-vous, ne pas rappeler la personne, être désobligeant), la confiance de la personne pourrait être ébranlée. On peut le constater dans l'extrait qui suit :

« Bien j'ai acquis plus de confiance, grosso modo il y a ça. Puis... c'est surtout aussi le fait que son intérêt pour moi était soutenu; donc ce n'est pas une semaine je ne *feel* pas donc je ne te parle pas, j'suis bête puis la semaine

suiivante c'est dans mes cordes j'ai l'goût de jaser avec toi mais un moment donné faut que je te ferme la porte parce que j'ai d'autres choses à faire, puis il s'invente des moments donnés qu'il a à faire de la paperasse qui ne sont pas là pour vrai etc. Ce n'était pas de l'hypocrisie du tout. Quand même, les autres intervenants je les sentais pas hypocrites mais en même temps, ils n'ont pas ce bout là de connaître quelqu'un, que celui-là avait pour moi. » (Guy)

En résumé, la présence des professionnels apporte un côté rassurant pour la personne. Elle peut compter sur le soutien de quelqu'un en qui elle a confiance, ce qui enlève une inquiétude et solidifie la RT.

5.3.1.4 Les conduites humaines

Quand elle m'encourage, quand elle dit qu'elle nous aime, puis qu'elle nous dit de ne pas lâcher malgré nos difficultés. –Chico

On entend par conduites humaines les gestes simples qui mettent en évidence l'humanité de l'intervenant. Certains participants ont reflété des situations dans lesquelles l'intervenant pouvait poser des gestes qu'eux appréciaient, mais qui pourraient être jugés non professionnels d'un regard extérieur. Par exemple, adapter certaines règles d'un organisme à une situation particulière vécue par un usager, révéler des éléments de sa vie personnelle ou payer un café à une personne sont des comportements qui témoignent de l'ouverture et de l'authenticité d'un intervenant. L'extrait suivant illustre l'exemple d'un intervenant qui démontre son amour pour les personnes utilisatrices de services :

« Moi j'dis qu'elle fait le meilleur de ses compétences pour nous rendre heureux malgré son encouragement, son amour, je ne vois pas vraiment de côtés négatifs là. [...] Bien ... quand elle m'encourage, quand elle dit qu'elle nous aime, puis qu'elle nous dit de ne pas lâcher malgré nos difficultés. » (Chico)

Effectivement, certaines personnes apprécient que l'intervenant soit capable d'affection et de démontrer de la chaleur humaine. Les personnes exerçant une profession

en relation d'aide sont souvent des individus de type sociable qui aiment et veulent aider les autres, ce qui doit donc transparaître dans leurs interventions et leur manière d'être. D'autant plus que se sentir apprécié par l'intervenant, voire aimé, peut grandement influencer l'établissement ou non d'une RT positive et peut atténuer certaines craintes face à la relation, comme l'indique Battant :

« Intervieweuse : Tu as dit quelque chose que j'ai trouvé intéressant tantôt quand on parlait des nouveaux intervenants, tu as dit : « j'ai peur qu'ils ne m'aiment pas ».

Battant : Oui, oui, j'ai peur. Quand les gens ne me connaissent pas, des fois je vois d'autres personnes qui vont dans l'bureau puis qui parlent avec des intervenants avec qui moi je ne parle pas beaucoup. Là j'me dis : « moi, il m'aime peut-être moins ». J'ai tout l'temps eu cette peur là, j'ai consulté en psychothérapie pour plusieurs raisons puis ça c'en est une; la peur de ne pas être aimé, d'être rejeté. »

D'autre part, certaines personnes souhaiteraient que leur intervenant démontre plus de ces comportements qui témoignent de leur humanité. En effet, ces personnes voudraient développer des liens plus profonds avec leur intervenant, une relation qui se rapproche davantage de l'amitié¹¹. Pour certains, cette volonté semble être causée par la peur de perdre l'intervenant à la fin de la relation, d'autres croient que d'être plus proche de l'intervenant permettrait d'améliorer leur estime personnelle ou de compenser pour un manque sur le plan de leur réseau social. Dans l'extrait qui suit, on peut constater que la participante voudrait une relation plus amicale avec son intervenante :

« Disons comme *Intervenante* ici là, si elle allait comme à Québec là, bien moi j'aimerais ça aller à Québec avec elle, on irait sur la rue St-Jean, telle chose... T'sais, parce que là on est allé à Québec dans un voyage. Puis elle a dit « j'vais remonter à Québec, faut que je remonte ». Puis là je me disais, moi j'aurais aimé ça t'sais quelque chose comme ça. J'aurais aimé comme remonter avec elle... j'aimerais ça créer plus de liens! » (Laurie)

¹¹ Pour plus d'information concernant la RT versus la relation d'amitié, voir la section 5.3.2.1.

En bref, si elles ont le pouvoir d'améliorer la RT, les conduites humaines restent des gestes qui peuvent être interprétés différemment selon les personnes. Il est donc important que l'intervenant les pose de façon réfléchie et clarifiée, au besoin, le sens donné à ces gestes.

En définitive, la dimension humaine de la RT est une dimension comprenant de nombreux éléments pouvant favoriser l'établissement de la RT. Elle se construit sur une base de confiance où le respect et la compréhension prennent une place particulière en raison de la nature du rapport aidant-aidé. Bien que ce rapport soit bien réel, les relations les plus significatives semblent être celles qui se rapprochent le plus de toutes autres relations interpersonnelles. Après tout, il s'agit bel et bien d'une relation entre deux personnes. Le Tableau 11 fait un rappel des éléments concernant la dimension humaine abordés dans cette section et ayant une influence sur l'établissement de la RT.

Tableau 11

Synthèse des dimensions et des sous-dimensions humaines

Dimensions	Sous-dimensions
Qualités des professionnels	<ul style="list-style-type: none"> – Qualités personnelles – Intuition – Authenticité et honnêteté – Mettre la personne à l'aise et en confiance – Sens de l'humour et bonne humeur
Considération de la personne	<ul style="list-style-type: none"> – Compréhension globale – Démontrer de l'intérêt – Connaissance intime de la personne
Présence de professionnels	<ul style="list-style-type: none"> – Disponibilité et flexibilité – Être attentif aux besoins et aux priorités – Prendre de son temps personnel – Présence constante et soutenue
Conduites humaines	<ul style="list-style-type: none"> – Gestes simples indiquant de l'ouverture et de l'authenticité – Démontrer de l'affection – Développement de liens profonds

5.3.2 La dimension de collaboration

La dimension de collaboration considère les éléments concernant la nature du rapport entre l'intervenant et la personne et à la définition de ce rapport. On y retrouve deux sous-dimensions soit : la mutualité ainsi que le partenariat et l'appropriation du pouvoir.

5.3.2.1 La mutualité

*J'sais que j'peux dire n'importe quoi, puis elle me dit n'importe quoi aussi.
-Pistache*

Les personnes interrogées voient souvent leur relation avec un intervenant significatif comme un rapport mutuel où les deux personnes partagent une bonne chimie. Elles dénotent l'importance du respect réciproque et considèrent qu'elles sont à un même pied d'égalité, ce qui a pour effet de renforcer la communication entre les deux, comme on peut le constater dans cet extrait :

« Bien j'trouve que t'sais elle me respecte puis je la respecte, ça c'est fort. La communication est bonne puis elle est compréhensive aussi puis elle a de l'écoute. » (Merlin)

Dans ce contexte relationnel, certaines personnes ont l'impression d'avoir des « atomes crochus » avec l'intervenant, de partager certains points communs. Ce partage permet de faciliter la collaboration et la communication, en plus de donner lieu à une certaine proximité entre les personnes. Comme on peut le voir dans le cas de Guy, la relation est construite, entre autres, à partir du partage de ces points communs :

« [...] la relation s'est comme construite, puis un moment donné on était tout l'temps sur la même longueur d'onde. Tout l'temps, j'avais pas besoin d'faire d'effort, comme ça, ça me donnait un plus pour sauter sur une nouvelle étape parce que si on a trop de convention à faire quand on jase avec quelqu'un on est comme pas capable de casser la glace. Là j'ai été capable, ça, ça m'a beaucoup aidé aussi. » (Guy)

Les participants apprécient aussi avoir une relation égalitaire où chacun partage ses forces. La plupart des participants sont conscients que les intervenants sont des personnes ayant des forces et des faiblesses et que, par conséquent, travailler ensemble contribue à accroître les forces de chacun et à diminuer les effets des faiblesses. Ainsi, ils aiment que l'intervenant leur apprenne des choses, mais ils apprécient aussi apprendre des choses à l'intervenant, comme il est question dans l'extrait suivant :

« Chico : je lui ai montré comment on faisait le découpage dehors, lui il m'a montré comment on fait l'entretien d'une tondeuse, que je ne connaissais pas.

Intervieweuse : as-tu aimé le fait de lui montrer quelque chose?

Chico : oui, je lui ai apporté ça puis il était bien content puis le côté supervision bien on lui reprochait qu'il ne parlait pas assez fort puis qu'il n'était pas assez sévère. Puis là les années suivantes, bien il a appris à perfectionner ça. C'est une personne qui manquait d confiance en lui pour le leadership, l'autorité là. Là moi je l'ai aidé à reprendre confiance en lui en lui donnant des conseils, pour qu'il devienne un meilleur intervenant puis qu'il se fasse respecter par les autres.

Intervieweuse : comment t'as vécu ça justement de lui donner des conseils, de l'aider?

Chico : bien moi ça m'a fait du bien puis ça lui a fait du bien aussi, il m'a remercié. »

Même s'ils savent que la RT n'est pas une relation d'amitié à proprement parler, la plupart des participants ont construit une relation amicale avec leur intervenant. Certains décrivent leur relation comme une « amitié professionnelle », c'est-à-dire qu'ils considèrent leur intervenant comme un ami, mais seulement dans le cadre où la relation évolue. Ils peuvent parler à cette personne comme ils le feraient avec un ami, mais ils sont conscients que cette amitié ne se produirait pas en dehors de la ressource qu'ils fréquentent, comme Pistache et Anouk nous le font remarquer dans ces extraits :

« Bien c'est rendu [...] j'peux pas dire une amie mais un... j'sais que si jamais un jour là, j'suis vraiment mal pris puis que j'ai un gros problème là puis que j'ai quelque chose que j'veux absolument dire à quelqu'un là, je lui

dis « viens on va se parler cinq minutes tout seul dans l'bureau là », puis là je lui dis puis elle dit « c'est correct, on va n'en tenir compte », puis t'sais? J'sais que j'peux dire n'importe quoi, puis elle me dit n'importe quoi aussi. T'sais c'est comme... j'te dirais pas c'est comme un vieux couple mais en tout cas. » (Pistache)

« C'était thérapeutique, c'était vraiment... c'était amical un peu; des fois on riait puis tout ça là mais c'était vraiment thérapeutique là. » (Anouk)

Ces personnes ont donc développé une proximité qui se rapproche d'une relation d'amitié et qui rend la relation naturelle. Par contre, d'autres personnes ont la perception d'être réellement devenues amies avec leur intervenant, comme en témoignent ces extraits :

« Bien c'est une relation dans laquelle j'me suis fait un ami et... c'est une relation que j'vais conserver le plus longtemps que j'peux, s'il garde son poste, c'est tout. Même s'il ne gardait pas son poste j'pense que j'aurais son numéro puis des fois j'irais chez lui t'sais. » (Guy)

« C'est une relation amicale quasiment, on est devenu... c'est rendu qu'on s'connait beaucoup, pas mal beaucoup, fait que j'décrierais ça d'amical. » (Grisou)

Bref, quels que soient les termes utilisés pour décrire la relation, celle qui est la plus significative est souvent définie comme une relation amicale, où la personne et l'intervenant se connaissent et partagent certains points communs. Cette relation de type amical se développe à l'intérieur d'un contexte précis, celui de l'organisation fréquentée par le participant. Cependant, tout comme il en a été question dans la section se rapportant aux conduites humaines, certaines personnes aimeraient développer une relation plus profonde avec leur intervenant à l'extérieur du cadre thérapeutique.

5.3.2.2 Le partenariat et l'appropriation du pouvoir

Mais j'prenais mes décisions puis tout ça là, elle me laissait libre de prendre mes propres décisions. –Anouk

Travailler en équipe et renforcer la capacité de la personne à prendre du pouvoir sur sa vie peut avoir un effet sur la construction de la RT. Effectivement, on remarque que les personnes apprécient que les décisions soient prises en partenariat avec l'intervenant, et aussi avec tous les autres professionnels gravitant autour d'elles :

« On travaille de concert avec une psychoéducatrice, elle a des compétences, c'est certain aussi. *Intervenant*, [...] il est super gentil puis il est respectueux puis avec lui je suis en confiance. J'sais qu'on va s'diriger vers ça puis il s'occupe de cas comme ça. Fait que j'me dis plutôt qu'avoir seulement l'aide de *Organisme* qui, peut-être, font pas ça depuis longtemps non plus. J'me dis, j'ai deux personnes qui travaillent, on travaille ensemble puis on s'rencontre, comme là on va s'rencontrer au mois de septembre, avec *Intervenante*, où est-ce qu'on est rendu. Puis là ils trouvent que présentement, j'évolue en plein dans l'cœur de l'action de mon plan d'action. [...] Fait que ça, ça m'fait des buts, puis ça me remet en action. Fait que j'trouve que je suis dans mon plan d'action, tout en étant dans ma famille, tout en étant dans mon milieu à *Organisme*, puis en travaillant sur mes relations à *Organisme* aussi. Fait que j'travaille beaucoup de choses là. » (Battant)

On voit ici que le partenariat a un effet bénéfique pour la personne, car elle se sent soutenue par une équipe, et que toutes les personnes formant cette équipe (la personne et son réseau social inclusivement) partagent les mêmes buts. Avoir la même vision renforce les liens et facilite la communication entre les différents membres de l'équipe. Évidemment, il faut que la personne soit au centre du processus et que les professionnels soient à l'écoute de ses besoins.

Travailler en partenariat en ayant la même vision de la situation est aussi un élément facilitant l'appropriation du pouvoir. De ce fait, les personnes apprécient que l'intervenant les incite à prendre leurs propres décisions et les laisse libres d'agir (autodétermination),

quitte à faire des erreurs. L'intervenant doit guider les décisions et non les imposer, comme l'affirme cette participante :

« Parce qu'elle m'aidait puis... encore là quand il y avait des situations que j'vivais fallait que j'prenne les décisions par moi-même... puis c'est sûr qu'il y a une affaire, il y a quelque chose qui s'est passé que je n'ai pas pris la bonne décision, mais ce n'est pas grave, je ne reviens pas sur le passé. Mais j'prenais mes décisions puis tout ça là, elle me laissait libre de prendre mes propres décisions. Puis c'est important. [...] Elle me guidait mais elle ne me conseillait pas là; elle ne me disait pas « fais ça, fais ça, fais ça, fais ça. » (Anouk)

Les personnes apprécient aussi que l'intervenant encourage leur individualité en respectant leurs décisions et leurs manières d'agir. Ainsi, elles sentent que l'intervenant comprend leurs motivations et est à leur écoute :

« Mais quand je tombais sur une certaine intervenante, puis qui était un petit peu plus jeune que moi, elle disait d'essayer ce que moi j'pensais qui était le mieux, de ne pas juste m'abaisser à faire ce que les autres intervenants disaient de faire. Donc elle écoutait un petit peu plus mon côté rebelle, puis ça j'aimais ça. » (Guy)

Pour prendre et appliquer des décisions, il faut parfois réaliser certains apprentissages. En conséquence, les intervenants peuvent aider la personne à réaliser certaines tâches par elle-même et à prendre confiance en ses capacités, tel que démontré dans cet extrait :

« J'avais un petit problème avec mes changements d'adresse quand j'venais de déménager, puis c'est elle qui a pris la relève au téléphone, qui m'a donné confiance, par après parce qu'à un moment donné elle s'est décidée puis elle m'a dit « bon bien là Grisou il faut que tu fasses tes appels par toi-même ». Là il a fallu que j'me fasse confiance, que j'appelle par moi-même les téléphones importants que j'avais à faire. » (Grisou)

En définitive, la dimension de collaboration nous indique que pour favoriser la RT, la personne et l'intervenant doivent développer une relation basée sur la mutualité, l'égalité et la réciprocité, le partenariat et l'autodétermination. L'individu doit être l'acteur principal

dans son processus de rétablissement et les différents intervenants sont présents pour le soutenir de façon à augmenter son autonomie décisionnelle et son pouvoir d'agir. Le Tableau 12 fait état des différents éléments se rapportant à la dimension de collaboration et ses sous-dimensions.

Tableau 12

Synthèse des dimensions et des sous-dimensions de collaboration

Dimensions	Sous-dimensions
Mutualité	<ul style="list-style-type: none"> – Égalité et réciprocité – Partage de points communs – Partage des forces – Relation amicale/proximité
Partenariat et appropriation du pouvoir	<ul style="list-style-type: none"> – Travail d'équipe – Partage de la même vision – Autodétermination – Respect de l'individualité – Apprentissage/prise de conscience des capacités

5.3.3 La dimension thérapeutique

Cette dimension renvoie aux aspects curatifs de la relation, de même qu'aux interventions et à leurs effets. Nous y retrouvons trois sous-dimensions soit : les techniques d'intervention, la compétence et les connaissances et le passage à l'action.

5.3.3.1 Les techniques d'intervention

Fait que j'savais où je m'en allais parce que sinon j'étais désordonnée moi là là! -Anouk

Cette dimension réfère plutôt au savoir-faire des intervenants. Il s'agit des techniques utilisées par les professionnels et qui font en sorte que la relation est aidante et

apporte des résultats dans la vie quotidienne de la personne. Les participants ne semblent pas se formaliser des techniques de communication traditionnellement associées à l'intervention psychosociale telles que la reformulation, la clarification, le reflet, etc. Ils remarquent, par contre, que plusieurs outils peuvent leur être utiles. En effet, utiliser un outil d'intervention peut être vu comme un ajout qui peut être très bénéfique pour les personnes. Ce qui permet, par exemple, d'organiser l'intervention et de faire en sorte que la personne et l'intervenant travaillent dans le même sens, comme on peut le voir dans cet extrait :

« Bien c'était un livre pour travailler ma personnalité puis travailler mes petits défauts puis tout ça puis... Tu mets des objectifs à toutes les semaines tout ça, fait que j'savais où je m'en allais parce que sinon j'étais désordonnée moi là là! Fait qu'avec le livre là ç'a vraiment servi là. »
(Anouk)

Les outils peuvent aussi être utilisés afin d'atteindre un but précis visé par la personne tel que trouver des moyens d'éviter les hospitalisations, gérer son stress, apprendre à administrer son budget, avoir une routine de vie, prendre sa médication assidûment, etc. Leur utilisation peut donc être directement liée à la satisfaction concrète de certains besoins, tel qu'évoqué dans cet extrait :

« C'est un intervenant qui fait en sorte que tu ne retournes pas à l'hôpital à toutes les années, qui te donne des outils pour que tu chemines dans ta maladie sans avoir à retourner à l'hôpital tout l'temps puis recommencer, puis recommencer, tomber puis remonter, tomber puis remonter. » (Grisou)

5.3.3.2 La compétence et les connaissances

Ça m'a fait avoir plus confiance en elle de savoir qu'elle est diplômée puis qu'elle est professionnelle. –Grisou

Les participants sont particulièrement sensibles à la compétence des intervenants qu'ils côtoient. Ils dénotent d'ailleurs que, plus que l'âge ou le sexe de l'intervenant, c'est la compétence perçue qui compte lorsque vient le temps d'énumérer les critères de ce qui

constitue un bon intervenant. Que l'intervenant détienne un diplôme qui atteste de ses connaissances et compétences permet d'améliorer le lien de confiance avec la personne. Il semble que les participants évaluent la compétence d'un intervenant selon sa capacité à agir dans une situation donnée. Ainsi, ils apprécient que celui-ci agisse de façon appropriée et prennent de bonnes décisions dans des situations diverses et parfois délicates, comme il est mentionné dans cet extrait :

« Bien, elle est vraiment dans son travail elle sait qu'est-ce qu'elle fait puis euh... t'sais...on a eu une situation délicate, elle ne savait pas quoi faire avec ça, puis elle a fait ce qu'il avait à faire là, elle a été correcte là, elle a pris la bonne décision puis j'suis bien fière d'elle. » (Anouk)

Que l'intervenant possède des connaissances sur les troubles mentaux et les méthodes d'intervention, que ce soit par le biais d'une formation ou d'années d'expérience, permet aux personnes de constater qu'il agit avec assurance. Conséquemment, un intervenant professionnel donne de la crédibilité et apporte un côté rassurant pour les personnes. On peut voir l'importance de ce type de connaissance dans les extraits suivants :

« Elle a été formée pour ça, être en connaissance de ses études puis elle a étudié tous les cas de santé mentale puis tout ça, elle a étudié là-dedans. Elle sait c'est quoi PMD, elle sait c'est quoi schizophrène, elle sait c'est quoi borderline, elle sait c'est quoi dépressif fait qu'elle sait où ce qu'elle s'en va là. » (Anouk)

« Ouais puis qui connaît très bien ses dossiers puis qui se souvient très bien [...] du type d'intervention à faire dans le contexte où il y a un problème de santé mentale qui a rapport avec son diplôme de travail social là. J'veux dire, lui il n'a pas eu de période d'intermission entre son diplôme puis le moment où il a commencé à travailler. [...] Bien c'est-à-dire que lui en tant que personne humaine c'est sûr que c'est ça que j'préfère, mais il connaît très bien sa matière aussi. » (Guy)

Avoir des connaissances sur les troubles mentaux et les problématiques associées implique aussi que l'intervenant possède le savoir nécessaire afin d'apprécier les améliorations de l'état psychologique d'une personne et de faire ses interventions en

conséquence. Comme il est cité dans cet extrait, le participant apprécie que l'intervenant soit suffisamment compétent pour juger de son cheminement et ajuster ses interventions :

« Les compétences aussi ça serait que les intervenants soient capables de nous référer aux bonnes ressources. Qu'ils soient capables aussi de, par exemple de savoir quand est-ce que j'vais être prêt à franchir une étape, t'sais j'veux dire d'aller sur le marché du travail. Ça c'est important que les intervenants soient conscients du chemin que j'ai pu faire, puis comme j'te dis, qu'ils soient assez ouverts d'esprit pour me faire des propositions de tentative comme aller à *Organisme*, disons, travailler. » (Guy)

Comme on peut aussi le voir dans cet extrait, certains participants aiment que l'intervenant ait suffisamment de connaissances sur les ressources existantes pour les orienter adéquatement. Les personnes veulent donc un intervenant capable de leur donner de l'information et de leur transmettre certaines de leurs connaissances, comme par exemple sur des moyens de communication efficaces pour la gestion des conflits :

« J'ai validé avec *Psychiatre* au niveau des... on prend l'exemple de la corésidente là qui a un trouble de personnalité, t'sais, sont au courant des problèmes puis de ce qu'il faut... ce qui est souhaitable de faire, ce qu'on peut faire pour vivre avec ça puis ça correspond, c'est cohérent tout ça. [...] Sur comment agir puis quoi faire puis quand il y a trop... que l'escalade monte trop, quoi faire, puis elle m'a fait une feuille avec des lignes : j'me retire... T'sais j'ai quand même un canevas là. » (Battant)

En somme, l'apport des compétences et de la connaissance se situe principalement sur le plan de la confiance. Lorsque la personne sent que le professionnel avec qui elle travaille est compétent, il lui est possible d'avoir une meilleure confiance en lui, car elle sait qu'elle peut s'y fier.

5.3.3.3 Le passage à l'action

*On trouve des solutions. Il y en a tout l'temps des solutions!
Puis moi j'aime ça de même. –Pistache*

Certes, les personnes veulent un intervenant chaleureux et une relation amicale, mais cette relation doit aussi mener à des résultats concrets. En conséquence, les interventions doivent parfois être orientées concrètement vers l'action qui amène un résultat. L'intervenant peut donc utiliser ses techniques d'intervention et ses compétences afin de guider la personne vers un but ou répondre à un besoin, comme c'est le cas pour cette participante :

« Parce que j'suis dans le milieu, faut que je fasse face à mes intervenantes ici qui m'aident, les relations avec les intervenantes qui sont les plus bénéfiques pour moi dans le moment. Qui vont répondre, comme pour les stages, là je suis en train de finaliser mon curriculum à jour. Ce sont les intervenantes qui sont les plus primordiales. » (Laurie)

Les personnes atteintes d'un TMG font aussi face à de nombreux problèmes qui peuvent affecter grandement leur vie et leur fonctionnement. Dès lors, les intervenants sont appelés à faire des interventions visant la résolution de problème ou de crise.

« Fait que là, il y a du bon, comme j'te dis ce que j'aime plus des intervenants c'est qu'ils soient chaleureux c'est sûr puis en plus qu'ils soient capables d'exercer une pression sur le problème que j'ai pour que – je ne sais pas par quel prodige – ça quitte complètement ma vie privée donc je n'ai plus d problème après, pendant un bout d'temps. Comme ça il y a une autre petite crise qui passe puis depuis ce temps là, depuis peut-être trois-quatre mois il y a rien eu de significativement moins bon là. [...] C'est comme des fois je deviens faible, puis j'pas capable de mettre le doigt sur le problème. Fait que là j'vais en parler puis il me disait « là parles nous puis tu vas voir après quelques heures ça va déjà mieux aller ». Puis c'est vrai que ça allait mieux. Donc ça c'était comme une sorte d'empathie avec eux qui est le... le moteur du changement, c'est ce qui est le moteur de l'évolution de la maladie là, de la crise. » (Guy)

Pour certains, il est d'autant plus vrai que la résolution de problème ponctuelle devient la principale cause de consultation. Comme pour ce participant qui apprécie la relation franche et orientée vers l'action qu'il a établie avec son intervenante :

« Mais t'sais tu ne perds pas ton temps à faire des... à faire des simagrées là puis à poser plein de questions autour du pot là puis à virer autour du pot là! Tu rentres dans l'vif du sujet. Tu ne perds pas ton temps à faire des grandes histoires là, qui ne finissent plus là! [...] On va parler du problème après ça on parlera d'autres choses! Puis t'sais, il y a pas de gants blancs là... bien pas de gants blancs, t'sais on ne met pas nos gants blancs t'sais. On est là là, on parle, on dit ce qu'on a à dire, puis après... après on répare ou bien on *patch* des trous... [...] On trouve des solutions. Il y en a tout l'temps des solutions! Puis moi j'aime ça de même. Sans ça je l'aurais pas enduré un an et demi à jouer dans mon caractère! » (Pistache)

Ainsi, l'aspect curatif de la relation est un élément à considérer lorsque que l'on parle de RT. Il permet que la relation soit productive et les participants apprécient évoluer en sachant qu'une personne les soutient et peut leur apporter les bons outils au bon moment. Le Tableau 13 résume les éléments liés à la dimension thérapeutique de la relation.

Tableau 13

Synthèse des dimensions et des sous-dimensions thérapeutiques

Dimensions	Sous-dimensions
Techniques d'intervention	<ul style="list-style-type: none"> – Utilisation d'outils de planification/organisation de l'intervention – Utilisation d'outils permettant l'atteinte des buts
Compétences et connaissances	<ul style="list-style-type: none"> – Compétence perçue – Formation reçue – Connaissance des TM et techniques d'intervention – Transmission d'information
Passage à l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Interventions orientées vers l'action – Résolution de problème/crise

5.3.4 La dimension contextuelle

On fait ici référence aux éléments faisant partie des facteurs temporels et environnementaux. Ces facteurs sont plus ou moins contrôlables par les intervenants ou les personnes, puisqu'ils relèvent souvent des normes en vigueur du contexte organisationnel dans lequel la RT va s'établir.

5.3.4.1 Les facteurs temporels

T'sais trois quarts d'heure ce n'était pas suffisant, ça c'est un impact négatif; j'étais comme pressée dans le temps. Je n'avais pas assez d'temps, à moi. –Laurie

Plusieurs éléments relatifs au temps sont à considérer dans l'établissement de la RT. Tout d'abord, nous prendrons en compte la fréquence et la durée des rencontres. Pour ce qui est de la fréquence des rencontres, les participants aiment consulter leur intervenant à une fréquence qui correspond à leurs besoins et qui peut être flexible. Ainsi, ils peuvent avoir des rencontres plus intensives dans les périodes plus difficiles et vice versa, comme l'affirme ce participant :

« Bien, à la fin surtout parce que je sentais que j'pouvais même, dans les périodes où ça allait mieux, on sautait des rencontres puis je l'appelais sur demande, là il me proposait des rendez-vous qui étaient moins fixes. On a eu des périodes comme ça aussi là. » (Battant)

Les participants apprécient aussi avoir un suivi régulier avec leur intervenant, ce qui leur permet de mettre à jour systématiquement les informations relatives aux démarches entreprises et d'avoir un encadrement soutenu. Il peut être particulièrement bénéfique d'avoir à la fois un suivi régulier et d'avoir la possibilité de consulter l'intervenant pour des besoins ponctuels ou pressants, comme on peut le voir dans cet extrait :

« Bien comme j'te dis, un suivi une fois par semaine là, t'sais comme avec *Intervenante* là, ça j'aime ça, pouvoir parler de ce que j'vis puis tout ça, puis

elle veut savoir comment j'étais avec la job. [...] Puis aussitôt que j'ai un problème ou quelque chose j'étais la voir tout suite. Puis elle est super compréhensive, puis de bonne humeur. » (Merlin)

D'autre part, on tient aussi compte de la flexibilité de la durée des rencontres. Certaines personnes apprécient les rencontres de courte durée et dont la cible est très précise. Pour d'autres, il est important de ne pas avoir de limite de temps lors de la consultation d'un intervenant. Sans contrainte de temps, il est possible d'avoir des discussions en profondeur pouvant mener à une problématique qui n'aurait pas été soulevée sinon, tel qu'on peut le voir dans cet extrait :

« Ouais bien c'est sûr que l'intervenant à *Organisme* je le préférais parce qu'on conversait de plus de choses t'sais, il était culturellement très avancé donc quand moi je jaisais de quelque chose avec lui il allumait tout de suite sur la conversation puis c'était des bouts de conversation qui dureraient plus longtemps qu'avec le SIME. Le SIME ils ont peu de temps relativement on peut se voir 15-20 minutes, tandis que lui j'étais jaser une heure, deux heures, trois heures avec lui de suite t'sais. Donc à ce moment là ç'a comme débouché certains problèmes. » (Guy)

Dans le cas d'un rendez-vous pris à l'avance, quelle que soit la longueur de la rencontre, il est important que celle-ci dure aussi longtemps que prévue. Dans le cas contraire, la personne peut se sentir pressée dans le temps, comme l'indique Laurie :

« Parce qu'un moment donné au lieu de prendre une heure, t'sais sa visite était toujours de trois quarts d'heure. Puis moi j'avais des choses à dire. Parce que t'sais je ne me raconte pas partout, il y en a qui raconte « hier soir je suis allé au cinéma, telle affaire ». Mais moi je ne me raconte pas là, je n'ai pas de... fait que je ne téléphone pas aux autres pour me raconter. [...] Puis j'étais sur le perron puis t'sais trois quarts d'heure ce n'était pas suffisant, ça c'est un impact négatif; j'étais comme pressée dans le temps. Je n'avais pas assez d'temps, à moi, là-dedans. » (Laurie)

La durée des rencontres est aussi importante, car la relation de confiance nécessite du temps pour s'établir. Si l'établissement de la relation se fait plutôt naturellement pour certaines personnes, d'autres ont des tempéraments plus méfiants ou, tout comme Laurie,

ont plus de difficulté à s'ouvrir. Dans notre échantillon, l'intervalle de temps nécessaire pour s'ouvrir à l'intervenant varie grandement : il en va de l'ouverture à la première rencontre jusqu'à six mois avant de seulement aborder un intervenant. Les personnes ont besoin de temps afin d'apprendre à connaître l'intervenant, de juger si elles ont des points en commun avec lui, d'évaluer ses compétences et de cerner si elles peuvent faire confiance à cet intervenant et s'investir dans la relation. Les extraits suivants permettent de nous éclairer à ce sujet :

« Ça a pris quand même pas mal de temps au début parce que j'suis une personne assez gênée, mais curieuse en même temps. Donc c'est ma curiosité qui a pu m'faire approcher de lui, puis ça a dû prendre au moins six mois avant que je jase avec lui de façon ouverte, systématique là. [...] J'écoutais ce qu'il disait aux autres puis un moment donné ç'a été à mon tour de m'asseoir plus longtemps avec lui. » (Guy)

Par ailleurs, on doit considérer l'importance d'avoir la possibilité de prendre le temps nécessaire afin d'opérer le changement. Les personnes atteintes d'un TMG n'ont pas toutes le même rythme face à leur processus de rétablissement et il importe de le respecter. Il est donc nécessaire de prendre en compte que pour certaines, ce processus peut s'avérer plus lent que pour d'autres et qu'il peut ne pas être aidant de trop pousser la personne. D'où l'importance d'être à l'écoute et d'être flexible concernant les objectifs visés, comme le souligne ce participant :

« Moi j'peux dire que les intervenants que j'ai présentement, j'travaille surtout avec deux personnes, bien trois personnes si on veut là, puis moi j'trouve qu'on fait du beau travail; ç'a pris presque deux ans pour me remettre sur pattes là. Là j'y suis puis on continue le travail, on n'est pas poussé dans le dos, on a un délai mais qui n'est pas fixe. Moi à date j'ai l'avis de ces intervenants là que ça va même très bien; j'chemine, j'suis capable de fonctionner, ça faisait quatre ou cinq ans que je ne faisais presque plus rien moi puis j'avais complètement tout abandonné là. J'fais des choses, j'fais un peu plus d'activités, à *Organisme* j'aime m'impliquer, je ne le fais pas tout l'temps là, mais j'fais mes tâches. » (Battant)

L'aspect temporel est aussi considéré dans l'évolution de la RT. Lorsqu'il y a relation entre deux individus, celle-ci a tendance à évoluer dans le temps et à se transformer. Ainsi, nous avons rencontré les participants de l'étude à un moment bien précis de leur relation avec l'intervenant. Des participants avaient un certain recul car la relation était terminée, et pour d'autres elle était encore actuelle au moment de l'entrevue. On peut considérer que les affirmations des participants concernant leur intervenant auraient pu être différentes à un autre moment dans la relation. Illustrons ce propos en utilisant l'expérience de Battant : celui-ci avait une relation très positive avec son psychologue lors d'une première thérapie, mais lorsqu'il en a entrepris une seconde avec le même psychologue, il en était tout autrement :

« [...] c'est lui qui nous rencontrait là, presque à tous les jours, puis moi, je ne *feelais* pas beaucoup, j'en n'avais pas à vendre là. Quand il nous rencontrait [...] avec l'infirmière puis tout ça je trouvais qu'il me chahutait, je me sentais coincé puis il était bête. Mais il y en a d'autres qui l' trouvaient comme ça aussi, mais soit que les gens l'aimaient ou ils l'aimaient pas. Mais moi la deuxième fois que je suis allé à l'hôpital là non, ça ne faisait pas là, ça ne faisait pas du tout. J'ai trouvé que ce n'était pas un bon intervenant. »
(Battant)

Donc, avec le temps, les personnes évoluent – autant les personnes atteintes d'un TM que les intervenants- ce qui a comme résultat qu'une relation avec un même intervenant peut être favorable à un moment de la vie de la personne et ne plus l'être à un autre moment, et vice versa.

5.3.4.2 Les facteurs environnementaux

Moi j'aime ça ici, parce que t'as les deux contextes : t'as le contexte de groupe ensemble l'autre bord là, puis quand t'as vraiment besoin de parler on va aller se parler dans le bureau. –Pistache

Dans cette sous-dimension, il est question des facteurs liés à l'environnement physique et organisationnel qui ont un effet sur la façon dont la RT va se construire. Pour

commencer, les participants ont différents points de vue concernant le lieu physique où se déroulent les rencontres. Certaines personnes préfèrent que l'intervenant les visite à leur domicile, ainsi ils n'ont pas à se déplacer, ce qui revêt aussi un caractère économique, car souvent, les personnes atteintes d'un TMG ont peu de moyens financiers pour payer leur transport. Par contre, d'autres personnes préfèrent se rendre directement à la ressource où ils reçoivent des services, comme c'est le cas pour ce participant qui considère qu'il est moins envahissant de se déplacer pour rencontrer son intervenante :

« Bien moi j' préfère mieux me déplacer, je suis plus à l'aise puis tout ça. [...] Moi j' trouve que c' est moins envahissant ailleurs que chez soi, moi j' ai été habitué de même. » (Chico)

D'autres personnes aiment mieux aller directement à la ressource afin de bénéficier de la dynamique de groupe qu'elle peut impliquer, comme le suggère Pistache qui, fréquente un organisme d'insertion sociale :

« Moi j' aime ça ici, parce que t' as les deux contextes : t' as le contexte de groupe ensemble l' autre bord là, puis quand t' as vraiment besoin de parler on va aller se parler dans le bureau une demi-heure là, ou bien donne-moi un suivi qui va durer je ne sais pas trop comment de temps là. Là tu dis « là on va se parler une fois par semaine, une fois par deux semaines, on va se rencontrer puis on va travailler sur mon cas » t' sais là. On va s' assoir tout seul tous les deux puis on va se parler. Tandis que dans ce temps là l' autre bord bien là tu parles, tout le monde écoute, tout le monde peut intervenir. » (Pistache)

Par contre, un grand nombre de participants aiment particulièrement les sorties avec leur intervenant. Elles permettent de sortir du cadre traditionnel de l'intervention, de faire une activité qui sort un peu de l'ordinaire et qui procure du plaisir. Elles peuvent donner l'occasion d'aller dans un endroit où la personne est particulièrement à l'aise pour favoriser la prise de contact, marquer une étape ou simplement diversifier les lieux de rencontre. Dans l'extrait suivant, le participant a apprécié faire une sortie pour dresser le bilan de son processus :

« On fait le point avec *Intervenant* aussi, fait que ça fait bien. Comme *Intervenant* c'est plus extérieur, pour finir notre année, bien ce n'est pas notre année mais la période avant les vacances qu'on a travaillé ensemble, *Intervenant* on est allé passer l'après-midi vendredi dernier au Bec-Scie, on a fait ça. [...] J'avais proposé ça parce que moi j'ai déjà fait beaucoup de vélo de montagne puis tout ça. Puis il m'avait dit une bonne fois on s'organisera puis on ira prendre une marche, si on veut parler un peu de la relation d'aide on le fera, si on veut parler d'autres choses on pourra le faire aussi, si on ne veut pas parler on ne parlera pas non plus. Fait que ça s'est fait d'une façon à l'aise. » (Battant)

Par ailleurs, les facteurs relatifs au contexte organisationnel ont souvent des effets négatifs pour l'établissement de la RT. On peut notamment parler du roulement de personnel qui a souvent lieu dans les établissements publics (par exemple : CSSS) et les organismes communautaires. Pour des raisons évidentes, changer constamment d'intervenant ne favorise pas l'établissement d'une RT significative, comme l'exprime cette participante :

« À l'UMF ça ne correspond pas vraiment à mes attentes. J'aimerais comme peut-être me trouver un médecin régulier qui connaît mon dossier comme il faut, ça ne répond pas vraiment... les médecins sont tous introuvables. [...] Il ne me connaît pas puis il tourne les feuilles puis après une c'est l'autre. » (Laurie)

Parmi les autres facteurs faisant partie du contexte des organisations rapportés par les participants notons : le manque de ressources humaines et financières, les normes des organismes qui donnent peu de pouvoir décisionnel aux intervenants et les changements de vocation des organismes.

Pour conclure, la dimension contextuelle comporte des éléments qui, bien que difficilement contrôlables, ne sont pas à négliger dans la construction d'une RT bénéfique. Les intervenants sont appelés à établir des conditions favorables pour construire une RT positive même s'ils doivent souvent composer avec des contraintes organisationnelles. Le Tableau 14 synthétise ces sous-dimensions et les éléments s'y rattachant.

Tableau 14

Synthèse des dimensions et des sous-dimensions contextuelles

Dimensions	Sous-dimensions
Facteurs temporels	<ul style="list-style-type: none"> – Fréquence des rencontres – Durée des rencontres – Temps nécessaire à l'établissement de la relation de confiance – Temps nécessaire au processus de rétablissement – Évolution de la relation dans le temps
Facteurs environnementaux	<ul style="list-style-type: none"> – Lieu des rencontres (domicile, ressource, sorties) – Contexte organisationnel

5.3.5 La dimension individuelle

Nous parlons ici des facteurs provenant de la personne qui utilise les services et qui peuvent avoir une influence sur la façon dont la RT va s'établir. Il est plus précisément question des caractéristiques des personnes, ainsi que de l'utilisation des services en SM.

5.3.5.1 Les caractéristiques des personnes

J'me demandais dans quel bateau je m'embarquais!
-Grisou

Une des premières caractéristiques influençant l'établissement de la RT est la méfiance envers les intervenants, qu'on remarque surtout en début de relation. Pour une personne atteinte d'un TMG, cette méfiance peut être ou non reliée au diagnostic (par exemple : personne atteinte de schizophrénie avec symptômes paranoïaques). Cependant, la méfiance peut aussi être une réaction normale face à l'obligation de s'ouvrir à une personne inconnue. Le niveau de méfiance de la personne peut donc influencer le temps nécessaire pour se dévoiler et ainsi créer un lien de confiance. L'extrait suivant démontre une situation où la personne avait une certaine appréhension face à l'intervenant :

« Intervieweuse : est-ce que vous vous rappelez de la première fois où vous avez rencontré cette personne là, cette intervenante là?

Grisou : hum, oui je m'en rappelle puis j'me demandais dans quel bateau je m'embarquais! (ricane)

Intervieweuse : ok, comment ça s'est passé?

Grisou : [...] c'était froid là parce que... moi je me méfiais puis elle ne savait pas à quoi s'attendre de moi... fait que là ça faisait un froid.

Intervieweuse : y'a-t-il une raison particulière pourquoi vous vous méfiez comme ça?

Grisou : c'est quand tu connais une nouvelle personne qui rentre dans ta vie comme ça là, c'est ça. »

Les attentes des personnes envers l'intervenant sont aussi à considérer. Elles peuvent être plus ou moins élevées et dépendent parfois de la réputation du professionnel consulté. Bien que ces attentes puissent générer un certain sentiment d'espoir, elles peuvent parfois œuvrer de façon négative en créant de la déception, comme on peut le voir dans cet extrait :

« Puis j'avais beaucoup d'attentes aussi puis j'pense qu'il m'a donné ce qu'il a pu puis c'est moi qui avais les limites que j'ai, puis un point c'est tout. Je lui en ai jamais voulu, même si j'étais déçu des fois, je lui en ai pas voulu, j'me disais : il fait ce qu'il peut... » (Battant)

D'autres caractéristiques peuvent influencer la RT; les traits de personnalité des personnes prédisposent, en quelque sorte, leurs préférences envers les intervenants concernant leurs qualités et manières d'intervenir. Par exemple, les personnes organisées aiment que l'intervenant qu'elles côtoient le soit aussi, comme l'explique Laurie :

« Ce n'était pas organisé, j'aime les choses organisées, lui il n'était pas organisé... L'éducatrice quand elle n'est pas organisée je n'aime pas ça. J'aime l'organisation. » (Laurie)

Par ailleurs, on retrouve d'autres caractéristiques des participants qui peuvent avoir une influence sur la RT. Ces caractéristiques ont été nommées par les participants de façon ponctuelle et on y retrouve : la timidité, la curiosité, la force de caractère et la capacité à s'adapter au changement.

5.3.5.2 Les facteurs relevant de l'utilisation des services de santé mentale et du diagnostic

Puis j'ai assez d'expérience aussi pour leur montrer des choses, bien oui, bien oui j'ai assez d'expérience! C'est sûr et certain! –Battant

Certains participants révèlent que leurs expériences antérieures d'utilisation des services peuvent influencer la façon dont ils jugent de la compétence d'un intervenant. En ayant côtoyé plusieurs intervenants au cours de leur vie, ils peuvent déterminer si un intervenant leur convient ou non et s'ils peuvent faire confiance à cet individu.

« Mais moi j'me dis, quand tu lui fais confiance là, ce n'est pas une question d'âge. D'abord je le sais moi, l'expérience des psychothérapies puis des gens compétents, je l'ai faite puis j'ai causé ma vie là, j'ai causé en terme de j'ai parlé de ma vie assez suffisamment que ces personnes là, je les vois aller puis j'vois ce qu'elles font, puis ce qu'elles font j'trouve que ça a de l'allure. » (Battant)

De plus, bien qu'il soit difficile de dire à quel point, le type de diagnostic de trouble mental peut avoir une certaine influence sur la construction de la RT. Le diagnostic fait partie de l'histoire de vie de la personne et peut influencer sur les comportements. Plus précisément, la pose du diagnostic par un professionnel de la santé revêt un caractère particulier pour la personne car, ce diagnostic influe souvent sur la nature des interventions et permet à la personne de donner un sens nouveau à ce qu'elle vit. Or, l'absence d'un diagnostic approprié peut, au contraire, plonger la personne dans une certaine confusion, comme on peut le constater dans l'extrait qui suit :

« Bien je n'aurais pas été traité de la même façon, je pense. Je n'aurais pas été traité de la même façon du tout. Parce que là, même ce que *Psychiatre* fait avec moi il travaille avec quelqu'un qui souffre de bipolarité, fait qu'il

ne travaille pas du tout de la même façon. [...] Fait que ce fameux diagnostic là c'est les événements peut-être des derniers temps qui ont fait que ç'a été fait puis que toute ma vie peut-être j'avais des symptômes de ça, je vivais de ça. Mon frère m'a posé la question, il dit : tu penses-tu Battant que dans les pertes d'emploi que t'as eues, surtout la dernière là puis que tous tes comportements puis tout ça, il dit, tu penses-tu que la maladie de maniaco-dépressif a pu rentrer en ligne de compte. J'ai dis « *Frère*, si j'étais affecté de cette maladie, elle était vivante quelque part en moi ». Les pics peut-être moins évidents mais j'avais des comportements, j'avais des attitudes. » (Battant)

Certes, les aspects relevant des professionnels, de leurs interventions, de la dynamique de la relation et du contexte sont importants dans l'établissement de la RT, mais il ne faut pas oublier que la personne elle-même peut aussi influencer sur la façon dont celle-ci va se construire. Le Tableau 15 synthétise les informations contenues dans cette sous-section.

Tableau 15

Synthèse des dimensions et des sous-dimensions individuelles

Dimensions	Sous-dimensions
Caractéristiques des personnes	<ul style="list-style-type: none"> – Niveau de méfiance – Attentes face à l'intervenant – Autres traits de personnalité
Facteurs relevant de l'utilisation des services de SM et diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> – Expériences d'utilisation des services – Diagnostic posé

On peut constater que plusieurs aspects peuvent influencer sur l'établissement de la RT entre la personne et un intervenant, que ce soit face à la dimension humaine, l'aspect thérapeutique, la relation de collaboration ou les facteurs contextuels et individuels. La RT est un concept complexe et multidimensionnel. Comme on l'a vu dans notre cadre conceptuel, ces dimensions sont en interrelation et ne constituent pas un tout statique. Selon

notre analyse, la RT peut avoir de nombreux effets sur le rétablissement. Il s'agit d'ailleurs du sujet de la prochaine section.

5.4 Les apports de la RT dans le rétablissement

Dans cette partie, il sera question des apports de la RT dans le rétablissement des personnes atteintes d'un TMG. De façon plus précise, nous nous pencherons sur les effets de la RT en ce qui concerne les facteurs individuels et environnementaux influençant le rétablissement soit : a) l'espoir et l'optimisme, b) le sens de soi, c) la prise de conscience de son potentiel, d) les buts, le travail et autres activités professionnelles, e) l'autodétermination et l'appropriation du pouvoir, f) le soutien social, g) les circonstances et possibilités, ainsi que h) les facteurs se rapportant à l'intervention professionnelle.

5.4.1 L'espoir et l'optimisme

Elle m'a dit : « tu n'es pas tout seul, lâche pas! » Je ne lâchais pas, je ne lâchais pas. -Michaël

L'espoir et l'optimisme sont des facteurs au cœur du processus de rétablissement et ils peuvent être générés, entre autres, en côtoyant des professionnels positifs et réalistes. Être positif opère de deux façons. Premièrement, le positivisme permet que la personne se sente encouragée dans son cheminement et l'amène à croire que le rétablissement est possible. On peut en effet le constater dans cet extrait :

« J'te dirais que c'est que les intervenants sont à voir au cas par cas puis ne sont pas décourageants parce qu'ils ont vu tellement de monde s'en sortir que sont apaisants. [...] ce que j'aime d'eux-autres aussi c'est qu'ils ne sont jamais découragés, donc le positif avec eux revient au galop si on veut. »
(Guy)

Deuxièmement, le positivisme des intervenants peut faire un certain effet de modélisation; en côtoyant une personne optimiste, certaines personnes apprennent à devenir elles-mêmes plus positives. C'est ce que nous démontre cette participante :

« Parce que son positivisme à elle déteignait sur moi puis tout ça, puis sa personnalité, ses traits de caractère, tout ça... Ça m'a permis d'aller chercher un petit peu de ça là t'sais je lui ai volé quelques traits de caractère. [...] La confiance puis après ça, parler, parce que moi je ne parlais plus là j'étais vraiment comme tombée dans ma bulle là puis je me parlais toute seule là fait que il fallait que je me sorte de ça ... L'anxiété puis l'angoisse bien je n'en fais plus t'sais là, c'est comme ça. » (Anouk)

Un autre aspect qui permet de susciter de l'espoir est de croire en un avenir meilleur. Plusieurs personnes atteintes d'un TMG peuvent se sentir si découragées et submergées par les événements que la perspective d'un avenir meilleur paraît impossible. Donc, qu'un intervenant leur permette de percevoir le futur de manière plus positive en laissant savoir que des améliorations sont possibles peut déclencher l'espoir d'atteindre certains buts. L'extrait suivant permet d'illustrer ce propos :

« Autrement, le SIME aussi a contribué au mieux-être parce qu'ils prennent le temps d'aller boire un café avec nous, t'sais donc de jaser dans un café t'sais qui n'est pas une source de stress évidemment là. Puis, moi je ne l'ai pas fait, parce qu'un moment donné j'avais peur de la musique qu'il y a dans les lieux publics, là c'est en train de disparaître ce problème là donc c'est une grande étape de faite pour moi. Puis le SIME y a été pour beaucoup là-dedans. [...] Donc, un moment donné ma tension montait très, très vite pour pas grand-chose. Puis le SIME me disait : « bien là Guy tu vas voir les années vont passer ça va guérir ». J'me le disais aussi mais ça avait l'air tellement loin que, je n'ai pas perdu courage là mais je n'étais pas loin. » (Guy)

De même, le simple fait d'encourager la personne permet de générer de l'espoir. Cet encouragement démontre à la personne qu'elle n'est pas seule, que l'intervenant croit en elle et en ses capacités :

« Parce qu'elle m'a aidé, elle m'a aidé dans ma maladie. Elle a dit : « fais-toi s'en pas ta maladie, peut-être que t'es pas tout seul en santé mentale de

même, elle a dit, j'ai des clients pires que toi encore ». [...] Ça m'a aidé dans l'espoir, ouais. Elle m'a encouragé. Elle m'a dit : « tu n'es pas tout seul, lâche pas! » Je ne lâchais pas, je ne lâchais pas. » (Michaël)

Bref, en plus de favoriser une meilleure RT, le fait pour un intervenant d'être positif, de croire en l'avenir et d'encourager la personne peut s'avérer bénéfique pour le mieux-être de celle-ci.

5.4.2 Le sens de soi

On va fonctionner avec tel rythme, puis on va respecter le plus possible ce rythme là, puis on va aller le plus loin qu'on peut aller, ensemble. –Battant

Pour certaines personnes atteintes d'un TMG, le développement d'un nouveau sens de soi devient un élément important pour le rétablissement. Ce nouveau sens de soi peut se construire, entre autres, par les interactions avec les professionnels de la santé. Un des aspects à considérer est d'apprendre à vivre avec certaines pertes. Des situations telles que la prise de médication, l'abus de substances, la présence d'une problématique concomitante ou les symptômes du trouble mental lui-même peuvent engendrer des pertes tant sur le plan du fonctionnement social (divorce, diminution du réseau social, perte d'emploi...) que sur le plan cognitif (perte de mémoire, émoussement affectif, diminution des habiletés sociales et d'apprentissage, etc.). L'intervenant peut aider la personne à vivre avec les conséquences de ses pertes et à diminuer leurs effets. Les extraits suivants décrivent des situations où les participants ont trouvé bénéfiques d'évaluer leurs pertes et de trouver des stratégies afin d'y pallier :

« Je sais que j'ai perdu, j'ai eu des pertes cognitives, j'en suis conscient, ma psychiatre l'a confirmé. Mais elle a dit : « l'important ce n'est pas de se faire évaluer pour dire c'est ça puis tout s'arrête; c'est savoir d'où est-ce qu'on peut partir puis espérer fonctionner aussi, à quelle intensité ». Puis en respectant ça, pas comme une, peut-être une vérité de La Palice¹² là, totale,

¹² Expression signifiant une vérité si évidente qu'elle en est ridicule.

mais quand même comme un bon point de référence. Oui, il y a eu des pertes, ça se situe à peu près à ce niveau, fait qu'on va fonctionner avec tel rythme, puis on va respecter le plus possible ce rythme là, puis on va aller le plus loin qu'on peut aller, ensemble. » (Battant)

« De me tenir occupé ça m'a encouragé. Là j'suis rendu dans les dessins par-dessus la tête, j'fais des dessins, j'fais de tout, puis j'écris des lettres. J'ai écrit sept lettres aux intervenants, sur ma santé, depuis que j'suis jeune, j'ai tout écrit ça. Plus mon accident que j'ai eu en '70, ça ne m'a pas aidé, j'ai étudié en électricité, en électronique, j'étais avancé là-dedans, il me restait un an pour avoir mon diplôme. J'ai tout perdu, j'ai tout perdu ça; plus de mémoire, plus rien. » (Michaël)

Pour certaines personnes, le sens de soi passe par apprendre à mieux se connaître. Ces personnes ont besoin de faire un bilan de leurs forces et de leurs limites afin de se construire un nouveau sens de soi. Comme dans cet extrait, l'intervenant peut aider la personne à se découvrir :

« Il y en a surtout une intervenante que j'ai côtoyée huit-neuf mois dans le bureau pour me... m'aider à... à faire le point sur moi-même là, puis ça bien duré un an que je la voyais une fois par semaine. On parlait de moi puis on parlait de mes difficultés puis on parlait de mon mauvais caractère puis on parlait de... mes habitudes alimentaires puis de mes habitudes... mes mauvaises habitudes, mes bons côtés, mes moins bons côtés. C'était ça qui s'passait, on a fait ça, j'ai fait ça pendant à peu près... peut-être un an, un an et demi, j'venais une fois par semaine, j'venais lui parler puis on parlait t'sais. » (Pistache)

Apprendre à se connaître peut aussi impliquer pour les personnes de prendre contact avec leurs émotions et à faire le point sur des événements passés. Dans l'extrait qui suit, l'intervenant peut aider la personne à donner un sens à ces événements et aux émotions qu'ils suscitent :

« Bien, comme les émotions, je n'étais pas au courant de mes émotions moi. Parce que moi j'ai vécu le vide complet. J'ai été 20 ans dans le vide, j'ai rien du tout, j'vais dire... 20 ans, j'ai eu mes enfants puis j'ai été hospitalisée je ne sais pas combien de temps... je ne sais rien. Je ne sais même pas si je les ai nourris, fait manger, lavés. Je ne sais même pas si j'ai mangé moi-même, je ne sais rien, c'est le vide complet! Complet pendant 20 ans! [...] on

travaille plus des choses que je mets sur papier; bon, avec mes enfants telle chose [...] des choses qui se sont passées dans le mois ou des choses que j'veux à venir ou... oui. Mais je connais plus mes émotions un [...] il faut d'abord que je les nomme « bon j'ai mal à tête, bon ». C'est toutes des choses que je ne nomme pas. » (Laurie)

Par ailleurs, chez certains participants, on peut distinguer un sens de soi avant l'avènement de la maladie et après la maladie. Ces personnes démontrent un besoin d'intégrer l'ancien soi au nouveau, afin de retrouver certaines de leurs capacités ou leurs intérêts passés. Il peut s'agir autant d'activités que la personne avait l'habitude de faire avant la maladie (dessin, musique, sorties avec des amis, etc.) que de traits de personnalité qui se sont estompés (sens de l'humour, confiance, habiletés sociale, etc.). L'intervenant peut faciliter l'intégration de ces anciennes caractéristiques en encourageant la personne à aller vers ses intérêts et en lui donnant l'occasion de réutiliser ces capacités. L'extrait suivant illustre ce propos :

« Fait qu'il y a ça puis il y a aussi le fait que lui il aime les films de l'ONF, moi j'pas capable de regarder ça; je les écoutais quand j'étais plus jeune, mais maintenant j'me suis comme rendu compte que c'était obsédant dans mon cas. Fait qu'il a fallu que j'arrête ça, mais lui des fois il passait des films de l'ONF pour, t'sais, ouvrir un peu l'esprit du monde qui restait là. Fait que là, comme la relation d'aide était réussie mais elle n'était pas ratée non plus parce qu'un moment donné j'vais probablement... comment j'pourrais dire ça, reprendre les films de répertoire, puis en regarder parce que j'ai jase avec lui, puis on a jase vedette aussi, puis équipes de hockey, dessins animés, on a jase de beaucoup de choses. » (Guy)

Développer un nouveau sens de soi peut aussi impliquer le développement de nouvelles habiletés. Nous élaborerons cette idée dans le thème suivant.

5.4.3 La prise de conscience de son potentiel

Elle me l’disait que j’avais du potentiel, puis que j’avais des qualités parce que moi je ne le voyais pas tout le temps. –Pops

La RT avec un intervenant peut aussi aider les personnes à croire en leur potentiel de changement et à leur donner confiance en leurs capacités. Les personnes atteintes d’un TMG doivent déployer beaucoup d’énergie afin d’amorcer des changements et certaines trouvent bénéfiques que l’intervenant croit en eux et contribue à leur apporter la confiance nécessaire pour ce faire. Être simplement conscient des efforts de la personne peut s’avérer positif, comme dans cet extrait :

« Parce que *Intervenante* elle sait que je fais beaucoup d’efforts présentement. J’fais beaucoup d’efforts le matin; heille écoute, il y a pas longtemps encore le matin j’m levais, j’mangeais puis me recouchais. Là écoute, le matin j’m lève, j’mange à une heure beaucoup plus raisonnable, j’vais prendre une marche » (Battant)

Certaines personnes souffrent aussi d’un manque de confiance et d’une faible estime de soi. L’intervenant peut donc, d’abord et avant tout, aider la personne à voir ses forces pour ensuite travailler à les développer, comme il en est question dans cet extrait :

« Elle me l’disait que j’avais du potentiel, puis que j’avais des qualités parce que moi je ne le voyais pas tout le temps. Mais elle m’a aidé à les développer, mais il y a encore beaucoup d’ouvrage à faire là mais... ça va. » (Pops)

La prise de conscience du potentiel peut aussi passer par le renforcement d’habiletés déjà présentes ou le développement de nouvelles habiletés. Certains participants reflètent que les intervenants peuvent les aider en les poussant à dépasser leurs limites, en les aidant à développer leurs compétences et surtout en encourageant leurs forces, comme dans cet extrait :

« Je fais beaucoup de dessin, puis je lui ai montré à ma travailleuse sociale puis elle m’a encouragé à continuer là-dedans. » (Grisou)

Le développement des habiletés peut aussi se faire par modélisation. En effet, qu'un intervenant avec qui la personne entretient un bon RT pratique une certaine activité devant la personne peut permettre que celle-ci développe un intérêt pour cette activité. L'intervenant peut donc apprendre certaines habiletés aux personnes, comme en témoigne cet extrait :

« J'te dirais que la meilleure influence qu'il a eu probablement ce sont les ordis, parce qu'on allait naviguer disons. Puis je lui parlais de quelque chose puis il ne savait pas ce que c'était fait qu'il allait tout d'suite chercher sur son ordinateur. Puis un moment donné il a commencé à faire ça systématiquement. J'trouvais qu'il était peut-être toqué mais en même temps, c'est lui qui m'a donné l'goût d'aller chercher des trucs sur l'ordinateur puis depuis un certain nombre d'années les cours s'offrent surtout sur le fichier du professeur. Puis ça m'a comme donné l'goût de chercher probablement pas mal plus d'informations qu'avant, quand la thématique du cours était tout expliquée sur le Net. J'ai commencé à être comme influencé par sa curiosité de travail si on veut. » (Guy)

D'autre part, les intervenants peuvent aussi encourager le développement des habiletés en étant ouverts à favoriser les situations susceptibles de mettre en valeur les habiletés de la personne. Ainsi, comme on peut le voir dans l'extrait, les personnes peuvent mettre en pratique leurs compétences :

« Ouais on est bien ici. C'est une belle petite place, tu peux t'épanouir, tu peux monter des projets, moi j'monte beaucoup de projets ici. J'fais partie du CA puis j'ai monté une couple d'activités. [...] Moi ça m'valorisait, moi ça m'valorisait. C'était plaisant. [...] Ils ont juste à me chapeauter un peu puis à me regarder aller puis... moi je suis habile avec un téléphone ça fait que... moi appeler du monde au téléphone pour les inviter bien ça m'dérange pas. » (Pistache)

Ainsi la réalisation du potentiel de la personne peut s'effectuer, en partie, parce que l'intervenant est conscient de ses efforts. Il lui fait aussi prendre conscience de ses forces et les lui fait développer.

5.4.4 Les buts, le travail et les autres activités professionnelles

Elle supporte tout l'monde; quand il y en a un qui a une idée là, elle est toujours partante. –Pistache

Avoir des buts ou des activités socioprofessionnelles est un autre facteur qui favorise le rétablissement des personnes atteintes d'un TMG. La RT peut jouer un rôle afin de favoriser la réalisation de ces buts. En effet, l'intervenant peut encourager la personne à atteindre ses objectifs et l'aider à acquérir la confiance nécessaire pour y parvenir. Le simple fait de parler de ses buts à quelqu'un peut aussi aider la personne à mieux les définir. L'intervenant peut aussi encourager la personne à accomplir ses buts en lui signifiant qu'ils sont réalisables. Dans cet exemple, que l'intervenant détienne un diplôme universitaire inspire la personne à faire de même :

« C'est sûr que moi j' considère que son diplôme c'est comme une ressource très importante, dans ma vie à moi aussi; ça me stimule à recommencer à aller à l'école t'sais, c'est ma source d'encouragement principale cette personne là pour suivre un cours, puis suivre deux cours puis reprendre le rythme [...] Je lui en ai parlé tout ça, puis c'est le fait que lui ait fait un bacc dans une discipline de sciences humaines, ça me porte à me rapprocher de mes sciences humaines à moi soit la géo. Donc, c'est comme une porte d'entrée un peu si on veut. » (Guy)

Dans le contexte d'une RT bénéfique, l'intervenant est appelé à être à l'écoute des priorités de la personne. De ce fait, il doit aussi respecter les buts que la personne souhaite atteindre et ajuster ses interventions en conséquence. L'intervenante avec qui Laurie entretient une RT significative a été à l'écoute de ce qu'elle désirait :

« Bien, j'aime la cuisine où je suis, c'est ça que j'voulais, j'voulais palper de la nourriture puis... t'sais j'étais privée de ça puis j'avais l'goût de ça, des aliments puis... Fait que c'est ça, j'disais ça à mon éducatrice, mais j'avais déjà parlé à un autre qui remplaçait, ça n'avait pas débouché. Puis là j'en ai reparlé plus tard, puis là ç'a fini par déboucher. » (Laurie)

Bien évidemment, atteindre des buts implique de prendre certaines initiatives afin que ceux-ci se concrétisent. Les participants ont donc parfois besoin que l'intervenant leur

apporte un soutien concret comme de les orienter vers le bon endroit, de les aider dans certaines démarches (par exemple : rédiger un curriculum vitae) ou comme dans le prochain extrait, soutenir la personne dans les étapes qui permettront de réaliser son but :

« Quand elle a vraiment été aidante dans ma vie... Bien oui! Quand j'me suis parti mon souper c'est vers elle que j'me suis tourné! La première à qui j'en ai parlé, c'est à elle parce que fallait en parler à quelqu'un, quand j'ai monté ce projet là. [...] Elle m'a aidé à démarrer ça. On a formé une équipe, on a formé une équipe elle m'a aidé là-dedans, elle m'a supporté, d'ailleurs elle supporte tout l'monde! Elle supporte tout l'monde; quand il y en a un qui a une idée là, elle est toujours partante. On sait qu'on peut s'fier sur elle quand c'est l'temps de faire de quoi là. » (Pistache)

5.4.5 L'autodétermination et l'appropriation du pouvoir

Mais je ne sais pas comment c'est venu, mais elle a travaillé là-dessus, pour que je prenne de l'assurance sur moi-même. –Laurie

Reprendre du pouvoir sur sa vie lorsqu'on est atteint d'un TMG peut s'avérer plus difficile qu'il n'y paraît. Par conséquent, certaines personnes auront besoin de soutien pour développer leur capacité à prendre leurs propres décisions et à contrôler leur processus de rétablissement. Un des moyens utilisés par les intervenants à cet effet est d'aider les personnes à reprendre confiance en elles. À cette fin, on note que les participants jugent bénéfique que les intervenants croient en eux et leur témoignent de la confiance. Cette confiance peut leur prouver qu'ils ont la capacité de prendre les décisions appropriées pour gérer leur vie de façon positive. L'extrait qui suit illustre notre propos :

« Bien qu'ils nous fassent confiance là, oui. J'trouve que c'est beaucoup là, t'sais avoir confiance. Comme là t'sais pareil ils me laissent manipuler l'argent, j'fais des livres de comptabilité, bien pas des livres là mais l'crédit regarde ce n'est pas compliqué là. Mais t'sais j'trouve qu'elle me fait confiance. Parce qu'avant, quand j'pensais juste à boire, j'aurais peut-être volé de l'argent, j'aurais peut-être fait des affaires, puis je ne l'ai jamais en tête de faire ça. Fait que t'sais, là-dessus ils ont confiance puis ils me donnent du travail à faire. Fait que j'contente pour ça. » (Merlin)

Pour certaines personnes, la manière dont l'intervenant les a aidées à reprendre confiance n'est pas nécessairement claire. En revanche, reprendre confiance n'est certainement pas un travail à court terme, surtout pour une personne ayant eu de nombreux épisodes de crise ou d'hospitalisation. Dans l'extrait qui suit, on peut constater que la prise de pouvoir par la participante est le fruit de plusieurs années de travail :

« Puis j'ai plus de pouvoir sur moi-même, j'ai plus de pouvoir. Mais je ne sais pas comment c'est venu non plus là. C'est un deux ans de travail hein! Mais je ne sais pas comment c'est venu mais elle a travaillé là-dessus, pour que je prenne de l'assurance sur moi-même. Puis j pense qu'ici j'vais faire une conférence à propos du *Produit* là. Ça, ça va bien faire aussi au niveau de la confiance là. » (Laurie)

Par ailleurs, un autre moyen pour augmenter le pouvoir des personnes atteintes d'un TMG est de favoriser leur autonomie. Les intervenants ayant une RT significative avec les participants ont tendance à les encourager à prendre leurs propres décisions et à agir par eux-mêmes, ils sont à l'écoute de l'avis de la personne et les soutiennent lorsque vient le temps d'acquérir les habiletés nécessaires à la gestion de leur vie quotidienne. Dans l'extrait suivant, ce peut être l'acquisition d'habiletés simples qui sont importantes pour le bon fonctionnement de la personne, comme la gestion de son courrier.

« Ouais c'est ça t'sais ils m'aident vraiment là. Puis quand j'panique à cause que j'reçois une lettre là puis il y a une affaire d'argent, c'est la grosse panique. Là j'appelle le SIME, là *Intervenante* dit « j'vais y aller, mais là c'est toi qui va le faire », là elle le lit avec moi puis « qu'est-ce t'en penses » puis t'sais. Là j'panique moins là quand j'ai des lettres puis j'fais mes téléphones mais au début c'était la grosse panique puis c'est ça c'est le SIME qui m'a aidé pour ça. » (Merlin)

5.4.6 Le soutien social

Comme il a déjà été mentionné lors de la recension des écrits, le rétablissement n'arrive pas seul; les personnes atteintes d'un TMG doivent pouvoir compter sur un certain nombre de personnes leur apportant différents types de soutien. Les intervenants font

parfois partie de ces individus, mais leur importance dans le réseau social de la personne varie grandement. Dans cette partie des résultats, nous réfléchirons donc sur la place et le rôle de la RT dans le réseau social ainsi que sur les types de soutien social et la satisfaction de la personne face à son réseau.

5.4.6.1 La place et le rôle de la RT dans le réseau social

J'apprécie de pouvoir parler avec eux-autres de tout ce que je vis parce que ma famille si je veux en parler ils ne connaissent pas ça. –Merlin

Afin d'évaluer le soutien social des participants, nous nous sommes basés sur une carte du réseau social personnel élaborée par Sluski (2010) et adaptée à notre étude (Annexe D). Les participants ont eu à remplir un schéma représentant leur réseau social en termes de quantité de personnes en faisant partie, de proximité de la relation et de provenance du lien. L'objectif de cette démarche était de situer la RT significative dans le réseau social de la personne. La représentation graphique (Figure 4) qui découle de la mise en commun des cartes de chaque participant nous informe sur la disposition de leur réseau social face à la provenance du soutien (famille, amis, collègues de travail/étude, soutien provenant de la communauté¹³) et à la proximité des liens (intime, proche ou connaissance).

¹³ Les personnes de la catégorie « Communauté » font référence aux différents intervenants que le participant côtoie (médecin, travailleur social, éducateur spécialisé, intervenant dans un organisme communautaire, etc.)

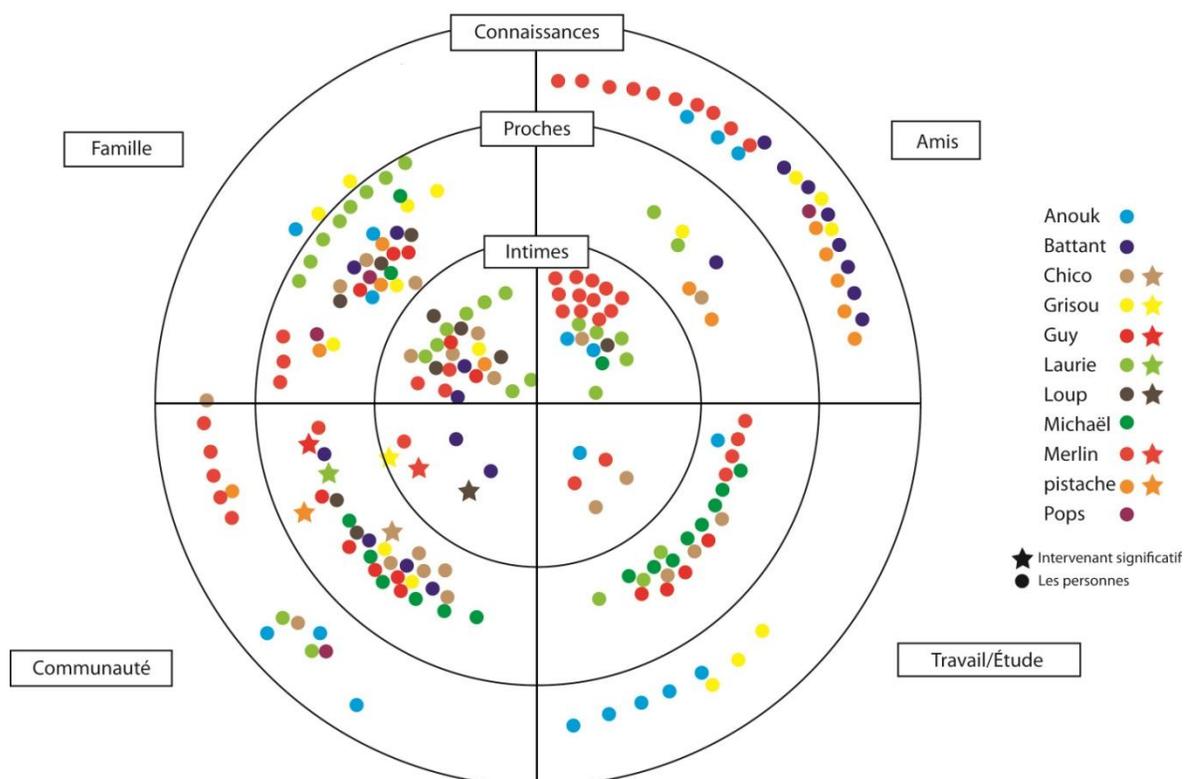


Figure 4. Carte du réseau social personnel

Ainsi, nous pouvons visuellement situer l'intervenant significatif de la personne (représenté par une étoile) dans son réseau social au moment de l'entrevue¹⁴. On peut donc constater que les personnes les plus intimes sont souvent soit des membres de la famille, soit des amis que les personnes considèrent comme des confidents. Les intervenants avec qui les participants entretiennent une relation significative sont considérés intimes ou proches, ce qui nous indique que leur place dans le réseau est plutôt importante. Le Tableau 16 décrit la répartition des membres du réseau social de nos participants. On peut remarquer qu'en moyenne, les participants ont 19 personnes dans leur réseau social dont plus de personnes considérées comme des proches (n=9) que de personnes intimes ou de connaissances (n=5 pour les deux groupes). Il est aussi intéressant de constater qu'en

¹⁴ Quatre participants n'ont pas d'intervenant significatif dans leur réseau car la relation était terminée au moment de l'entrevue.

moyenne, quatre intervenants provenant d'organisations diverses gravitent autour de la personne. Ce qui est presque autant que le nombre d'amis (n=5).

Tableau 16

Répartition des membres du réseau social

Participants	N total	Intimes	Proches	Connaissances	Famille	Amis	Travail/étude	Communauté	Niveau de proximité de la RT significative
Anouk	18	3	3	12	3	5	7	3	*
Battant	19	4	7	8	4	9	0	6	*
Chico	22	7	13	2	7	2	5	8	Proche
Grisou	17	2	7	8	7	4	3	3	Intime
Guy	25	2	13	10	5	10	4	6	Intime
Laurie	29	13	14	2	16	7	3	3	Proche
Loup	11	6	5	0	7	1	0	3	Intime
Michaël	17	1	16	0	2	1	8	6	*
Merlin	32	19	8	5	6	12	6	8	Proche
Pistache	13	1	6	6	4	7	0	2	Proche
Pops	4	0	2	2	2	1	0	1	*
Moyenne	19	5	9	5	6	5	3	4	

* Ne s'applique pas, car la RT est terminée au moment de l'entrevue

Cependant, pour plusieurs personnes, même si l'intervenant est considéré comme une personne proche, sa place dans le réseau reste imprécise. Ces personnes hésitent à affirmer que l'intervenant est un membre de leur réseau puisque la relation se fait dans un cadre professionnel et que celle-ci peut s'interrompre à tout moment, tel que nous l'expliquent Laurie et Merlin :

« Mais ça prend une grande place parce c'est sûr qu'elle m'apporte beaucoup d'aide mais je l'sais que ça sera pas éternel non plus là. Ça va avoir une fin puis j'me prépare à ça aussi là t'sais mais ç'a quand même une bonne importance. » (Laurie)

« Intervieweuse : quand vous vous voyez à des endroits publics, comment est-ce qu'elle réagit *Intervenante*?

Merlin : je reste discrète, je lui dis juste bonjour puis je laisse aller là. C'est parce que moi aussi j'y suis avec du monde, avec des amis pour y aller ça fait que... T'sais je ne veux pas mélanger ça l'travail puis l'réseau social là. »

Pour certaines personnes, le rôle de l'intervenant dans le réseau social est de prévenir l'épuisement des autres membres du réseau (surtout la famille). Effectivement, les conséquences d'un TMG sont souvent lourdes et affectent la personne dans toutes les sphères de sa vie. Il arrive que les membres du réseau viennent à bout de leurs ressources, se sentent impuissants face aux difficultés vécues par la personne atteinte d'un TMG ou sont épuisés par les demandes d'aide constantes. Le rôle de l'intervenant est donc d'amener un certain répit pour ces personnes afin de sauvegarder l'intégralité du réseau. En ayant la possibilité de prendre une distance face au problème, les membres du réseau pourront être disponibles pour apporter d'autres types de soutien tel que faire des activités de loisir. Deux de nos participants illustrent bien cette situation :

« Mon approche par rapport à eux autres a beaucoup changé. Avant ça quand je ne *feelais* pas, surtout mon frère, je lui racontais toutes mes emmerdes puis tout ça, puis j'en finissais plus. Il me l'disait à la fin, au début pendant nombre d'années il me l'disait pas qu'il n'en pouvait plus, qu'il ne pouvait plus en prendre. [...] Alors que là, j'ai moins besoin puis on dirait que ç'a eu comme répercussion que j'suis capable de supporter des choses, puis quand j'ai des problèmes j'en parle à mes intervenants. »
(Battant)

« J'apprécie de pouvoir parler avec eux-autres de tout ce que je vis parce que ma famille si je veux en parler ils ne connaissent pas ça. T'sais ils changent de conversation parce que pour eux autres c'est des mauvais souvenirs là. Tandis qu'avec une intervenante j'peux parler de ça, ils comprennent, sont compréhensifs. Ça c'est beaucoup ça dans ma vie. »
(Merlin)

5.4.6.2 Les types de soutien et la satisfaction face au réseau social

Nous avons demandé aux participants quelles personnes leur apportaient du soutien en ce qui concerne les côtés émotionnel, du partage d'activités sociales ou de loisir, des informations et conseils et du soutien matériel. Les membres de la famille sont plus souvent consultés pour le soutien émotionnel, le partage d'activités ainsi que le soutien matériel. Les amis, quant à eux, sont plus souvent sollicités pour le partage d'activités sociales ou de loisir. Pour ce qui est des intervenants, les participants y ont recours surtout sur le plan émotionnel et afin de bénéficier d'informations et de conseils. De même, ce sont souvent les personnes vers qui les participants se sont tournés la dernière fois qu'ils ont eu besoin d'aide. Cette réaction peut s'expliquer en partie car plusieurs participants habitent dans une ressource d'hébergement en SM ou bénéficient des services d'une équipe SIME. Donc, on peut croire que la proximité facilite le choix de l'intervenant lors de demandes d'aide.

En ce qui a trait à leur réseau social, les participants de notre étude semblent assez satisfaits. Effectivement, sur une échelle de type Likert de 0 à 10 (0= aucunement satisfait, 10= pleinement satisfait), la majorité des participants (n=7) ont indiqué un score de 8, trois d'entre eux ont donné la note de 5 et un seul participant a assigné un score de 4. La plupart des participants croient que d'avoir plus d'amis, de rencontrer des personnes partageant des points communs ou de renouer avec ses amis d'avant la survenue du trouble pourraient améliorer leur satisfaction face à leur réseau.

5.4.7 Les circonstances et possibilités

C'est une belle petite place, tu peux t'épanouir, tu peux monter des projets, moi j'monte beaucoup de projets ici. –Pistache

Les circonstances et les possibilités sont un autre facteur qui contribue au mieux-être des personnes atteintes d'un TMG. Les intervenants avec qui les participants entretiennent une RT significative peuvent aider les personnes à vivre dans un

environnement offrant les conditions nécessaires à leur bien-être, favorisant ainsi leur rétablissement.

D'abord, les personnes doivent disposer des ressources nécessaires pour satisfaire leurs besoins de base tels que la nourriture, le logement et les vêtements. À cet effet, les intervenants peuvent les soutenir lorsque vient le temps de faire leur budget, de se construire une routine de vie saine ou de les conseiller lors d'achats importants. L'extrait suivant nous démontre que certaines interventions peuvent aider les personnes à gérer elles-mêmes leurs besoins de base après un épisode de psychose :

« Bien j'me suis sortie... j'étais comme dans ma bulle mentalement puis j'me suis sortie de ça. J'me parlais toute seule puis je n'étais pas capable de me budgéter, je n'étais pas capable de me faire à manger, j'étais vraiment là... J'étais en appartement mais c'était juste là pour que j perde mon appart. Puis là j'suis rendue que c'est correct là, j'me ramasse puis là... t'sais c'est vraiment *Intervenante* qui m'a aidée. » (Anouk)

En plus de soutenir les personnes dans leurs besoins de base, les intervenants peuvent les diriger, au besoin, vers des ressources et services, notamment dans le champ de la SM. Ce faisant, les personnes peuvent développer certaines capacités en ayant l'occasion de côtoyer d'autres personnes vivant sensiblement la même situation. Elles peuvent aussi accéder à des ressources permettant de répondre à des besoins de base (comptoirs vestimentaires ou soupes populaires), des besoins de socialisation et d'insertion professionnelle (organismes d'intégration sociale ou socioprofessionnelle), ou encore liés à leur SM (psychiatre, équipe SIME, etc.). Diriger une personne vers une ressource n'aura peut-être pas un effet immédiat mais, tel qu'on peut le voir dans cet extrait, la personne peut y avoir recours au moment opportun :

« Autrement il y avait aussi le travailleur social de l'hôpital qui m'a référé à *Organisme d'insertion sociale*, j'ai commencé à aller à *Organisme d'insertion sociale* six mois plus tard seulement, mais ç'a beaucoup aidé aussi, parce que ça m'rendait plus fluide, plus de bonne humeur facilement. J'ai rencontré d'autre gens qui vivaient dans ma condition, puis aussi les intervenants qui sont très pertinents là-bas. Autrement, j'ai rencontré des

gens à *Organisme d'aide alimentaire* puis à *Organisme d'hébergement* parce que j'allais manger là. J'économisais de l'argent pour acheter, disons, tout ce que j'avais besoin dans la vie en général. Puis ces gens-là m'ont aidé aussi, m'ont supporté, m'ont écouté, etc. » (Guy)

Certes, orienter des gens vers des organismes en SM peut avoir des effets bénéfiques, mais un des indicateurs du rétablissement n'est-il pas d'utiliser les ressources de la communauté? Les intervenants avec qui les participants ont une RT positive peuvent donc parfois aider la personne à élargir son réseau et l'inviter à utiliser les ressources à sa disposition, tel que mentionné dans cet extrait :

« Il m'a dit, entre autres choses, de pas continuellement fréquenter *Organisme* pour essayer d'aller aux soupers, même d'aller à la Soupe populaire à la limite même si ce n'est pas dans ses juridictions. Il m'a dit de développer mes aptitudes en cuisine, entre autres choses puis il m'a dit, un moment donné, de m'trouver des personnes auxquelles j'pouvais avoir plus confiance. Parce que lui, ce qui arrive c'est qu'il n'est pas tout l'temps disponible, puis ce n'est pas comme avoir des vrais amis, c'est sûr. Donc lui c'est ça qu'il me disait, il me disait aussi de pas me gêner si j'avais une demande à faire auprès de la famille ou auprès des personnes que j'connais. » (Guy)

Un autre des apports de la RT est de créer des occasions pour tester ses habiletés. En effet, une RT significative avec un intervenant peut être une occasion d'expérimenter des habiletés sociales telles que la communication, sans craindre les jugements d'autrui. On peut le constater chez ce participant qui entretenait des rapports difficiles avec les femmes :

« Oui, elle m'a aidé, prendre mes affaires par moi-même, prendre mes responsabilités, tout ça, ç'a pris du temps par exemple; ç'a pris au moins deux ans avant que j'prenne mes responsabilités tout seul. Puis après ça prendre la route tout seul puis m'en aller doit, pas toucher à personne, ç'a pris au moins deux ans pour me laisser voir la porte ouverte. Sans ça j'étais renfermé, puis j'étais gêné vers les femmes, je ne parlais pas aux femmes pantoute, même comme toi je ne te parlais pas. J'étais trop gêné, puis elle m'a fait dégêner, tout ça. C'est elle qui m'a mis à l'aise vers les femmes. Plus vers les femmes que les hommes. » (Michaël)

Mais encore, l'intervenant peut créer des circonstances permettant à la personne de tester ses compétences, ce qui peut lui donner la confiance nécessaire pour les développer. C'est le cas de ce participant qui se valorisait à organiser des activités au sein de l'organisme qu'il fréquente :

« Ouais on est bien ici. C'est une belle petite place, tu peux t'épanouir, tu peux monter des projets, moi j'monte beaucoup de projets ici. J'fais partie du CA puis j'ai monté une couple d'activités. [...] Moi ça m'valorisait. C'était plaisant. [...] Ils ont juste à m'chapeauter un peu puis à me regarder aller puis... moi je suis habile avec un téléphone ça fait que... moi appeler du monde au téléphone pour les inviter ça m'dérange pas. » (Pistache)

Bref, l'intervenant peut contribuer à créer certaines situations qui vont permettre à la personne d'avoir la possibilité d'améliorer ses conditions de vie, ses habiletés et ses compétences.

5.4.8 Les autres facteurs se rapportant à l'intervention des professionnels

Ces facteurs se rapportent aux interventions des professionnels, qui ont une influence positive pour le rétablissement des personnes ayant un TMG. Dans le présent mémoire, nous avons énoncé plusieurs éléments de la RT favorisant le mieux-être de ces personnes. Afin d'éviter les redondances, nous ne rapporterons ici que les aspects n'ayant pas encore été exposés. Il s'agit principalement du soutien à l'implantation d'une routine de vie saine et à la gestion des symptômes.

Une routine de vie saine est un déterminant de la santé important pour tous les individus, et c'est aussi le cas en SM. Les intervenants peuvent aider les personnes à adopter des habitudes de vie qui vont favoriser une meilleure SM, donc le rétablissement. Ces changements peuvent être sur les plans de l'hygiène de vie, du budget, de la prise de médication adéquate et autonome, des activités de loisirs, et de toutes autres actions faisant

partie d'une routine de vie. Pops nous dit que son intervenante lui a été d'une grande aide alors qu'il demeurerait dans une ressource de réadaptation en SM :

« Quand j'étais à *Organisme* elle m'a aidé grandement : à faire mes budgets, à prendre ma médication comme il faut, à sortir un peu, aller jouer au hockey ou bien des choses comme ça, aller patiner ... c'est ça. » (Pops)

Les personnes atteintes d'un TMG ont à vivre avec des symptômes qui diffèrent de par leur nature et leur sévérité. Les intervenants sont donc parfois amenés à aider la personne à gérer ces symptômes afin d'atteindre un niveau de bien-être satisfaisant. Les participants ont présenté plusieurs situations où un intervenant les a accompagnés dans la gestion des symptômes et de leurs conséquences, la gestion et la recherche d'une médication efficace, ainsi que la reprise des activités à la suite d'une hospitalisation et l'élaboration de stratégies afin de les éviter. L'extrait qui suit illustre nos propos :

« La dépression s'est présentée, et à peu près un an et demi après elle est devenue vraiment incontrôlable donc il a fallu que j'aille à l'hôpital. J'y suis allé de multiples fois pour qu'ils se rendent compte que j'avais besoin d'antidépresseurs. Parce que les autres me donnaient des médicaments antipsychotiques puis ça ne servait à rien. Fait qu'à un moment donné on a trouvé le bon médicament, puis la bonne dose aussi de sorte que ça a comme réveillé en moi le désir de survivre, de m'améliorer. C'est à ce moment là que j'ai commencé à rencontrer le psychiatre qui a pris mon dossier en main puis qui me disait : « le dossier s'épaissit vite Guy, essaie de trouver des moyens de ne pas tout l'temps retourner à l'hôpital », ce que je ne savais pas t'sais. Autrement il y avait aussi le travailleur social de l'hôpital qui m'a référé à *Organisme*, j'ai commencé à aller à *Organisme* six mois plus tard seulement, mais ç'a beaucoup aidé aussi, parce que ça m'rendait plus fluide, plus de bonne humeur facilement. » (Guy)

Les apports de la RT dans le rétablissement des personnes atteintes d'un TMG sont donc nombreux et varient selon les personnes. Il est donc difficile de décrire précisément quels sont les rôles que la RT peut jouer dans le rétablissement des personnes atteintes. Mais, il est clair que si la relation est positive, elle peut influencer sur les différents facteurs impliqués dans ce processus, et ce, de différentes façons. On remarque que, bien que le

rétablissement n'implique pas nécessairement l'intervention des professionnels, l'interaction avec l'intervenant peut contribuer à activer les forces des personnes et ainsi stimuler un processus qui implique de nombreux défis. En travaillant avec la personne et en individualisant les services proposés, l'intervenant peut soutenir la personne et agir en tant qu'agent facilitateur visant à diminuer les effets des obstacles et augmenter les capacités et le pouvoir d'agir des personnes. Avant de terminer ce chapitre avec les différentes façons de clore la RT, le Tableau 17 fait une synthèse des apports de la RT dans le rétablissement des personnes atteintes de TMG.

Tableau 17

Synthèse des apports de la RT dans le rétablissement

Espoir et optimisme	<ul style="list-style-type: none"> – Positivisme des intervenants – Croyance que le rétablissement est possible – Effet de modélisation – Croire en un avenir meilleur – Encouragements
Sens de soi	<ul style="list-style-type: none"> – Apprendre à vivre avec les pertes – Apprendre à se connaître – Bilan des forces et des limites – Donner un sens aux événements passés – Intégration des capacités et intérêts
Prise de conscience de son potentiel	<ul style="list-style-type: none"> – Intervenants conscients des efforts déployés par la personne – Prendre conscience de ses forces – Développement des habiletés
Buts, travail et autres activités professionnelles	<ul style="list-style-type: none"> – Croyance que les buts sont réalisables – Intervenants à l'écoute des priorités – Intervenants apportant du soutien concret
Autodétermination et appropriation du pouvoir	<ul style="list-style-type: none"> – Reprise de la confiance en soi – Intervenants croyant en la personne – Disposition du temps requis – Intervenants qui favorisent l'autonomie

Tableau 17 (suite)

Synthèse des apports de la RT dans le rétablissement

Soutien social	<ul style="list-style-type: none"> – Prévention de l'épuisement du réseau social – Soutien émotionnel – Informations et conseils
Circonstances et possibilités	<ul style="list-style-type: none"> – Satisfaction des besoins de base – Orientation vers les ressources/services de SM – Orientation vers les ressources/services de la communauté – Élargissement du réseau social – Intervenants donnant l'occasion de tester les habiletés et compétences
Autres facteurs se rapportant à l'intervention des professionnels	<ul style="list-style-type: none"> – Implantation d'une routine de vie saine – Soutien à la gestion des symptômes

5.5 La terminaison de la relation

La terminaison de la RT peut être vécue de différentes façons. Tout comme c'est le cas pour la RT, la terminaison peut dépendre d'une multitude de facteurs : le degré d'intimité avec la personne, l'énergie mise dans la relation, la signification de la relation, et beaucoup plus. Les participants nous ont entretenus sur leur expérience lors de la terminaison de leur RT (lorsque celle-ci était achevée au moment de l'entrevue) ou de leur perception de la terminaison de cette relation (lorsque celle-ci était en cours lors de l'entrevue). À la suite de l'analyse de données, nous avons constaté des réactions similaires chez les participants face à la conclusion de leur RT. Nous avons donc fait ressortir trois principaux modèles d'attitude face à la terminaison de la RT, soit : le deuil, l'avancement et l'absence d'anticipation.

5.5.1 Le deuil de la relation

Certaines personnes (N=2) ont vécu la fin de la RT comme un deuil, la perte d'une personne qui était importante à leurs yeux. Ces personnes ont à la fois vécu le deuil de l'intervenant et le deuil de l'aide apportée. Ainsi, le sentiment de perte peut être associé non seulement à la personne en tant que telle, mais aux bénéficiaires engendrés par la RT et par l'organisation dans laquelle l'intervenant est employé. Ce participant témoigne :

« Sauf que j'ai commencé à avoir peur vers la fin quand j'ai su qu'il se préparait à partir puis moi j'savais aussi que j'trouvais que j'avais utilisé le service beaucoup. J'me disais : « ça peut pas être indéfini ça non plus ». Une chose qui a rentré en ligne de compte dans le fait que j'ai réagi de la façon dont j'ai réagi, ç'a été vécu comme une perte puis tout ce que le CLSC après ça là, la qualité du CLSC a tombé à zéro. [...] Un deuil, c'était un deuil là. » (Battant)

Par contre, d'autres personnes vivent la fin de la RT de façon plus affective; elles ressentent un deuil sur le plan relationnel. La souffrance est directement liée à la perte de la personne envers qui elle a de l'attachement. Ce participant raconte avec beaucoup d'émotion la fin de la relation avec son intervenante qui devait être mutée de service :

« Quand je l'ai perdue - je l'ai perdue juste cette semaine là - j'ai partie à pleurer, je l'ai collée, j'ai parti à pleurer. J'ai dit : « je t'aimais. » (Michaël)

Ces émotions difficiles semblent se présenter dans un contexte en particulier. Pour les deux personnes qui ont vécu un deuil face à la fin de leur RT, l'intervenant a dû quitter son poste pour des raisons administratives. Ce qui a eu pour effet de devoir mettre fin à la relation prématurément. Face à cette situation, les participants ont ressenti de la tristesse, un sentiment d'abandon et même, de trahison.

Par contre, même si cet événement peut être vécu comme une perte, certaines personnes considèrent que la fin de cette relation peut déboucher sur la nécessité de rechercher d'autres relations qui leur apporteraient des avantages similaires. Ce qui nous

amène à considérer le prochain modèle de terminaison de la relation : l'avancement vers quelque chose de nouveau.

5.5.2 L'avancement vers quelque chose de nouveau

Pour la majorité des participants (N=5), la fin de la RT n'est pas vécue ou perçue comme un événement dramatique et peut même signifier le début d'une nouvelle étape de vie. En fait, si la relation se termine alors que la personne ressent qu'elle n'a plus besoin du soutien de l'intervenant, ce peut être un indicateur d'un certain rétablissement. Ainsi, c'est la personne elle-même qui décide à quel moment elle n'a plus besoin du soutien de l'intervenant et met fin à la relation. Pistache et Laurie nous l'expliquent en ces termes :

« J'avais fait le tour du sujet pas mal. J'ai dit : « on va arrêter mon suivi pour une secousse », parce que là j'étais tanné là, j'vais continuer d'évoluer de l'autre bord. » (Pistache)

« Mais ça prend une grande place parce que c'est sûr qu'elle m'apporte beaucoup d'aide, mais je l'sais que ça sera pas éternel non plus là. Ça va avoir une fin puis j'me prépare à ça aussi là t'sais mais ça quand même une bonne importance. [...] Non j'pense que ça va se passer progressivement puis avec les événements, tout ça. Si ça va de mieux en mieux, ça va s'améliorer fait que j'vais avoir de moins en moins besoin d'elle. » (Laurie)

Ainsi, la fin de la relation est vécue de façon plus positive si la personne a la perception que l'aide n'est plus nécessaire, et si la terminaison s'effectue de façon progressive. En effet, les personnes veulent éviter un effet de « coupure » avec l'intervenant et veulent être préparées à la fin de la relation. Apparemment, certaines personnes s'habituent à rencontrer l'intervenant régulièrement et considèrent que terminer la relation trop brusquement peut être pénible. Pistache a déjà vécu cet événement et nous le raconte en ces termes :

« Ça n'a pas fait de coupure dramatique t'sais là; tu fais un suivi là puis du jour au lendemain tu revois plus jamais la personne là t'sais. C'est comme un divorce. Elle a continué de me voir évoluer puis moi j'ai continué de la voir évoluer, ça j'ai bien aimé ça. Si j'avais fait une coupure dramatique là,

ce n'est pas le gros drame mais t'sais... Quand tu t'accoutumes à voir quelqu'un à toutes les semaines puis du jour au lendemain tu te dis : « bien là, j'arrête telle date puis je ne te reverrai plus jamais là ». Bien c'est arrivé! Puis je n'aime pas ça, je n'aime pas ça! T'es pas prêt, c'est comme quand tu divorces. » (Pistache)

Pour Pistache, un homme fréquentant un organisme communautaire d'insertion sociale, la terminaison de la relation s'est faite graduellement, car même s'il n'avait plus de suivi avec l'intervenante, il avait la possibilité de la revoir ponctuellement, dans le contexte de l'organisme. Bref, la fin d'une RT peut s'avérer un événement positif ou, du moins, avoir peu d'effets négatifs pour la personne si certaines conditions sont réunies.

5.5.3 L'absence d'anticipation de la terminaison

Il s'avère que quelques personnes (N=3) dans notre échantillon (dont la RT est en cours lors de l'entrevue) ne semblent pas anticiper la fin de leur RT. En effet, nous remarquons deux types de réactions : soit la personne n'anticipe pas la fin éventuelle puisqu'elle préfère vivre la relation au moment présent, soit elle considère que l'intervenant fera toujours partie de sa vie. Dans le dernier cas, on peut remarquer que pour la personne, la RT a évolué vers une relation plutôt affective, tel que nous le disent Guy et Pops :

« C'est une relation dans laquelle j'me suis fait un ami et c'est une relation que j'vais conserver le plus longtemps que j'puisse voir, s'il garde son poste. Même s'il ne gardait pas son poste j'pense que j'aurais son numéro puis des fois j'irais chez lui t'sais. » (Guy)

« Intervieweuse : admettons qu'elle se trouve un nouvel emploi ou toi tu ne viens plus ici... »

Pops : ah! non il n'y en aura pas d'fin, il n'y en aura pas.

Intervieweuse : qu'est-ce qui te fait dire ça?

Pops : bien c'est parce que je l'aime beaucoup puis elle va toujours être là pour moi...

Intervieweuse : même si elle ne travaille plus ici vous allez trouver le moyen de vous voir pareil?

Pops : même si elle travaille plus ici j'vais essayer de trouver le moyen de la voir. »

On sent que ces personnes ont de la difficulté à imaginer que la relation puisse avoir une fin. Par contre, on peut se demander si la volonté d'être ami avec l'intervenante est causé par le désir d'une évolution de la relation vers une relation d'amitié ou si ce n'est pas plutôt car elles sentent qu'elles ont encore besoin du soutien de celui-ci.

Pour le participant Pops, souhaiter conserver le contact avec son intervenante peut être expliqué par la faiblesse de l'étendue de son réseau social. En effet, tel qu'on l'a vu dans la section 5.4.6 traitant du soutien social, ce participant détient le plus petit des réseaux avec seulement quatre personnes, dont son intervenante. On peut donc aisément comprendre que cette relation soit importante pour lui, puisqu'il possède très peu de sources de soutien pouvant compenser la perte d'un des membres du réseau.

En somme, une RT peut se terminer de diverses manières. Il s'agit d'une relation complexe et la façon dont elle se termine peut avoir des conséquences non négligeables sur la personne. Nous avons fait ressortir trois modèles liés aux finalités, qui sont résumés dans le Tableau 18.

Tableau 18

Modèles de terminaison de la RT

Le deuil de la relation	<ul style="list-style-type: none"> – Deuil lié à la perte de l'intervenant – Deuil lié à la perte des bénéfiques/effets de la relation et des services – Finalité découlant de décisions administratives
L'avancement vers quelque chose de nouveau	<ul style="list-style-type: none"> – Avancement vers une nouvelle étape pouvant être un indicateur de rétablissement – Finalité découlant de la décision de la personne – Finalité progressive qui doit se faire lorsque la personne n'a plus besoin du soutien de l'intervenant – Avoir la possibilité de revoir l'intervenant
L'absence d'anticipation de la terminaison	<ul style="list-style-type: none"> – Relation dans l'ici et maintenant, ne peut pas prédire comment la relation va se terminer – Relation d'amitié perçue ou future qui n'aura pas de fin – Besoin actuel du soutien de l'intervenant – Réseau de soutien social peu étendu

La RT entre les intervenants et les personnes atteintes de TMG est un phénomène complexe. Son développement, ses caractéristiques, ses effets et sa conclusion sont multifactoriels et différents pour chaque individu, tout comme l'est le processus de rétablissement. À la lumière des résultats de cette étude, on peut conclure que l'intervenant agit comme un accompagnateur dans le processus de rétablissement de la personne. Lorsque la RT est positive, elle facilite l'expérience de soins et la rend plus bénéfique. Le type de relation développé avec l'intervenant teinte la façon qu'a la personne de percevoir les services de SM. Entretenir une RT humaine et authentique fait en sorte que les services de SM, souvent perçus comme stigmatisants et contraignants, sont vécus de façon plus positive, ce qui peut en affecter l'efficacité. Dans le chapitre qui suit, nous discuterons plus en détail des résultats saillants de l'étude en lien avec les données de la littérature.

CHAPITRE 6

LA DISCUSSION

ClicCours.com

Ce chapitre est consacré à l'interprétation des résultats selon les objectifs de la recherche en lien avec les données de la littérature. À titre de rappel, trois objectifs étaient visés dans cette étude : le premier objectif était de décrire les caractéristiques de la RT entre la personne et son intervenant social selon les quatre dimensions nommées dans notre cadre conceptuel. Le second objectif, quant à lui, consistait à situer cette RT dans le contexte du réseau de soutien social de la personne. Cet objectif a été atteint partiellement; avec les données amassées, il a été difficile de situer de façon précise la place de la RT dans le réseau social de la personne. Par contre, il a été possible de l'analyser comme un facteur influençant le rétablissement, soit le soutien social. Ainsi, cette cible a été intégrée au troisième objectif de la recherche, qui lui, consistait à décrire les bénéfices engendrés par la RT en fonction des facteurs de rétablissement.

Ce chapitre est donc divisé en quatre parties. La première partie reprend le modèle exploratoire décrit dans le cadre conceptuel à la lumière des résultats et des données de la littérature, en mettant l'emphase sur la dimension individuelle et la dimension humaine. La seconde partie est dédiée à certains concepts et résultats novateurs de la recherche. Finalement, la troisième partie expose les forces, les limites et les biais liés à l'étude, tandis que la quatrième partie présente des recommandations pour la pratique et des pistes de recherche future.

6.1 Un modèle exploratoire de la RT

Comme il a été constaté dans notre chapitre dédié au cadre conceptuel, la RT est composée de plusieurs dimensions : humaine, de collaboration, thérapeutique et contextuelle. À la lumière des résultats issus de cette étude et des données de la littérature, une nouvelle dimension a été ajoutée au modèle exploratoire; la dimension individuelle. Elle est insérée au centre du modèle, car la personne est au cœur du processus de relation d'aide selon les principes du rétablissement. Cette dimension comprend les caractéristiques des personnes et les facteurs relevant de l'utilisation des services de SM et du diagnostic. La

Figure 5 reprend donc notre modèle en y incluant cette dimension. On peut aussi noter que la dimension thérapeutique a été modifiée afin de concorder avec les résultats de l'étude et les données de la littérature. Ainsi, la sous-dimension « Confrontation » a été soustraite car il s'agit en fait d'une technique d'intervention et la sous-dimension « Ne pas s'en tenir aux procédures et à la routine » n'est pas ressortie comme étant marquante pour nos participants; elle n'apparaît donc pas dans cette version finale. De plus, nous y avons ajouté une nouvelle dimension : les compétences et connaissances. Ces modifications ont été faites dans le but d'adapter le modèle exploratoire aux résultats de l'étude.

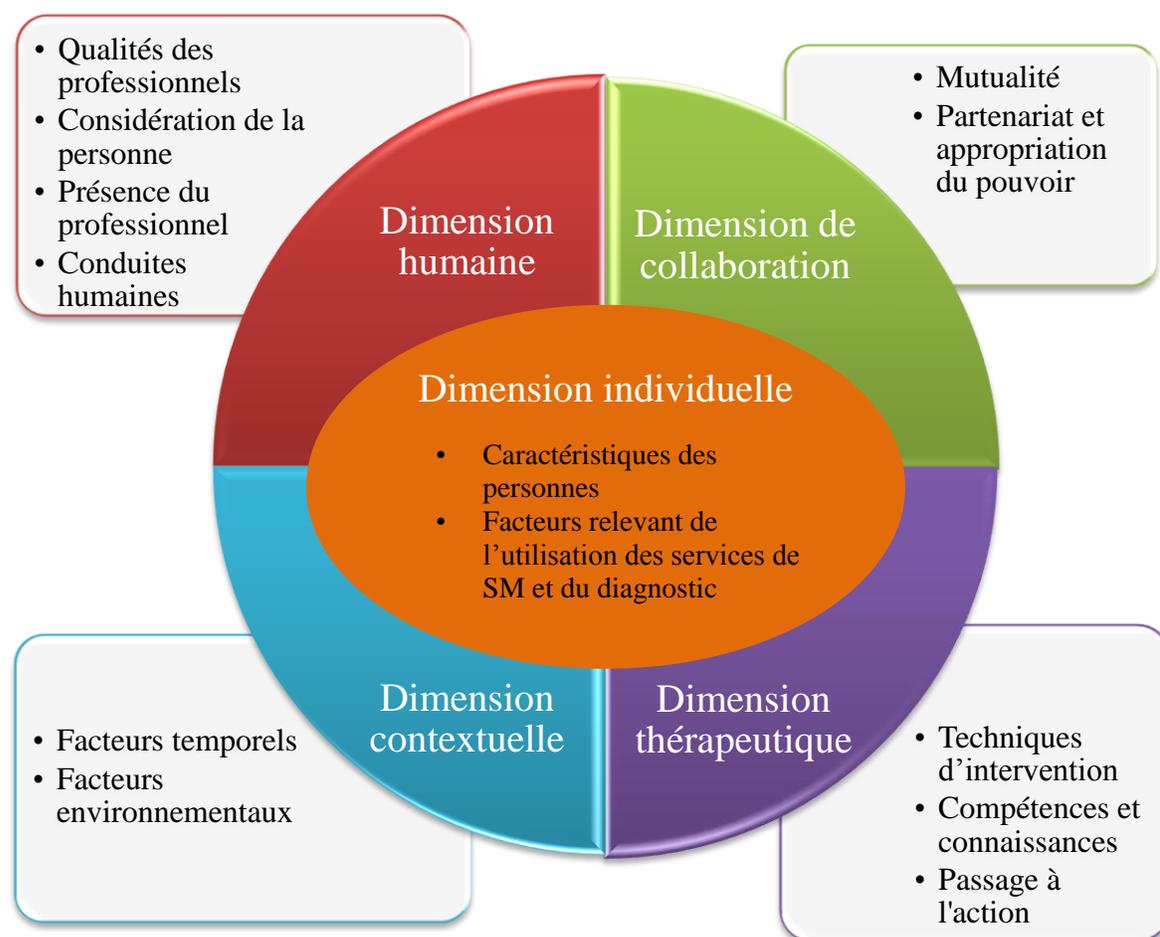


Figure 5. Modèle exploratoire de la RT selon la littérature et les résultats de l'étude

Ce modèle, comme son nom l'indique, est exploratoire. D'autres études seront nécessaires afin de démystifier toute la complexité de la RT. D'ailleurs, peu d'auteurs ont tenté de la conceptualiser dans le domaine de la SM. En 2006, Kirsh et Tate ont conduit une étude qualitative alliant des entretiens en profondeur et une revue systématique afin d'opérationnaliser la RT dans les services de SM communautaires. Tout comme le modèle exploratoire développé dans la présente étude, la conceptualisation de la RT par Kirsh et Tate (2006) inclut à la fois des données expérientielles et ressortant de la littérature. Trois thèmes en sont ressortis : a) construire et négocier la confiance, b) « Je suis de ton côté » et c) les outils et stratégies. Le premier thème, construire et négocier la confiance, inclut de poser les bases de la relation, les facteurs prédisant la force de la RT (tels que le degré d'utilisation des services et les caractéristiques des personnes) et les choix comme un ingrédient essentiel de la construction de la relation. Concernant notre modèle, ces trois sous-thèmes font partie de trois dimensions différentes. Les bases de la relation font partie de la dimension humaine, les facteurs prédictifs font davantage référence à la dimension individuelle et on retrouve dans la dimension de collaboration la notion de choix personnel et d'appropriation du pouvoir. Le deuxième thème s'intitulant « Je suis de ton côté » comprend la disponibilité de l'intervenant; connaître la personne et ses besoins; le partage, l'acceptation et la réciprocité; ainsi qu'aller de l'avant en promouvant le développement personnel. Ce thème correspond à certaines sous-dimensions humaines (considération de la personne, présence du professionnel) et à la dimension de collaboration. Pour ce qui est du troisième thème de ce modèle, les outils et les stratégies, on y retrouve l'approche de résolution de problèmes, pouvoir consulter un intervenant pivot et l'environnement comme facilitateur de la relation. Ce qui est abordé dans les dimensions thérapeutiques et contextuelles de notre modèle.

Dans les sections qui suivent, nous mettrons l'emphase sur deux dimensions particulières : la dimension individuelle puisqu'elle ne faisait pas partie du modèle vu dans notre cadre conceptuel, et la dimension humaine car elle revêt une importance notable pour les participants de cette étude. Nous reprendrons succinctement les autres dimensions, non

pas parce qu'elles sont moins importantes, mais afin d'éviter la redondance avec le chapitre de présentation des résultats.

Pour ce qui est de la dimension de collaboration, les participants nous ont exprimé qu'ils accordent de l'importance au fait de partager des points communs et des forces avec les intervenants, d'avoir une relation égalitaire et de travailler en équipe. Cela leur permet de prendre leurs propres décisions et de prendre conscience de leurs capacités. La dimension de collaboration agit un peu comme la « colle » de la relation; c'est-à-dire qu'elle fait en sorte que les deux parties - la personne et l'intervenant - développent une relation égalitaire où les forces de tous sont mises à contribution. La mutualité dans la relation ressort comme un aspect essentiel de cette dimension. Cet aspect sera d'ailleurs discuté plus en détail à la section 6.2.3.

La dimension thérapeutique fait en sorte que la RT produit des résultats et est orientée vers l'action. Ce qui est aussi très important pour les participants de cette étude et selon d'autres écrits sur le sujet (Perreault et al., 1999; Rodriguez et al., 2006). Cette dimension contribue à différencier la RT des autres relations que la personne entretient avec les membres de son entourage. Aussi amicales que les relations avec les intervenants peuvent être, celle-ci visent ultimement à atteindre des buts et à améliorer le fonctionnement social des personnes atteintes de TMG. Ce qui n'est pas le cas pour les relations avec les amis et les proches.

Finalement, la dimension contextuelle inclut les facteurs temporels et environnementaux qui déterminent le cadre dans lequel la relation se forme. Ces éléments vont aussi influencer sur les autres sous-dimensions. Par exemple, la disponibilité de l'intervenant dépend du temps qu'il peut consacrer à une personne en particulier en tenant compte des besoins et priorités des autres personnes à qui il doit fournir des services. Ces facteurs sont, le plus souvent, hors du contrôle de la personne et de l'intervenant. Ils découlent de décisions administratives et des politiques en matière de santé et de services

sociaux. Ainsi, selon que ces normes correspondent ou non aux besoins des personnes, elles peuvent faciliter ou faire obstacle au développement de la RT.

6.1.1 La dimension individuelle de la RT

Selon nos résultats, cette dimension comprend essentiellement les caractéristiques des personnes atteintes de TMG et les facteurs liés à l'utilisation des services de SM. D'abord, pour ce qui est des caractéristiques des personnes, nous avons constaté que certains traits de personnalité, tels que la méfiance, ainsi que les attentes envers l'intervenant, peuvent influencer sur la RT. Les études portant sur les facteurs individuels influant sur la RT traitent généralement des caractéristiques sociodémographiques telles que l'âge et le genre ainsi que des éléments se rapportant au diagnostic et à la symptomatologie avec un devis quantitatif. Ainsi, on constate que les personnes plus âgées (Bjørngaard, Ruud, & Friis, 2007; Draine & Solomon, 1996), les femmes (Bjørngaard et al., 2007) et les personnes présentant des symptômes moins sévères (Frank & Gunderson, 1990) rapportent une RT plus positive. Ces variables n'ont pas pu être mesurées dans notre étude en raison de l'absence d'analyse corrélationnelle et d'évaluation de la force de la RT.

En ce qui concerne la symptomatologie, on rapporte aussi que les traits de personnalité, en particulier l'hostilité (Johansson & Jansson, 2010; Klinkenberg, Calsyn, & Morse, 1998) et les variables vindicatif/égoцентриque (Johansson & Jansson, 2010) sont corrélés négativement à la RT. Cependant, rien n'indique que la méfiance, tel qu'on le retrouve dans les résultats de cette étude, y soit reliée. Plutôt, on peut émettre l'hypothèse que l'absence de confiance en l'intervenant pourrait être un indicateur plus juste si on tient compte du fait que la confiance est un concept souvent associé au développement de la RT.

Les attentes face à l'intervenant peuvent aussi influencer sur le développement de la RT. Effectivement, pour expliquer que les personnes plus âgées sont plus satisfaites de leur RT, Bjørngaard et al. (2007) émettent l'hypothèse que celles-ci pourraient avoir des attentes

moins élevées en raison de leurs expériences antérieures avec les services de SM, lorsque les standards de soins étaient moins élevés. On peut aussi lier le concept d'attentes à celui de l'espoir qui, comme nous l'avons déjà cité, peut être vu comme le concept central du rétablissement (Deegan, 1996; Ridgway, 2001). Dans nos résultats, on voit plutôt que les personnes ayant eu de nombreuses expériences d'utilisation des services de SM n'ont pas nécessairement moins d'attentes face aux services. Plutôt, elles se sentent plus aptes à juger la qualité des services qu'elles reçoivent, car elles ont des bases de comparaison.

En ce qui a trait à l'utilisation des services de SM, Klinkenberg et al. (1998) exposent que davantage de contacts avec les services influe positivement sur la RT. Ils expliquent ces résultats en disant que la fréquence des contacts est associée aux résultats des interventions (plus il y a de contact, meilleurs sont les résultats). Dans notre étude, il a été constaté que les personnes ayant une grande expérience des services de SM ont développé une capacité à évaluer les compétences des intervenants et à déceler rapidement si celui-ci leur convient ou non.

6.1.2 L'importance de la dimension humaine

Les dimensions faisant partie du modèle exploratoire de la RT sont en interaction et s'influencent mutuellement. Elles ont donc toutes des rôles à jouer dans l'élaboration et le maintien d'une RT positive et ces rôles sont différents pour chaque individu. Par contre, il semble que la dimension humaine revêt une importance particulière. En fait, il semble que cette dimension soit le principal préalable à la RT; sans elle, la relation peut être compromise. De plus, on remarque qu'elle permet de faciliter des éléments faisant partie des autres dimensions. À titre d'exemple, l'utilisation d'outils d'intervention sera facilitée par l'impression que l'intervenant est à l'écoute de ses besoins. De la même manière, développer une relation de collaboration nécessite que la personne soit confiante que l'intervenant la considère comme une personne à part entière.

Dans notre étude, les aspects les plus appréciés des participants font majoritairement référence à des qualités humaines et des compétences relevant du savoir-être telles que l'écoute, l'empathie, l'humour, la sincérité, etc. (voir le Tableau 10 : Caractéristiques les plus et les moins appréciées des intervenants). Mais encore, leur définition de la compétence est souvent liée à ces caractéristiques; si l'intervenant détient les qualités humaines que la personne considère comme importante, il s'agit bien souvent d'un intervenant compétent. L'importance des caractéristiques humaines est d'ailleurs soulignée dans d'autres études portant sur la RT et l'évaluation de la qualité des services de SM. Selon les utilisateurs de ces services, les aspects interpersonnels font partie des éléments considérés comme étant les plus aidants (Borg & Kristiansen, 2004; Johansson & Eklund, 2003; Rodriguez et al., 2006; Shattell et al., 2007).

Cette dimension est essentielle pour tous les aspects de la relation et du rétablissement, mais on peut remarquer qu'elle l'est tout particulièrement pour les facteurs liés à l'espoir et l'optimisme et au développement d'un nouveau sens de soi. Ces deux facteurs sont d'ailleurs considérés comme les deux grands concepts centraux du rétablissement (Davidson & Strauss, 1992; Resnick et al., 2005; Ridgway, 2001). Comme le souligne Resnick et al. (2005), l'espoir peut être encouragé par la présence d'intervenants positifs. Dans cette étude, nous avons constaté que non seulement c'est le cas pour ce qui est de l'espoir, mais aussi pour l'émergence d'un sens de soi positif et de la prise de conscience de ses forces et capacités. Il semble que les caractéristiques humaines des intervenants (empathie, écoute, chaleur humaine, etc.), leurs encouragements et leur optimisme aident la personne à développer ses propres forces favorisant ainsi son rétablissement.

6.2 Les résultats innovants

Certains résultats de cette étude ressortent comme étant plus pertinents de par leur originalité. Nous parlerons ici de l'intuition, des trois modèles de terminaison de la relation et de la place de la mutualité dans la relation.

6.2.1 *L'avoir ou non* : le processus cognitif derrière l'intuition

Un des éléments sur lequel nous croyons devoir nous attarder est l'importance de l'intuition dans les rapports entre la personne et l'intervenant. Tel que vu dans les résultats, l'intuition fait partie des qualités des professionnels les plus importantes et joue aussi un rôle dans la considération de la personne. Il n'y a pas de consensus concernant la définition de l'intuition, mais elle est généralement décrite comme une interaction complexe entre des attributs relationnels et expérientiels, la connaissance et la prise de conscience (Codier, Muneno, Franey, & Matsuura, 2010). Il s'agit d'un type de traitement de l'information qui implique des processus implicites, perceptuels et cognitifs pouvant être rapidement et automatiquement exécutés sans volonté mentale consciente (Buetow & Mintoft, 2011). Selon une étude de Witteman, Spaanjaars et Aarts (2012), les psychothérapeutes interrogés sur la définition de l'intuition la décrivent majoritairement en termes de « sensation » (*feeling*). Les participants de notre étude réfèrent, pour leur part, au fait de « l'avoir ou non », d'être capable d'interpréter correctement leurs besoins et de les comprendre de façon profonde.

Même si l'intuition est souvent utilisée dans les processus de prise de décision clinique, sa valeur est contestée en se basant sur la croyance qu'elle peut produire des jugements biaisés et inadéquats (Buetow & Mintoft, 2011). Effectivement, le système de santé actuel valorise les approches cliniques basées sur les données probantes et dans ce contexte, l'utilisation de l'intuition peut être vue comme inappropriée (Witteman et al., 2012). Par contre, selon Witteman et al. (2012), l'intuition peut être comprise comme une

réponse automatique basée sur la connaissance acquise par l'apprentissage et la pratique clinique. Ils expliquent qu'au fil du temps, l'intervenant rencontre différents clients ayant des vécus différents, mais partageant certains points. Les caractéristiques communes de ces personnes sont inconsciemment organisées par l'intervenant par un processus cognitif, résultant en un modèle regroupant les personnes partageant des similarités. Lorsqu'il interagit avec une personne, l'intervenant se réfère automatiquement à ce modèle afin d'adapter sa conduite. Plus l'intervenant rencontre de clients, plus ce modèle se développe et se raffine. Ainsi, l'utilisation de l'intuition augmente avec l'expérience et celle du raisonnement explicite diminue. Selon ces auteurs, tous les professionnels de la SM combinent les approches empiriques et l'intuition. Il est donc essentiel d'étudier ses fonctions, ses avantages et ses limites. Comme elle se base sur la connaissance et l'expérience, l'intuition est une source d'information crédible. De plus, Welsh et Lyons (2001) affirment que dans les pratiques en SM, il est nécessaire d'adhérer à une approche holistique tenant compte de la connaissance tacite et de l'intuition afin de répondre adéquatement aux besoins des personnes ayant des troubles mentaux complexes. Selon eux, plusieurs situations thérapeutiques nécessitent l'habileté de communiquer et de développer des relations et une réponse immédiate qui ne concordent pas forcément avec le cadre thérapeutique. Dans une analyse de contenu de 75 récits d'infirmières œuvrant dans plusieurs domaines (dont la SM), on apprend que l'intuition est corrélée avec l'empathie, les relations interpersonnelles et la conscience des émotions. Elle est aussi significativement liée au niveau de performance dans la réalisation de leurs tâches au travail (Codier et al., 2010).

L'intuition implique donc un aspect relevant de la connaissance et de la pratique. Dans notre étude, les participants la décrivent plutôt comme une habileté qui s'inscrit dans la dimension humaine, mais selon les données de la littérature, elle comporte aussi un aspect plus thérapeutique. Effectivement, il ne serait pas possible d'utiliser l'intuition dans un contexte clinique sans l'acquisition de connaissances formelles préalables. Ainsi, les intervenants peuvent l'utiliser comme référence pour la prise de décisions cliniques et les

personnes concernées l'interprètent comme une qualité humaine, un élément faisant partie de leur personnalité.

Il est aussi important de considérer l'intuition des personnes atteintes d'un TMG. Certains intervenants peuvent être réticents à considérer l'intuition des clients, surtout dans un contexte de TMG, où l'intuition peut facilement être confondue avec l'expression de la symptomatologie. Mais passer outre peut compromettre la dignité de la personne et dévaluer des informations thérapeutiques potentielles (Buetow & Mintoft, 2011). Effectivement, certains participants ont mentionné avoir l'intuition nécessaire pour juger si un intervenant leur convient ou non, et ce, de façon très rapide et en se fiant à leurs expériences antérieures.

6.2.2 Souffrir, grandir ou s'abstenir : les trois modèles de terminaison de la RT

On retrouve peu d'information dans la littérature sur la façon dont les personnes ayant un TMG vivent la fin d'une RT. Les écrits se concentrent plutôt sur les facteurs précipitant la fin de la relation. Dans cette étude, nous avons fait ressortir trois modèles de terminaison de la RT : le deuil de la relation, l'avancement vers quelque chose de nouveau et l'absence d'anticipation de la terminaison. En résumé, comme son nom l'indique, le premier modèle fait référence aux personnes ayant vécues une forme de deuil suite à la fin de leur RT. Ces personnes ont ressenti des émotions négatives face à la perte de l'intervenant et des services reçus. D'autres, plus nombreux, ont plutôt vécu ou envisagent la terminaison comme une nouvelle étape dans leur cheminement. Pour ces personnes, ne plus ressentir le besoin d'être accompagnées par l'intervenant, choisir quand mettre fin à la relation, terminer la relation de façon progressive et savoir qu'elles peuvent revoir l'intervenant si nécessaire fait en sorte que la terminaison se produit de façon harmonieuse. Puis, il y a des personnes qui n'anticipent pas la fin de la relation, et ce, parce qu'elles préfèrent vivre l'ici et maintenant ou qu'elles considèrent l'intervenant comme un ami avec qui elles garderont toujours un lien.

Il est difficile de dire si les personnes vivant la fin de leur RT de façon positive ont un meilleur niveau de rétablissement que celles la vivant comme un deuil. Par contre, il semble clair que les personnes ayant vécues ou envisageant la fin comme un avancement ne ressentent pas le besoin de continuer la relation, du moins, avec cet intervenant. Elles croient avoir bénéficié de tout ce que la relation pouvait leur apporter et se sentent prêtes à passer à l'étape suivante, avec un autre intervenant s'il le faut. Mais plus important encore, c'est la personne elle-même qui décide quand mettre fin à la relation. Contrairement à celles ayant vécues la relation comme un deuil, où la décision était le fruit de circonstances administratives. Pour ces personnes, le besoin de soutien était encore présent et la fin amène des sentiments de tristesse et d'abandon. D'ailleurs, Anthony et Pagano (1998), indiquent que la terminaison de la relation peut raviver les sentiments négatifs liés aux pertes passées, et ce, particulièrement lorsqu'elle est forcée par l'arrêt des services au lieu que par le choix du thérapeute ou un accord mutuel.

Cela rejoint donc tout particulièrement deux dimensions de notre modèle exploratoire de la RT : la dimension de collaboration et la dimension contextuelle. Même lors de la phase de terminaison, on peut voir l'importance de la prise de décision et de l'appropriation du pouvoir. Les personnes soutirent des bénéfices, même lorsque la RT est terminée, à prendre la décision de mettre fin à cette relation selon leurs besoins. Ce processus décisionnel peut s'effectuer dans les contextes organisationnels où la relation peut perdurer aussi longtemps que nécessaire (par exemple : les équipes SIME où le soutien est offert sur une base illimitée). Toutefois le contexte actuel de dispensation des services favorise davantage les approches à court terme, signifiant que les personnes ont souvent peu de pouvoir sur la terminaison de la relation (celle-ci étant déterminée par les organisations). De plus, un autre facteur, celui du roulement de personnel, vient affecter le contrôle que les intervenants et les personnes utilisatrices peuvent avoir sur la relation.

Dans une recension des écrits, Quintana (1993) reprend le modèle de terminaison de la relation entre clients et thérapeutes. Malgré la vingtaine d'année séparant cet article de

notre étude, on peut comparer l'analyse de Quintana à nos résultats. On y critique le principal modèle de terminaison : la terminaison-comme-perte (*termination-as-loss*). Selon ce modèle, on s'attend à ce que la personne vive nécessairement une perte suite à la fin de la thérapie. Il contient deux composantes : la terminaison-comme-crise (*termination-as-crisis*) et la terminaison-comme-développement (*termination-as-development*). Dans la composante de crise, on note que cette crise fait partie du processus de terminaison, sans égard pour les caractéristiques des personnes ou les facteurs liés à la thérapie. Face à la fin de la thérapie, les personnes et les thérapeutes expérimentent des sentiments négatifs d'anxiété. Pourtant, à la lumière des écrits scientifiques, la plupart des personnes réagissent positivement face à la terminaison et sont satisfaites de son déroulement. Ce qui mène à la deuxième composante, la terminaison-comme-développement. Selon Quintana (1993), cette composante est souvent sous-estimée. Elle fait référence aux concepts freudiens de perte de l'objet (l'objet étant le thérapeute) et d'internalisation. Brièvement, lorsque la relation se termine, la perte favorise le développement par le processus d'internalisation. Pour compenser pour la perte externe, la personne va développer ses propres ressources en internalisant des caractéristiques du thérapeute. Par contre, cette composante fait aussi référence à une perte qui n'est pas nécessairement vécue par les personnes dans le processus thérapeutique. Quintana (1993) propose donc un second modèle : la terminaison-comme-transformation (*termination-as-transformation*). Au lieu de mettre l'emphase sur la perte, cette approche intègre une vision plus large dans laquelle la terminaison est une transition pouvant favoriser la transformation. Le thérapeute doit être attentif aux étapes traversées par la personne et les reconnaître tout au long de la thérapie par un processus de mise à jour continue de ses progrès. Ainsi, la personne peut internaliser cette vision d'elle-même, menant à un processus de transformation. La terminaison est une occasion de donner le crédit à la personne pour les progrès réalisés, ce qui peut actualiser sa vision d'elle-même. Dans notre étude, on peut effectivement constater que la majorité des personnes ne vont pas expérimenter de perte ou de crise, mais que la fin de leur RT peut les mener à une autre étape de leur rétablissement.

Pour ce qui est des personnes qui n'anticipent pas la fin de la RT, on peut penser que selon les circonstances dans lesquelles se fera la terminaison de la relation, elles pourront la vivre comme une perte ou un avancement. L'absence d'anticipation se fait principalement car la personne sent qu'il existe un lien d'amitié entre elle et l'intervenant. Ce lien d'amitié sera examiné plus en profondeur dans la section suivante.

6.2.3 *C'est mon ami, mais...* ou la place de la mutualité dans la relation

En raison de la nature qualitative de l'étude et d'un manque de données concernant les membres du réseau social des participants, il a été impossible de faire des analyses démontrant clairement la place de la RT dans le réseau des personnes. Par contre, grâce à la carte du réseau social personnel (présentée à la section 5.4.6.1 de ce mémoire), nous disposons d'un portrait global du système de soutien social des participants. Il nous indique que les membres de la famille et les amis considérés comme des confidents sont plus intimes que les intervenants significatifs, mais que ces derniers sont tout de même vus comme intimes ou proches. Ce qui coïncide avec les résultats de Bengtsson-Tops et Hansson (2001) qui affirment que, chez les personnes atteintes de schizophrénie, la famille et les amis sont la principale source de soutien social. Selon les participants de cette étude, les intervenants apportent du soutien au niveau émotionnel et pour accéder à des informations et recevoir des conseils. L'intervenant est aussi souvent la personne que le participant a consultée la dernière fois qu'il a eu besoin d'aide.

Selon Topor et al. (2006), les intervenants apportent du soutien dans le processus de rétablissement de trois façons : a) par leur rôle de professionnel en communiquant de l'information à la personne et en servant d'intermédiaire pour des interventions variées, b) en allant au-delà de leur rôle de professionnel par l'attention et le temps donnés à la personne et c) en faisant les choses différemment de ce que l'on attend traditionnellement d'un professionnel. Ces résultats rejoignent les éléments de notre étude correspondant à la présence et aux conduites humaines. Effectivement, les personnes de notre échantillon

accordent beaucoup de valeur à ces conduites qui sont vues comme étant à la limite de ce qui est traditionnellement éthiquement acceptable. Ce type de comportement de la part de l'intervenant fait en sorte que la relation sort du cadre thérapeutique et devient plus naturelle, se rapprochant d'une relation d'amitié.

Le thème de l'amitié ressort chez plusieurs des participants de l'étude; certaines personnes n'anticipent pas la fin de la relation car l'intervenant est vu comme un ami, d'autres - comme nous venons de l'indiquer - apprécient les conduites humaines car elles s'approchent des comportements amicaux, et pour d'autres, l'intervenant peut venir en renfort lorsque la famille et les amis sont dépassés par la situation ou encore pallier à un réseau social peu étendu. D'ailleurs, ce dernier point se retrouve aussi dans les études de Bergeron-Leclerc (2010) et de Cormier (2009) qui décrivent l'expérience de participants ayant peu de contacts sociaux (que ce soit avec leurs familles ou avec des amis) et qui perçoivent les intervenants comme des amis. Du reste, dans cette étude, le nombre moyen d'intervenants dans le réseau social des participants est presque aussi élevé que le nombre moyen d'amis.

Essentiellement, les participants de cette étude perçoivent les intervenants comme des professionnels œuvrant dans un organisme, mais aussi en grande partie comme des amis, ou du moins, comme des personnes ayant des comportements et des attitudes faisant penser à des amis. Cet aspect fait référence à la mutualité qui se dégage de la relation et à laquelle les personnes accordent une grande valeur. Peu d'étude ont été faites au sujet de la relation d'amitié ou de la mutualité dans les relations entre les intervenants et les personnes utilisant les services. Cela peut possiblement être expliqué par le tabou entourant ce phénomène qui est alimenté par la nature subversive de telle relation. Effectivement, développer une relation s'approchant de l'amitié avec les personnes peut être interprété comme un manque d'éthique et les intervenants peuvent hésiter à en parler (Alexander & Charles, 2009). Pourtant, le travail social prend racine dans des pratiques où agir en ami envers les personnes jouait un rôle proéminent (Dybicz, 2012). De notre temps, l'expertise

et la standardisation des pratiques sont valorisées et agir en ami est plutôt vu comme étant contraire à l'éthique professionnelle. Néanmoins, certains auteurs considèrent qu'il peut y avoir de nombreux bénéfices à la mutualité dans la relation. Même que selon Alexander et Charles (2009), il ne saurait y avoir de relation sans cet aspect. Ils affirment que toutes les relations sont à double sens (birectionnelles) et que dans les interactions, chaque individu répond aux actions de l'autre. De cette façon, une compréhension conjointe des événements est créée. La réciprocité et la mutualité sont donc au cœur des interactions et les relations entre les intervenants et les personnes utilisatrices ne font pas exception à la règle.

La mutualité est une composante importante de la RT et elle peut avoir des conséquences positives telles qu'augmenter le sentiment de connexion, favoriser la confiance de la personne et normaliser la relation (Reamer, 2003). Dans notre étude, nous avons constaté que ce type de relation peut favoriser une relation égalitaire, rendre la relation naturelle et confortable, faciliter la communication et permettre à la personne d'avoir l'occasion de partager ses forces avec l'intervenant. Effectivement, un participant se rappelle d'une situation où il a eu l'occasion d'apprendre quelque chose à un intervenant. Selon ce participant, cette expérience a été positive pour lui-même, mais aussi pour l'intervenant en question. À ce sujet, on peut citer l'étude d'Alexander et Charles (2009) qui visait à documenter l'expérience des travailleurs sociaux face à la réception de soins et d'attention de la part de leurs clients. Les participants de cette étude qualitative étaient invités à parler de situations dans lesquelles ils ont eu conscience qu'un de leur client se préoccupait d'eux. Ces situations ont une grande importance aux yeux des intervenants interviewés, et la mutualité et la réciprocité prend une place prééminente dans leur pratique. Par contre, ils sont aussi préoccupés par le fait que ces comportements vont quelque peu à l'encontre de ce qu'ils ont appris lors de leur formation et des normes du cadre professionnel.

Ainsi, il existe une dualité entre les normes professionnelles, et ce qui est perçu comme aidant par les utilisateurs de services et les pratiques des intervenants. Alexander et

Charles (2009) recommandent donc que les standards professionnels soient révisés afin d'y inclure la reconnaissance de la mutualité qui existe dans toutes les relations.

6.3 Les forces, limites et biais de l'étude

Comme toutes les études, celle-ci comporte des forces, des limites et certains biais potentiels. Les résultats présentés au chapitre précédent doivent donc être interprétés en tenant compte de ces éléments. Cette section tentera d'en faire l'inventaire.

6.3.1 Les forces de l'étude

Une des principales forces de l'étude concerne les efforts mis en place afin de respecter les valeurs du rétablissement. De ce fait, le choix d'effectuer une entrevue semi-dirigée avec les participants pour comprendre leur expertise et leur vision, d'impliquer une personne utilisatrice des services en SM dans certaines étapes du projet et de privilégier une relation d'égal à égal lors de l'entrevue (notamment en demandant à la personne de se trouver un surnom au lieu de l'identifier par un numéro et d'adapter le niveau de langage), sont des atouts majeurs. Et ce, particulièrement pour une étude se voulant orientée vers le rétablissement et dont les retombées visent à améliorer l'établissement des RT dans cette perspective.

Bien que cet objectif n'ait été que partiellement atteint, vouloir situer la RT dans le contexte du réseau social de la personne donne une vision plus holistique du phénomène. Effectivement, ce choix a permis de mieux comprendre la dynamique relationnelle entre la personne et son intervenant dans son contexte. De plus, grâce à l'entrevue semi-dirigée, il a été possible d'explorer ces relations en profondeur afin de bonifier notre compréhension.

Une autre force notable de cette étude est le développement du modèle exploratoire de la RT en contexte de TMG. Grâce à une analyse en profondeur des résultats obtenus et

d'une recension de littérature, il a été possible de dégager un modèle clair, complet et original. En raison de son aspect visuel, ce modèle permet d'obtenir un portrait rapide des dimensions de la RT, tout en étant suffisamment détaillé pour en apprécier la complexité.

6.3.2 Les limites et biais de l'étude

Une des limites de cette étude se situe sur le plan de l'échantillon. Bien qu'on ne puisse définir avec exactitude les erreurs d'échantillonnage dans un échantillon de type non probabiliste (Beaud, 1997), il est tout de même possible de soulever quelques points qui semblent constituer des biais. Tout d'abord, le choix de recruter les participants à l'intérieur d'organismes communautaires peut avoir une certaine influence concernant les caractéristiques des participants. En effet, comme tous fréquentent un organisme d'intégration sociale ou professionnelle, les personnes recrutées ont un certain degré de participation sociale qui n'est pas nécessairement reflété dans la population des personnes atteintes d'un TMG. On peut aussi présumer que ces personnes ont une certaine ouverture face aux services de SM qui induit une perception positive des intervenants qui y travaillent, ce qui pourrait influencer l'établissement d'une bonne RT. Aussi, pour ce qui est de Mil-Métiers, les intervenantes ont elles-mêmes ciblé les participants, et bien qu'elles aient suivies les critères de recrutement, cette sélection s'est déroulée en notre absence. Il est donc impossible de savoir comment le projet a été présenté aux participants potentiels, ni si les intervenantes ont involontairement inclus des critères autres que ceux établis dans leur sélection.

Par contre, selon Beaud (Beaud, 2003), les impuretés d'un échantillon peuvent s'avérer bénéfiques et apporter une certaine richesse à l'interprétation, à condition, évidemment, que ces limites soient connues et prises en compte lors de l'analyse, ce que nous avons tenté de faire ici. De plus, beaucoup d'informations contextuelles ont été incluses afin que les caractéristiques environnementales et des participants soient suffisamment précises pour permettre une meilleure connaissance des personnes formant

l'échantillon et, de ce fait, obtenir une meilleure transférabilité des résultats obtenus (Savoie-Zajc, 2003).

On peut aussi noter l'absence de mesures de la RT et du rétablissement. Comme nous l'avons constaté dans notre recension des écrits, la plupart des études sur la RT et le rétablissement comportent des questionnaires visant à corréler la RT et les résultats de l'intervention. Nous avons délibérément choisi de ne pas inclure de telles mesures afin de laisser place à l'expérience subjective des personnes et par économie de temps et de ressources. Par contre, dans le cas contraire, il aurait été intéressant de comparer les résultats des entrevues et des mesures, tout comme il l'aurait été de mesurer l'intensité de la RT avec l'intervenant significatif.

Cette étude ne tient pas non plus compte du point de vue des intervenants en question dans l'analyse des apports entre la RT et le rétablissement. Il aurait été pertinent de faire des dyades personnes-intervenants et de comparer les résultats obtenus. Mais cette option aurait impliqué de doubler le nombre d'entrevues (afin de conserver un nombre satisfaisant de participants) et d'augmenter de façon considérable le temps dédié à l'analyse de données. Ainsi, il a été préférable d'obtenir la perception unique des principaux intéressés : les personnes atteintes de TMG.

6.4 Les recommandations

Un tel travail serait vain s'il n'en découlait pas certaines recommandations afin de tenter d'améliorer à la fois la pratique et la recherche. À la lumière de nos résultats nous pouvons tirer des conclusions qui permettront de favoriser l'établissement d'une RT positive entre les personnes atteintes de TMG et les intervenants et, plus particulièrement, les travailleurs sociaux, dans un système de soins orienté vers le rétablissement.

6.4.1 Les recommandations pour la pratique du travail social

Les travailleurs sociaux, par leur profession, sont amenés à intervenir directement auprès des personnes atteintes de TMG dans leur milieu de vie. Selon les résultats de la présente étude, l'établissement d'une RT positive, dans une optique d'appropriation du pouvoir, peut avoir des effets bénéfiques dans plusieurs sphères du fonctionnement social de l'individu. Favoriser l'établissement de cette RT comporte donc de nombreux avantages sur le plan clinique et permet aussi de conserver une relation humaine et harmonieuse avec cette clientèle qui pose parfois des défis complexes (comorbidité, itinérance, abus de substances, etc.).

La première recommandation s'applique donc à la formation des travailleurs sociaux. À la lumière de nos résultats, il pourrait être intéressant d'inclure dans cette formation, de l'information et des techniques relatives à la RT. Ici, le modèle exploratoire de la RT pourrait être un outil à utiliser pour familiariser les étudiants à ses différentes dimensions. Cependant, la dimension humaine faisant, entre autres, référence aux qualités des intervenants, on peut soulever le questionnement : est-ce que les éléments la constituant peuvent être appris? Si l'on prend l'exemple de l'intuition; peut-on apprendre à être intuitif dans les interventions? Witteman et al. (2012) ont réalisé des groupes focalisés auprès de 20 psychothérapeutes afin d'obtenir leurs perceptions sur l'utilisation de l'intuition dans leur pratique. Lorsqu'on leur demande si l'intuition peut être apprise, un seul participant affirme que non, tandis que les autres croient plutôt qu'elle peut se développer, en particulier dans la pratique clinique sous supervision. On peut aussi apprendre à l'utiliser efficacement et à y faire confiance. Les auteurs, pour leur part, concluent que si l'intuition est bénéfique dans les milieux cliniques, l'enseigner devrait être utilisé comme complément aux approches empiriques. Un bon point de départ pourrait être de discuter de ses mérites et de ses limites pendant la formation. Cependant, on ne retrouve pas de programme spécifique permettant d'enseigner l'intuition aux étudiants. En revanche, Klein (2003, dans Witteman et al., 2012) a développé un programme afin d'améliorer la prise de décision intuitive en général. On y

propose notamment d'imaginer des scénarios cliniques se déroulant négativement et de demander aux étudiants de générer les raisons des échecs pour aiguïser leur intuition. Cet exercice suggère que l'intuition est basée, entre autres, sur le fait d'être alerte aux signes de danger (Witteman et al., 2012).

Comme on l'a déjà mentionné, l'intuition se base sur les connaissances et l'expérience. La plupart des étudiants en travail social ont très peu d'expérience clinique, cependant ils sont en plein processus d'apprentissage. On peut donc supposer que l'amélioration des connaissances des étudiants au sujet de la RT lors de la formation pourrait favoriser des processus intuitifs orientés vers l'élaboration et le maintien d'une RT positive. Effectivement, la réponse automatique qu'est l'intuition puise sa source dans les connaissances acquises; si ces connaissances comprennent des notions sur la RT, l'intervenant pourra développer des réflexes intuitifs visant à l'améliorer. De plus, les intervenants déjà employés dans les services de SM pourraient aussi bénéficier de formation sur la RT. Ces formations pourraient s'inscrire dans les programmes de formation continue offerts par les établissements de santé et de services sociaux.

Pour les intervenants travaillant auprès des personnes atteintes de TMG - et l'on pourrait même l'étendre à tous les intervenants - il peut être très bénéfique d'intégrer l'évaluation de la RT dans le plan d'intervention. Effectivement, une RT positive formée dans les six premiers mois du traitement est associée à la continuation de l'intervention passé ce point (Frank & Gunderson, 1990). Les problèmes liés à la RT comptent aussi pour 16 % de la variance dans l'abandon de la thérapie pour les jeunes qui consultent un thérapeute (Garcia & Weisz, 2002). Il est donc primordial que l'intervenant soit conscient de l'état de sa RT avec la personne afin de pouvoir y remédier rapidement en cas de difficulté. De plus, comme la RT comporte un caractère temporel et qu'elle évolue dans le temps, cette évaluation devrait se faire régulièrement. Ici, il pourrait être intéressant d'utiliser le modèle exploratoire de la RT afin d'avoir une vision complète des éléments pouvant faire l'objet d'une évaluation. Les participants de cette étude apprécient les rapports

francs et authentiques avec les intervenants. Une bonne façon d'évaluer la RT serait donc d'aborder directement le sujet avec la personne. Lors de l'élaboration du plan d'intervention, l'intervenant pourrait poser des questions sur ses attentes face à la relation. Par exemple : comment percevez-vous une bonne relation personne-intervenant? Qu'aimez-vous chez un intervenant? Y a-t-il des choses que vous n'apprécieriez pas chez un intervenant? Ainsi, l'intervenant pourrait adapter ses attitudes aux besoins de la personne. Il pourrait mettre l'accent sur l'écoute, la réalisation de certains buts, etc. Aussi, il pourrait avoir une attitude de camaraderie ou plus professionnelle en fonction des préférences de la personne. Cependant, on ne peut forcer la relation; si les attentes de la personne ne conviennent pas au style de l'intervenant, peut-être que l'orienter vers un collègue pourrait s'avérer bénéfique (en prenant garde que la personne ne se sente pas rejetée). L'intervenant doit demeurer authentique; adapter ses interventions ne signifie pas d'aller à l'encontre de sa personnalité. Si la RT ne peut être contrainte, il en est de même pour le rétablissement. Deegan (1988) l'exprime ainsi :

Comme professionnels, nous ne voudrions rien de moins que de reproduire l'esprit du rétablissement et de le transmettre aux participants des programmes. Mais c'est impossible. Nous ne pouvons pas forcer le rétablissement à survenir dans les programmes de réadaptation. Les aspects essentiels du rétablissement sont des questions de grâce et, par conséquent, ne peuvent être incités. Cependant, nous pouvons créer un environnement où le processus de rétablissement peut être alimenté comme une pousse tendre et précieuse. [traduction libre] (p. 15)

Un moyen pour créer un environnement propice au rétablissement et au développement d'une RT positive est d'adopter une approche reconnue comme étant axée sur ces concepts. L'approche centrée sur les forces en est probablement le meilleur exemple. Cette approche est basée sur six principes fondamentaux devant guider les interventions. Parmi ces principes, on retrouve celui-ci :

La relation entre l'intervenant et le client est primordiale et essentielle. [traduction libre] (Rapp & Sullivan, 2014, p. 132)

Les participants de l'étude ont aussi soulevé un autre point important : le roulement de personnel dans les programmes de SM. Certains participants ont vécu des situations où la RT a pris fin prématurément, car leur intervenant a été muté vers un autre service. La RT ayant besoin de temps pour s'établir et la finalité de la relation pouvant être vécue négativement, il serait profitable que le personnel soit stable. D'ailleurs, selon l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (2012), le maintien et le roulement des ressources humaines dans les établissements membres est une préoccupation importante. De plus, dans son Plan stratégique 2012-2015, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2012) fait de la rétention du personnel un de ses objectifs. Il s'agit donc d'une préoccupation partagée autant par les personnes bénéficiant des services que par les fournisseurs de ces services. Des mesures devraient donc être prises afin d'améliorer la stabilité du personnel côtoyant les personnes atteintes de TMG.

Par ailleurs, le même problème apparaît dans les organismes communautaires. Par manque de financement, les organismes se tournent vers les programmes de subventions salariales pour embaucher du personnel. Cependant, ces subventions sont de durée limitée (habituellement six mois). Les personnes fréquentant ces organismes doivent donc régulièrement s'adapter à d'autres intervenants. Un financement tenant compte des besoins en ressources humaines ou des subventions salariales de plus longues durées pourraient minimiser cette problématique.

Selon nos résultats ainsi que ceux des études présentées dans la recension des écrits, la RT peut assurément jouer un rôle important dans le rétablissement des personnes atteintes de TMG. Pourtant, le contexte actuel du système de SM ne favorise pas nécessairement son établissement. Ce système valorisant les données probantes, d'autres études sont donc nécessaires afin de dégager des preuves empiriques de ses bienfaits. Dans la prochaine section, il sera question des pistes de recherche à explorer pour aller plus loin dans l'étude de la RT.

6.4.2 Les recommandations pour des pistes de recherche future

D'abord, il serait intéressant de développer davantage le modèle exploratoire de la RT. Une étude à plus grande échelle, incluant des participants provenant d'autres milieux que du milieu communautaire et des intervenants (dyades) pourrait être réalisée en ce sens. De plus, comme il a été mentionné dans les limites, cette étude pourrait comprendre des mesures de la RT et du rétablissement. Plusieurs temps de mesures pourraient être inclus afin de mieux explorer la sous-dimension temporelle. Ce modèle pourrait aussi faire l'objet d'adaptation à d'autres populations ou être généralisé à toutes les populations afin de développer un modèle intégré de la RT.

Un autre point important à explorer se situe sur le plan des moyens à déployer pour favoriser l'établissement de la RT. Dans ces pages, nous avons approfondi les dimensions de la RT et ses rôles dans le rétablissement des personnes atteintes de TMG. Il serait maintenant pertinent d'examiner comment la RT peut être favorisée dans la pratique du travail social et des autres disciplines liées à la SM. Les résultats de la présente étude pourraient être étendus à la description de moyens concrets pouvant aider les intervenants à développer la RT avec leur clientèle.

Par ailleurs, l'élaboration d'un guide à l'intention des étudiants en travail social ou des professionnels intervenant avec les personnes atteintes de TMG pourrait être une avenue avantageuse. Des études supplémentaires sont nécessaires afin de valider le contenu du modèle exploratoire avant de l'inclure dans un guide. Toutefois, il pourrait contenir les rôles de la RT dans le rétablissement des personnes atteintes de TMG (en incluant les données probantes décrites dans la recension des écrits) ainsi qu'une liste de techniques permettant de favoriser son développement dans la pratique et des exercices à réaliser en équipe. De plus, certaines recommandations sur les attitudes et comportements à proscrire pourraient être ajoutées.

Sans contredit, la RT est un concept réservant encore son lot de découvertes. Par cette étude, nous avons été capables d'en savoir un peu plus sur ses dimensions et ses rôles dans le rétablissement des personnes atteintes de TMG. La dimension humaine de la RT est ressortie comme ayant une importance capitale pour son développement et ses effets positifs pour le rétablissement. L'intuition, la place de l'intervenant dans le réseau et la terminaison de la RT sont aussi des éléments auxquels on doit s'intéresser. En somme, une RT positive entretenue entre les personnes atteintes de TMG et les intervenants des services de SM semble être liée à l'ensemble des facteurs connus influant sur le rétablissement. En favoriser le développement peut donc être bénéfique à de nombreux plans pour ces personnes.

CONCLUSION

*Le rétablissement est la nécessité,
la lutte, la résurrection.*
[traduction libre] (Deegan, 1988, p. 15)

Cette lutte à laquelle Patricia Deegan fait référence, les personnes au prise avec un TGM ne sont pas obligées de la mener seule. Mais encore faut-il que les professionnels les accompagnant pendant ce combat soient des alliés efficaces. La pertinence de la présente étude se situe dans l'intérêt croissant d'intégrer les principes du rétablissement dans les services de SM. En se fiant aux résultats obtenus et à ceux des différentes études ayant fait le lien entre la RT et les résultats des interventions, tout porte à croire que de favoriser une RT positive est bénéfique pour le rétablissement des personnes atteintes de TMG. Les onze participants de cette étude ont exprimé des situations dans lesquelles leur relation avec un intervenant les ont aidées dans leur cheminement. Étant donné que la RT est au cœur de l'interaction entre la personne et l'intervenant, elle peut influencer tous les facteurs impliqués dans le rétablissement. Ses apports varient selon les besoins des personnes. Ainsi, certaines personnes pourront bénéficier d'une relation chaleureuse s'approchant de l'amitié. Pour d'autres, pouvoir axer sur certains buts, comme se trouver un emploi, pourra s'avérer plus important.

Par contre, il est clair pour les participants interrogés que la dimension humaine est celle qui compte le plus afin d'établir une RT positive et d'en tirer des avantages. Mais pour que cette relation soit aidante, il est nécessaire de tenir compte de toutes les dimensions qui la composent. La dimension thérapeutique permet de pouvoir atteindre des buts tangibles. Elle fait la différence entre l'aide professionnelle et toutes les autres sources d'aides informelles que la personne peut recevoir. La dimension de collaboration définit la nature de la relation; un rapport mutuel et égalitaire favorisant l'appropriation du pouvoir. Pour ce qui est de la dimension contextuelle, elle fait référence au cadre dans lequel la relation s'établit. Tandis que la dimension individuelle se rapporte aux facteurs liés aux personnes tels que leurs caractéristiques et leurs expériences d'utilisation des services de SM. Ce

modèle exploratoire de la RT peut donc s'avérer un outil efficace afin d'évaluer la relation et de former et de sensibiliser les intervenants à ses composantes.

Certains résultats innovants sont ressortis de cette étude et devraient être repensés dans les services de SM. D'abord, la place de l'intuition dans les interventions ne devrait pas être vue comme une pratique contraire aux approches de type EBP, mais comme un outil facilitant la prise de décision clinique. Les participants de cette étude apprécient que les intervenants se fient à leur intuition plutôt qu'à des principes théoriques, ce qui fait en sorte de rendre la relation plus naturelle. La mutualité dans la relation est un autre élément pouvant être vu comme contraire aux normes professionnelles. Pourtant, plusieurs intervenants l'encouragent dans leur pratique. Certains participants indiquent aussi qu'entretenir une relation réciproque avec un intervenant contribue à leur mieux-être. Finalement, la façon dont la relation se termine est aussi essentielle. Pour qu'elle soit vécue de manière positive, la personne doit pouvoir décider du moment où elle se terminera. Dans l'organisation actuelle des services, il n'est pas rare que la relation se termine prématurément en raison du roulement de personnel. Même si la personne reçoit toujours des services, le deuil de la relation peut lui faire vivre des émotions négatives comme la tristesse et l'abandon. Par contre, si la terminaison de la relation est vécue de façon positive, elle permet à la personne d'avancer dans son processus de rétablissement.

En définitive, les apports de la RT dans le rétablissement des personnes ayant un TMG sont aussi variables que les processus de rétablissement eux-mêmes. Même si on ne peut généraliser les résultats, cette étude a permis d'explorer un aspect complexe et méconnu de l'intervention auprès de personnes atteintes de TMG. Si entretenir une RT significative avec un intervenant n'est pas un préalable au rétablissement, on ne peut nier que les personnes recevant des services de SM peuvent en retirer des avantages. Le rétablissement est une route pavée d'obstacles, il fait partie des rôles de l'intervenant d'éclairer le chemin pour que la personne puisse dire « Je ne suis pas seule ».

LISTE DES RÉFÉRENCES

- Adams, J. R., Drake, R. E., & Wolford, G. L. (2007). Shared decision-making preferences of people with severe mental illness. *Psychiatric Services, 58*(9), 1219-1221.
- Agence de la santé et des services sociaux Saguenay–Lac-Saint-Jean. (2012). Enquête de santé du Saguenay-Lac-Saint-Jean 2012. Rapport sommaire : Gouvernement du Québec.
- Ahern, L., & Fisher, D. (2001). Recovery at your own PACE (personal assistance in community existence). *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services, 39*(4), 22.
- Alexander, C., & Charles, G. (2009). Caring, mutuality and reciprocity in social worker -- client relationships : rethinking principles of practice. *Journal of Social Work, 9*(1), 5-22.
- Allott, P., Loganathan, L., & Fulford, K. W. M. (2002). Discovering hope for recovery. *Canadian Journal of Community Mental Health, 21*(2), 13-33.
- Anthony, S., & Pagano, G. (1998). The therapeutic potential for growth during the termination process. *Clinical Social Work Journal, 26*(3), 281-296. doi : 10.1023/A :1022872011238
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness : the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Innovations & Research, 2*(3), 17-24.
- Anthony, W. A. (2000). A recovery-oriented service system : setting some system level standards. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 24*(2), 159-168.
- Anthony, W. A. (2002). Pour un système de santé axé sur le rétablissement. Douze points de repère pour l'organisation d'ensemble des services. *Santé Mentale Au Québec, 27*(1), 102-113.
- Anthony, W. A., Cohen, M. R., Farkas, M. D., & Gagne, C. (2002). *Psychiatric rehabilitation* : Center for Psychiatric Rehabilitation, Sargent College of Health and Rehabilitation Sciences, Boston University Boston, MA.
- Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux. (2012). Taux de roulement du personnel. Retrieved 4 septembre 2014, from http://www.aqesss.qc.ca/fr/strategie-index.aspx?sortcode=1.7.9.11&id_article=2072
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation : exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology, 75*(6), 842-852.
- Barrett, B., Young, M. S., Teague, G. B., Winarski, J. T., Moore, K. A., & Ochshorn, E. (2010). Recovery Orientation of Treatment, Consumer Empowerment, and Satisfaction with Services : A Mediation Model. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 34*(2), 153-156. doi : 10.2975/34.2.2010.153.156
- Baxter, E. A., & Diehl, S. (1998). Emotional stages : Consumers and family members recovering from the trauma of mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 21*(4), 349-355. doi : 10.1037/h0095289

- Beaud, J. P. (2003). L'échantillonnage. In B. Gauthier (Ed.), *Recherche sociale. De la problématique à la collecte de données* (pp. 211-242). Québec : Presses de l'université du Québec.
- Beaulieu, A., Morin, P., Provencher, H., & Dorvil, H. (2002). Le travail comme déterminant social de la santé pour les personnes utilisatrices des services de santé mentale. *Santé Mentale Au Québec*, 27(1), 177-193.
- Becker, D. R., & Drake, R. E. (1994). Individual placement and support : a community mental health center approach to vocational rehabilitation. *Community Mental Health Journal*, 30(2), 193-206.
- Bengtsson-Tops, A., & Hansson, L. (2001). Quantitative and qualitative aspects of the social network in schizophrenic patients living in the community. Relationship to sociodemographic characteristics and clinical factors and subjective quality of life. *International Journal of Social Psychiatry*, 47(3), 67-77. doi : 10.1177/002076400104700307
- Bergeron-Leclerc, C., & Cormier, C. (2009). Les ingrédients magiques de la relation d'aide : Une exploration des facteurs à l'origine du succès de l'intervention dans le champ de la santé mentale. *Service social*, 55(1), 1-16.
- Bizier, V., & Lirette, F. (2006). Croissance Travail : Monographie d'un organisme d'intégration au travail pour les personnes ayant des problèmes graves de santé mentale. Université du Québec à Montréal : Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociale.
- Bizub, A. (2013). A Hard Pill to Swallow : Medication, Empathy, and the Value of Collaborative Recovery. *Community Mental Health Journal*, 49(3), 338-343. doi : 10.1007/s10597-012-9553-7
- Björkman, T., & Hansson, L. (2001). Client satisfaction with case management : a study of 10 pilot services in Sweden. *Journal of Mental Health*, 10(2), 163-174.
- Bjørngaard, J. H., Ruud, T., & Friis, S. (2007). The impact of mental illness on patient satisfaction with the therapeutic relationship : a multilevel analysis. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, 42(10), 803-809.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy : Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260. doi : 10.1037/h0085885
- Borg, M., & Kristiansen, K. (2004). Recovery-oriented professionals : helping relationships in mental health services. *Journal of Mental Health*, 13(5), 493-505.
- Bradshaw, W., Armour, M. P., & Roseborough, D. (2006). Recovery from Severe Mental Illness : The Lived Experience of the Initial Phase of Treatment. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 10(1), 123-131.
- Bradshaw, W., Armour, M. P., & Roseborough, D. (2007). Finding a place in the world : the experience of recovery from severe mental illness. *Qualitative Social Work*, 6(1), 27-47.
- Buetow, S. A., & Mintoft, B. (2011). When should patient intuition be taken seriously? *Journal Of General Internal Medicine*, 26(4), 433-436. doi : 10.1007/s11606-010-1576-6

- Calsyn, R. J., Klinkenberg, W. D., Morse, G. A., & Lemming, M. R. (2006). Predictors of the working alliance in assertive community treatment. *Community Mental Health Journal, 42*(2), 161-175.
- Calsyn, R. J., Morse, G. A., Klinkenberg, W. D., & Lemming, M. R. (2004). Client outcomes and the working alliance in assertive community treatment programs. *Care Management Journals, 5*(4), 199-202.
- Carling, P. J. (1993). Supports and rehabilitation for housing and community living. In R. W. F. Lexter & P. L. Solomon (Eds.), *Psychiatric Rehabilitation in Practice* (pp. 99-118). Boston : Andover Medical Publishers.
- Carrière, S. (2007). L'itinérance à Montréal : Évolution de la problématique et modèles d'action pour contrer l'impact de certaines politiques sociales. Centre de Santé et de Services sociaux Jeanne-Mance.
- Charbonneau, C. (2002). Développer l'intégration au travail en santé mentale, une longue marche à travers des obstacles sociopolitiques. *Santé Mentale Au Québec, 27*(1), 158-176.
- Codier, E., Muneno, L., Franey, K., & Matsuura, F. (2010). Is emotional intelligence an important concept for nursing practice? *Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing, 17*(10), 940-948.
- Cohen, C. I., & Sokolovsky, J. (1978). Schizophrenia and social networks : ex-patients in the inner city. *Schizophrenia Bulletin, 4*(4), 546-560.
- Cook, J. A., & Jonikas, J. A. (2002). Self-determination among mental health consumers/survivors : using lessons from the past to guide the future. *Journal of Disability Policy Studies, 13*(2), 87-95.
- Corbière, M. (2012). Les programmes de soutien à l'emploi : Leurs ingrédients et leur implantation. In T. Lecompte & C. Leclerc (Eds.), *Manuel de réadaptation psychiatrique* (2ème ed., pp. 143-164). Montréal : Presse de l'université du Québec.
- Cormier, C. (2009). L'espoir d'un mieux-être malgré la schizophrénie : témoignages de personnes utilisatrices de services vivant dans la communauté. In F. d. é. s. d. I. U. L. École de service social (Ed.) : Université Laval.
- Corrigan, P. W., & Phelan, S. M. (2004). Social Support and Recovery in People with Serious Mental Illnesses. *Community Mental Health Journal, 40*(6), 513-523. doi : 10.1007/s10597-004-6125-5
- Crête, J. (2003). L'éthique en recherche sociale. In B. Gauthier (Ed.), *Recherche sociale. De la problématique à la collecte de données* (pp. 243-265). Québec : Presses de l'université du Québec.
- Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B. C., Hamilton, J., Ring-Kurtz, S., & Gallop, R. (2011). The dependability of alliance assessments : the alliance-outcome correlation is larger than you might think. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology, 79*(3), 267-278. doi : 10.1037/a0023668
- Cunningham, J., Calsyn, R. J., Burger, G. K., Morse, G. A., & Klinkenberg, W. D. (2007). Client outcomes and the working alliance in the client -- case manager relationship : a causal analysis. *Care Management Journals, 8*(3), 106-112.

- Davidson, L., Hoge, M. A., Godleski, L., Rakfelt, J., & Griffith, E. E. H. (1996). Hospital or community living? Examining consumer perspectives on deinstitutionalization. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19(3), 49-58.
- Davidson, L., & Strauss, J. S. (1992). Sense of self in recovery from severe mental illness. *The British Journal Of Medical Psychology*, 65 (Pt 2), 131-145.
- Davis, L. W., & Lysaker, P. H. (2007). Therapeutic alliance and improvements in work performance over time in patients with schizophrenia. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 195(4), 353-357.
- Deegan, P. E. (1988). Recovery : The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19. doi : 10.1037/h0099565
- Deegan, P. E. (1992). The independent living movement and people with psychiatric disabilities : taking back control over our own lives. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 15(3), 3-19.
- Deegan, P. E. (1996). Recovery as a journey of the heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19(3), 91-97.
- DeRubeis, R. J., Brotman, M. A., & Gibbons, C. J. (2005). A conceptual and methodological analysis of the nonspecifics argument. *Clinical psychology : Science and practice*, 12(2), 174-183.
- Deslauriers, J. P. (1991). *Recherche qualitative. Guide pratique*. Montréal : McGraw-Hill.
- Deslauriers, J. P. (2005). La recherche qualitative. In S. Bouchard & C. Cyr (Eds.), *Recherche psychosociale : Pour harmoniser recherche et pratique* (2e ed., pp. 407-433). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Deslauriers, J. P., & Kérisit, M. (1997). Le devis de recherche qualitative. In J. Poupart, J. P. Deslauriers, L. H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer & A. P. Pires (Eds.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. (pp. 85-109). Montréal : Gaétan Morin.
- Draine, J., & Solomon, P. (1996). Case manager alliance with clients in an older cohort. *Community Mental Health Journal*, 32(2), 125-134.
- Drake, R. E., McHugo, G. J., Bebout, R. R., Becker, D. R., Harris, M., Bond, G. R., & Quimby, E. (1999). A randomized clinical trial of supported employment for inner-city patients with severe mental disorders. *Archives Of General Psychiatry*, 56(7), 627-633.
- Drake, R. E., McHugo, G. J., Becker, D. R., Anthony, W. A., & Clark, R. E. (1996). The New Hampshire study of supported employment for people with severe mental illness. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 64(2), 391-399.
- Duggins, R., & Shaw, I. (2006). Examining the concept of patient satisfaction in patients with a diagnosis of schizophrenia : a qualitative study. *Psychiatric Bulletin*, 30(4), 142-145.
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E., & Hubble, M. A. (2010). *The heart and soul of change : Delivering what works in therapy*: American Psychological Association.
- Dybicz, P. (2012). The Ethic of Care : Recapturing Social Work's First Voice. *Social Work*, 57(3), 271-280. doi : 10.1093/sw/sws007

- Elliott, R., & James, E. (1989). Varieties of client experience in psychotherapy : An analysis of the literature. *Clinical Psychology Review*, 9(4), 443-467.
- Fakhoury, W. K. H., White, I., & Priebe, S. (2007). Be good to your patient : how the therapeutic relationship in the treatment of patients admitted to assertive outreach affects rehospitalization. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 195(9), 789-791.
- Farkas, M., Gagne, C., Anthony, W., & Chamberlin, J. (2005). Implementing recovery oriented evidence based programs : identifying the critical dimensions. *Community Mental Health Journal*, 41(2), 141-158.
- Fleury, M. J., & Grenier, G. (2012). État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux (pp. 232). Québec : Commissaire à la santé et au bien-être.
- Fortin, F. (1996). *Le processus de la recherche : de la conception à la réalisation*. Montreal : Decarie.
- Frank, A. F., & Gunderson, J. G. (1990). The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia. Relationship to course and outcome. *Archives Of General Psychiatry*, 47(3), 228-236.
- Garcia, J. A., & Weisz, J. R. (2002). When youth mental health care stops : therapeutic relationship problems and other reasons for ending youth outpatient treatment. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 70(2), 439-443.
- Gehrs, M., & Goering, P. (1994). The relationship between the working alliance and rehabilitation outcomes of schizophrenia. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 18(2), 43-54.
- Green, C. A., Polen, M. R., Janoff, S. L., Castleton, D. K., Wisdom, J. P., Vuckovic, N., . . . Oken, S. L. (2008). Understanding how clinician-patient relationships and relational continuity of care affect recovery from serious mental illness : STARS study results. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(1), 9-22. doi : 10.2975/32.1.2008.9.22
- Greenfeld, D., Strauss, J. S., Bowers, M. B., & Mandelkern, M. (1989). Insight and interpretation of illness in recovery from psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), 245-252.
- Hackman, A., Brown, C., Yang, Y., Goldberg, R., Kreyenbuhl, J., Lucksted, A., . . . Dixon, L. (2007). Consumer satisfaction with inpatient psychiatric treatment among persons with severe mental illness. *Community Mental Health Journal*, 43(6), 551-564.
- Hansson, M., Chotai, J., & Bodlund, O. (2012). What made me feel better? Patients' own explanations for the improvement of their depression. *Nordic Journal Of Psychiatry*, 66(4), 290-296. doi : 10.3109/08039488.2011.644807
- Harding, C. M., Brooks, G. W., Ashikaga, T., Strauss, J. S., & Breier, A. (1987). The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, II : Long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia. *The American Journal Of Psychiatry*, 144(6), 727-735.
- Harding, C. M., & Zahniser, J. H. (1994). Empirical correction of seven myths about schizophrenia with implications for treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 384, 140-146.

- Hicks, A. L., Deane, F. P., & Crowe, T. P. (2012). Change in working alliance and recovery in severe mental illness : An exploratory study. *Journal of Mental Health, 21*(2), 127-134. doi : 10.3109/09638237.2011.621469
- Hogan, M. F. (2003). *Achieving the Promise : Transforming Mental Health Care in America : Final Report, July 2003* : President's New Freedom Commission on Mental Health.
- Horvath, A. O., Flückiger, C., Del Re, A. C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy, 48*(1), 9-16. doi : 10.1037/a0022186
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology, 36*(2), 223.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy : A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*(2), 139-149. doi : 10.1037/0022-0167.38.2.139
- Howard, P. B., El-Mallakh, P., Rayens, M. K., & Clark, J. J. (2003). Consumer perspectives on quality of inpatient mental health services. *Archives of Psychiatric Nursing, 17*(5), 205-217.
- Howard, P. B., Rayens, M. K., El-Mallakh, P., & Clark, J. J. (2007). Predictors of satisfaction among adult recipients of Medicaid mental health services. *Archives of Psychiatric Nursing, 21*(5), 257-269.
- Ilgen, M. A., Czyz, E. K., Welsh, D. E., Zeber, J. E., Bauer, M. S., & Kilbourne, A. M. (2009). A collaborative therapeutic relationship and risk of suicidal ideation in patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders, 115*(1-2), 246-251. doi : 10.1016/j.jad.2008.07.019
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2012). *Plan stratégique de l'INESSS 2012-2015*. Retrieved from http://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuAdmin/plan_strategique_19042012_web.pdf.
- Jacobson, N. (2007). Politiques et pratiques en santé mentale. Comment intégrer le concept du rétablissement. *Santé Mentale Au Québec, 32*(1), 245-264.
- Jacobson, N., & Curtis, L. (2000). Recovery as policy in mental health services : Strategies emerging from the states. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 23*(4), 333-341. doi : 10.1037/h0095146
- Jekovska, M. (2008). *Pauvreté, santé mentale, détresse psychologique : situations connexes ou pure coïncidence? Repères théoriques et état de la situation régionale*. Comité régional en développement social Centre-du-Québec.
- Johansson, H., & Eklund, M. (2003). Patients' opinion on what constitutes good psychiatric care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 17*(4), 339-346.
- Johansson, H., & Jansson, J.-A. (2010). Therapeutic alliance and outcome in routine psychiatric out-patient treatment : patient factors and outcome. *Psychology And Psychotherapy, 83*(Pt 2), 193-206. doi : 10.1348/147608309X472081
- Kirsh, B., & Tate, E. (2006). Developing a comprehensive understanding of the working alliance in community mental health. *Qualitative Health Research, 16*(8), 1054-1074.

- Klinkenberg, W. D., Calsyn, R. J., & Morse, G. A. (1998). The helping alliance in case management for homeless persons with severe mental illness. *Community Mental Health Journal, 34*(6), 569-578.
- L'Écuyer, R. (1987). L'analyse de contenu : notion et étapes. In J. P. Deslauriers (Ed.), *Les méthodes de la recherche qualitative* (pp. 49-65). Québec : Presses de l'université du Québec.
- Lauzon, G., Charbonneau, C., & Provost, G. (2000). Favoriser l'intégration au travail en santé mentale : L'urgence d'agir. Association Québécoise pour la Réadaptation Psychosociale.
- Lester, H., Tritter, J. Q., & England, E. (2003). Satisfaction with primary care : the perspectives of people with schizophrenia. *Family Practice, 20*(5), 508-513.
- Lièvre, P. (1998). *Manuel d'initiation à la recherche en travail social. Construire un mémoire professionnel*. Rennes : Éditions ENSP.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables : a meta-analytic review. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology, 68*(3), 438-450.
- McCabe, R., & Priebe, S. (2004). The therapeutic relationship in the treatment of severe mental illness : a review of methods and findings. *International Journal of Social Psychiatry, 50*(2), 115-128.
- Miller, S. D., Duncan, B., & Hubble, M. (2007). Supershrinks : What is the secret of their success? *Psychotherapy in Australia, 14*(4), 14.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004). Rapport du comité d'experts sur l'organisation des soins en santé mentale : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2005). Plan d'action en santé mentale. La force des liens : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2012). Évaluation de l'implantation. Plan d'action en santé mentale 2005-2010. La force des liens : Gouvernement du Québec.
- Mohl, D. C. (1995). Negative outcome in psychotherapy : A critical review. *Clinical psychology : Science and practice, 2*(1), 1-27.
- Nelligan, É. (1992). *Poésie complète* (R. Robidoux & P. Wyczynski Eds.). Montréal : Bibliothèque québécoise.
- Ninacs, W. A. (1995). Empowerment et service social : approches et enjeux. *Service social, 44*(1), 69-93.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). Evidence-based therapy relationship. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work : Evidence-based responsiveness*. Oxford : Oxford University Press.
- Oades, L., Deane, F., Crowe, T., Lambert, W. G., Kavanagh, D., & Lloyd, C. (2005). Collaborative recovery : an integrative model for working with individuals who experience chronic and recurring mental illness. *Australasian Psychiatry : Bulletin Of Royal Australian And New Zealand College Of Psychiatrists, 13*(3), 279-284.
- Onken, S. J., Craig, C. M., Ridgway, P., Ralph, R. O., & Cook, J. A. (2007). An analysis of the definitions and elements of recovery : a review of the literature. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 31*(1), 9-22.

- Onken, S. J., Dumont, J. M., Ridgway, P., Dornan, D. H., & Ralph, R. O. (2002). Mental health recovery : What helps and what hinders? A national research project for the development of recovery facilitating system performance indicators. USA : National Technical Assistance Center for State Mental Health Planning.
- Organisation mondiale de la santé. (2001). Rapport sur la santé dans le monde. La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs. from http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_fr.pdf
- Pagé, J.-C. (1961). *Les fous crient au secours!* Montréal : Éditions du jour.
- Perreault, M., Tempier, R., Tardif, H., Bernier, J., Pawliuk, N., Garceau, L., & Lusignan, R. (1999). Perspective d'usagers suivis en clinique externe d'établissements de première, deuxième et troisième lignes. *Santé Mentale Au Québec*, 24(2), 52-73.
- Pigeon, M.-È., & Fortin, D. (2005). Le suivi alternatif communautaire en santé mentale : un portrait de la clientèle, de la pratique et du contexte organisationnel : Service aux collectivités de l'Université du Québec à Montréal avec la collaboration du Regroupement des organismes de suivi alternatif communautaire.
- Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques. In J. Poupart, J. P. Deslauriers, L. H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer & A. P. Pires (Eds.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 173-209). Montréal : Gaëtan Morin.
- Poupart, J., Groulx, L. H., Mayer, R., Deslauriers, J. P., Laperrière, A., & Pires, A. P. (1998). *La recherche qualitative : diversité des champs et des pratiques au Québec*. Montréal : Gaëtan Morin.
- Provencher, H. L. (2002). L'expérience du rétablissement : perspectives théoriques. *Santé Mentale Au Québec*, 27(1), 35-64.
- Quintana, S. M. (1993). Toward an expanded and updated conceptualization of termination : Implications for short-term, individual psychotherapy. *Professional Psychology : Research and Practice*, 24(4), 426-432. doi : 10.1037/0735-7028.24.4.426
- Rapp, C. A. (1998). *The strengths model : Case management with people suffering from severe and persistent mental illness* : Oxford University Press.
- Rapp, C. A., & Goscha, R. J. (2004). The principles of effective case management of mental health services. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 319-333.
- Rapp, C. A., & Sullivan, W. P. (2014). The Strengths Model : Birth to Toddlerhood. *Advances in Social Work*, 15(1), 129-142.
- Reamer, F. G. (2003). Boundary issues in social work : managing dual relationships. *Social Work*, 48(1), 121-133. doi : 10.1093/sw/48.1.121
- Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec. (2006). Balises pour une approche alternative des pratiques de soutien communautaire en santé mentale.
- Resnick, S. G., Fontana, A., Lehman, A. F., & Rosenheck, R. A. (2005). An empirical conceptualization of the recovery orientation. *Schizophrenia Research*, 75(1), 119-128.

- Ridgway, P. (2001). ReStorying psychiatric disability : learning from first person recovery narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(4), 335-343.
- Rijkmans, M. J. N., Bongers, I. M. B., Garretsen, H. F. L., & Van De Goor, I. A. M. (2007). A clients' perspective on demand-oriented and demand-driven health care. *International Journal of Social Psychiatry*, 53(1), 48-62.
- Rodriguez, L., Bourgeois, L., Landry, Y., Guay, L., & Pinard, J.-L. (2006). *Repenser la qualité des services en santé mentale. Changer de perspective*. Québec : Presses de l'université du Québec.
- Ruggeri, M. (1994). Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services : the state of the art of its measurement. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, 29(5), 212-227.
- Ruggeri, M., Lasalvia, A., Bisoffi, G., Thornicroft, G., Vázquez-Barquero, J. L., Becker, T., . . . Tansella, M. (2003). Satisfaction with mental health services among people with schizophrenia in five European sites : results from the EPSILON Study. *Schizophrenia Bulletin*, 29(2), 229-245.
- Russinova, Z. (1999). Providers' hope-inspiring competence as a factor optimizing psychiatric rehabilitation outcomes. *Journal of Rehabilitation*, 65(4), 50-57.
- Sachs, J. S. (1983). Negative factors in brief psychotherapy : an empirical assessment. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 51(4), 557-564.
- Santé Canada. (2002). *Rapport sur les maladies mentales au Canada*. Retrieved from http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmac/pdf/men_ill_f.pdf.
- Savoie-Zajc, L. (1997). L'entrevue semi-dirigée. In B. Gauthier (Ed.), *Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données* (pp. 263-285). Québec : Presses de l'université du Québec.
- Savoie-Zajc, L. (2003). L'entrevue semi-dirigée. In B. Gauthier (Ed.), *Recherche sociale. De la problématique à la collecte de données* (pp. 293-316). Québec : Presses de l'université du Québec.
- Schön, U., Denhov, A., & Topor, A. (2009). Social relationships as a decisive factor in recovering from severe mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*, 55(4), 336-347. doi : 10.1177/0020764008093686
- Sells, D. J., Stayner, D. A., & Davidson, L. (2004). Recovering the self in schizophrenia : an integrative review of qualitative studies. *The Psychiatric Quarterly*, 75(1), 87-97.
- Shattell, M. M., Starr, S. S., & Thomas, S. P. (2007). 'Take my hand, help me out' : mental health service recipients' experience of the therapeutic relationship. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16(4), 274-284.
- Simard, A. (2011). Effet des troubles métaboliques sur la qualité de vie des personnes atteintes de problèmes de santé mentale. *Le partenaire*, 19(4), 9-12.
- Sluzki, C. E. (2010). Personal social networks and health : conceptual and clinical implications of their reciprocal impact. *Families, Systems & Health : The Journal of Collaborative Family HealthCare*, 28(1), 1-18. doi : 10.1037/a0019061
- Solomon, P., Draine, J., & Delaney, M. A. (1995). The working alliance and consumer case management. *Journal Of Mental Health Administration*, 22(2), 126-134.

- Sterk, B., Winter van Rossum, I., Muis, M., & de Haan, L. (2013). Priorities, satisfaction and treatment goals in psychosis patients: an online consumer's survey. *Pharmacopsychiatry*, 46(3), 88-93. doi : 10.1055/s-0032-1327732
- Stuart, H., & Arboleda-Florez, J. (2006). Maladie mentale et discrimination en emploi : examen des enjeux. *Le partenaire*, 18(1), 23-27.
- Sullivan, W. P. (1994). A long and winding road : the process of recovery from severe mental illness. *Innovations & Research*, 3(3), 19-27.
- Tattan, T., & Tarrier, N. (2000). The expressed emotion of case managers of the seriously mentally ill : the influence of expressed emotion on clinical outcomes. *Psychological Medicine*, 30(1), 195-204.
- Tooth, B., Kalyanasundaram, V., Glover, H., & Momenzadah, S. (2003). Factors consumers identify as important to recovery from schizophrenia. *Australasian Psychiatry*, 11, S70-S77. doi : 10.1046/j.1440-1665.11.s1.1.x
- Topor, A., Borg, M., Mezzina, R., Sells, D., Marin, I., & Davidson, L. (2006). Others : the role of family, friends, and professionals in the recovery process. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 9(1), 17-37.
- Tousignant, M. (1989). La pauvreté : cause ou espace des problèmes de santé mentale. *Santé Mentale Au Québec*, 14(2), 91-103.
- Tyson, P., Ayton, A., Al Agib, A. O., Bowie, P., Worrall-Davies, A., & Mortimer, A. (2001). A comparison of the service satisfaction and intervention needs of patients with schizophrenia and their relatives. *International Journal Of Psychiatry In Clinical Practice*, 5(4), 263-271. doi : 10.1080/13651500152732612
- Wallot, H. (1979). Perspective sur l'histoire québécoise de la psychiatrie : le cas de l'asile de Québec. *Santé Mentale Au Québec*, 4(1), 102-122.
- Welsh, I., & Lyons, C. M. (2001). Evidence-based care and the case for intuition and tacit knowledge in clinical assessment and decision making in mental health nursing practice : an empirical contribution to the debate. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 8(4), 299-305. doi : 10.1046/j.1365-2850.2001.00386.x
- Witteman, C. L. M., Spaanjaars, N. L., & Aarts, A. A. (2012). Clinical intuition in mental health care : A discussion and focus groups. *Counselling Psychology Quarterly*, 25(1), 19-29. doi : 10.1080/09515070.2012.655419
- Wood, L., Price, J., Morrision, A., & Haddock, G. (2013). Exploring service users perceptions of recovery from psychosis : AQ-methodological approach. *Psychology and Psychotherapy : Theory, Research and Practice*, 86(3), 245-261.
- Wyczynski, P. (1999). *Émile Nelligan*. Québec : Bibliothèque québécoise.
- Young, S. L., & Ensing, D. S. (1999). Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(3), 219-231.

ANNEXES

ANNEXE A

LETTRES D'APPUI DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES



La baie, 06 mai 2011

Marjolaine Tremblay, étudiante à la maîtrise en travail social
661, rue Saint-Paul
Chicoutimi (QC), G7J 3B1

Objet : appui à la recherche de Marjolaine Tremblay

Madame Tremblay,

La présente est pour souligner le fait que notre organisme, *Centre le Phare*, accepte de soutenir votre étude intitulée « L'apport de la relation thérapeutique dans le rétablissement des personnes atteintes d'un trouble mental grave ».

Nous participerons à cette étude en prenant les dispositions suivantes : a) faire la promotion de l'étude dans notre organisme par le biais d'une affiche et d'un feuillet informatif, b) collaborer au recrutement des participants, c) mettre un local à la disposition du chercheur pour effectuer les entrevues si besoin, et d) assurer un suivi psychosocial aux participants qui en sentiront le besoin suite aux entrevues.

Vous pourrez nous contacter afin de prévoir les procédures relatives au fonctionnement et à notre participation.

Veuillez agréer, Madame Tremblay, nos salutations cordiales.



Sylvie Dassylva
D.G. Centre le Phare

293, rue Onésime-Côté, La Baie (Québec) G7B 3J7
Téléphone: (418) 544-9301 - Ligne sans frais: 1-877-545-9301 - Télécopieur: (418) 544-9304
Courriel: info@centrelephare.com

Organisme
subventionné par
Centraide 



**Les Services d'Intégration
sociale Nouvel Essor
du Saguenay inc.**

68, Jacques-Cartier Ouest, Chicoutimi (Québec) G7J 1G1
Tél.: (418) 549-3614 - Téléc.: (418) 549-0196

Chicoutimi le 12 mai 2011

Marjolaine Tremblay, étudiante à la maîtrise en travail social
661, rue Saint-Paul
Chicoutimi (QC), G7J 3B1

Objet : appui à la recherche de Marjolaine Tremblay

Madame Tremblay,

La présente est pour souligner le fait que notre organisme, *Les Services d'intégration sociale Nouvel Essor du Saguenay inc.*, accepte de soutenir votre étude intitulée « L'apport de la relation thérapeutique dans le rétablissement des personnes atteintes d'un trouble mental grave ».

Nous participerons à cette étude en prenant les dispositions suivantes : a) faire la promotion de l'étude dans notre organisme par le biais d'une affiche et d'un feuillet informatif, b) collaborer au recrutement des participants, c) mettre un local à la disposition du chercheur pour effectuer les entrevues si besoin, et d) assurer un suivi psychosocial aux participants qui en sentiront le besoin suite aux entrevues.

Vous pourrez nous contacter afin de prévoir les procédures relatives au fonctionnement et à notre participation.

Veillez agréer, Madame Tremblay, nos salutations cordiales.

Christine Allard, bts
Responsable des services pour
*Les Services d'intégration sociale
Nouvel Essor du Saguenay inc.*

UN ORGANISME SUBVENTIONNÉ PAR



Centraide



**Association canadienne
pour la santé mentale,**
section Saguenay

Ville de Saguenay, le 12 mai 2011

Madame Marjolaine Tremblay
661, rue St-Paul
Chicoutimi (Qc)
G7J 3B1

Objet : Appui à la recherche de madame Marjolaine Tremblay

Madame,

La présente est pour souligner le fait que l'Association canadienne pour la santé mentale, section Saguenay accepte de soutenir votre étude intitulée « L'apport de la relation thérapeutique dans le rétablissement des personnes atteintes d'un trouble mental grave ».

Nous participerons à cette étude en prenant les dispositions suivantes :

- Faire la promotion de l'étude dans notre organisme par le biais d'une affiche et d'un feuillet informatif.
- Collaborer au recrutement des participants.
- Mettre un local à la disposition du chercheur pour effectuer les entrevues si besoin.
- Assurer un suivi psychosocial aux participants qui en sentiront le besoin suite aux entrevues.

Vous pourrez nous contacter afin de prévoir les procédures relatives au fonctionnement et à notre participation.

Veuillez agréer, madame Tremblay nos cordiales salutations.

Christian Morin
Directeur général

ANNEXE B

OUTILS DE RECRUTEMENT

Volontaires recherchés

Pour une étude sur les effets de la relation thérapeutique sur le bien-être des personnes atteintes d'un trouble mental.

Objectifs de la recherche

Déterminer les impacts de la relation d'aide sur le rétablissement des personnes atteintes d'un trouble mental.

Profil recherché

- Avoir plus de 18 ans
- Avoir un trouble mental diagnostiqué
- Expérimenter ou avoir expérimenté une relation positive pour mon mieux-être avec un intervenant social pendant 6 mois ou plus

Pour information:
Marjolaine Tremblay
418-545-5011 poste 3815

Cela vous intéresse?

Veillez remplir le coupon sous cette affiche et le remettre à un intervenant de votre organisme.

Invitation à participer à une étude portant sur les impacts de la relation thérapeutique sur le rétablissement des personnes atteintes d'un trouble mental grave

Qu'est-ce que c'est?

Dans le cadre de ma maîtrise en travail social, vous êtes invités à participer à ma recherche visant de déterminer les rôles et impacts de la relation d'aide sur le bien-être des personnes atteintes d'un trouble mental.

Pour qui?

- Les personnes de plus de 18 ans.
- Qui ont reçu un diagnostic de trouble mental.
- Qui ont expérimenté ou qui expérimentent en ce moment une relation positive avec un intervenant social.

Qu'est-ce que ça implique?

Afin de ramasser les informations nécessaires, vous serez invité à :

- Remplir un questionnaire d'informations générales
- Parler de votre réseau social
- Répondre à une entrevue sur les relations que vous entretenez avec les intervenants
- Il est à noter que ces rencontres seront enregistrées de manière audio. Toutes les précautions seront prises afin d'assurer votre **confidentialité**.

Pourquoi participer?

Votre participation vous donnera l'occasion de donner votre opinion sur les services que vous recevez et les intervenants que vous côtoyez. Vous pourrez vous exprimer librement sur ce qui vous plaît ou déplaît, sur vos attentes et sur les impacts qu'ils ont dans votre vie. Les informations que vous me transmettez seront très précieuses et permettront de faire avancer les connaissances dans le domaine de l'intervention en santé mentale.

MERCI!!!

Marjolaine Tremblay
Étudiante à la maîtrise en travail social, UQAC
418 545-5011 poste 3815

ANNEXE C
FICHE SIGNALÉTIQUE

FICHE SIGNALÉTIQUE

Ce questionnaire comprend 15 questions et prend environ 10 minutes à compléter. Il permet de dresser un profil des personnes qui participent à cette étude. Veuillez, s'il vous plait, répondre à toutes les questions. Nous vous remercions de votre collaboration.

Participant : _____ Date : _____
Organisme de référence (s'il y a lieu) : _____

Partie 1 : données sociodémographiques

1. Dans quel groupe d'âge vous situez-vous ?
 - 18 à 25 ans
 - 26 à 35 ans
 - 36 à 45 ans
 - 46 à 55 ans
 - 56 à 65 ans
 - 65 ans et plus

2. De quel genre êtes-vous ?
 - Féminin
 - Masculin

3. Quel est votre état civil ?
 - Célibataire
 - En couple
 - Marié(e)
 - Divorcé(e)
 - Veuf/veuve

4. Avez-vous des enfants?
 - Oui (si oui, veuillez répondre aux questions 5 et 6)
 - Non (passez à la question 7)

5. Combien avez-vous d'enfants?
 - 1
 - 2
 - 3
 - 4 et plus

6. Vivent-ils avec vous ?
 - Oui
 - Non

7. Quel est votre dernier niveau de scolarité atteint ?
- Primaire
 - Secondaire
 - Collégial
 - Universitaire premier cycle (baccalauréat)
 - Universitaire cycles supérieurs (maîtrise ou doctorat)
8. Quelle est votre principale source de revenu
- Revenu d'emploi (veuillez répondre aux questions 9 et 10)
 - Sécurité du revenu (veuillez passer à la question 11)
 - Assurance emploi (veuillez passer à la question 11)
 - Régime des rentes (veuillez passer à la question 11)
 - Autre : _____
9. De quelle nature est l'emploi que vous occupez?
- Emploi salarié à plein temps
 - Emploi salarié à temps partiel
 - Programme du centre local d'emploi
 - Autre : _____
10. Dans quel domaine êtes-vous employé? _____

Partie 2 : profil d'utilisation des services en santé mentale

Dans cette section, nous souhaitons en savoir davantage sur les services que vous utilisez en ce moment.

11. Avez-vous un suivi médical ?
- Oui (si oui, veuillez répondre aux questions 11a et 11b)
 - Non (veuillez passer à la question 12)
- 11a) De quelle nature est votre suivi médical ?
- Suivi avec un médecin généraliste
 - Suivi avec un médecin psychiatre
- 11b) À quelle fréquence voyez-vous votre médecin? _____
- 11c) Pour quel type de trouble mental voyez-vous votre médecin?
- _____
12. Avez-vous un suivi au CLSC ?
- Oui (si oui, veuillez répondre aux questions 12a, 12b et 12c)
 - Non (veuillez passer à la question 13)

12a) Dans quel CLSC?

- CLSC de Chicoutimi
- CLSC du Fjord
- CLSC de Jonquière

12b) Quel type de suivi recevez-vous?

- Services généraux
- Suivi d'intensité variable
- Suivi intensif dans le milieu en équipe

12c) À quelle fréquence voyez-vous votre (vos) intervenants ?

- Une fois par semaine
- Une fois aux deux semaines
- Une fois par mois
- Une fois aux deux mois
- Moins qu'une fois aux deux mois

13. Fréquentez-vous un ou des organismes communautaires

- Oui (si oui, veuillez répondre aux questions 13a et 13b)
- Non (veuillez passer à la question 14)

13a) Lequel ou lesquels (veuillez cocher toutes les options qui s'appliquent)

- Centre de rencontre Le Phare Inc.
- Association canadienne pour la santé mentale programme Macadam
- Association canadienne pour la santé mentale programme Mils-Métiers
- Association des dépressifs et des maniaco-dépressifs de Chicoutimi
- École nationale des arts par la marionnette (ÉNAM)
- Services d'intégration sociale Nouvel Essor du Saguenay Inc.
- Groupe de ressources pour le trouble panique (GRTP)
- Centre de rencontre L'Escale de Jonquière Inc.
- Autres : _____

13b) À quelle fréquence?

- Organisme 1 (nom) : _____
- Organisme 2 (nom) : _____
- Organisme 3 (nom) : _____

14. Vous arrive-t-il de contacter les centres d'écoute téléphonique

- Oui (veuillez répondre aux questions 14a et b)
- Non (passez à la question 15)

14a) Lequel ou lesquels (veuillez cocher toutes les options qui s'appliquent)

- Info-social
- Tel-Aide Saguenay-Lac-Saint-Jean/Côte-Nord
- Centre de prévention du suicide 02
- Autres : _____

14b) À quelle fréquence y référez-vous?

- Organisme 1 (nom) : _____
- Organisme 2 (nom) : _____
- Organisme 3 (nom) : _____

15. Dans la dernière année, avez-vous été hospitalisé ?

- Oui (si oui, veuillez répondre aux questions 15a et 15b)
- Non

15a) À quel endroit?

- Hôpital de La Baie
- Hôpital de Chicoutimi
- Pavillon Roland-Saucier
- Hôpital de Jonquière

15b) Pour combien de temps?

- Un jour à moins d'une semaine
- Une semaine à deux semaines
- Deux semaines à moins d'un mois
- Un mois à deux mois
- Deux mois et plus

Merci d'avoir pris le temps de compléter ce questionnaire.

ANNEXE D

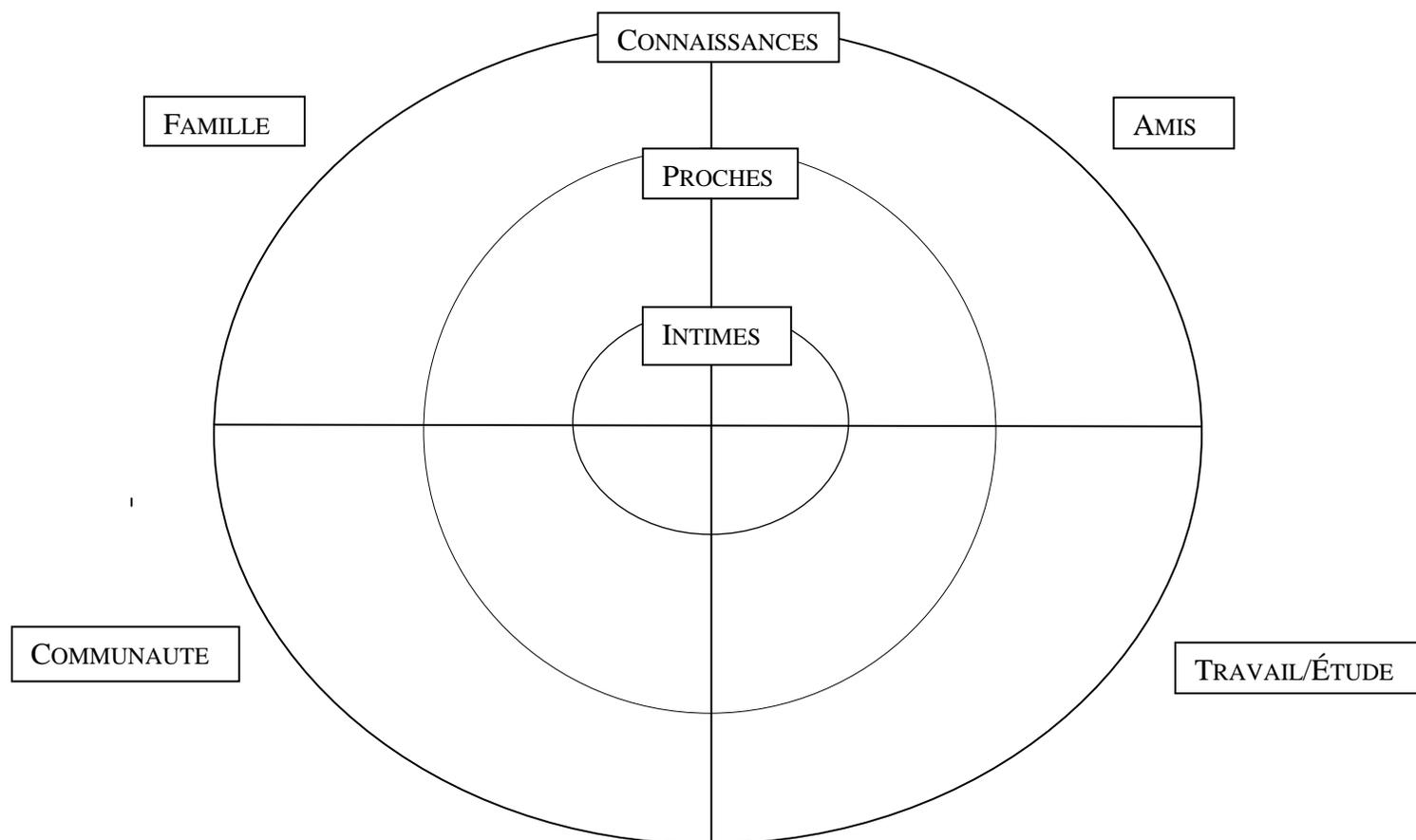
CARTE ÉCOSYSTÉMIQUE DU RÉSEAU SOCIAL PERSONNEL

CARTE DU RÉSEAU SOCIAL PERSONNEL

Participant : _____

Date : _____

Organisme de référence (s'il y a lieu) : _____



Quelle(s) personne(s) vous apporte(nt) du soutien au niveau :

- a) Soutien émotionnel (qui est là pour vous tenir la main ou pour que vous teniez la sienne quand le besoin s'en fait sentir?)
- b) Partage d'activités sociales ou récréatives (qui choisiriez vous voulez faire une activité?)
- c) Informations/conseil :
- d) Normes culturelles, croyances, régulation sociale :
- e) Services et soutien matériel :
- f) Réseautage (qui est un bon "pont" pour faire le lien/référent à d'autres lorsque besoin?)

À quel point êtes-vous satisfait(e) de votre réseau social?

Aucunement satisfait(e)

Pleinement satisfait(e)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Comment votre réseau social pourrait être amélioré?

La dernière fois que vous avez eu besoin d'aide, vers qui vous êtes-vous tourné?

Marche à suivre de la carte du réseau social personnel selon Sluzki (2010)¹⁵

Questions de support pour remplir le diagramme : Avec qui avez-vous eu des interactions dans les dernières semaines, qui ne sont pas des étrangers, des pers. que vous connaissez et qui vous connaissent? Avec qui maintenez-vous des contacts vraiment importants pour vous et à quelle fréquence? Qui initie le contact? -En qui avez-vous confiance? Avec qui faites-vous des activités? Faites moi une liste de toutes les pers actuellement dans votre vie qui vous tiennent à cœur.

Étapes :

- 1- Chaque personne est marquée par un point.
- 2- Pour estimer la densité, des lignes sont tracées entre les pers selon qu'elles se connaissent entre elles indépendamment de l'informateur.
- 3- Les membres d'un même ménage, et autres groupes spécifiques sont encerclés. Si la personne vient d'une autre région, les personnes vivant dans des régions différentes peuvent être encerclées de différentes couleurs.

¹⁵ Sluzki, C. E. (2010). Personal social networks and health : conceptual and clinical implications of their reciprocal impact. *Families, systems et health : the journal of collaborative family healthcare*, 28(1), 1-18.

ANNEXE E

GUIDE D'ENTREVUE

GUIDE D'ENTREVUE

On observe que plusieurs éléments peuvent influencer le bien-être des personnes qui sont atteintes d'un trouble mental. Parmi ceux-ci peut se retrouver la relation avec un intervenant. Notre étude vise donc à documenter cette relation afin de comprendre comment elle peut avoir un impact sur votre mieux-être. Pour la durée de notre entretien, il vous est demandé de vous référer à une relation que vous entretenez avec un intervenant social qui, selon vous, est bénéfique. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, donc sentez-vous libre de répondre de façon spontanée. Sachez que votre collaboration est des plus précieuses et que nous vous remercions du temps que vous accordez pour cette entrevue.

Partie 1 : questions générales sur les services reçus

1. Parlez-moi de votre expérience comme utilisateurs de services de santé mentale.
 - a. Depuis combien de temps recevez-vous des services ?
 - b. Pour quelles raisons avez-vous commencé à recevoir des services ?
 - c. De quel(s) établissement(s) ou organisme(s) recevez-vous des services ?
 - d. Jusqu'à quel point ces services répondent-ils à vos besoins ?
 - e. Jusqu'à quel point êtes-vous satisfaits de ces services ?
 - f. Jusqu'à quel point ces services contribuent-ils à votre mieux-être ?

2. Parlez-moi des intervenants que vous côtoyez.
 - a. Qu'appréciez-vous le plus chez ces intervenants ?
 - b. Qu'appréciez-vous le moins chez ces intervenants ?
 - c. Qu'est-ce qui fait que vous appréciez un intervenant plus qu'un autre ?

Partie 2 : questions sur les caractéristiques des intervenants et de la relation

Dans cette partie, nous allons parler de ce qu'est un bon intervenant pour vous.

3. Pouvez-vous me décrire l'intervenant idéal ?

4. Pouvez-vous me décrire votre idéal de relation avec un intervenant ?

5. Quels sont les compétences et les habiletés qu'un intervenant devrait avoir pour favoriser une bonne relation d'aide?

6. Maintenant, je vais vous poser quelques questions sur vos préférences en matière d'intervenant. Préférez-vous que :
 - a) L'intervenant soit un homme ou une femme? Expliquez.
 - b) Qu'il ou elle soit plus jeune ou plus âgé(e)? Expliquez.
 - c) Qu'il ou elle ait plus ou moins d'années d'expérience? Expliquez.
 - d) Que cet intervenant aille vous voir à domicile ou que vous alliez le voir à son bureau ? Expliquez.
 - e) Que l'intervenant œuvre dans un organisme communautaire ou un établissement comme le CLSC ? Expliquez.

Partie 3 : questions spécifiques sur la relation avec un intervenant

Pour la prochaine partie, et cela jusqu'à la fin de l'entrevue, je vais vous demander de penser à une relation significative que vous entretenez avec un intervenant. Les prochaines questions porteront sur cette relation spécifique.

7. Depuis combien de temps êtes-vous en relation avec cet intervenant ?
8. Comment s'est passé votre première rencontre avec cet intervenant?
Notes à l'interviewer : accueil.
9. Comment décririez-vous votre relation avec votre intervenant?
Notes à l'interviewer : Partage du pouvoir, existence d'un rapport de force, partenariat, relation d'amitié, de confiance.
10. Pourquoi avoir choisi de me parler de cette relation plutôt qu'une autre?
11. Selon vous, quels sont les impacts de cette relation sur votre mieux être?
12. Quels sont les impacts positifs de cette relation ?
13. Quels sont les impacts négatifs de cette relation ?
14. Pouvez-vous me décrire une (ou plusieurs) situation dans laquelle (lesquelles) l'intervenant a été très utile dans votre vie ?
15. Selon vous, quelle place prend la relation avec votre intervenant dans votre réseau social?
16. Si vous aviez à me décrire votre relation en quelques mots, quels seraient-ils?

Nous aimerions maintenant en savoir plus sur cette relation et ses caractéristiques.

Dimension humaine :

17. Quelles sont les caractéristiques personnelles que vous appréciez le plus chez cette personne?
Notes à l'interviewer : Démonstrations d'empathie, authenticité, respect, présence, disponibilité, considération.
18. Quelles sont les aspects que vous appréciez le moins chez cette personne?
Notes à l'interviewer : aspects formels, procédures, cadre thérapeutique.
19. À qu'elle point vous sentez-vous compris par cet intervenant?
Notre à l'interviewer : considération de la personne comme telle

20. Comment cette personne vous considère-t-elle ?
Notes à l'interviewer : approche centrée sur les forces ou le problème ?
21. Comment cette personne réagit face à vos demandes de soutien?
Notes à l'interviewer : présence, attentif aux priorités de la personne, donner les soins requis et comprendre les besoins les plus urgents
22. Voyez-vous votre intervenant plus comme une personne humaine ou comme un professionnel? Pourquoi?

Dimension de collaboration

23. Qu'est-ce qui décrit le mieux votre relation : relation formelle, partenariat, bonne chimie, amitié ou autre? Pourquoi?
24. Comment se prennent les décisions vous concernant dans le contexte de cette relation ?
Note à l'interviewer : partage du pouvoir, discussion autour des interventions/du traitement.

Dimension thérapeutique

25. En quoi le fait que cette personne soit un professionnel a un impact sur votre relation?
Notes à l'interviewer : Techniques d'intervention, procédures, routine, résolution de problèmes, confrontation
26. Avez-vous parfois l'impression que votre intervenant suit une routine (des procédures)? Comment le percevez-vous?
27. Arrive t-il que cette personne vous lance des défis ou vous ou vous pousse à agir? Comment vivez-vous cela?

Dimension contextuelle

28. Les éléments de l'environnement tels que l'organisme dans lequel est employé votre intervenant ont-ils un impact sur votre relation?
Notes à l'interviewer : Le temps consacré aux rencontres, l'environnement physique.
29. Combien de temps cela vous a-t-il pris pour vous ouvrir à cette personne?
30. Est-ce que le temps alloué pour vos rencontres et leur fréquence sont suffisants pour vous?

Nous allons maintenant parler plus précisément des impacts de cette relation sur votre mieux-être.

31. Toujours en vous référant à la relation avec votre intervenant, comment, le cas échéant, a-t-elle influencé :
- a) Votre niveau d'espoir et d'optimisme face à la maladie (croyance que le mieux-être est possible, que je peux réaliser des objectifs).
 - b) Le développement de nouvelles habiletés, de nouvelles façons de pensées et d'agir.
 - c) Votre implication dans des activités de travail, d'étude ou dans d'autres buts particuliers (ouvrir à des possibilités d'emplois, de bénévolat, de programmes, aide à la réalisation de buts personnels).
 - d) La prise de conscience de votre potentiel personnel (ses capacités personnelles, ses possibilités).
 - e) Votre capacité à prendre des décisions par vous-même et à exercer du pouvoir sur votre vie (faire des choix personnels, choisir ses buts, identifier ses propres objectifs et les moyens pour y parvenir).
 - f) Votre capacité à obtenir de l'aide, à élargir votre réseau de soutien social (famille, amis, pairs, autres intervenants).
 - g) Votre capacité à aller chercher les ressources nécessaires à votre mieux-être (hébergement, nourriture, vêtements, revenu, accès aux soins de santé).
32. Comment entrevoyez-vous la fin de votre relation avec cet intervenant?
33. Y a-t-il d'autres informations sur votre relation avec votre intervenant que vous voudriez nous communiquer?

Votre collaboration est un élément essentiel de notre étude.

Nous tenons donc à vous remercier d'avoir partagé ces informations avec nous, elles nous seront d'une grande utilité.

ANNEXE F

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

ClicCours.com

Comité d'éthique de la recherche

Le 11 juillet 2011

Madame Marjolaine Tremblay
Étudiante
Maîtrise en travail social

N/Réf. : 602.313.01

OBJET : Décision – Approbation éthique

Madame,

Lors de la réunion qui s'est tenue le **8 juin 2011**, le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Chicoutimi a étudié votre projet de recherche intitulé « *L'apport de la relation thérapeutique dans le rétablissement des personnes atteintes d'un trouble mental grave* ».

Lors de cette réunion, le comité a examiné les documents suivants :

- ✓ Le formulaire « Demande d'approbation éthique ».
- ✓ Les déclarations d'honneur (2).
- ✓ Le formulaire d'information et de consentement.
- ✓ La lettre de reconnaissance scientifique du projet par la directrice de recherche, datée du 12 mai 2011.
- ✓ Les outils de collecte de données.
- ✓ Les lettres d'autorisation des établissements.

Suite à cette réunion, une approbation conditionnelle vous a été émise en date du 13 juin 2011. Conformément à nos exigences, une version modifiée des documents suivants a été soumise en date du 27 juin 2011.

- ✓ Le formulaire « Demande d'approbation éthique ».
- ✓ Le formulaire d'information et de consentement.

Les réponses et les modifications apportées à votre projet de recherche ont fait l'objet d'une évaluation accélérée en comité restreint le 29 juin 2011.

Le tout ayant été jugé satisfaisant, nous avons le plaisir de vous informer que votre projet de recherche a été approuvé à l'unanimité par le Comité d'éthique de la recherche.

L'approbation éthique délivrée est valide pour **la période du 11 juillet 2011 au 31 décembre 2012.**

Nous vous rappelons qu'il est de la responsabilité du chercheur de toujours détenir une approbation éthique **valide**, et ce, tout au long de la recherche. De plus, toute modification au protocole d'expérience et/ou aux formulaires joints à ce protocole d'expérience doit être approuvée par le Comité d'éthique de la recherche.

Deux mois avant la date d'échéance de votre approbation, vous devrez faire parvenir au comité une demande de prolongation, en utilisant le document du Comité prévu à cet effet, téléchargeable à partir du site WEB de l'institution à l'adresse suivante :

http://www.uqac.ca/direction_services/secretariat_general/cd.php

En vous souhaitant le meilleur succès dans la poursuite de vos travaux, veuillez accepter, Madame, nos salutations distinguées.



Marie-Julie Potvin, coordonnatrice
Comité d'éthique de la recherche
Université du Québec à Chicoutimi

p. j. Approbation éthique

APPROBATION ÉTHIQUE

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

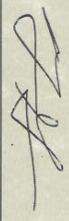
La présente est délivrée pour la période du *11 juillet 2011 au 31 décembre 2012*

Pour le projet de recherche intitulé : *L'apport de la relation thérapeutique dans le rétablissement des personnes atteintes d'un trouble mental grave.*

Responsable du projet de recherche : *Madame Martjolaine Tremblay*

No référence – Approbation éthique : *602.313.01*

Fait à Ville de Saguenay, le 11 juillet 2011



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

ANNEXE G

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

L'apport de la relation thérapeutique dans le rétablissement des
personnes

Je soussigné(e) _____ comprends que :

1- Les responsables de l'étude

La personne responsable de l'étude est Marjolaine Tremblay, étudiante à la maîtrise en travail social. Elle est dirigée par Christiane Bergeron-Leclerc, Ph.D., professeure à l'Université du Québec à Chicoutimi, au département des Sciences Humaines.

2- Les objectifs de l'étude

Cette étude a comme but principal de documenter les impacts de la relation avec un intervenant social sur le bien-être des personnes atteintes d'un trouble mental grave.

Elle vise l'atteinte de trois objectifs :

- a) Décrire les caractéristiques d'une relation thérapeutique positive entretenue avec un intervenant social.
- b) Situer la place de cette relation thérapeutique dans le réseau social de la personne.
- c) Décrire les bénéfices engendrés par la relation thérapeutique.

3- Le déroulement de l'étude

En collaborant à cette étude, je participerai à deux entrevues d'une durée de 60 minutes chacune. Ces deux entrevues seront enregistrées de façon audio à des fins de retranscription.

a) Première entrevue.

Dans cette première entrevue, j'aurai d'abord à compléter une fiche de renseignements personnels, comprenant des questions relatives à mon âge, mes revenus, mes activités sociales et professionnelles et les services que j'utilise. Puis, avec l'aide de l'étudiante-chercheuse, je ferai une illustration de mon réseau social, afin d'identifier les personnes qui sont présentes, et les relations que j'entretiens avec elles.

b) Deuxième entrevue.

Dans cette entrevue, on me posera des questions sur une relation positive que j'entretiens avec l'un de mes intervenants social. Plus spécifiquement, il y sera question des impacts de cette relation sur mon mieux être.

4- Avantages liés à ma participation à l'étude

D'abord, en participant à cette étude, je collaborerai à l'avancement des connaissances sur les impacts spécifiques de la relation thérapeutique sur le mieux-être des personnes qui reçoivent des services de santé mentale. Par ailleurs, bien qu'aucune rémunération ne me

soit attribuée, mes billets d'autobus (aller-retour) pour me rendre aux rencontres avec la chercheure me seront remboursés.

5- Inconvénients liés à ma participation à l'étude

Il se pourrait que ma participation à ces entrevues de recherche éveille en moi certaines prises de conscience qui pourrait me surprendre. En cas de malaise, je pourrai en informer la chercheure qui me transmettra les coordonnées d'un intervenant de l'organisme que je fréquente et que je pourrai consulter sans frais.

6- Respect des droits

Je suis informé qu'en tout temps et pour quelques raisons que ce soit, je peux me retirer de l'étude, sans préjudices et que les données amassées seront détruites immédiatement. De plus, toutes les mesures seront prises pour respecter ma confidentialité : mon nom n'apparaîtra sur aucun document, matériel et publication et sera remplacé par un pseudonyme de mon choix. Pendant la durée de l'étude et les sept années suivantes, le matériel sera conservé dans un classeur sous clé accessible uniquement à la chercheure et sa directrice de maîtrise, il sera ensuite détruit. Les informations informatisées seront protégées à l'aide d'un mot de passe connu uniquement par la chercheure, sa directrice ainsi que la personne effectuant la retranscription des entrevues, toutes soumises aux respects de ma confidentialité. Il est aussi à noter qu'aucun renseignement me concernant ne sera transmis à un intervenant.

7- Coordonnées des responsables de l'étude

La chercheure responsable de cette étude est l'étudiante à la maîtrise en travail social Marjolaine Tremblay. Je peux la contacter au (418) 545-5011 poste 3815. Vous pouvez également joindre sa directrice de projet, Mme Christiane Bergeron-Leclerc au (418) 545-5011 poste 4230. Pour toutes questions concernant l'éthique de cette étude, je peux contacter l'équipe de coordination du Comité d'éthique et de la recherche de l'UQAC au 418-545-5011 poste 2493.

8- Signatures

En signant ce formulaire, j'atteste que je comprends et accepte les modalités décrites ci-haut.

Signature du participant

Date

Signature de l'étudiante-chercheure

Date

