

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LES RELATIONS INTERPERSONNELLES DANS LE RÉTABLISSEMENT DES
PERSONNES AYANT UN TROUBLE DÉPRESSIF, ANXIEUX OU BIPOLAIRE :
UNE ANALYSE QUALITATIVE DES MÉCANISMES DU SOUTIEN SOCIAL ET
DE LA RELATION THÉRAPEUTIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

FRANÇOIS LAUZIER-JOBIN

JANVIER 2022

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.04-2020). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

J'aimerais remercier les personnes qui m'ont soutenu dans mon parcours doctoral ainsi que toutes les personnes qui ont rendu possible la réalisation de cette thèse.

Merci à ma famille d'avoir été là pour moi. Merci à mes enfants qui sont une source de motivation, de fierté et de joie. Merci à Sabrina d'avoir été à mes côtés à travers toutes les différentes étapes de ce parcours. Merci pour ton soutien indéfectible. Merci pour ta douceur, ta fermeté et ton réalisme. Merci à mes parents qui ont su m'accompagner tout au long de mon parcours et qui, encore une fois avec mon doctorat, ont été d'une aide précieuse.

Merci à mes amis et mes collègues qui ont rendu ce parcours doctoral si agréable. Merci pour toutes ces conversations improvisées, planifiées, arrosées, télédiffusées ou dans un corridor. Merci à tous mes collègues qui ont aidé à informer et former mes réflexions sur mille et un sujets. Merci de votre écoute, de votre ouverture et de votre côté critique. Un merci particulier à mes collègues du Laboratoire Vitalité, notamment au Club de rédaction.

Merci à tous les professeurs et chargés de cours qui m'ont accompagné dans mon doctorat. Je veux souligner le rôle-clé qu'ont joué Thomas, Sophie et Liesette. En plus de tout le reste, vous m'avez ouvert les portes qui m'ont permis de faire mes projets, à ma manière. Merci aux membres du jury de ma thèse et de mon projet de recherche doctorale. Vos précieux commentaires ont certainement permis d'amener ma thèse à un autre niveau.

Merci à Janie pour tout ce que tu as fait. Tu as réussi à me donner toutes les conditions pour que je puisse créer mon propre parcours. J'ai adoré nos rencontres et nos discussions. Tu es un modèle pour moi. J'admire ta manière d'être pragmatique tout restant idéaliste et visionnaire.

Merci aux organismes qui ont rendu cette recherche possible. Merci à Relief (Revivre) et Suivi communautaire le fil d'avoir accepté de participer au projet. Merci au Fonds de recherche du Québec – Société et culture et à la Fondation J.A. DeSève pour leur soutien financier.

Enfin, un merci particulier pour toutes les personnes ayant participé à la collecte de données. Merci de votre ouverture, de votre accueil et de votre générosité.

DÉDICACE

À ma famille
qui me donne la volonté
de travailler à construire
un monde meilleur.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES.....	xii
LISTE DES TABLEAUX.....	xiii
RÉSUMÉ	xiv
ABSTRACT	xvi
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I ÉTAT DES CONNAISSANCES	5
1.1 Rétablissement en santé mentale	5
1.1.1 Rétablissement clinique, rétablissement personnel et approche du rétablissement.....	6
1.1.2 Facteurs associés au rétablissement en santé mentale : les relations interpersonnelles	8
1.2 Relation entre les personnes ayant des troubles de santé mentale et leurs proches.....	9
1.2.1 Études sur les relations avec les familles de personnes ayant un trouble de santé mentale.....	10
1.2.2 Relations interpersonnelles selon le concept de « soutien social ».....	11
1.2.3 Soutien social et rétablissement personnel.....	15
1.2.4 Positionnement de notre approche dans les théories sur le soutien social ..	20
1.3 Relation avec les intervenants dans le processus de rétablissement.....	21
1.3.1 Recherches sur la relation avec les intervenants.....	22
1.3.2 Relation thérapeutique et rétablissement	24
1.3.3 Positionnement dans les théories sur la relation thérapeutique : L'approche des facteurs communs d'efficacité.....	27
1.4 Soutien social et relation thérapeutique.....	29
1.4.1 Différentes formes d'aide sur un continuum.....	30

1.4.2 Ressemblances et différences théoriques entre le soutien social et la relation thérapeutique	32
1.5 Limites des connaissances actuelles	34
1.6 Cadre d'analyse : le réalisme critique.....	37
1.7 Cadre conceptuel préliminaire : Les mécanismes putatifs de la relation d'aide.	40
 CHAPITRE II MÉTHODOLOGIE.....	43
2.1 Objectifs général et spécifiques	43
2.2 Participants et procédure.....	44
2.3 Méthode de cueillette des données	48
2.4 Gestion et analyse des données.....	51
Étape 1 : Préparation et familiarisation avec les données	54
Étape 2 : Création des codes initiaux.....	54
Étape 3 : Premier cycle de codification	55
Étape 4 : Deuxième cycle de codification.....	57
Étape 5 : Synthèse thématique	58
Étape 6 : Rédaction	58
Analyse des données quantitatives (deuxième partie de l'entrevue)	59
2.5 Critères de rigueur scientifique.....	59
2.6 Considérations éthiques	60
 CHAPITRE III SOUTIEN SOCIAL DES PROCHES AIDANTS DANS LE RÉTABLISSEMENT EN SANTÉ MENTALE	64
Résumé	65
3.1 Introduction.....	65
3.1.1 Relations interpersonnelles, soutien social et rétablissement	66
3.1.2 Études sur l'influence du soutien social dans le rétablissement	68
3.1.3 Limites dans les recherches antérieures	70
3.1.4 La présente étude	71
3.2 Méthode	72
3.2.1 Paradigme de recherche	72
3.2.2 Recrutement des participants	72
3.2.3 Collecte de données et analyse.....	74
3.3 Résultats.....	75
3.3.1. Présence	77

3.3.2. Camaraderie	78
3.3.3. Soutien émotionnel	78
3.3.4. Communication	79
3.3.5. Validation.....	79
3.3.6. Soutien instrumental	80
3.3.7. Influence.....	82
3.3.8 Liens entre les mécanismes.....	83
3.4 Discussion.....	86
3.4.1 Implications pratiques	89
3.4.2 Forces et limites	91
3.5 Conclusion	92
CHAPITRE IV RELATION THÉRAPEUTIQUE FAVORISANT LE RÉTABLISSEMENT.....	93
Résumé	94
4.1 Introduction.....	94
4.1.1 Rétablissement personnel.....	94
4.1.2 Relation thérapeutique en psychothérapie	95
4.1.3 Rétablissement et relation thérapeutique	98
4.1.4 La présente étude	101
4.2 Méthode	102
4.2.1 Paradigme de recherche	102
4.2.2 Procédures.....	102
4.2.3 Collecte de données	104
4.2.4 Analyse des données.....	104
4.3 Résultats.....	105
4.3.1 Présence	107
4.3.2 Camaraderie	109
4.3.3 Soutien émotionnel	111
4.3.4 Communication.....	112
4.3.5 Validation.....	113
4.3.6 Soutien axé sur le problème.....	114
4.3.7 Influence.....	116
4.3.8 Articulation entre les mécanismes	119
4.4 Discussion.....	120
4.4.1 Implications.....	123
4.4.2 Forces et limites	126

4.5 Conclusion	127
CHAPITRE V RESSEMBLANCES ET DIFFÉRENCES ENTRE L'AIDE DES PROCHES aidants ET CELLE DES INTERVENANTS DANS LE RÉTABLISSEMENT EN SANTÉ MENTALE	128
Résumé	129
5.1 Introduction.....	129
5.1.1 La présente étude	132
5.2 Méthodes.....	132
5.2.1 Procédures	133
5.2.2 Collecte de données	134
5.2.3 Analyse des données	135
5.3 Résultats.....	135
5.3.1 Rapport au temps	139
5.3.2 Encadrement formel.....	140
5.3.3 Agentivité.....	142
5.4 Discussion.....	143
5.4.1 Implications.....	145
5.4.2 Limites	147
5.5 Conclusion	148
CHAPITRE VI DISCUSSION GÉNÉRALE	149
6.1 Les mécanismes de la relation d'aide.....	150
6.2 Différences dans les relations d'aide : Clarification d'un continuum d'aide informelle et formelle	154
6.3 Implications pour la personne.....	159
6.4 Implications pour les proches	161
6.5 Implications pour les intervenants	165
6.6 Considérations méthodologiques, forces et limites	168
CONCLUSION.....	173
ANNEXE A Guides d'entretien téléphonique	175
Guide entretien téléphonique avec la personne en rétablissement	176

Guide entretien téléphonique avec un aidant.....	180
ANNEXE B Affiche de recrutement	182
Affiche originale.....	183
Affiche modifiée pour le recrutement d’hommes.....	184
ANNEXE C Formulaire de consentement	185
ANNEXE D Guide d’entrevue avec la personne en rétablissement	189
ANNEXE E Guide d’entrevue avec le proche.....	193
ANNEXE F Guide d’entrevue avec l’intervenant	197
ANNEXE G Principaux codes sous forme d’arbre thématique.....	201
ANNEXE H Données quantitatives.....	203
Nombre de fonctions selon la personne en rétablissement.....	204
Fonctions remplies par les proches aidants et les intervenantes selon la personne en rétablissement	205
Fonctions remplies par les proches-aidants et les intervenants relation selon chacun des acteurs (personne en rétablissement, proche aidant et intervenante)	206
Pourcentage d’accord entre les membres d’une même dyade	208
ANNEXE I Propositions d’outils d’analyse	209
Outil d'auto-analyse du soutien social pour la personne en rétablissement.....	210
Proposition d’un groupe pour les proches-aidants en santé mentale.....	212
Outil d'auto-analyse sur les relations pour les intervenants.....	213
RÉFÉRENCES.....	216

LISTE DES FIGURES

Figure		Page
1.1	Les distinctions à l'intérieur du métaconcept de soutien social	12
1.2	Continuum d'aide en santé mentale	30
3.1	Schématisation des liens entre les mécanismes du soutien des proches aidants	84
4.1	Processus de construction du lien de confiance	118
4.2	Schématisation des liens entre les mécanismes dans la relation avec l'intervenante	119
4.3	Encadré sur les questions pour dépasser le rôle traditionnel dans la relation thérapeutique	125
6.1	Le triangle d'aide en santé mentale	158

LISTE DES TABLEAUX

Tableau		Page
1.1	Descriptions des fonctions du soutien social	13
2.1	Questions de la seconde partie de l'entrevue	50
2.2	Étapes de l'analyse thématique	53
2.3	Termes relatifs à l'analyse thématique	53
2.4	Indices d'accord intercodeur sur trois entrevues	56
3.1	Description des fonctions classiques du soutien social	67
3.2	Mécanisme du soutien social émergeant des analyses	77
4.1	Résumé des mécanismes de la relation avec l'intervenante	106
5.1	Critères d'inclusion pour les participants	131
5.2	Questions sur les fonctions jouées par les aidants	134
5.3	Ressemblances et différences entre les relations d'aide formelle et informelle	137
6.1	Résumé des mécanismes de la relation d'aide	150

RÉSUMÉ

Les troubles de santé mentale sont très répandus : plus d'un adulte québécois sur cinq souffrira d'un trouble de santé mentale à un moment de sa vie. Les troubles de santé mentale ont d'importantes conséquences autant pour les individus touchés, pour les personnes qui les entourent, que pour l'ensemble de la société. Malgré ce sombre portrait, la recherche offre un message d'espoir : il est possible de se rétablir et d'améliorer sa situation. Le rétablissement personnel renvoie au processus dans lequel la personne dépasse les difficultés liées à son trouble pour vivre une vie satisfaisante. Au cœur de ce processus se trouvent les relations interpersonnelles qu'entretiennent les personnes en rétablissement. Malgré son importance, l'influence des relations interpersonnelles sur le rétablissement personnel a rarement été le sujet principal des études. Les études antérieures ont établi un lien statistique entre le rétablissement et la qualité de la relation avec les proches (soutien social) ou avec les professionnels (relation thérapeutique). Par contre, les mécanismes à l'intérieur de ces relations ont été peu explorés. De plus, les études à ce sujet n'ont pas consulté simultanément l'aidé et l'aidant. Enfin, l'aide formelle des professionnels et l'aide informelle des proches ont trop souvent été considérées séparément. À notre connaissance, aucune étude n'a comparé empiriquement les processus au cœur de l'aide formelle et de l'aide informelle dans le rétablissement des personnes ayant des troubles de santé mentale.

L'objectif général de cette thèse est d'examiner l'influence des relations interpersonnelles dans le rétablissement des personnes ayant un trouble dépressif, anxieux ou bipolaire. Pour ce faire, des entrevues individuelles semi-structurées ($N = 45$) ont été effectuées auprès de quinze personnes en rétablissement et, pour chacune d'elles, de deux personnes significatives dans leur rétablissement : un professionnel et un proche. Ces 15 triades d'entrevues individuelles ont permis d'explorer le processus de rétablissement, les différentes dimensions du soutien social ainsi que la relation aidant-aidé et son contexte. Les entrevues ont été enregistrées et transcrites intégralement. Une démarche d'analyse thématique déductive a été effectuée en s'appuyant sur le paradigme du réalisme critique.

Découpés en trois articles, les résultats de cette thèse soulignent le rôle primordial des relations interpersonnelles dans le rétablissement. Plusieurs des mécanismes identifiés dans le soutien au rétablissement en santé mentale correspondent aux fonctions classiques du soutien social (soutien émotionnel, camaraderie, soutien instrumental et

validation). De nouveaux mécanismes sont aussi suggérés : présence, communication et influence. Le premier article s'attarde aux mécanismes au cœur du soutien des proches aidants, mais détaille aussi l'expérience parfois difficile vécue par ces derniers. Le deuxième article traite des mécanismes de la relation avec les intervenants. Le troisième compare la relation d'aide formelle et informelle de manière à montrer leurs différences, leurs ressemblances et leur complémentarité. Une discussion générale souligne les implications pour les personnes en rétablissement, les proches aidants et les intervenants ainsi que certaines considérations méthodologiques.

Mots clés : rétablissement personnel, soutien social, proche aidant, relation thérapeutique, intervenant, professionnel, réalisme critique, analyse thématique, triangulation.

ABSTRACT

Mental health disorders are widespread: more than one in five Quebec adults will suffer from a mental health disorder at some point in their lives. Mental health disorders have important consequences for the individuals affected, for the people around them, and for society as a whole. Despite this bleak picture, research offers a message of hope: it is possible to recover and to improve one's situation. Personal recovery refers to the process in which a person moves beyond the difficulties associated with their mental disorder to live a satisfying life. At the heart of this process are the interpersonal relationships that people in recovery have. Despite its importance, the influence of interpersonal relationships on personal recovery has rarely been the focus of studies. Previous studies have established a statistical link between recovery and the quality of the relationship with family and friends (social support) or with professionals (therapeutic relationship). However, the exploration of the mechanisms within these relationships has been lacking. Moreover, studies on this subject have not simultaneously consulted the person being helped and the caregiver. Finally, formal help (from professionals) and informal help (from family and friends) have too often been considered separately. To our knowledge, no study has empirically compared the processes at the heart of formal and informal help in the recovery of people with mental health problems.

The overall goal of this thesis is to examine the influence of relationships in the recovery of people with depressive, anxiety or bipolar disorders. Semi-structured individual interviews ($N = 45$) were conducted with fifteen people in recovery and with two people significant to their recovery: a professional and a friend or family member. These 15 triads of interviews explored the recovery process, the different dimensions of social support, and the relationship between the helper and the person receiving help and its context. The interviews were recorded and transcribed. A deductive thematic analysis was conducted based on the paradigm of critical realism.

Divided into three articles, this thesis' results highlight the crucial role of interpersonal relationships in recovery. Several of the mechanisms identified in mental health recovery support correspond to the classic functions of social support (emotional support, camaraderie, instrumental support, and validation). New mechanisms are also suggested: presence, communication, and influence. The first article focuses on the mechanisms at the heart of caregiver informal support, but also details the sometimes

difficult experience of caregivers. The second article deals with the mechanisms of the relationship with practitioners. The third article compares the formal and informal helping relationship to show the differences, similarities, and complementarity between formal and informal help. A general discussion highlights the implications for people in recovery, family member and friends, and practitioners as well as some methodological considerations.

Keywords : personal recovery, social support, caregiver, therapeutic relationship, practitioner, professional, critical realism, thematic analysis, triangulation.

INTRODUCTION

« Suite à l'atteinte d'un membre de la famille, d'un ami ou d'un collègue, les maladies mentales touchent indirectement tous les Canadiens et Canadiennes. » (Santé Canada, 2002, p. 15)

Les troubles de santé mentale sont très répandus au Canada. Plus d'un adulte québécois sur cinq souffrira d'un trouble de santé mentale à un moment de sa vie (Kairouz et al., 2008; Lesage et al., 2010). Au cours de leur vie, 12 % à 15 % auront un trouble dépressif, 11 % à 17 % auront un trouble anxieux et 2 % à 3 % auront un trouble bipolaire (Patten et al., 2006; Schaffer et al., 2006; Lesage et al., 2010; Pearson et al., 2013). Les troubles dépressif, anxieux ou bipolaire sont les troubles les plus rencontrés dans les services en santé mentale, représentant à eux seuls près de 60 % de la clientèle (Benigeri, 2007).

Les troubles de santé mentale ont d'importantes conséquences, autant pour les individus touchés, pour les personnes qui les entourent, que pour l'ensemble de la société. Les individus ayant un trouble de santé mentale présentent des atteintes dans différentes sphères de leur vie, une détresse psychologique plus élevée et une qualité de vie diminuée (Gouvernement du Québec, 2012; Pearson et al., 2013). De leur côté, les proches des personnes atteintes présentent de hauts taux de stress, de détresse, de symptômes dépressifs, d'épuisement et de maladies physiques (Shah, Wadoo et Latoo, 2010; Gouvernement du Québec, 2012; Commission de la santé mentale du Canada, 2013). Enfin, d'un point de vue social, les troubles de santé mentale représentent au Canada annuellement des coûts direct et indirect de plus de 50 milliards de dollars, en raison notamment des coûts des services de santé et des pertes de productivité (Lim et

al., 2008). Selon certains, ces chiffres seraient sous-estimés puisqu'ils ne prennent pas en compte les coûts associés aux autres services que ceux de santé et l'implication des aidants (Smetanin et al., 2011).

Malgré ce sombre portrait, tout un pan de la recherche offre un message d'espoir pour les personnes ayant des troubles de santé mentale : il est possible de se rétablir et d'améliorer sa situation (Slade et Longden, 2015; Leonhardt et al., 2017). Au cœur de ce rétablissement se trouvent les relations interpersonnelles (p. ex., Ridway, 2001). Dans une recension systématique des écrits sur le rétablissement (Leamy et al., 2011), 86 % des études recensées réfèrent au rôle des relations interpersonnelles. Bien que plusieurs soulignent que le rétablissement est un processus social, la dimension interpersonnelle a été moins explorée que les dimensions individuelles (Topor, 2001; Mezzina et al., 2006; Schon et al., 2009; Tew et al., 2011; Yates et al., 2012; Vandekinderen et al., 2012; Wyder & Bland, 2014; Rose, 2014). Dans le cadre de cette recherche, nous étudierons l'influence des relations interpersonnelles dans le rétablissement des personnes ayant des troubles dépressif, anxieux ou bipolaire. Plus précisément, nous examinerons l'influence du soutien social des proches et de la relation avec les intervenants sur la personne en rétablissement.

Comme nous le verrons, des constats similaires peuvent être posés sur ces deux champs de documentation. Ainsi, il est maintenant établi que la relation thérapeutique (p. ex., Hicks et al., 2012) et le soutien social (p. ex., Corrigan et Phelan, 2004) sont statistiquement liés au rétablissement des personnes ayant des troubles de santé mentale. Par contre, les recherches précédentes n'ont pas permis d'explorer en profondeur les mécanismes expliquant l'influence de ces relations. Aussi, les études concernent majoritairement des personnes ayant des troubles psychotiques. Nous proposons donc de concentrer notre recherche sur les personnes ayant un trouble dépressif, anxieux ou bipolaire. De plus, les études présentent une image partielle du phénomène étudié puisqu'elles n'ont interrogé que les personnes en rétablissement, sans interroger leurs

aidants. Enfin, malgré leur proximité conceptuelle, les concepts de « relation thérapeutique » et de « soutien social » n'ont jamais été comparés empiriquement par rapport au rétablissement.

Pour combler les lacunes de la documentation sur le sujet, nous avons analysé les éléments qui, à l'intérieur de ces relations, influencent le rétablissement d'une personne ayant un trouble dépressif, anxieux ou bipolaire. Nous avons analysé autant la relation avec un intervenant que celle avec un proche, et ce, selon la perspective des trois types d'acteurs concernés. Des entrevues individuelles semi-dirigées ont été réalisées avec la personne en rétablissement, un de ses proches significatifs et un de ses intervenants. Une analyse thématique déductive a permis, entre autres, d'établir les ressemblances et les différences entre les deux formes de relations d'aide (relation thérapeutique et soutien social).

Dans le premier chapitre, nous effectuons un état des connaissances sur le rétablissement personnel ainsi que l'influence des proches et des intervenants sur celui-ci. Nous distinguons le rétablissement clinique, le rétablissement personnel et l'approche du rétablissement. Par la suite, nous explorons la documentation scientifique sur l'influence des relations interpersonnelles sur le rétablissement. Cette documentation s'est divisée en deux champs relativement distincts : l'aide des proches est abordée principalement sous l'angle du soutien social, alors que la relation avec les intervenants est considérée principalement sous l'angle de la relation thérapeutique. La deuxième et la troisième section examinent l'influence de chacun de ces deux types de relation sur le rétablissement en santé mentale. Les recherches prenant en compte le soutien social et la relation thérapeutique font l'objet de la quatrième section du premier chapitre. Les limites des études antérieures sont détaillées dans la cinquième section. Le premier chapitre se termine avec la présentation du cadre d'analyse du réalisme critique et le cadre conceptuel préliminaire.

Le second chapitre expose la méthodologie qui a été employée : les objectifs de la recherche, le recrutement des participants, les méthodes de cueillette et d'analyse des données. Concernant l'analyse des données, notre recherche se distingue par l'utilisation d'une approche déductive pour l'analyse thématique des données recueillies dans les entrevues semi-structurées. Le chapitre se termine par un examen des considérations éthiques et de rigueur scientifique.

Les trois chapitres suivants détaillent les résultats de notre thèse. Il s'agit d'une structure de thèse par articles. Dans le premier article (Chapitre 3), nous analysons le soutien social des proches aidants dans le rétablissement en santé mentale. Dans le deuxième article (Chapitre 4), nous présentons le rôle des intervenants sous l'angle de la relation thérapeutique axée sur le rétablissement. Le troisième article (Chapitre 5) compare l'aide des proches et celle des intervenants dans le rétablissement en santé mentale.

Dans la discussion générale (Chapitre 6), une mise en commun de ces résultats est exposée, notamment avec la conceptualisation d'une bonification du continuum d'aide en santé mentale. Par la suite sont présentées les implications de nos résultats pour la personne en rétablissement, pour les proches ainsi que pour les intervenants. Enfin, ce chapitre se termine avec les considérations méthodologiques, les forces et les limites générales de notre recherche.

CHAPITRE I

ÉTAT DES CONNAISSANCES

*« Although recovery is highly personal, most first-person accounts point to the presence of a friend, a professional, a family member, a teacher, self-help groups, or at times the staff of particular program that helps trigger and sustain the recovery process [...] It is difficult to find a first-person account that does not attribute relationships as a critical ingredient of recovery »
(Rapp et Gosha, 2012, p.18-19)*

1.1 Rétablissement en santé mentale

Né au cours des années 1960 et 1970, le mouvement du rétablissement prend racine dans les mouvements sociaux de désinstitutionnalisation, des droits civiques et du mouvement du self-help (Vandekinderen et al., 2012). Depuis le milieu des années 1980, un corpus impressionnant de connaissances s'est accumulé à ce sujet grâce aux recherches longitudinales ainsi qu'aux récits de praticiens, de personnes utilisatrices de services et de leurs proches qui ont raconté leur expérience de soins et de rétablissement. Aujourd'hui, le mouvement du rétablissement est devenu un principe majeur guidant la mise en place des services au niveau international (Leamy et al., 2011; Slade et al., 2008; 2012; Anthony, 1993; 2000; Le Boutillier et al., 2011), canadien (Commission de la santé mentale du Canada, 2009; Piat et Sabetti, 2009) et québécois (Ministère de la santé et des services sociaux, 2005; 2015).

1.1.1 Rétablissement clinique, rétablissement personnel et approche du rétablissement

Bien qu'il s'agisse d'un concept très influent, le rétablissement demeure difficile à définir, à opérationnaliser et à mesurer (Slade et al., 2012; Roberts et Wolfson, 2004). Ici, nous distinguons le rétablissement clinique du rétablissement personnel et de l'approche du rétablissement qui peut guider la pratique, la mise en place des services et la recherche. Le **rétablissement clinique** réfère à l'idée d'une rémission au niveau des symptômes psychiatriques et d'une amélioration du fonctionnement, souvent mesurées à partir d'indicateurs objectifs (Piat et al., 2011; Slade et al., 2008). Le rétablissement personnel renvoie au processus de rétablissement que suit l'individu tout au long de sa vie. En nous appuyant sur les définitions de différents auteurs (Anthony, 1993; Provencher, 2002; Barbès-Morin et Lalonde, 2006; Le Boutillier et al., 2011), nous définissons le **rétablissement personnel** comme *un processus actif et hautement individualisé dans lequel la personne surmonte et dépasse les difficultés rattachées à son trouble de santé mentale (symptômes, limites fonctionnelles et handicaps sociaux) pour vivre une vie pleine et satisfaisante*. Malgré le fait que le processus du rétablissement soit vécu différemment pour chacun et que sa définition relève de la personne elle-même (Meehan et al., 2008), plusieurs auteurs ressortent un certain nombre de caractéristiques de ce processus (p. ex., Oken et al., 2007). Dans leur recension des écrits sur le rétablissement, Leamy et ses collaborateurs (2011) ressortent les caractéristiques les plus fréquemment identifiées dans la littérature, dont le fait qu'il s'agisse d'un processus actif, unique et individuel, non linéaire et multidimensionnel. Les auteurs proposent aussi un modèle des facteurs favorisant le rétablissement personnel, sur lequel nous reviendrons plus loin.

Enfin, le rétablissement représente une approche, une vision ou une idéologie guidant la mise en place de politiques, de services et d'interventions ainsi que la recherche. Dans ce sens, **l'approche du rétablissement** s'inscrit dans la même grande famille que les approches basées sur les forces (Saleebey, 2009; Vandekinderen et al., 2012;

Pattoni, 2012; Rapp et Gosha, 2012). Dans les pays occidentaux, l'approche du rétablissement a eu une influence plus apparente au niveau des politiques. Un flou continue cependant à exister quant à l'opérationnalisation d'une pratique axée sur le rétablissement. Malgré la volonté politique de plusieurs pays d'orienter leurs services en santé mentale sur le rétablissement (Stickley et al., 2011; Le Boutillier et al., 2011), il n'existe pas de modèles consensuels permettant de traduire les principes du rétablissement dans la pratique (O'Connell et al., 2005; Meehan et al., 2008; Piat et Lal, 2012; Commission de la santé mentale du Canada, 2015). De plus, un piège du manque d'opérationnalisation de cette approche est que les services peuvent se réclamer « axés sur le rétablissement » sans qu'il ne soit possible de le vérifier dans leurs pratiques (Roberts et Wolfson, 2004; Jacobson et Curtis, 2000).

Bien qu'il soit assez difficile à délimiter l'approche axée sur le rétablissement en recherche, Farkas (2007) identifie trois sources de recherches s'y rapportant. Premièrement, les recherches longitudinales des années 1990 ont montré une amélioration substantielle des personnes ayant des troubles graves sur de longues périodes de temps. Deuxièmement, les recherches qualitatives et des récits à la première personne ont permis de raconter et de détailler l'expérience des personnes en rétablissement. Collectivement, ces études ont permis de décrire les problèmes rencontrés, les causes auxquelles sont attribués les troubles et les processus importants dans le rétablissement (Ralph, 2000; Jacobson, 2001; Farkas, 2007; Ridgway, 2007). Troisièmement, le mouvement du rétablissement s'est aussi nourri des résultats de recherches de différentes disciplines, notamment la psychologie positive (Rogers et al., 2005). De façon générale, l'approche du rétablissement se distingue par l'élargissement des effets considérés (Newberry et Strong, 2009) et la centralité accordée à l'expérience de la personne en rétablissement (Farkas, 2007), d'où l'importance de la recherche qualitative (Davidson et al., 2008; Stanhope et Solomon, 2008).

La présente recherche s'inscrit dans l'approche du rétablissement et s'intéresse aux facteurs associés au rétablissement tel que défini par les personnes interrogées, que ce soit le rétablissement clinique ou le rétablissement personnel. En accord avec Gordon (2013), nous croyons qu'il est contre-productif de mettre en opposition le rétablissement clinique et le rétablissement personnel : les deux conceptions peuvent être utiles et significatives pour la personne en rétablissement. De plus, ces deux formes de rétablissement ne sont pas toujours indépendantes l'une de l'autre. Ainsi, les symptômes psychiatriques (rétablissement clinique) sont inversement liés au rétablissement personnel (Reisnick et al., 2004; Chang et al., 2013; Ahmed et al., 2013). Plus une personne a de symptômes psychiatriques, pire est son rétablissement personnel. Il est important de préciser que cette relation n'a pas été trouvée dans toutes les études (Roe et al., 2011; Kvirgic et al., 2013). Bref, le terme « rétablissement » peut renvoyer à des conceptualisations différentes selon la personne qui l'emploie. Il s'avère donc essentiel de saisir la signification accordée au terme « rétablissement » par la personne qui l'utilise.

1.1.2 Facteurs associés au rétablissement en santé mentale : les relations interpersonnelles

Plusieurs études ont tenté d'identifier les facteurs favorisant ou nuisant au processus de rétablissement. Parmi les facteurs contribuant au rétablissement, plusieurs auteurs ont ressorti une dimension qui correspond à la relation aux autres (Anthony, 1993; Sullivan, 1994; Young et Ensing, 1999; Jacobson et Greenley, 2001; Ridway, 2001; Provencher, 2002; Mancini et al., 2005; Happell, 2008; Oken et al., 2007; Le Boutillier et al., 2011; Leamy et al., 2011). Par exemple, dans leur synthèse narrative faisant suite à une recension systématique des écrits, Leamy et ses collaborateurs (2011) établissent un cadre conceptuel comprenant cinq grands processus au cœur du rétablissement, eux-mêmes regroupant des sous-processus : (1) être en lien (*connectedness*); (2) espoir et optimisme; (3) identité; (4) sens de la vie et (5) pouvoir d'agir. La première dimension inclut les relations avec les professionnels, les pairs, les parents et amis.

Malgré ces mentions fréquentes dans la documentation scientifique, il demeure que l'aspect interpersonnel et social du rétablissement a été peu étudié en lui-même (Mezzina et al., 2006; Schon et al., 2009; Tew et al., 2011; Wyder & Bland, 2014). Pour certains auteurs (Padgett et al., 2008; Yates et al., 2012), l'emphase sur l'expérience et la subjectivité individuelle s'est peut-être faite au détriment d'une compréhension du rétablissement comme processus écologique. D'ailleurs, plusieurs rappellent que le rétablissement n'a pas lieu dans le vide et qu'il s'agit d'un processus social (Topor, 2001; Tew et al., 2011; Yates et al., 2012; Vandekinderen et al., 2012).

Par contre, bien que peu d'études aient exploré spécifiquement l'influence des relations interpersonnelles sur le rétablissement, la psychologie et les autres disciplines en sciences humaines ont accordé beaucoup d'attention à l'influence des relations interpersonnelles sur la santé mentale de façon plus générale. Ces recherches se sont articulées, d'une part, autour de l'influence des proches sur la personne ayant un trouble de santé mentale avec la notion de soutien social (section 1.2) et, d'autre part, autour des relations avec les intervenants avec la notion de relation thérapeutique (section 1.3). Cependant, ces deux types de relations ont rarement été comparés empiriquement (section 1.4).

1.2 Relation entre les personnes ayant des troubles de santé mentale et leurs proches

Les différentes vagues de désinstitutionnalisation qu'a connues le Québec dans les cinquante dernières années ont déplacé les personnes ayant des troubles de santé mentale des institutions vers la communauté (Fleury et Grenier, 2004; Lauzier-Jobin, 2013). Comme dans les autres pays occidentaux, la responsabilité des soins s'est déplacée vers les familles (Baronet, 1999; Veltman et al., 2002) qui sont devenues la principale source de soutien de leur proche (Doornbos, 2002).

1.2.1 Études sur les relations avec les familles de personnes ayant un trouble de santé mentale

L'analyse de la relation entre les personnes ayant des troubles de santé mentale et leurs proches a beaucoup changé au cours des années. Historiquement, les premières études ont porté sur l'impact du comportement de la famille sur les hospitalisations des personnes dont elles prenaient soin (Baronet, 1999). Les familles étaient donc vues comme une « cause » ou une « source » de la pathologie (Rungreangkulkij et Gilliss, 2000). Par la suite, les recherches se sont plutôt intéressées à l'impact négatif des personnes ayant un trouble de santé mentale sur leur famille (Veltman et al., 2002). Ces analyses se sont surtout concentrées sur le fardeau imposé aux familles et sur les stratégies d'adaptation permettant aux proches de faire face aux stressés et aux problèmes qui émergent de la prise en charge. Les recherches ont montré qu'un fardeau objectif et subjectif de même qu'une détresse psychologique importante sont associés à la prise en charge par les familles de personnes ayant une schizophrénie (Awad et Varuganti, 2008; Schmid et al., 2009), un trouble bipolaire (van der Voort et al., 2007), une dépression (van Wijngaarden et al., 2004) ou un trouble anxieux (Kalra et al., 2008). Les familles prenant soin d'une personne ayant un trouble de santé mentale sont considérées comme une population à risque et comme une population mal desservie en termes de services (Doornbos, 2002).

Certains auteurs ont critiqué l'angle foncièrement négatif de l'analyse des interactions entre les personnes ayant un trouble de santé mentale et leurs proches (Berg-Wener et al., 2001; Rungreangkulkij et Gilliss, 2000). Plusieurs auteurs ont souligné l'importance d'un changement de paradigme dans ces recherches de façon à tenir compte aussi des aspects positifs, comme la résilience et les forces des familles (Saunders, 2003; Chen et Greenberg, 2004; Schulze et Rössler, 2005; Schmid et al., 2009; Biegel et al., 2013). D'ailleurs, même dans les études abordant ce problème sous un angle « exclusivement » négatif, plusieurs aspects positifs de la relation de prise en

charge sont mentionnés de façon naturelle par les proches interrogés (Veltman et al., 2002; van der Voort et al., 2007).

Aujourd'hui, le rôle des proches est de plus en plus reconnu quant à son potentiel d'amélioration du bien-être et de la santé mentale des personnes ayant des troubles de santé mentale (Piat et al., 2011; Commission de la santé mentale du Canada, 2009; 2013). Il importe de dépasser une vision historique où les proches étaient considérés comme une cause du problème (Bonin et al., 2014; Wyder et Bland, 2014) et de les voir comme une partie de la solution. Selon nous, les travaux autour de la notion de soutien social ont le potentiel de structurer l'analyse du rôle des proches sur le rétablissement.

1.2.2 Relations interpersonnelles selon le concept de « soutien social »

Les aspects bénéfiques des relations interpersonnelles ont souvent été appréhendés et mesurés par le concept de soutien social (Chernobas, Clarke et Marchinko, 2008). Ici, nous définissons le **soutien social** comme « la dispensation (ou l'échange) de ressources émotionnelles, instrumentales ou d'informations [...] que le soutien soit effectivement donné ou qu'il soit disponible en cas de besoin » (Camirand et Dumitru, 2011, p.1)¹.

Le soutien social renvoie à une multitude d'approches théoriques, de conceptions et d'opérationnalisations différentes (Caron et al., 1998; Lepore, 2012; Helgeson, 2003). Pour cette raison, le soutien social est considéré ici comme un métaconcept enfermant plusieurs distinctions (Berrera, 2000; Tracy et Biegel, 2006; Haber et al., 2007). Il est

¹ En accord avec Pescosolido (2011), nous croyons que le soutien social ne se limite pas aux non professionnels (comme le précisait la définition originale de Camirand et Dumitru), mais qu'il s'actualise autant dans le réseau formel qu'informel.

important de mettre à jour ces distinctions puisque les différentes dimensions du soutien social peuvent avoir un impact différent sur un résultat d'intérêt. La Figure 1.1 présente notre schématisation de ces dimensions. Une première distinction consiste à séparer l'aspect structurel — caractéristiques du réseau social (étendue, densité, diversité, etc.) — et l'aspect fonctionnel — caractéristiques des ressources échangées dans ces interactions sociales (Nelson et al., 1992; Helgeson, 2003; Lepore, 2012; Wills et Ainette, 2012; Kogstad et al., 2013; Lourel et al., 2013).

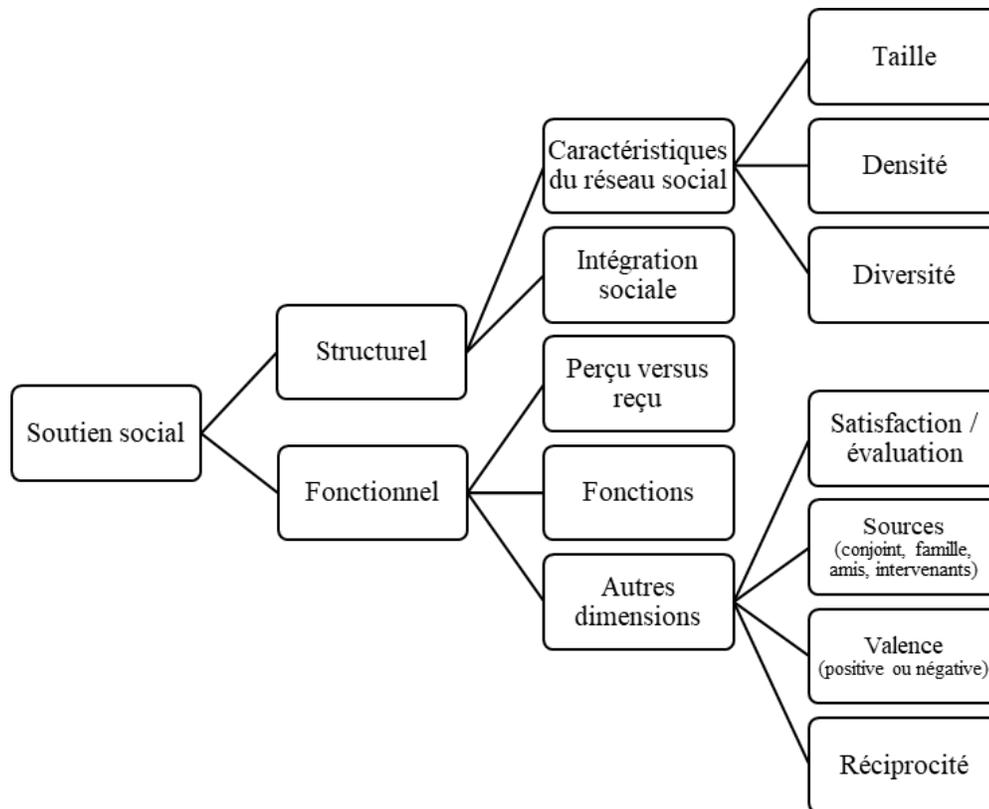


Figure 1.1 : Les distinctions à l'intérieur du métaconcept de soutien social

Le soutien social fonctionnel peut à son tour se décliner selon la satisfaction à l'égard de ce soutien, les sources du soutien (conjoint, famille, amis, intervenants), la valence (positive ou négative), la réciprocité de l'interaction ou s'il est reçu ou perçu (Caron et

Guay, 2005; Wong et al., 2011). Par exemple, le soutien reçu est moins fortement corrélé aux effets positifs sur la santé et le bien-être que le soutien perçu (Lakey al., 1996; Haber et al., 2007; Gleason et al., 2008; Lakey et Cronin, 2008; Nurrullah, 2012). Il est important de noter, cependant, que la mesure du soutien reçu présente de nombreux défis méthodologiques et qu'elle demeure presque toujours une mesure de perception (Helgeson, 2003; Caron et Guay, 2005).

Enfin, une dernière distinction concerne les fonctions du soutien social (Wills et Shinar, 2000; Helgeson, 2003; Caron et Guay, 2005; Lourel et al., 2013). Le premier à avoir détaillé différentes fonctions du soutien social est Weiss (1974) dans sa théorie sur les provisions des relations sociales. Aujourd'hui, le nombre de fonctions considérées varie grandement d'une étude à l'autre. La fonction la plus fréquemment nommée est le soutien émotionnel, puis viennent le soutien instrumental et le soutien informationnel, enfin, deux autres fonctions peuvent être ajoutées, soit la camaraderie et la validation de sa valeur. Le Tableau 1.1 présente une description des différentes fonctions du soutien social.

Tableau 1.1 : Descriptions des fonctions du soutien social

Dimensions	Description des dimensions
Soutien émotionnel	Réfère à la démonstration d'amour, de considération, d'estime, de valeur, d'encouragement et de sympathie.
Soutien instrumental	Renvoie à l'aide pratique (comportementale, financière ou matérielle) offerte (par exemple, offrir du transport).
Soutien informationnel	Offrir une information, une connaissance ou un conseil qui est utile pour résoudre un problème (par exemple, donner une information sur une ressource disponible).
Camaraderie	Présence d'une personne avec qui l'individu peut participer à des activités sociales, récréatives ou culturelles (par exemple, aller voir un film).
Validation	Les relations sociales peuvent fournir de l'information sur la normalité des comportements.

Adapté de Weiss (1974), Wills et Shinar (2000) et Thoits (2011)

Grâce aux études épidémiologiques effectuées auprès de la population générale, il est largement admis que le soutien social d'une personne est relié à son état de santé physique et mentale (voir Cohen, Gottlieb et Underwood, 2000; Camirand et Dumitru, 2011; Wills et Ainette, 2012). Un faible soutien social est associé au développement et à la chronicité des troubles de santé mentale courants, du trouble dépressif majeur et du trouble de stress post-traumatique (Lara et al., 1997; Pevalin et Goldberg, 2003; Caron et Guay, 2005; Lakey et Cronin, 2008).

Les personnes ayant des troubles de santé mentale ont moins de soutien social comparativement à la population générale (Caron et al., 1998; Yanos et al., 2001). Elles ont un réseau de soutien plus restreint, moins réciproque et composé en plus grande proportion de membres de leur famille et d'intervenants (Nelson et al., 1992; Stein et al., 1995; Albert et al., 1998; Furukawa et al., 1999; Tracy et Biegel, 2006; Pernice-Duca, 2010). Chez les personnes ayant des troubles de santé mentale, le soutien social est inversement lié à la sévérité des symptômes psychiatriques (Lara et al., 1997; Goldberg et al., 2003; Rogers et al., 2004; Tracy et Biegel, 2006), au fonctionnement (Goldberg et al., 2003; Buist-Bouwman et al., 2004) et à l'utilisation des services (Albert et al., 1998; Lam et Rosenheck, 1999). La qualité du soutien social est, quant à elle, positivement liée à la rémission des troubles de santé mentale (Pevalin et Goldberg, 2003; Blasco-Ros, Sánchez-Lorente, Martinez, 2010; Tempier et al., 2013), à la qualité de vie (Caron et al., 1998; 2005; Brunt & Hansson, 2002; Goldberg et al., 2003; Helgeson, 2003; Tracy et Biegel, 2006; Chou et Chronister, 2012; Fleury et al., 2013), au bien-être (Kogstad et al., 2013) et au rétablissement (voir la section 1.2.3).

Enfin, le soutien social a aussi été associé avec d'autres variables se rapprochant conceptuellement du rétablissement (selon les auteurs de ces études) : l'optimisme (Lecomte et al., 2010), l'estime de soi (Rogers et al., 2004; Eklund et Hansson, 2007), le sentiment de cohérence (Eklund et Hansson, 2007; Langeland et Wahl, 2009), le

sentiment de maîtrise (*sense of mastery*) (Eklund et Hansson, 2007) et le développement d'une identité plus positive (Forrester-Jones et Barnes, 2008).

1.2.3 Soutien social et rétablissement personnel

Ces deux construits ayant été associés conceptuellement dans les écrits sur le rétablissement, un lien statistique a d'abord été établi entre le soutien social et le rétablissement personnel dans le cadre de la validation de construit des instruments de rétablissement personnel (Corrigan et Phelan, 2004; Ahmed et al., 2013; Hasson-Ohayon et al., 2008). Le lien statistique a aussi été établi dans le cadre d'études plus larges prenant en compte différentes variables (Hendryx et al., 2009; Pernice-Duca, 2010; Roe et al., 2011; Chou et Chronister, 2012; Chang et al., 2013). Au-delà de l'établissement d'un lien statistique entre les deux construits, trois de ces études présentent des nuances importantes.

Premièrement, Corrigan et Phelan (2004) ont mesuré de façon transversale le réseau social (*Social Network Scale*), les symptômes psychiatriques (*Brief Psychiatric Rating Scale*) et le rétablissement (*Recovery Assessment Scale*) de 176 adultes ayant un trouble de santé mentale grave. Le rétablissement personnel était positivement associé à la taille du réseau et à la satisfaction par rapport au réseau. Les symptômes psychiatriques (rétablissement clinique) étaient associés négativement à la satisfaction face au réseau, mais n'étaient pas associés à la taille du réseau. Ces résultats illustrent la différence existant entre le rétablissement clinique et personnel ainsi que la différence entre l'aspect structurel et fonctionnel du soutien social.

Deuxièmement, dans une étude transversale auprès de 101 adultes présentant des troubles de santé mentale graves, Chou et Chronister (2012) ont mesuré de façon transversale la détresse liée aux symptômes, la solitude, le rétablissement, la qualité de vie et différentes dimensions du soutien social. Parmi les dimensions du soutien social mesurées, les échanges sociaux négatifs (mesurés par le *Negative Social Exchange*

Scale) étaient positivement associés à la détresse liée aux symptômes et inversement associés à la qualité de vie. Mais, les échanges sociaux négatifs n'étaient pas associés au rétablissement (mesuré par le *Mental Health Recovery Scale*). Le soutien social tangible et émotionnel (mesuré par l'*Interpersonal Support Evaluation List*) était statistiquement relié à la détresse liée aux symptômes, au rétablissement personnel et à la qualité de vie. Ces analyses soulignent la pertinence de prendre en considération la valence (positive ou négative) du soutien.

Les études de Pernice-Duca et ses collaborateurs auprès d'utilisateurs de maisons d'intervention (*clubhouse*) illustrent la distinction entre les dimensions structurelles et fonctionnelles du soutien social (mesurées par le *Social Support and Social Network Interview*). En effet, les dimensions structurelles du soutien social expliquent moins bien le rétablissement personnel (mesuré par le *Recovery Assessment Scale*) que les dimensions fonctionnelles. Ainsi, pour les dimensions structurelles, la fréquence des contacts n'était pas reliée au rétablissement (Pernice-Duca et Onaga, 2009), alors que la taille du réseau l'était dans une étude (Pernice-Duca et Onaga, 2009), mais pas dans l'autre (Pernice-Duca, 2010). Pour ce qui est des dimensions fonctionnelles, le soutien social perçu, la réciprocité et la satisfaction à l'égard du soutien étaient significativement liés au rétablissement personnel (Pernice-Duca et Onaga, 2009; Pernice-Duca, 2010; Biegel et al., 2013).

Le dernier article de cette étude (Biegel et al., 2013) est particulièrement intéressant. D'abord, les auteurs ont confirmé les liens positifs entre le rétablissement et les dimensions positives du soutien social, comme le soutien perçu et la satisfaction à l'égard du soutien auprès de 118 participants. Ensuite, ils ont aussi montré que le rétablissement était inversement lié aux aspects négatifs du soutien social, comme la négativité (*criticalness*) des membres de la famille. Enfin, ils ont montré l'importance du soutien social provenant de *la personne la plus significative* du réseau de l'utilisateur. Premièrement le soutien social était plus élevé pour *la personne la plus significative*

par opposition à *l'ensemble de la famille* sur toutes les mesures utilisées. De plus, le soutien de *la personne la plus significative* était plus prédictif du rétablissement que le soutien de l'ensemble de la famille. Cette distinction est au cœur de notre approche méthodologique où les personnes les plus significatives ont été interviewées.

En résumé, jusqu'à maintenant, les études quantitatives se sont surtout limitées à l'établissement d'un lien statistique entre le soutien social et le rétablissement. Il est maintenant bien établi qu'il existe un lien significatif entre le soutien social et le rétablissement personnel. Cependant, ces études quantitatives apportent peu d'indications sur la manière dont le soutien social influence le rétablissement. Ce constat trouve écho dans le jugement rendu par différents auteurs du champ du soutien social (Thoits, 1995; Yanos et al., 2001; Thoits, 2011; Wills et Aignette, 2012) : il existe un manque dans l'examen des « mécanismes » expliquant l'action du soutien social sur la santé physique et mentale. Spécifiquement, pour le rétablissement, Henderson (2010) souligne que : « *Le soutien social, y compris la spiritualité, avait été identifié dans des recherches antérieures comme un facteur qui facilitait le rétablissement [mais le] mécanisme par lequel cela fonctionne n'a cependant pas été exploré* » (p.7, traduction libre). Malgré ce constat sévère, les études présentées ci-dessus mettent en lumière certaines dimensions devant être prises en compte dans l'examen du lien entre le soutien social et le rétablissement. Plus précisément, ce lien semble varier selon la source du soutien (Corrigan et Phelan, 2004), selon les fonctions du soutien (Chou et Chronister, 2012) et selon la valence positive ou négative du soutien (Chou et Chronister, 2012; Biegel et al., 2013). Enfin, l'étude de Biegel et ses collaborateurs (2013) a montré l'importance de s'intéresser au soutien provenant de la personne la plus significative pour la personne en rétablissement.

Ces études présentent certaines limites. Premièrement, les devis utilisés dans les études ci-dessus ne permettent pas d'approfondir la relation entre le soutien social et le rétablissement. Ainsi, les devis transversaux quantitatifs ne permettent pas de prendre

en compte l'aspect dynamique du soutien social. La relation entre le soutien social et la santé mentale est très complexe. Il est essentiel de se doter d'une méthodologie pour saisir cette complexité. La recherche qualitative peut être une avenue pour explorer cette complexité. Par exemple, Pickens (2003) a exploré qualitativement le réseau formel et informel de quatre femmes ayant des troubles schizoaffectifs grâce à l'analyse des dossiers médicaux, d'entrevues avec chacune de ces femmes, d'entrevues avec des membres de leur réseau ($n = 26$) et d'observation participante. L'auteur a réussi à montrer la complexité des relations sociales des participantes : les quatre femmes avaient de nombreuses personnes dans leur réseau formel et informel qui remplissaient plusieurs fonctions. De plus, les interactions étaient réciproques, contrairement à ce qui est parfois affirmé à propos de ces relations. Enfin, les relations n'étaient pas que positives : une même relation pouvait être à la fois source de soutien et de conflit. L'étude de Pickens est très intéressante puisqu'elle permet de saisir la complexité des relations sociales, selon des perspectives multiples. Malheureusement, Pickens se restreint à un rôle descriptif du réseau social, sans aborder l'impact de ces relations sur la santé mentale ou le rétablissement des quatre femmes.

Des études qualitatives abordent les dimensions des relations interpersonnelles contribuant au rétablissement en santé mentale. Premièrement, Topor et ses collaborateurs (Topor et al., 2006; Davidson et al., 2005; Schon et al., 2009; Topor et al., 2011) ont interrogé 12 personnes ayant des troubles de santé mentale quant à leur processus de rétablissement et ils ont analysé, entre autres, le rôle des autres dans ce processus. Les personnes en rétablissement ont souligné trois éléments importants dans leurs relations avec leurs proches. D'abord, le fait que les proches soient demeurés présents et à leurs côtés (*standing alongside*) pendant le processus de rétablissement. Les proches peuvent aussi avoir un rôle actif de soutien, par exemple en prenant un rôle de surveillance des symptômes ou d'*advocacy* par rapport à l'équipe de soin. Enfin, les auteurs soulignent que le rétablissement est un processus social : au cours du

rétablissement, les relations interpersonnelles doivent dépasser les relations inégales de dépendance et devenir de plus en plus réciproques.

Deuxièmement, Henderson (2011) a décrit un processus de rétablissement grâce à une théorisation ancrée de la perspective de 15 personnes en rétablissement. Le processus se divise en trois étapes et il est appuyé par des facteurs internes et externes. Les facteurs externes correspondent au soutien social positif ou négatif. Le soutien est positif quand il est marqué d'acceptation, de confiance et d'engagement dans une relation réciproque. Le soutien est considéré négatif quand il est non réciproque : une relation à sens unique où, par exemple, le proche adopte une attitude de « Je sais ce qui est mieux pour toi » (p.6, *traduction libre*).

Troisièmement, Chronister et ses collaborateurs (2015) ont identifié qualitativement six domaines de soutien social grâce à six entrevues de groupe avec des personnes ayant des troubles de santé mentale graves. Ils ont attribué a posteriori des fonctions du soutien social à chacun de ces six domaines : (a) conditions de soutien (émotionnel); (b) vie quotidienne (tangibile); (c) gestion de la maladie (instrumental); (d) ressources et informations (instrumental); (e) conseil (informationnel); et (f) soutien à la participation dans la communauté (instrumental).

Finalement, un autre pan de la littérature porte spécifiquement sur le rôle des familles dans le rétablissement (voir la recension des écrits de Reupert et al., 2015). Par exemple, Aldersey et Whitley (2015) ont réanalysé les données d'un projet plus large sur le rétablissement pour montrer le rôle des familles dans celui-ci. Les familles facilitent le rétablissement en offrant du soutien moral, du soutien pratique et de la motivation pour se rétablir (Aldersey et Whitley, 2015). Par contre, les familles peuvent aussi nuire au rétablissement en agissant comme source de stress, en faisant preuve de stigmatisation ou de manque de compréhension et en forçant les hospitalisations (Aldersey et Whitley, 2015).

1.2.4 Positionnement de notre approche dans les théories sur le soutien social

De nombreuses théories ont été avancées pour expliquer l'effet du soutien social sur la santé. Il nous apparaît important de situer notre approche par rapport aux différentes théories existantes. Les recherches sur le soutien social se sont souvent appuyées, plus ou moins explicitement, sur une théorie du stress et du coping (Lakey et Cohen, 2000; Haber et al., 2007; Williams et al., 2004). Traditionnellement, deux modèles explicatifs ont été distingués : le modèle de l'effet tampon (*stress buffering hypothesis*) et le modèle de l'effet direct (*main effect*). Dans le modèle de l'effet tampon, le soutien social aurait un effet sur la santé grâce à sa modulation de l'effet du stress sur la santé de l'individu. Opérationnellement, une telle explication implique que l'effet du soutien social sur la santé serait plus important dans les situations présentant un haut niveau de stress. Le modèle de l'effet direct postule que le soutien social a un effet directement sur la santé, indépendamment du niveau de stress (Barrera, 2000; Cohen, 2004).

De manière générale, dans les recensions d'écrits, les auteurs soulignent que l'effet direct récolte plus d'appuis empiriques que l'effet tampon (Barrera, 2000; Thoits, 2011; Turner et Turner, 2013), mais que les deux modèles peuvent être considérés comme complémentaires (Kawachi et Berkman, 2001; Caron et Guay, 2005). De la même manière, dans les études auprès des personnes ayant une dépression (par ex., Lakey et Cronin, 2008) et un trouble bipolaire (par ex., Johnson et al., 1999), les conclusions des auteurs soutiennent plutôt le modèle d'effet direct. Notre recherche s'inscrit dans un modèle de l'effet direct du soutien social qui sous-tend l'effet d'un certain nombre de mécanismes agissant sur la santé des individus (Caron et Guay, 2005; Cohen, 2004).

Par ailleurs, notre recherche se situe dans une « perspective relationnelle » de l'étude du soutien social selon l'appellation de Lakey et Cohen (2000) et de Reis et Collins (2000). Les études dans cette perspective, bien que très hétérogènes, soutiennent toutes une hypothèse commune : l'impact du soutien social sur la santé reflète l'effet de mécanismes présents dans les relations interpersonnelles (Reis et Collins, 2000). Cette

perspective situe son explication dans les processus relationnels plutôt que dans la quantité de liens sociaux disponibles, dans les caractéristiques du comportement d'aide ou dans les caractéristiques intrapsychiques de l'aidé.

En résumé, plusieurs écrits montrent l'importance du soutien des proches pour le rétablissement des personnes ayant un trouble de santé mentale. Cependant, ces écrits demeurent limités quant à l'explication des mécanismes au cœur du lien entre le soutien social et le rétablissement. Les recherches qualitatives offrent une avenue intéressante pour explorer ce lien complexe. Par contre, jusqu'à maintenant, ces études s'appuient sur une logique inductive et exploratoire où les dimensions du soutien social sont accolées a posteriori (fonctions, valence, source, etc.). Cette logique limite l'accumulation et la comparaison des résultats de recherches alors qu'un appui en amont sur les recherches et théories existantes permettrait d'étudier systématiquement les dimensions du soutien social sur le rétablissement. De plus, ces études adoptent uniquement la perspective d'une seule des parties prenantes (la personne aidée). La nature du soutien social étant interactive et relationnelle, il s'avère important de l'analyser en fonction de la perspective des différentes parties prenantes. Enfin, certains écrits sur le soutien social demeurent flous quant à savoir si l'aide des professionnels constitue une forme de soutien social. Dans la documentation scientifique, la relation avec un intervenant a été abordée dans une perspective très différente du soutien social (voir la section 1.3) sous la notion de relation thérapeutique. De plus, ces deux types de relations (avec un proche et avec un intervenant) ont rarement été étudiés simultanément, a fortiori comparés empiriquement (voir la section 1.4).

1.3 Relation avec les intervenants dans le processus de rétablissement

Un consensus existe quant à l'importance de la relation entre la personne ayant un trouble de santé mentale et son intervenant (Howgego et al., 2003; Johansson et Eklund, 2003; Bell et Smerdon, 2011). Plusieurs conceptualisations de cette relation ont été

avancées, provenant majoritairement du champ de la psychothérapie (Martin et al., 2000; McGuire et al., 2001). Dans cette section, nous aborderons la définition de la relation dite thérapeutique, son lien avec le rétablissement ainsi que l'approche des facteurs communs d'efficacité. Bien que s'ancrant dans les connaissances en psychologie, la section suivante porte sur la relation avec les intervenants provenant de différentes professions.

1.3.1 Recherches sur la relation avec les intervenants

Malgré la quantité d'écrits à son propos, la relation thérapeutique demeure difficile à définir et à circonscrire (McCabe et Priebe, 2004; Priebe et McCabe, 2008). Dans le cadre de cette thèse, nous définissons la **relation thérapeutique** comme étant les sentiments, attitudes et perceptions que l'intervenant et l'aidé ont l'un envers l'autre, ainsi que la façon dont ceux-ci se manifestent (cette définition s'appuie sur celle de Gelso et Carter, 1994).

Une multitude d'appellations, de conceptions théoriques et d'opérationnalisations de la relation entre l'intervenant et la personne aidée ont été utilisées (McCabe et Priebe, 2004; Martin et al., 2000). Dans la recherche en santé mentale, la notion la plus utilisée est celle d'alliance de travail (Martin et al., 2000; Howgego et al., 2003; Stanhope et Solomon, 2008). L'**alliance de travail** comprend trois facteurs (Howgego et al., 2003; Bordin, 1979) : l'entente sur les buts, l'entente sur les tâches et l'établissement d'un lien interpersonnel. La qualité de l'alliance est statistiquement liée à différents effets : une diminution des symptômes, une amélioration du fonctionnement social et des habiletés sociales, une meilleure adhésion à la médication, une plus grande satisfaction face à l'intervention, une meilleure qualité de vie et un meilleur rétablissement (Howgego et al., 2003; McCabe et Priebe, 2004; Priebe et al., 2011; de Leeuw et al., 2012; Hicks et al., 2012).

Bien qu'ayant occupé la majorité de l'attention, l'alliance de travail n'est qu'une portion des processus relationnels en jeu en psychothérapie (Gelso et Carter, 1994; Meissner, 2006; Horvath et al., 2011). D'autres aspects de la relation avec l'intervenant ont montré leur efficacité dans le cadre d'études en psychothérapie (Norcross et Wampold, 2011; Norcross et Lambert, 2019) : l'empathie (Elliott et al., 2011), le regard positif (Farber et al., 2011), la gestion du contre-transfert (Hayes et al., 2011), la rétroaction (Lambert et Shimokawa, 2011), la prise en compte des préférences de traitement (Swift et al., 2011), la réparation des ruptures de l'alliance (Safran Muran, et Eubanks-Carter, 2011) et la congruence (Kolden et al., 2011). Ces nombreux aspects soulignent la grande interdépendance et superposition de ces différents facteurs de la relation thérapeutique ce qui révèle la nécessité d'un modèle conceptuel intégrateur (Horvath, 2005).

Une limite des études mentionnées ci-dessus est qu'elles ont majoritairement pris place dans un contexte de psychothérapie. Certains auteurs soulignent que ces résultats ne sont peut-être pas directement généralisables à d'autres contextes où l'environnement de soins et les rôles des intervenants peuvent être différents (McGuire et al., 2001; Howgego et al., 2003; McCabe et Priebe, 2004). Malgré ces mises en garde, le lien entre la qualité de la relation et les effets a aussi été vérifié dans différents contextes de soins comme le suivi dans la communauté (Hougaard, 1994; Howgego et al., 2003; McCabe et Priebe, 2004; Elvins et Green, 2008; de Leeuw et al., 2012).

Par ailleurs, une autre limite est que beaucoup d'études se sont limitées à établir un lien statistique entre une mesure de la qualité de la relation avec un résultat d'intérêt (Howgego et al., 2003; McCabe et Priebe, 2004; Elvins et Green, 2008), comme le rétablissement (voir la section 1.3.2). Un manque d'information existe quant à la manière dont la relation thérapeutique est reliée à ces effets, c'est-à-dire qu'il existe un manque d'information quant aux « mécanismes d'action » de la relation thérapeutique (Rodgers et al., 2010, p.433; Kirsh et Tate, 2006). De Leeuw et ses collaborateurs (2012)

soulignent qu'une approche purement quantitative s'avérera insuffisante pour comprendre le développement de la relation thérapeutique. Quant à eux, Elvins et Green soulignent explicitement la pertinence d'un travail qualitatif pour explorer l'interaction dyadique des participants de manière à générer des hypothèses sur les « mécanismes de changement » (Elvins et Green, 2008, p.1184).

1.3.2 Relation thérapeutique et rétablissement

La relation thérapeutique a été associée statistiquement au rétablissement (Ritholz et al., 2011; Hicks et al., 2012; Kvirgic et al., 2013; Moran et al., 2014). Par exemple, Hicks, Deane et Crowe (2012) ont mesuré le lien entre l'alliance de travail et le rétablissement auprès de 61 individus participant à un programme de suivi dans la communauté en Australie. Les auteurs ont trouvé une relation significative entre l'alliance de travail et le rétablissement, mais ils n'ont pas été en mesure d'établir la direction de cette relation.

Étonnamment, peu d'études ont analysé spécifiquement la relation thérapeutique en lien avec le rétablissement personnel des personnes ayant un trouble de santé mentale. Ce manque d'études provient peut-être de l'ambivalence du mouvement du rétablissement à l'égard de l'intervention professionnelle. En effet, très tôt, certains tenants de l'approche ont spécifié que les professionnels n'étaient pas nécessaires au rétablissement. Par exemple, la première prémisse de l'article phare d'Anthony concerne cet aspect : « Le rétablissement peut se produire sans intervention professionnelle » (Anthony, 1993, p.531, *traduction libre*).

Seules quelques études qualitatives ont tenté d'expliquer l'action de la relation thérapeutique sur le rétablissement (Borg et Kristiansen, 2004; Topor et al., 2006; Green et al., 2008; Tremblay, 2015). D'abord, Borg et Kristiansen (2004) ont exploré les caractéristiques des relations aidantes entre les professionnels et les personnes en rétablissement, selon le point de vue de ces dernières. Ces résultats sont tirés d'une

étude plus large explorant les facteurs favorisant le rétablissement. À l'aide d'entrevues avec 15 personnes ayant un trouble de santé mentale (majoritairement la schizophrénie), les auteurs ont ressorti certaines caractéristiques de la relation grâce à une approche phénoménologique. Ensuite, Green et ses collaborateurs (2008) ont effectué une étude à méthode mixte auprès de 177 usagers ayant des troubles de santé mentale graves. Grâce à une analyse qualitative des données se rapportant à la relation et à la continuité thérapeutique, ils ont ressorti huit facteurs importants pour produire une relation qui promeut le rétablissement : (a) adéquation (« fit ») et confort; (b) approche bienveillante et compatissante (écouter, comprendre, croire et connaître le patient); (c) réciprocité et amitié; (d) confiance mutuelle; (e) relation de collaboration; (f) continuité avec le même intervenant (fournit des connaissances utiles sur les traitements antérieurs et facilite la relation de collaboration); (g) compétence, flexibilité et créativité; et (h) transmission d'espoir.

Les résultats de ces deux études sont suffisamment similaires pour être rapportés conjointement (Borg et Kristiansen, 2004; Green et al., 2008). D'abord, les relations aidantes sont caractérisées comme étant bienveillance (*caring, compassionate approach*), empathique, basée sur la collaboration et le respect mutuel. L'intervenant écoute, comprend et connaît bien l'autre. Enfin, les deux études parlent d'une relation qui renvoie à un certain degré de confort, de correspondance (*good fit*) et de chimie (*good chemistry*), une relation avec un degré de réciprocité, voire une relation se rapprochant de l'amitié où la personne est considérée dans son entièreté et non seulement comme un malade.

L'étude de Borg et Kristiansen (2004) va plus loin en soulignant l'importance que l'intervenant sorte de son rôle professionnel pour faire du dévoilement de soi, recevoir et accepter de petits cadeaux et en faire un peu plus (*going that extra mile*) que ce qui est attendu dans son rôle professionnel. Cet aspect trouve écho dans l'étude de Topor et ses collaborateurs (présentée ci-dessous) où les personnes en rétablissement ont

souligné l'importance que les professionnels *en fassent plus* que ce qui est attendu d'eux et qu'ils *agissent de façon différente*. Par exemple, certains interviewés mentionnent avoir passé plus de temps que prévu avec l'intervenant ou que celui-ci ait pris des nouvelles entre les rencontres prévues.

Topor et ses collaborateurs (Topor et al., 2006; Davidson et al., 2005; Schon et al., 2009; Topor et al., 2011) ont analysé le rôle des autres (proches et professionnels) dans le cadre d'une recherche plus large sur les facteurs contribuant au rétablissement personnel. Concernant les relations avec les professionnels, les auteurs soulignent d'abord que les professionnels se voient accorder une position différente de celles des proches à cause de leurs formations, de leurs connaissances et de leurs compétences formelles. Cette position amène un sentiment de sécurité, ainsi que plus de signification et de gravité aux mêmes propos qui auraient pu être tenus par un non-professionnel. Les professionnels détiennent aussi un accès à des ressources qui peuvent se traduire en occasions nouvelles pour la personne.

Somme toute, la nature de la relation thérapeutique axée sur le rétablissement a été peu étudiée surtout en comparaison avec d'autres dimensions de la relation comme l'alliance (Flückiger et al., 2019). Un lien statistique a été établi entre la qualité de la relation et le rétablissement personnel. Quelques études qualitatives détaillent les caractéristiques des relations dites « aidantes », mais uniquement de la perspective des personnes aidées (Borg et Kristiansen, 2004; Topor et al., 2006; Green et al., 2008; Tremblay, 2015). Bien qu'intéressants, ces articles proviennent habituellement de projets de recherche plus larges sur l'ensemble des facteurs influençant le rétablissement et s'appuient peu sur la documentation antérieure.

1.3.3 Positionnement dans les théories sur la relation thérapeutique : L'approche des facteurs communs d'efficacité

Historiquement, une grande quantité de recherches en psychothérapie a tenté de comparer les différentes approches de manière à déterminer laquelle était la plus efficace. De nombreuses méta-analyses reprenant les résultats de ces études en sont arrivées à des deux conclusions importantes (Asay et Lambert, 1999; Norcross, 2002). D'abord, les psychothérapies sont efficaces : différentes formes de psychothérapies ont montré leur supériorité comparativement à un placebo. Ensuite, l'approche ou le type d'intervention a très peu d'influence sur les effets de la psychothérapie. Par exemple, pour Wampold (2001), seulement 8 % de la variance expliquée des effets de la psychothérapie proviennent des techniques et de l'approche employées. Ces deux conclusions ont amené différents auteurs à attribuer le « verdict du dodo » aux recherches en psychothérapie en référence au conte *Alice au Pays des Merveilles* : « tout le monde a gagné, tout le monde mérite un prix » (Rosenzweig, 1936, p.412). En effet, les différentes formes de psychothérapie sont efficaces, mais aucune ne peut être déclarée supérieure (Weinberger, 1995; Asay et Lambert, 1999; Miller, Duncan et Hubble, 2001; Lambert et Ogles, 2004).

Ce verdict soulève donc la question suivante : si ce ne sont pas les techniques et les approches qui sont responsables de l'efficacité des psychothérapies, quels sont les facteurs qui le sont? Plusieurs catégorisations des facteurs communs d'efficacité ont été avancées (Weinberger, 1995; Lambert et Ogles, 2004). Dans la catégorisation la plus reprise, Lambert et ses collaborateurs (Asay et Lambert, 1999; Lambert et Barley, 2001; Lambert et Barley, 2002) considèrent que les facteurs extrathérapeutiques (40 % de la variance expliquée), la relation thérapeutique (30 %) ainsi que les attentes et l'effet placebo (15 %) sont responsables de la majorité de la variance expliquée plutôt que l'approche et les techniques (15 %). Les facteurs extrathérapeutiques incluent les caractéristiques du client et les éléments extérieurs à la psychothérapie comme les événements fortuits ou le soutien social (Lambert et Barley, 2001).

Ces constats ont justifié une plus grande emphase de la recherche sur ces facteurs communs, surtout en ce qui concerne la relation thérapeutique (Frank, 1995; Lambert et Barley, 2001; Norcross, 2002). La relation entre l'intervenant et le client est probablement l'ingrédient-clé faisant consensus le plus facilement (p. ex., Bell et Smerdon, 2011) et a été décrite comme la « quintessence » des facteurs communs d'efficacité (Lingiardi et Colli, 2015, p.311). Par contre, dans la pratique, ces différents facteurs interagissent. Il est donc important d'éviter d'établir de fausses dichotomies entre la relation et les autres dimensions (McAleavey et Castonguay, 2015; Ljungberg et al., 2015; Norcross et Lambert, 2019).

L'autre concept au cœur de notre recherche est le soutien social. Dans l'approche des facteurs communs d'efficacité, le soutien social est considéré dans la catégorie des facteurs extrathérapeutiques, soit la catégorie des facteurs du client et de tout ce qui se passe à l'extérieur de la psychothérapie. Le soutien social est souvent nommé comme étant un facteur extrathérapeutique important (Roehrle et Strouse, 2008), même s'il a été peu étudié dans la recherche en psychothérapie (Barker et Pistrang, 2002; Schwartz, 2005). L'articulation entre le soutien social et la relation thérapeutique est abordée dans la prochaine section.

Pour notre recherche, les facteurs communs d'efficacité présentent trois limites majeures. Premièrement, ces recherches concernent un type d'aide spécifique : la psychothérapie. Il est possible de se questionner sur la généralisation de ces résultats à des contextes d'intervention différents. Malgré cette mise en garde, la relation thérapeutique a été montrée efficace dans différents contextes comme le suivi dans la communauté (McCabe et Priebe, 2004; Howgego et al., 2003; de Leeuw et al., 2012; Germain, Marchand, Bouchard, Guay et Drouin, 2010).

Deuxièmement, les recherches sur l'intervention professionnelle ont considéré le soutien social comme un facteur extrathérapeutique ce qui exclut *de facto* la relation

avec un intervenant comme pouvant être une forme de soutien social. En abordant simultanément la relation d'aide avec un intervenant et celle avec un proche, la présente recherche permet de comparer les mécanismes qui favorisent le rétablissement ainsi que les variables contextuelles pertinentes.

Une dernière limite de ce courant de recherche est le manque d'explicitation des effets mesurés. Sous l'appellation « d'efficacité », les auteurs évacuent l'importance du choix des effets en combinant tous les effets mesurés sans les présenter. En effet, la plupart des textes sur ce sujet ne mentionnent pas les effets qui ont été pris en compte pour tirer leurs conclusions. En remontant aux méta-analyses (p. ex., Martin et al., 2000; Flückiger et al., 2019), il est possible de voir que ces effets sont très variés, renvoyant à des conceptions très diverses de l'efficacité de l'intervention.

Malgré ces limites, l'approche des facteurs communs d'efficacité demeure pertinente pour notre recherche. D'abord, le questionnement au cœur de cette approche correspond au questionnement central de l'approche réaliste (Pawson, 2012; Emmel et al., 2018) : quels sont les éléments qui, dans l'intervention, sont responsables des effets observés? De plus, différents auteurs soulignent la proximité entre l'approche axée sur le rétablissement et l'approche des facteurs communs d'efficacité (Reisner, 2005; Tilsen et Nylund, 2008). Notamment, les auteurs d'études sur la relation axée sur le rétablissement ont souvent référé à l'approche des facteurs communs d'efficacité dans leur discussion (Borg et Kristiansen, 2004; Topor et al., 2009).

1.4 Soutien social et relation thérapeutique

De façon générale, les recherches sur le soutien social et celles sur la relation thérapeutique ont été effectuées de manière distincte. Ainsi, à notre connaissance, aucune étude n'a comparé empiriquement la relation avec un intervenant et celle avec un proche dans le cadre du rétablissement des personnes ayant des troubles de santé

mentale. Trois articles (Winefield, 1987; Barker et Pistrang, 2002; Klauer, 2005) ont proposé une comparaison théorique de celles-ci. De plus, quelques études avaient comparé différents aidants (Cowen, 1982; Toro, 1986; Milne et al., 1992), mais ces études n'avaient pas comparé les aidants les plus significatifs aux deux extrémités du continuum (proches et professionnels) et ne s'étaient pas intéressées au rétablissement. Enfin, quelques études plus récentes avaient considéré simultanément le rôle des proches et des intervenants dans le rétablissement (Topor et al., 2006; Pernice-Duca, 2008; Pernice-Duca et Onaga, 2009), mais sans comparer explicitement les deux formes d'aide et sans prendre en compte simultanément les perspectives de l'aidé et de l'aidant (professionnel ou proche aidant). Dans la présente section, nous situons les différentes formes d'aide sur un continuum et présentons les ressemblances et les différences théoriques entre le soutien social et la relation thérapeutique.

1.4.1 Différentes formes d'aide sur un continuum

La distinction entre l'aide formelle et informelle n'est pas si nette et la séparation varie en fonction des contextes et des problématiques étudiés (Rickwood et Thomas, 2012). En fait, il est préférable de positionner l'aide sur un continuum (Barker et Pistrang, 2002; Klauer, 2005; Rickwood et Thomas, 2012). Ce continuum sépare l'aide selon le niveau de formation, d'expertise professionnelle, du statut de l'aidant ainsi que du milieu où l'aide se déroule (Barker et Pistrang, 2002; Klauer, 2005). La Figure 1.2 présente notre schématisation de ce continuum.

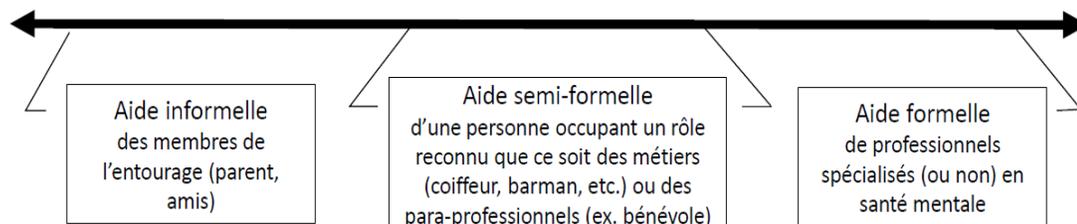


Figure 1.2 : Continuum d'aide en santé mentale

D'un côté du continuum se trouve l'aide informelle. À ce chapitre, la plupart des recherches se sont faites sous le couvert de la notion de soutien social (Barker et Pistrang, 2002, p.365). Par contre, dans son ensemble, la recherche en santé mentale aurait surtout porté sur l'aide formelle et aurait donc négligé l'aide informelle comme le soutien social (Rickwood et Thomas, 2012; Roehrle et Strouse, 2008; Park et al., 2014).

Au milieu du continuum, les auteurs placent différentes catégories d'aidants : les non-professionnels ayant une formation comme les pairs (notamment dans les groupes d'entraide), les paraprofessionnels, les corps de métiers auxquels de l'aide est demandée (comme les coiffeurs, les barmans ou les curés) ainsi que les professionnels non spécialisés en santé mentale comme les avocats ou les enseignants (Cowen, 1982; Toro, 1986; Barker et Pistrang, 2002; Klauer, 2005; Egan, 2013; McLeod et McLeod, 2015). Les effets de l'aide des paraprofessionnels semblent être comparables à ceux des professionnels (Christiensen et Jacobson, 1994; Faust et Zlotnick, 1995; Montgomery et al., 2010; Boer et al., 2015; Bryan et Arkowitz, 2015). Par exemple, dans leur méta-analyse, Boer et ses collaborateurs (2015) ont trouvé que les effets des interventions des paraprofessionnels étaient supérieurs aux groupes contrôles (notamment les listes d'attentes) et équivalents aux interventions des professionnels.

À l'autre extrémité du continuum se trouve l'aide des professionnels spécialisés en santé mentale. La recherche sur la relation d'aide professionnelle aurait surtout été faite dans le cadre d'intervention en psychothérapie au détriment des autres contextes d'interventions (Kirsh et Tate, 2006; Ljungberg et al., 2019). De plus, la recherche sur l'aide professionnelle a été critiquée pour avoir trop souvent été « basée sur une approche individualiste, qui sous-estime l'influence des contextes sociaux extrathérapeutiques sur le maintien et le succès du traitement » (Klauer, 2005, p.435, traduction libre; voir aussi Barker et Pistrang, 2002; Roehrle et Strouse, 2019).

Certains sont d'avis que le soutien social constitue un cadre théorique permettant l'étude de l'aide informelle ainsi que de l'aide formelle (Klauer, 2005; Huxley et al., 2009; Rickwood et Thomas, 2012). L'aide informelle est souvent préalable et représente la toile de fond sur laquelle se situe l'aide formelle (Milne, 1999; Pescosolido, 2011) : les clients ont habituellement recours à l'aide informelle avant et pendant qu'ils reçoivent de l'aide formelle (Barker et Pistrang, 2002). Nous pourrions peut-être aller plus loin et souligner que les intervenants offrent aussi du soutien social. Par exemple, Huxley et ses collaborateurs (2009) ont exploré a posteriori comment la relation avec un intervenant répondait aux fonctions du soutien social comme le soutien informationnel, instrumental et émotionnel. D'ailleurs, certains de ces auteurs incluaient les professionnels dans les sources du soutien social (Corrigan et Phelan, 2004; Pernice-Duca et Onaga, 2009).

1.4.2 Ressemblances et différences théoriques entre le soutien social et la relation thérapeutique

La séparation de la recherche sur le soutien social et la relation thérapeutique est étonnante et contre-productive (Barker et Pistrang, 2002) puisque ces deux concepts partagent plusieurs similarités. Conceptuellement, les deux relations réfèrent à des transactions interpersonnelles, dont le but est d'aider l'une des deux parties (Winefield, 1987). Les deux concepts renvoient donc à une relation d'aide, l'une avec un membre du réseau de soutien formel (relation thérapeutique) et l'autre avec un membre du réseau informel (soutien social).

Cependant, nous ne croyons pas qu'ils soient identiques. Certaines différences existent entre les deux concepts. D'abord, le soutien social et la relation thérapeutique renvoient à des bagages théoriques distincts (Winefield, 1987; Barker et Pistrang, 2002). Ensuite, il existe une différence dans la fréquence de l'aide, c'est-à-dire que l'aide informelle est généralement plus fréquente que l'aide formelle (Winefield, 1987; Barker et Pistrang, 2002). Aussi, à l'intérieur de ces deux relations d'aide, il existe une différence

quant à l'expertise et la préparation de l'aidant (Winefield, 1987; Barker et Pistrang, 2002), dans la similarité entre l'aidant et l'aidé (Barker et Pistrang, 2002), dans la distance émotionnelle (Winefield, 1987) et, finalement, dans la forme de la réciprocité de la relation (Winefield, 1987). Comme dans Barker et Pistrang (2002), on peut reprendre les trois catégories de Donabedian (effets, structure, processus) pour souligner que :

- Concernant les **effets**, le soutien social et la relation thérapeutique montrent chacun de leur côté des tailles d'effets comparables dans leur relation avec le rétablissement (Corrigan et Phelan, 2004; Hendryx et al., 2009; Pernice-Duca, 2010; Chou et Chronister, 2012; Hicks et al., 2012; Kvrjic et al., 2013);
- La **structure** de l'aide, soit le contexte dans lequel l'aide s'inscrit, peut différer, par exemple : le soutien social se déroulant en contexte naturel et la relation thérapeutique se déroulant souvent dans les bureaux de l'intervenant;
- Certains **processus** de l'aide semblent être comparables (comme nous le verrons dans la section 1.7), malgré un manque de recherches à ce sujet. En effet, autant Winefield (1987) que Barker et Pistrang (2002) soulignent que certains processus à l'intérieur de ces formes de relation peuvent être similaires alors que d'autres sont peut-être spécifiques à l'une ou l'autre de ces deux formes.

Bien que n'ayant jamais été comparés empiriquement, les concepts de « relation thérapeutique » et de « soutien social » ont tout de même été considérés simultanément dans un petit nombre d'études (Leibert et al., 2011). Ces études présentent cependant des résultats parfois contradictoires. D'abord, le soutien social influence le processus de demande et l'utilisation de l'aide professionnelle (Klauer, 2005; Albert et al., 1998). À ce niveau, bien que les résultats soient mitigés (*mixed*), dans l'ensemble, le soutien social diminuerait le recours à l'aide professionnelle (Klauer, 2005; Chang et al., 2014). Ensuite, une fois l'intervention entamée, la qualité du soutien social des proches serait positivement associée à la qualité perçue du soutien de la part des intervenants dans

certaines études (Bankoff, 1996; Calsyn et Winter, 2002; Tsai, Desai et Rosenheck, 2012). Cependant, cette association n'a pas été trouvée dans toutes les études (Mallinckrodt, 1996; Coyne et al., 2018). Enfin, pour les personnes en psychothérapie, le soutien social aurait un effet positif de petite taille sur les résultats de la psychothérapie (Roehrle et Strouse, 2008). Inversement, la méta-analyse de Park et ses collaborateurs (2014) rapporte que la psychothérapie a un effet (de petite à moyenne taille) sur le soutien social.

1.5 Limites des connaissances actuelles

Pour récapituler, le concept de rétablissement occupe une place importante dans les politiques publiques et la recherche. Bien que le rôle des relations interpersonnelles soit fréquemment mentionné comme favorisant le rétablissement, l'influence de la relation avec les autres sur le rétablissement — qu'ils soient des intervenants ou des proches — demeure sous-étudiée. Nous savons que le soutien social et la relation thérapeutique sont liés statistiquement au processus de rétablissement (Corrigan et Phelan, 2004; Hicks et al., 2012). Cependant, les recherches présentent plusieurs lacunes.

Premièrement, les recherches n'ont pas permis d'explorer en profondeur les mécanismes expliquant l'impact des relations d'aide (Thoits, 1995; Yanos et al., 2001; Kirsh et Tate, 2006; Henderson, 2010; Rodgers et al., 2010; Thoits, 2011; Wills et Aignette, 2012). D'un côté, les recherches quantitatives établissent des liens statistiques avec le rétablissement, mais elles n'expliquent pas les mécanismes qui, à l'intérieur de la relation d'aide, sont responsables des effets. De leur côté, les recherches qualitatives ont été faites presque exclusivement de manière inductive ou exploratoire, en s'appuyant peu sur les connaissances déjà accumulées. Sans rien enlever à la recherche inductive, la présentation de ces résultats — notamment la catégorisation des éléments efficaces dans la relation — aurait avantage à s'appuyer

sur la documentation scientifique plutôt que d'effectuer une nouvelle catégorisation à chaque étude. Qui plus est, l'explicitation des dimensions à explorer avant la collecte de données permet un examen plus systématique de ces dimensions auprès de l'ensemble des différentes personnes interrogées. Sans ce travail préalable, il est difficile de savoir si un aspect souligné (par exemple, la réciprocité de la relation) est important pour un seul participant (par exemple, l'aidé) ou pour les différents acteurs (incluant les aidants). De plus, souvent, les recherches dont sont tirés les articles utilisés ne visaient souvent pas spécifiquement à analyser la relation avec les personnes en rétablissement. Par exemple, les études qualitatives détaillant les aspects des relations favorisant le rétablissement (Borg et Kristiansen, 2004; Topor et al., 2006; Green et al. 2008) ne s'intéressaient pas spécifiquement aux relations d'aide, mais à l'ensemble des aspects favorisant le rétablissement ce qui limite la profondeur de l'analyse effectuée. Le même constat s'applique à la plupart des recherches qualitatives sur le rôle des proches dans le rétablissement (Henderson, 2011; Topor et al., 2006; Aldersey et Whitley, 2015) à l'exception de Chronister et ses collaborateurs (2015).

Deuxièmement, bien que suggérant que leur étude s'applique à l'ensemble des personnes en rétablissement, ces études ont interrogé surtout des personnes ayant des troubles psychotiques (Borg et Kristiansen, 2004; Topor et Denhov, 2012; Hicks et al., 2012; Kvrjic et al., 2013) ou elles n'ont pas rapporté les diagnostics des personnes interrogées (Green et al., 2008). Nous proposons donc de concentrer notre recherche sur les personnes ayant un trouble dépressif, anxieux ou bipolaire qui ont moins fait l'objet de recherches sur le rétablissement. Ces troubles sont les plus fréquents, autant dans la population générale (Gouvernement du Québec, 2012) que parmi les utilisateurs de services en santé mentale où elles représentent près de 60% de la clientèle (Benigeri, 2007). Ces troubles sont traités simultanément puisque la présence simultanée de plus d'un de ces troubles chez une même personne est très fréquente (Roy-Byrne et al., 2008; Lamers et al., 2011).

Troisièmement, les études présentent une image partielle du phénomène étudié puisqu'elles n'ont interrogé que les personnes en rétablissement sans interroger leurs aidants. Plusieurs travaux soulignent les différences entre les perspectives des intervenants et celles des clients (Langhoff et al., 2008; Bachelor, 2013; Jacob et al., 2017). De plus, plusieurs recherches sur le soutien social mentionnent que leurs résultats auraient été bien différents si plus d'une perspective avait été considérée (Goldberg et al., 2003; Pernice-Duca, 2010; Kogstad et al., 2013; Aldersey et Whitley, 2015). Ainsi, en accord avec des auteurs de différents horizons (Stein et al., 1995; Lakey et al., 1996; Horvath, 2005; Perreault et al., 2005; Norcross et Wampold, 2011; Jacob et al., 2017), nous croyons qu'il est essentiel d'analyser la relation selon la perspective des différents acteurs impliqués. L'idée n'est pas ici de considérer les différences comme des erreurs méthodologiques, mais plutôt comme des différences réelles dans leurs visions de la relation (Pescosolido et Wright, 2004; Rose et al., 2006). À notre connaissance, peu d'études ont comparé plus d'une perspective dans la recherche sur les relations interpersonnelles et le rétablissement en santé mentale et encore moins d'études l'ont fait avec trois perspectives : celles de l'aidé, du proche et de l'intervenant (en guise d'exceptions voir les travaux de Fisher et al., 2002; Noisieux et al., 2010; Lasalvia et al., 2012).

Finalement, plusieurs auteurs ont souligné implicitement (p. ex., Huxley et al., 2009) ou explicitement (p. ex., Barker et Pistrang, 2002) l'importance des méthodes qualitatives pour la recherche sur les relations d'aide. Ces voix se joignent aux auteurs recommandant la conduite de recherches qualitatives pour l'étude du rétablissement (Stanhope et Solomon, 2008; Amering et Schmolke, 2009; Lasalvia et al., 2012) et de l'intervention en santé mentale (Goering et al., 2008). Les méthodes qualitatives sont particulièrement pertinentes pour comprendre l'influence du contexte sur les processus, distinguer les processus importants dans une réalité complexe, prendre en compte l'histoire individuelle et celle de la relation interpersonnelle (Maxwell, 2012a; 2012b; Patton, 2015; Creswell et Poth, 2018). De plus, les méthodes qualitatives permettent de

donner la parole aux populations plus vulnérables comme les personnes en rétablissement (Poupart, 1997), mais aussi les aidants dont la voix est rarement considérée (Rose et al., 2006; Jacob et al., 2017). Cette prise de parole est particulièrement pertinente dans le cadre du rétablissement en santé mentale (Davidson et al., 2008).

Pour palier à certaines de ces limites, notamment le manque l'examen approfondi du mécanisme au cœur de la relation avec un proche aidant et de la relation avec un intervenant, le réalisme critique est un paradigme qui a le potentiel de mieux opérationnaliser la notion de mécanisme. Ce paradigme est présenté dans la section suivante.

1.6 Cadre d'analyse : le réalisme critique

Récemment porté à l'avant-scène à cause de son influence dans le champ de l'évaluation de programmes (Pawson et Tilley, 1997) et de la recension systématique des écrits (Pawson, Greenhalgh, Harvey et Walshe, 2005), le réalisme critique est un courant de la philosophie des sciences qui, d'une certaine manière, prend place entre le post-positivisme et le constructivisme :

In this context, 'realism' refers to a philosophy of science which sits, broadly speaking, between positivism ('there is a real world which we can apprehend directly through observation') and constructivism ('given that all we can know has been interpreted through human senses and the human brain, we cannot know for sure what the nature of reality is'). Realism agrees that there is a real world and that our knowledge of it is processed through human senses, brains, language and culture. However, realism also argues that we can improve our understandings of reality because the 'real world' constrains the interpretations we can reasonably make of it. (Wong et al., 2012, p.91)

Plus précisément, il est possible de situer le réalisme critique selon les quatre dimensions des paradigmes de philosophie des sciences (p. ex., Nelson & Prilleltensky,

2010). Au niveau de l'ontologie, le réalisme critique reconnaît qu'un monde extérieur existe, que cette appréhension du « réel » passe à travers les processus sensoriels, de la cognition, des émotions, du langage et de la culture de la personne. Il reconnaît aussi que la réalité dépasse ce qu'on est capable de mesurer. Au niveau épistémologique, le réalisme critique considère nos connaissances comme incomplètes, mais perfectibles et vise donc à se rapprocher de la vérité (Pilgrim, 2020). Au niveau axiologique/politique, ce paradigme tient compte de l'influence sur nos actions de notre positionnement, de nos valeurs et des rapports de pouvoir. Enfin, au niveau méthodologique, il a une visée explicative (Clark, 2008; Groff, 2010) et met l'emphase sur la triangulation des contextes, des perspectives et des méthodes (Clark, 2008; Maxwell, 2012a).

À cause de ce positionnement, le réalisme critique constitue donc un cadre d'analyse très pertinent pour le sujet à l'étude. Les travaux explorant l'influence des relations interpersonnelles sur le rétablissement s'inscrivent souvent dans l'une des deux positions suivantes. D'un côté, dans le pôle constructiviste, plusieurs recherches se sont inscrites dans une perspective purement descriptive de l'expérience de rétablissement des individus (p. ex., Borg et Kristiansen, 2004; Topor et al., 2006; 2011). De l'autre côté, dans une perspective post-positiviste, de nombreuses recherches se sont contentées d'établir un lien statistique entre le rétablissement et la relation d'aide — que ce soit l'alliance de travail (p. ex., Hicks et al., 2012) ou le soutien social (p. ex., Corrigan et Phelan, 2004).

Avec sa visée explicative (Clark, 2008; Groff, 2010; Pilgrim, 2020), le réalisme critique a le potentiel de faire avancer ce champ de connaissances. Au cœur de l'explication réaliste se trouve la notion de « mécanisme » qui permettra de modéliser les processus qui, à l'intérieur des relations d'aide, influencent le rétablissement. Plusieurs auteurs ont appelé les recherches futures à dépasser l'établissement du lien statistique entre les relations interpersonnelles et les effets sur la santé (ici le rétablissement), pour en

arriver à une explication des mécanismes au cœur de ce lien (Yanos et al., 2001; Elvins et Green, 2008; Rodgers et al., 2010; Wills et Aignette, 2012). Bien que le terme « mécanisme » soit souvent employé, aucun auteur n'offre de définition de ce concept. De plus, aucun des auteurs mentionnés ci-dessus n'y réfère dans le cadre du réalisme critique comme nous le proposons. Nous définissons le **mécanisme** comme une « explication de la constitution, des interrelations et des comportements de ces processus qui sont responsables des effets » (Pawson et Tilley, 1997, p.68, *traduction libre*). Le mécanisme est donc une théorie de moyenne portée expliquant comment les processus (ici au sein des relations interpersonnelles) entraînent des effets sur le rétablissement (Pawson et Tilley, 1997; Pawson, 2013; Astbury et Leeuw, 2010). Ici, un mécanisme est une modélisation des processus relationnels expliquant le rétablissement dans un contexte et des circonstances donnés.

Enfin, l'explication réaliste n'est pas fixe, mais contingente : elle reconnaît l'importance des variables contextuelles. Le mécanisme s'inscrit dans un contexte qui détermine sa mise en action et son effet (Pawson et Tilley, 1997; Henry, 2004). Plusieurs auteurs ont mentionné l'importance du contexte pour analyser l'effet des relations interpersonnelles sur la santé mentale (Pescosolido et Wright, 2004; Priebe et McCabe, 2008). Ici, les **variables contextuelles** sont définies comme étant des éléments qui, à différents niveaux écologiques, peuvent activer un mécanisme ou en modifier l'action (Jagosh et al., 2012). En nous appuyant sur les niveaux systémiques du réalisme critique (Vendenberghe, 2007; Paswon, 2013), nous portons attention à quatre niveaux de variables contextuelles : le niveau individuel (p. ex., sexe, âge, diagnostic, etc.), interactionnel (caractéristiques de la relation et du milieu dans lequel elle s'inscrit), institutionnel (l'offre de services en santé mentale ou la famille élargie) et infrastructurel (contexte social, économique et culturel). Les principaux mécanismes à l'étude sont présentés en détail dans les prochaines sections.

1.7 Cadre conceptuel préliminaire : Les mécanismes putatifs de la relation d'aide

Un constat ressort de l'état des connaissances sur la relation thérapeutique et le soutien social : un manque de connaissances demeure quant aux mécanismes expliquant l'effet des relations d'aide et aux variables contextuelles influençant ces mécanismes. La présente section vise à résumer les mécanismes qui, dans les relations d'aide, ont potentiellement un effet sur le rétablissement des personnes ayant des troubles de santé mentale.

Quelques remarques s'imposent avant de présenter les mécanismes. D'abord, les mécanismes présentés sont dérivés de la documentation scientifique. Ils proviennent d'une synthèse des écrits concernant les mécanismes de la relation thérapeutique (Lauzier-Jobin, 2014) et des écrits sur l'effet du soutien social sur le rétablissement (Lauzier-Jobin et al., 2014). Ensuite, les mécanismes présentés ci-dessous sont putatifs, c'est-à-dire qu'on en présuppose l'existence. Ils ont servi de guide à la collecte et l'analyse des données. De manière à pouvoir comparer les deux types de relations, nous avons postulé que les mécanismes présentés ici sont communs aux deux types de relations d'aide. Cependant, il n'était pas exclu qu'un mécanisme puisse se manifester uniquement dans un type de relation d'aide, s'y manifester de manière distincte ou que de nouveaux mécanismes puissent émerger. Par ailleurs, les mécanismes ne sont pas nécessairement mutuellement exclusifs. Enfin, ils ont été nommés en référence aux fonctions du soutien social (présentées dans la section 1.2.3) auxquelles ils se rapprochaient.

La première catégorie de mécanismes est **la présence**. Dans sa plus simple expression, le fait de savoir qu'un lien est établi semble être bénéfique en soi. Ainsi, le fait d'« être là », d'« être présent », accessible et d'être régulièrement en contact a été ressorti comme bénéfique autant dans les relations avec un proche (Thoits, 2011) que dans les relations avec un professionnel (Kirsh et Tate, 2006). Une des fonctions du soutien

social fait référence à cette dimension : le sentiment d'appartenance (*belonging and companionship*), soit de se sentir accepté et inclus dans une relation ou dans un réseau social (Thoits, 2011).

Une seconde catégorie de mécanismes relève du **soutien émotionnel** qui renvoie à l'ensemble des émotions qui sont transmises et ressenties par les acteurs : amour, intérêt, attention, empathie, ventilation et validation des émotions (Thoits, 2011; Kawachi et Berkman, 2001). Dans la documentation sur la relation thérapeutique, le soutien émotionnel entre l'aidé et l'aidant est appelé « climat émotionnel », « chimie personnelle » ou « *fit* » (Green et al., 2008). De plus, plusieurs caractéristiques du professionnel peuvent permettre de décrire cette chimie : gentil, amical, patient attentif, concerné, chaleureux, intérêt authentique, etc. (Denhov et Topor, 2011; Borg et Kristiansen, 2004; Ware et al., 2004). Cette dimension émotionnelle semble étroitement liée au dialogue, à la parole et à l'écoute. Par exemple, Ware et ses collaborateurs (2004) soulignent l'importance du dialogue dans l'intervention où, pour l'aidé, avoir la chance de parler est cathartique et permet de résoudre les problèmes. L'aidant peut écouter de façon passive ou de façon plus active en questionnant, en faisant des commentaires ou en démontrant de l'intérêt (Denhov et Topor, 2011; Topor et Denhov, 2012).

Une troisième catégorie de mécanismes renvoie au soutien axé sur le problème (*active coping assistance*) soit aux actions permettant d'agir directement sur le problème : fournir des informations, des conseils et des rétroactions (Thoits, 2011). Deux fonctions du soutien social peuvent être incluses dans ce « **soutien actif** » : le soutien informationnel et le soutien instrumental. Dans la documentation scientifique sur l'intervention professionnelle, cette dimension semble liée à l'aspect « thérapeutique » de la relation qui est ressorti par plusieurs usagers – bien que ce qui est considéré comme thérapeutique varie beaucoup d'une personne à l'autre (Borg et Kristiansen,

2004). Dans l'approche des facteurs communs d'efficacité, cette dimension renverrait à l'approche et aux techniques de l'intervenant.

Une quatrième catégorie de mécanismes concerne **le pouvoir et l'influence**. Le pouvoir est présent dans les relations d'aide, il peut prendre plusieurs formes qui peuvent être implicites ou explicites dont celle de l'influence interpersonnelle (Nadler, 2002; Cutcliffe et Happell, 2009; Grose et al., 2014). Nous définissons simplement le pouvoir comme étant l'habileté de changer intentionnellement son environnement ou soi-même (McCubbin, 2009). Dans l'intervention professionnelle, le pouvoir peut se manifester, entre autres, par le discours et le jargon utilisés, les prises de décisions, les rôles attribués et les règles qui leurs sont associées ainsi que dans les notions de confiance, de choix, de contrôle et d'empowerment (Laugharne et Priebe, 2006; Cutcliffe et Happell, 2009; Laugharne et al., 2012). Il a déjà été mentionné que Topor et ses collaborateurs (p. ex., Topor et al., 2006) soulignaient la position différente que se voient accorder les professionnels à cet égard. Le pouvoir est aussi présent dans la relation d'aide informelle. Notamment, les liens sociaux agiraient sur la santé par l'intermédiaire de l'influence sociale (Kawachi et Berkman, 2001; Thoits, 2011; Lepore, 2012).

Les écrits sur les éléments facilitateurs de la relation thérapeutique ont souligné aussi l'importance d'une relation égalitaire, d'une relation « personne à personne » où le pouvoir et les choix sont partagés (Dziopa et Ahern, 2009; Ware et al., 2004; Kirsh et Tate, 2006). Ces éléments se rapprochent de la notion de **réciprocité** qui est présente autant dans la documentation sur la relation thérapeutique (Topor et Denhov, 2012; Borg et Kristiansen, 2004) que dans les écrits sur le soutien social (Buunk et al., 1993; Buunk et Schaufeli, 1999).

CHAPITRE II

MÉTHODOLOGIE

« One way in which the field might progress is for researchers to identify generic processes of psychological helping, such as establishing a helping relationship, making meaning, and promoting change, in a variety of helping contexts. This research will probably entail using both discovery-oriented, qualitative methods as well as more traditional quantitative approaches. Theories developed in one setting can then be tested out and refined in other ones. The ultimate goal is to develop a theory of how human relationships can lead to positive psychological change. » (Barker et Pistrang, 2002, p.375)

2.1 Objectifs général et spécifiques

Notre recherche vise à comprendre comment les relations d'aide influencent le rétablissement des personnes ayant un trouble de santé mentale. Notre question de recherche est : *Comment les mécanismes à l'intérieur des relations avec un proche et avec un intervenant influencent-ils le rétablissement des personnes ayant un trouble dépressif, anxieux ou bipolaire?*

Plus spécifiquement, les objectifs suivants sont poursuivis :

1. Décrire les mécanismes par lesquels les relations avec un proche favorisent ou nuisent au rétablissement;

2. Décrire les mécanismes par lesquels les relations avec un intervenant favorisent ou nuisent au rétablissement;
3. Identifier les similitudes et les différences quant aux relations d'aide avec les proches et avec les intervenants.

Pour répondre à cette question et atteindre ces objectifs, nous avons effectué des entrevues individuelles auprès des personnes en rétablissement, de leur proche aidant le plus significatif et de leur intervenant le plus significatif. Ci-dessous sont présentés la procédure de recrutement des participants, la méthode de cueillette et d'analyse des données ainsi que les critères de scientificité et les enjeux éthiques de notre recherche.

2.2 Participants et procédure

Cette recherche est une étude qualitative basée sur des entrevues individuelles semi-structurées ($N = 45$) avec des personnes en rétablissement ($n = 15$), un de leur proche ($n = 15$) et un de leur intervenant ($n = 15$). Ainsi, de manière à obtenir de multiples perspectives sur une même situation, chaque personne en rétablissement a identifié les deux aidants qui ont le plus contribué à son rétablissement : un proche et un intervenant. Le **proche aidant** est défini comme un aidant provenant du réseau de soutien informel comme un conjoint, un membre de la famille, un ami, un collègue ou un voisin. L'**intervenant** est défini comme un aidant rémunéré que celui-ci soit un professionnel au sens du *Code des professions* ou non et qu'il travaille en milieu institutionnel, communautaire ou en pratique privée.

Le recrutement des participants a commencé par les personnes en rétablissement recrutées par le biais d'affiches dans deux organismes communautaires de Montréal (*Revivre* et *Suivi Communautaire Le Fil*). *Revivre* est un organisme communautaire venant en aide aux personnes aux prises avec des troubles dépressif, anxieux ou bipolaire par des services de référence, des séances d'information, des groupes d'entraide et d'autogestion ainsi que des consultations individuelles. *Le Fil* est un

organisme communautaire offrant du soutien communautaire et de l'accompagnement à des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale graves. Ces organismes ont été choisis puisqu'ils offraient des services à la clientèle visée, ils étaient sur le territoire montréalais et des partenariats avec eux avaient déjà été effectués avec le laboratoire de recherche. Des représentants de chacun de ces organismes ont été rencontrés avant le début de la recherche par l'étudiant afin de leur présenter le but de la recherche et ses modalités.

Les personnes en rétablissement intéressées à participer devaient appeler au numéro de téléphone indiqué sur les affiches pour y laisser un message vocal. Par la suite, elles étaient contactées par l'étudiant pour un court entretien téléphonique qui permettait d'énoncer le but de la recherche, la nature de la participation attendue, les modalités de collecte de données et de confidentialité (voir le *Guide entretien téléphonique avec la personne en rétablissement*, en Annexe A). De plus, l'entretien téléphonique offrait l'occasion de vérifier si la personne remplissait les critères de sélection. L'entretien téléphonique se terminait avec une autorisation verbale à communiquer avec les deux aidants identifiés (un proche et un intervenant). Concernant les critères de sélection, les personnes en rétablissement recrutées devaient :

- a) être âgé de 18 ans et plus;
- b) parler français;
- c) avoir eu un diagnostic de trouble dépressif, anxieux ou bipolaire, minimalement douze mois avant l'entrevue (autorapporté);
- d) se considérer en rétablissement (autorapporté);
- e) avoir la capacité à répondre aux questions d'entrevues, c'est-à-dire ne pas avoir d'incapacité limitant sa participation à l'entrevue (par exemple, une déficience sévère);

- f) ne pas avoir une sévérité de symptômes élevée telle que mesurée par le Patient Health Questionnaire (PHQ-9) et le Generalized Anxiety Disorder (GAD-7)²;
- g) avoir la capacité et la volonté de nous désigner deux aidants significatifs (un intervenant et un proche) qui seront interviewés sur leur rôle d'aidant.

Chacun des deux aidants était à son tour contacté par téléphone pour être invité à participer à la recherche. Un court entretien téléphonique (voir le *Guide de l'entretien téléphonique avec un aidant*, en Annexe A) permettait d'énoncer le but de la recherche, la nature de la participation attendue, les modalités de collecte de données et de confidentialité. Les critères de sélection pour les aidants étaient :

- a) avoir été identifié par la personne en rétablissement comme ayant significativement contribué à son rétablissement;
- b) être âgé de 18 ans et plus;
- c) parler français;
- d) avoir la capacité et la volonté de répondre aux questions d'entrevues, c'est-à-dire ne pas avoir d'incapacité limitant sa participation à l'entrevue (par exemple, une déficience sévère).
- e) Pour les intervenants, avoir l'autorisation de leur établissement d'appartenance pour participer à la recherche (une entente préalable avait été effectuée pour les intervenants des deux lieux de recrutement).

Une fois les deux aidants contactés, un rendez-vous était fixé avec la personne en rétablissement et ses aidants. Les entrevues avec les membres d'une même triade ont été effectuées individuellement et ont eu lieu, autant que possible, durant la même semaine, en débutant par la personne en rétablissement. Il s'agit donc d'un

² Mesurant la sévérité des symptômes dépressifs, le PHQ-9 comprend 9 items cotés de 0 à 3 pour un total de 0 à 27, un score de 20 et plus représente une sévérité élevée (grave). Mesurant la sévérité des symptômes anxieux, GAD-7 comprend 7 items cotés de 0 à 3 pour un total de 0 à 21, un score de 15 et plus représente une sévérité élevée (grave). Une liste de référence était disponible si l'un des participants avait eu une sévérité des symptômes « grave », mais la situation ne s'est pas présentée.

échantillonnage de type intentionnel, d'abord basé sur des critères théoriques, puis par référencement (Patton, 2002; 2015). Quinze triades ($N = 45$) ont été recrutées de manière à atteindre une saturation des données satisfaisante, c'est-à-dire que les données se répètent, que de nouvelles données n'émergent plus. Après avoir recruté onze triades, la très grande majorité des personnes en rétablissement étaient des femmes (10 femmes et 1 homme). La décision a été prise d'effectuer une nouvelle vague de recrutement ciblant les hommes. Les quatre triades suivantes avaient donc un homme comme personne en rétablissement. Une demande de modification éthique a dûment été remplie et acceptée (le 15 juin 2016). L'affiche originale et l'affiche modifiée pour le recrutement des hommes se trouvent en Annexe B. Au final, 24 personnes nous ont appelé pour participer : quatre ne remplissaient pas les critères, deux ont changé d'idées (retrait) et trois se sont retirés suivant le refus de leur aidant de participer.

Les participants étaient majoritairement des femmes autant chez les personnes en rétablissement (10 femmes, 5 hommes), les proches aidants (9 femmes, 6 hommes) que les intervenantes (11 femmes, 4 hommes). Les personnes en rétablissement avaient en moyenne 54,4 ans ($ET = 12,4$) et déclaraient avoir des troubles bipolaires (8), dépressifs (6) et anxieux (5). Les proches aidants étaient des amis (6), des conjoints (5) ou des membres de la famille (deux sœurs, un père et une fille). Les intervenantes travaillaient en pratique privée (6), dans le réseau public (6) ou dans le milieu communautaire (3). Cinq (5) étaient des psychologues, trois étaient travailleuses sociales (3), infirmières (3) intervenantes en milieu communautaire (3) et une (1) était ergothérapeute.

Les entrevues ont eu lieu dans un lieu calme et discret au choix de la personne interviewée : au domicile, au travail ou dans les bureaux du Laboratoire Vitalité à l'UQAM. Les entrevues étaient d'une durée d'environ 90 minutes. Toutes les entrevues ont été effectuées par l'étudiant. Avant de débiter chacune des entrevues,

l'intervieweur a présenté verbalement le but de la recherche, la nature de la participation attendue et les enjeux éthiques. Après cette présentation, l'intervieweur a pris le temps de répondre à tous les questionnements de l'interviewé, puis un formulaire de consentement a été présenté et signé en deux copies, dont une conservée par l'interviewé et l'autre par l'intervieweur (voir le formulaire de consentement en Annexe C). Chaque entrevue a été enregistrée et retranscrite.

2.3 Méthode de cueillette des données

Les données de cette recherche ont été recueillies au moyen d'entrevues individuelles semi-structurées. Il s'agit d'un moyen privilégié pour obtenir le point de vue des acteurs sur leur vécu, leurs comportements et leur façon de penser (Poupart, 1997; Robson, 2002). Les entrevues semi-structurées sont une méthode de cueillette de données où l'intervieweur pose à l'interviewé une série de questions ouvertes prédéterminées (questions principales) et, selon les réponses obtenues, certaines questions de relance (Robson, 2002; Ayres, 2008a). Les guides d'entrevues détaillent les consignes d'entrevue, les questions principales et les questions de relance (voir Annexes D, E et F). Les mêmes thèmes ont été abordés avec chaque membre de la triade, mais dans un souci de confidentialité, les informations n'étaient pas transmises aux autres participants.

Typiquement du paradigme du réalisme critique, la comparaison était au cœur de notre recherche. D'un côté, la triangulation des points de vue à l'intérieur de chaque triade permet une vision plus détaillée et plus juste de la réalité étudiée (Noiseux et al., 2010). De l'autre côté, nous souhaitons comparer les relations d'aide avec un proche et avec un intervenant. En analyse qualitative, la comparaison requiert un certain niveau de structure dans la collecte de données et dans l'analyse des données (Guest, McQueen et Namey, 2011). La comparaison a été facilitée par l'explicitation de la stratégie de collecte, de gestion et d'analyse de données ainsi que par l'utilisation d'un logiciel

d'analyse qualitative, NVivo10 de QSR International (Bassett, 2010; Guest, McQueen et Namey, 2011).

Chacune des entrevues était divisée en deux parties. La première partie de l'entrevue comportait des questions ouvertes, alors que la seconde partie comportait des questions plus dirigées. Cette première partie des entrevues abordait le contexte de la relation, le soutien social positif et négatif, la relation thérapeutique (s'il y a lieu) et les processus relationnels auxquels il est possible d'attribuer des effets. Les entrevues tentaient de décrire les relations d'aide grâce à des exemples concrets de façon à détailler ce qui s'y était produit (processus), le contexte et les effets de cette relation. L'entrevue débutait avec des questions moins dirigées (ex., histoire de la relation) et finissait avec des questions plus dirigées, dont la question au cœur du chapitre 5 : « *Quelle est la différence entre l'aide de [proche] et celle de [l'intervenant]?* ».

Plus directive, la seconde partie a permis de comparer les mécanismes remplis par le proche aidant, l'intervenant et l'ensemble des autres membres du réseau social de la personne atteinte d'un trouble de santé mentale. Découlant des synthèses des écrits présentés dans la section 1.7 Cadre conceptuel préliminaire, trois questions ont été formulées pour chacune des quatre catégories de mécanismes anticipés. Lorsque possible, la formulation des questions s'inspirait de celles de l'*Échelle de provisions sociales* (ÉPS; Cutrona et Russel, 1987; Caron, 1996) et de Houle (2005). Comme dans le travail de Cutrona (1989), l'un des auteurs de l'ÉPS, cette seconde partie comportait des questions spécifiques adressées à chaque acteur : personne en rétablissement, proche et intervenant. Le Tableau 2.1 reprend les questions pour l'aidée et l'aidant (proche et intervenant) en spécifiant les mécanismes auxquels elles réfèrent. Cette seconde partie était effectuée à la fin de l'entrevue pour éviter d'influencer les réponses plus générales de la première partie. La dernière partie de chaque guide d'entrevue détaille aussi ces questions fermées (voir Annexes D, E et F).

Tableau 2.1 : Questions de la seconde partie de l'entrevue

#	Questions à la personne en rétablissement	Questions à l'aidant	Catégories de mécanismes anticipés
1	Avec qui pouvez-vous discuter si vous avez des décisions importantes à prendre?	Croyez-vous que _____ vient discuter avec vous lorsqu'il-elle a des décisions importantes à prendre?	Soutien actif
2	Quelles sont les personnes à qui vous pouvez vous confier, parler librement de vos problèmes et recevoir du soutien émotif?	Est-ce que _____ se confie à vous? Est-ce que _____ vous parle de ses problèmes?	Soutien émotif
3	Quelles sont les personnes qui partagent vos attitudes, vos croyances, vos intérêts et vos préoccupations?	Partagez-vous les croyances, attitudes, intérêts et préoccupations que _____ ?	Présence
4	En qui avez-vous confiance?	Croyez-vous que _____ a confiance en vous?	Pouvoir, influence, réciprocité
5	Quelles sont les personnes sur qui vous pouvez compter pour vous apporter une aide concrète et matérielle, particulièrement lorsque vous êtes mal pris?	Fournissez-vous une aide concrète et matérielle à _____ ?	Soutien actif
6	Qui vous permet de les aider, eux, en retour?	Est-ce que _____ vous aide à son tour?	Pouvoir, influence, réciprocité
7	Quelles sont les personnes à qui vous êtes très attachées? Avec qui ressentez-vous un lien affectif fort?	Considérez-vous avoir un lien affectif fort avec _____ ?	Soutien émotif
8	Quelles sont les personnes qui sont présentes et disponibles pour vous?	Considérez-vous être présent et disponible pour _____ ?	Présence
9	Qui vous fait sentir bon et compétent? Qui souligne vos forces et vos habiletés?	Est-ce que vous soulignez les forces et les habiletés de _____ ?	Validation
10	Dans quelle relation avez-vous du pouvoir, par exemple sur la prise de décision?	Dans votre relation avec _____, qui a le pouvoir, par exemple dans la prise de décision?	Pouvoir, influence, réciprocité
11	De qui recherchez-vous les conseils et les points de vue?	Est-ce que vous donnez des conseils ou des points de vue à _____ ?	Soutien actif
12	Quelles sont les personnes qui vous font sentir inclus ou qui vous donnent un sentiment d'appartenance?	Considérez-vous donner un sentiment d'inclusion ou d'appartenance à _____ ?	Présence

Les entrevues semi-structurées représentaient la méthode de cueillette de données principale. En plus de celles-ci, l'étudiant a écrit des mémos (Maxwell, 2012b) servant à colliger ses réflexions tout au long de la recherche. Ces mémos ont permis au chercheur d'explicitier ses réflexions sur les aspects méthodologiques et théoriques de la recherche.

2.4 Gestion et analyse des données

Les enregistrements des entrevues ont été transcrits par un auxiliaire de recherche. Les transcriptions (verbatim) ont été transférées dans un logiciel d'analyse qualitative (NVivo10 de QSR International) de manière à faciliter la gestion des données, leur codification et leur extraction (Bassett, 2010). Les données ont été analysées selon la méthode de l'analyse thématique présentée ci-dessous.

L'analyse thématique est une stratégie de réduction et d'analyse des données qualitatives, visant à capturer les concepts essentiels dans un corpus de données (Ayres, 2008b). L'analyse thématique peut s'effectuer dans une approche inductive ou déductive (Braun et Clarke, 2006; Joffe, 2012; Willig, 2013)³. Dans une approche inductive, les codes émergent des données, sans a priori théorique (Braun et Clarke, 2006; Willig, 2013). Tandis que dans une approche déductive à l'analyse thématique, les thèmes seraient développés avant la codification en se basant sur une théorie ou des

³ Hsieh et Shannon (2005) effectuent une distinction similaire entre le *conventional content analysis* (inductif) et le *direct content analysis* (déductif). Cependant, en accord avec Joffe (2012) et Braun et Clarke (2006), nous utilisons l'analyse thématique plutôt que l'analyse de contenu. L'analyse thématique s'ancre dans la tradition de l'analyse de contenu, mais se distingue, entre autres, par la taille des unités de sens analysées et la quantification des thèmes (Braun et Clarke, 2006).

recherches antérieures (Braun et Clarke, 2006; Willig, 2013), voire en appliquant une liste de codes établis dans une autre recherche (Boyatzis, 1998).

Ces approches représentent deux pôles d'un même continuum. Notre approche se situe entre les deux, quoique plus près du pôle déductif : une liste de codes a été développée en s'appuyant sur la documentation scientifique telle que résumée dans le cadre conceptuel préliminaire, mais les codes ont été révisés et raffinés en s'appuyant sur des données ayant émergé (Hsieh et Shannon, 2005; Braun et Clarke, 2006; Zhang et Wildemuth, 2009; Joffe, 2012). Ce choix d'une approche plus déductive s'appuie sur la question de recherche ainsi que l'état des connaissances sur le soutien social et la relation thérapeutique (Hsieh et Shannon, 2005). De plus, en analyse qualitative, la comparaison requiert un niveau de structure plus important dans l'analyse des données (Guest, McQueen et Namey, 2011).

Malheureusement, il existe peu de descriptions de démarches pour effectuer une analyse thématique dans une approche déductive (Guest, McQueen et Namey, 2011). La démarche d'analyse thématique que nous avons suivie s'inspire des étapes de Braun et Clarke (2006). Cependant, quelques modifications ont été effectuées pour rendre compte de la nature plus déductive de l'analyse et y inclure une composante de validation intercodeur. Le Tableau 2.2 ci-dessous résume les six étapes qui ont été suivies. Les étapes sont présentées de manière séparée, mais il s'agit plutôt d'un processus itératif (Braun et Clarke, 2006; Zhang et Wildemuth, 2009). Étant donné que les termes d'analyse qualitative sont parfois utilisés de façon indifférenciée, le Tableau 2.3 définit les principaux termes tels qu'utilisés ici.

Tableau 2.2 : Étapes de l'analyse thématique

Étapes	Descriptions
Étape 1	Préparation et familiarisation avec les données
Étape 2	Création des codes initiaux
Étape 3	Premier cycle de codification a) Codification structurelle du tiers des entrevues b) Finalisation du manuel de codage c) Validation interjuge, ajustement et clarification des codes d) Codification de l'ensemble du corpus
Étape 4	Deuxième cycle de codification a) Résumé des triades b) Analyse thématique (mode inscriptions dans la marge) des principaux codes c) Compilation des liens entre les mécanismes.
Étape 5	Synthèse thématique
Étape 6	Rédaction

Adaptées de Braun et Clarke (2006), Saldana (2009) et Zhang et Wildemuth (2009)

Tableau 2.3 : Termes relatifs à l'analyse thématique

Termes	Définitions
Unité de sens	Portion de texte à classifier, à codifier ou à interpréter.
Code	Étiquette décrivant le contenu d'une unité de sens.
Catégorie	Utilisée dans un sens générique, la catégorie « renvoie à une appellation prise comme classe regroupant les objets de même nature » (Paillé et Mucchielli, 2012, p.20). La catégorie regroupe des codes (ou de thèmes) qui sont d'une même nature, qui sont reliés ou liés.
Thème	Un « [...] thème est un ensemble de mots permettant de cerner ce qui est abordé dans l'extrait du corpus correspondant, tout en fournissant des indications sur la teneur des propos » (Paillé et Mucchielli, 2012, p.242). Un thème capture quelque chose <i>d'important</i> et de <i>saillant</i> dans les données, en relation à la question de recherche (Braun et Clarke, 2006; Willig, 2013).
Manuel de codage	Outil d'aide à la codification contenant les noms, les définitions et les règles pour l'assignation des codes (Zhang et Wildemuth, 2009).

Adapté de Hsieh et Shannon (2005), Braun et Clarke (2006), Zhang et Wildemuth (2009), Guest, MacQueen et Namey (2011), Paillé et Mucchielli (2012) et Willig (2013)

Étape 1 : Préparation et familiarisation avec les données

L'étudiant a effectué toutes les entrevues ainsi que l'ensemble des analyses. Toutes les entrevues ont été écoutées et lues par l'étudiant pour s'assurer de la qualité de la transcription. Il y a donc une appropriation phénoménologique des données qui s'est effectuée tout au long du processus de collecte et d'analyse des données (Paillé et Mucchielli, 2012). Tout comme pour la codification qui suit, l'écoute des entrevues s'est faite par triade en commençant par la personne en rétablissement, puis par le proche aidant et en finissant par l'intervenant. Cette décision s'appuie sur la volonté de commencer avec les personnes potentiellement plus vulnérables ou ayant moins de pouvoir. Une fois les transcriptions vérifiées, les verbatims ont été ajoutés dans le logiciel NVivo.

Étape 2 : Création des codes initiaux

Suivant une logique déductive, les codes initiaux ont été développés en s'appuyant sur le cadre conceptuel préliminaire et les guides d'entrevues (Hsieh et Shannon, 2005; Braun et Clarke, 2006; Zhang et Wildemuth, 2009). Ces codes initiaux n'étaient pas immuables et pouvaient être modifiés en fonction des données analysées. Ainsi, lors de la première écoute des entrevues, l'étudiant prenait des notes sur l'ajout potentiel de code émergent des données (en lien avec la notion de mémos de Maxwell [2012b] ou l'étape « reading and memoing emergent ideas » de Creswell et Poth [2018]). Les codes émergents ont ensuite été rassemblés et les plus récurrents ont été ajoutés aux codes initiaux.

Ainsi, les codes initiaux ont été organisés selon les étapes suivantes : a) importation des catégories du cadre conceptuel (et des guides d'entrevues); b) écoute et annotation libre des entrevues; c) création d'une liste de codes émergents; et d) intégration des codes dans une première version de l'arbre thématique détaillant la structure des codes (catégories et thèmes). Sous forme d'arbre thématique, cette première organisation des

codes a été présentée et discutée avec la directrice de recherche. Suivant cette discussion, la première version des codes a été ajoutée dans le logiciel NVivo pour effectuer le premier cycle de codification.

Étape 3 : Premier cycle de codification

Dans le premier de deux cycles de codification (Saldana, 2009; Miles, Huberman et Saldana, 2014), une vague de codification structurelle a permis de codifier et de catégoriser les données en fonction de l'arbre thématique ajusté (appelés codes ou nœuds dans NVivo). Il est à noter que, bien que ces codes trouvent leur correspondance dans les questions des guides d'entrevue, un extrait était codifié selon son contenu et, non, en fonction de la question posée.

Ce premier cycle de codification a permis de raffiner et de préciser la définition de chacun des codes et les relations entre ceux-ci. Au cours de cette étape, un manuel de codification a été développé. Le manuel de codage comprend une liste des noms des codes ainsi que des définitions de ceux-ci et des consignes pour guider la codification. Le manuel de codage a été finalisé après la codification du tiers des entrevues, soit cinq triades (quinze entrevues).

C'est à ce moment qu'a eu lieu la validation intercodeur grâce à trois nouvelles entrevues. La validation intercodeur est de plus en plus effectuée en recherche qualitative, mais sa pertinence est remise en question selon les contextes (Cook, 2011). Sa pertinence dépend du positionnement du chercheur (Madill et al., 2000). De notre côté, dans le paradigme du réalisme critique, il s'agissait d'une démarche réflexive qui permettait d'appuyer la rigueur de l'analyse. Bien que ce ne soit pas un gage de rigueur suffisant en soi, elle s'inscrivait à l'intérieur d'un ensemble de mesures, dont la composition d'un manuel de codage et les présentations aux collègues. Ainsi, l'objectif était plutôt de faire évoluer le manuel de codage avec l'apport des données émergentes

et les réflexions des codeurs impliqués que de simplement quantifier le niveau d'accord interjuge.

Trois entrevues ont donc été codées par un second codeur, une étudiante au baccalauréat en psychologie. Après chacune des entrevues, les pourcentages d'accord et les kappas étaient analysés et les écarts (ou désaccords) étaient systématiquement discutés. Le Tableau 2.4 présente les pourcentages d'accord et les coefficients kappa pour chacune des entrevues analysées et la moyenne de celles-ci. Ces chiffres proviennent de la fonction « Requête de Comparaison de codage » du logiciel NVivo. Bien que les valeurs du coefficient kappa présentent un « bon » degré de concordance puisqu'elles se situent entre 0,61 et 0,81 (Elie et Colombet, 2011), ces données quantitatives ont surtout servi d'indice pour guider les discussions. Les différences dans la codification ont été discutées, puis résolues et le manuel de codification a été ajusté en conséquence.

Tableau 2.4 : Indices d'accord intercodeur sur trois entrevues

	Coefficients Kappa	Pourcentage d'accord (%)
Première entrevue comparée (personne)	0,61	96,17
Deuxième entrevue comparée (proche aidant)	0,77	98,32
Troisième entrevue comparée (intervenant)	0,87	98,49
Moyenne totale	0,75	97,66

Une fois la validation intercodeur terminée, le premier cycle de codification a été effectué systématiquement sur l'ensemble du corpus. L'Annexe G présente la structure des principaux codes utilisés à cette étape sous forme d'arbre thématique.

Étape 4 : Deuxième cycle de codification

Le second cycle de codification représente un niveau d'analyse plus élevé. Trois stratégies ont été mises en place. Premièrement, un résumé de chacune des triades a été effectué en mode analyse par écriture (Paillé et Mucchielli, 2012). L'objectif de ces résumés par triades était de saisir les éléments contextuels des relations en présence. En une page maximum, l'étudiant a résumé l'histoire de la personne, le réseau social informel (dont le proche aidant) et formel (dont l'intervenant le plus significatif) ainsi que les points marquants. Les points marquants détaillaient les éléments saillants qui distinguaient cette triade ainsi que des pistes de réflexion qui émergeaient. Cette démarche a été effectuée pour s'assurer de conserver une compréhension globale de chacune des triades.

Deuxièmement, lors d'une rencontre avec la directrice de thèse, les principaux codes à analyser ont été ciblés : *Rétablissement*, *Rôle des proches*, *Rôles des intervenants*, *Influence et pouvoir*, *Nuire-Arrêt* (soutien social négatif), *Réciprocité* ainsi que *Ressemblances et différences*. Ces codes ont été sélectionnés en fonction des objectifs de recherche. Chacun de ces codes était ensuite analysé selon la méthode d'analyse thématique en mode des inscriptions dans la marge de Paillé et Mucchielli (2012). Cette méthode a été choisie puisqu'elle permet une analyse plus fine des mécanismes au cœur des relations d'aide.

Troisièmement, pour les catégories *Rôle des proches* et *Rôles des intervenants*, une attention particulière a été portée aux liens entre les mécanismes. Ceux-ci étaient relevés dans le travail d'analyse thématique, puis les liens furent compilés de manière à conserver les associations mentionnées entre eux. Par exemple, lorsqu'un participant mentionnait « Elle était présente, très écoutante », une note était prise de la manière suivante « 4.4.1 + 4.4.4 » pour noter une association entre les mécanismes de *Présence* et *Écoute*. L'ensemble de ces notes ont été regroupées, classées puis compilées. Enfin, les citations décrivant le mieux ces liens furent identifiées et les Figures 3.1 (p.84) et

4.2 (p. 118) ont été produites pour représenter l'articulation entre les mécanismes dans la relation avec les proches et celle avec les intervenants.

Étape 5 : Synthèse thématique

En analyse thématique, il est difficile de distinguer où arrête la codification et où commence l'analyse à proprement parler (Ayres, 2008b). La codification renvoie plutôt à l'exercice de segmentation et de catégorisation des données en unités de sens, tandis que la synthèse réintègre et *recontextualise* les unités de sens et les thèmes pour leur donner une signification. Dans chacun des grands codes sélectionnés (catégories), les thèmes de chaque catégorie importante ont été regroupés. Par la suite, une synthèse a été produite comprenant les principaux thèmes, les liens entre ceux-ci et une sélection des meilleures citations (Braun et Clarke, 2006; Joffe, 2012). Chacune de ces synthèses a fait l'objet d'une présentation à un groupe de recherche composé de la directrice de thèse et d'étudiants au doctorat qui ont agi comme des « collègues critiques » (*critical friends*, Smith et McGannon, 2018) qui ont permis de réfléchir à l'analyse, de réviser la qualité de la thématization et de la catégorisation et d'initier des interprétations (Paillé et Mucchielli, 2012; Creswell et Poth, 2018).

Étape 6 : Rédaction

Après le travail d'analyse, les angles spécifiques pour chacun des trois articles ont été ciblés ainsi qu'une revue s'y prêtant. Une ébauche des articles a été effectuée selon l'angle choisi et les exigences de la revue. Seuls les thèmes les plus pertinents et les citations les plus révélatrices ont été conservés pour la soumission d'articles (Braun et Clarke, 2006). Encore une fois, des versions préliminaires des articles ont été présentées et discutées avec la directrice de thèse et les collègues critiques (Smith et McGannon, 2018).

Analyse des données quantitatives (deuxième partie de l'entrevue)

La seconde partie de l'entrevue était plus directive sur les rôles joués dans la relation d'aide. Les mêmes questions fermées étaient posées à la personne en rétablissement et à chacun de ses aidants (proche aidant et l'intervenant). Les réponses des participants ont été cotées par l'étudiante ayant fait la validation intercodeur. Pour chaque item de chaque participant, les réponses étaient cotées comme ayant rempli le rôle (1), ne l'ayant pas rempli (0) ou autre (par exemple, n'a pas répondu). Pour la question sur le pouvoir, les réponses étaient cotées soit : la personne a le pouvoir (1), l'intervenant a le pouvoir (0), le pouvoir est partagé (0,5) ou autre. Les réponses "autre", n'étant pas comptabilisées, étaient considérées comme des données manquantes.

Pour les fonctions remplies, des moyennes ont été calculées à la place des totaux pour ne pas être distrait par les données manquantes. Des tests non paramétriques de Mann-Whitney ont été effectués pour comparer les fonctions remplies par les proches aidants et les intervenants grâce au logiciel IBM SPSS Statistics 26 (Filed, 2013). Étant donné la petite taille d'échantillon, la méthode du seuil exact de signification (*exact significance*) est rapportée en Annexe H (Field, 2013) et les différences $p < .10$ sont considérées dans le texte.

Bien que la quantification des données qualitatives ne fasse pas l'unanimité (Patton, 2015), nous considérons qu'il s'agit plutôt d'une forme de devis mixte imbriqué (*embedded design*, Creswell et Clark, 2007) où des données quantitatives viennent appuyer la recherche générale qualitative.

2.5 Critères de rigueur scientifique

De nombreuses typologies de critères de rigueur scientifique existent (p.ex., Patton, 2015). Les critères devraient être en adéquation avec le paradigme utilisé (Madill et al., 2000). Par contre, il n'existe pas de critères de rigueur spécifiques au réalisme critique,

pour l'instant. Pour cette raison, la recherche répondra aux critères « classiques » de rigueur scientifique spécifiques à l'analyse qualitative : la crédibilité, la transférabilité, la consistance interne et la fiabilité (Miles, Huberman et Saldana, 2014; Shenton, 2004; Schwandt, Lincoln et Guba, 2007). La **crédibilité** (corollaire de la validité interne) a été assurée par la triangulation des perspectives ainsi que par la constitution d'une banque de données primaires préalable à l'analyse (les verbatims) à laquelle il est possible de se rapporter. De plus, chaque thème est appuyé par une citation évocatrice et les différentes sources de données tendent vers des résultats convergents. La **confirmabilité** (corollaire de l'objectivité) a été assurée par la description et le respect des procédures méthodologiques (par ex., la procédure d'analyse des données). Les rencontres régulières avec des collègues critiques et la supervision de la directrice de thèse ont aussi permis de limiter l'influence des présupposés du chercheur sur les résultats présentés. La **fiabilité** (corollaire de la fidélité) a aussi été assurée par la description et le respect des procédures méthodologiques. De plus, la fiabilité a été renforcée par la validation intercodeur, les rencontres régulières avec des collègues critiques ainsi que la révision par les membres du jury et les réviseurs de revue scientifique. La **transférabilité** (corollaire de la validité externe) a été assurée par le respect de l'échantillonnage théorique, les deux milieux de recrutement et l'examen de multiples triades (cas). De plus, les limites à la description de l'échantillon ont été nommées et les résultats ont été situés dans les théories existantes.

2.6 Considérations éthiques

Pour s'assurer qu'il répond bien aux critères éthiques et déontologiques en vigueur, ce projet de recherche a été soumis et approuvé par le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Montréal (numéro de certificat : FSH-2015-032). Cette section détaille comment ce projet de recherche respecte les trois principes directeurs de l'*Énoncé de politiques des trois Conseils* : la préoccupation pour le bien-être, le respect de la personne et la justice (Conseil de recherches en sciences humaines du

Canada [CRSH], Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada [CRSNG], Instituts de recherche en santé du Canada [IRSC], 2010).

D'abord, en termes de préoccupation pour le bien-être, les entrevues ont été menées par un intervieweur expérimenté et formé en relation d'aide (FLJ). L'intervieweur demeurait attentif à tout signe de détresse ou de malaise des personnes interviewées et une liste de référence était disponible si l'un des participants avait ressenti le besoin de recevoir de l'aide. Seulement deux références ont été effectuées et ce, pour les proches aidants qui mentionnaient se sentir seul ou démunis face à leur rôle (référence à une APPAMM de leur région). De plus, nous croyons que la présente recherche présente de nombreux avantages sur le plan de l'avancement des connaissances. Plus spécifiquement, la recherche vise à mieux comprendre l'aide informelle et formelle apportée aux personnes ayant des troubles de santé mentale. Ces deux formes d'aide ont déjà montré leur impact sur le rétablissement des personnes. Une recherche sur ces processus a ainsi le potentiel d'améliorer l'aide offerte et, ultimement, d'améliorer la vie des personnes concernées. Des modalités de partage ont été prévues en vue de favoriser l'utilisation des connaissances produites dans cette recherche.

Ensuite, en matière de préjudices potentiels aux participants, le chercheur demeure conscient qu'il s'agit de populations potentiellement vulnérables. Il est important de préciser que les participants ayant un trouble de santé mentale étaient rattachés à un organisme d'aide en santé mentale (*Revivre* ou *Suivi Communautaire Le Fil*). Une attention a été portée à l'état des participants durant l'entrevue et à la fin. Des coordonnées de ressources accessibles en santé mentale ont été prévus pour offrir aux participants au cas où ceux-ci en ressentiraient le besoin. Une telle situation s'est présentée une fois. Selon nous, le principal inconvénient de la recherche est le temps investi par les participants. Pour contrebalancer cet investissement, nous avons proposé une compensation financière de 30\$ à tous les participants. Ceux-ci demeuraient libres

de l'accepter ou non. Cette compensation financière était mentionnée pour la première fois à la fin de l'entrevue téléphonique pour ne pas affecter la sélection des participants.

Un deuxième grand principe éthique est le respect des personnes (CRSH, CRSNG et IRSC, 2010). Le chercheur s'est assuré du caractère éclairé du consentement en présentant les objectifs de la recherche ainsi que les avantages et les inconvénients de la recherche et de la participation à celle-ci. Après cette présentation, un formulaire de consentement a été rempli avec le participant qui en conservait une copie. Enfin, les participants étaient informés au début de l'entrevue qu'ils avaient le droit d'arrêter leur participation en tout temps et sans préjudice de façon à ce que le consentement demeure volontaire et libre.

Le troisième principe éthique est la justice (CRSH, CRSNG et IRSC, 2010). Cherchant à respecter ce principe, notre recherche souhaite explicitement prendre en compte l'opinion et la perspective de personnes considérées comme des populations vulnérables : les personnes ayant des troubles de santé mentale et les proches aidants. Tous les participants seront considérés comme des « acteurs sociaux compétents » (Savoie-Zajc, 2007) dont la participation est nécessaire pour rendre compte le plus justement de la réalité étudiée. Dans l'analyse des résultats, un traitement équitable de chacune de ces perspectives a été effectué.

Comme il était mentionné dans l'entretien téléphonique et au début de chaque entrevue, toutes les informations obtenues dans chaque entrevue sont confidentielles pour respecter le droit à la vie privée des participants et pour que la participation soit libre, c'est-à-dire qu'il n'y ait pas de crainte de répercussions négatives dues à la divulgation d'informations. Les versions physiques des documents, les enregistrements audio et les transcriptions ont été gardés sous clés. Tous les documents électroniques ont été protégés par un mot de passe et conservés sur les ordinateurs du Laboratoire Vitalité et sur l'ordinateur personnel de l'étudiant. Chaque participant s'est attribué un code

d'identification. Les données demeurent anonymes lors de l'analyse et de la diffusion des résultats.

En terminant, un mot sur la structure de la suite de cette thèse par articles. Pour nous, une question éthique importante demeure : à qui appartiennent les résultats? En ce sens, le travail présenté a été rendu possible grâce à la participation des personnes, des proches aidants et des intervenants ainsi que le soutien financier direct et indirect de l'État québécois notamment par le biais du Fonds de Recherche du Québec – Société et culture (FRQSC) et du Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MEES). Encore une fois, nous souhaitons les remercier pour leur contribution. Il est donc important pour nous que l'ensemble des résultats soit accessible en français. Par contre, la conversation scientifique se déroule majoritairement en anglais. Ainsi, les chapitres de résultats seront les versions françaises des articles qui eux ont été soumis et publiés en anglais. Le premier article (Chapitre 3) porte sur le soutien social des proches aidants dans le rétablissement en santé mentale. Le deuxième article (Chapitre 4) aborde le rôle des intervenants sous l'angle de la relation thérapeutique favorisant le rétablissement. Le troisième article (Chapitre 5) compare l'aide des proches et celle des intervenants dans le rétablissement en santé mentale. L'étudiant est l'auteur principal de chaque article. Il a mené la rédaction qui a été encadrée et révisée par sa directrice de recherche qui a agi comme coauteure.

CHAPITRE III

SOUTIEN SOCIAL DES PROCHEs AIDANTS DANS LE RÉTABLISSEMENT EN SANTÉ MENTALE

Version française d'un article accepté pour publication le 23 août 2021 dans *Qualitative Health Research*.

Caregiver Support in Mental Health Recovery

François Lauzier-Jobin¹ and Janie Houle¹

¹ Department of psychology, Université du Québec à Montréal, Montréal, QC,
Canada

Keywords: Personal recovery, caregivers, social support, deductive thematic analysis, critical realism

Résumé

Contexte : Le soutien des proches est reconnu comme un aspect important du rétablissement en santé mentale. Par contre, les mécanismes par lesquels ce soutien social influence le rétablissement des personnes ayant un trouble dépressif, anxieux ou bipolaire demeurent méconnus.

Objectif : La présente étude vise à décrire les mécanismes du soutien social qui influencent positivement ou négativement le rétablissement en santé mentale.

Méthode : Une étude qualitative transversale a été menée auprès de 15 personnes en rétablissement et 15 proches aidants considérés comme ayant joué un rôle significatif dans leur rétablissement. Une analyse thématique déductive a permis d'identifier et de décrire différents mécanismes à l'aide d'une triangulation de la perspective des différents acteurs.

Résultats et conclusions : Plusieurs des mécanismes identifiés dans le soutien au rétablissement en santé mentale correspondent aux fonctions classiques du soutien social (soutien émotionnel, camaraderie, soutien instrumental et validation). Le soutien informationnel n'est toutefois pas ressorti comme un mécanisme important, alors que de nouveaux mécanismes sont suggérés : présence, communication et influence. Les résultats montrent la richesse du rôle joué par les proches aidants dans le rétablissement, mais soulignent également leur propre besoin de soutien dans l'exercice de ce rôle.

3.1 Introduction

Une personne sur quatre sera affectée directement par un trouble de santé mentale au cours de sa vie (Steel et al., 2014). Indirectement, nous serons tous touchés par les troubles de santé mentale (Santé Canada, 2002), notamment par l'intermédiaire d'un parent, d'un conjoint, d'un ami ou d'un collègue qui sera affecté et qui tentera de se rétablir. Face à l'ampleur de cette problématique, nous suggérons d'explorer comment les proches influencent le rétablissement d'un trouble de santé mentale.

Le rétablissement est considéré comme l'un des concepts les plus importants dans la littérature scientifique et les politiques en santé mentale (Slade et al., 2008; 2012). Le rétablissement personnel correspond à un « un processus profondément personnel et unique de changement de ses attitudes, valeurs, sentiments, objectifs, compétences et/ou rôles de chacun [...] une façon de vivre une vie satisfaisante, pleine d'espoir et de contributions, même avec les limitations causées par la maladie » (Anthony, 1993, p.527, traduction libre). Le rétablissement personnel se distingue du rétablissement clinique qui vise la diminution des symptômes psychiatriques et l'amélioration du fonctionnement (Piat et al., 2011; Slade et al., 2008).

De nombreuses recherches ont identifié des facteurs influençant le rétablissement personnel, notamment en prenant appui sur les narratifs des personnes en rétablissement (par ex., Llewellyn-Beardsley et al., 2019). Par contre, plusieurs auteurs ont souligné le manque d'attention portée à la dimension interpersonnelle et sociale du rétablissement (Mezzina et al., 2006; Schon et al., 2009; Wyder & Bland, 2014). En effet, bien qu'il soit habituellement défini comme un processus personnel ou unique, le rétablissement est fondamentalement un processus social dans lequel les relations interpersonnelles jouent un rôle crucial (Mezzina et al., 2006; Schon et al., 2009; Wyder & Bland, 2014; Rose, 2014).

3.1.1 Relations interpersonnelles, soutien social et rétablissement

La dimension interpersonnelle est fréquemment identifiée parmi les facteurs contribuant au rétablissement. En effet, plusieurs recherches ont identifié une dimension qui correspond à la relation aux autres (p. ex., Sullivan, 1994; Mancini et al., 2005). Dans leur recension des écrits, Leamy et ses collaborateurs (2011) ont élaboré le modèle CHIME qui détaille cinq catégories de facteurs contribuant au rétablissement personnel : *connectedness*, *hope*, *identity*, *meaning in life*, and *empowerment*. La première catégorie de ce modèle, le *connectedness* (être en lien),

renvoie aux relations interpersonnelles et au soutien des proches, des pairs et des intervenants.

De manière plus large, dans la littérature en santé mentale, de nombreux écrits ont été publiés concernant l'influence des relations interpersonnelles et ce, souvent sous le couvert de la notion de soutien social (Caron et Guay, 2005; Chernobas, Clarke et Marchinko, 2008). Le soutien social est un concept multidimensionnel dont l'opérationnalisation a grandement évolué au fil du temps (Berrera, 2000 ; Haber et al., 2007). Les premiers écrits ont opérationnalisé l'influence des proches principalement par la dimension structurelle du soutien social, c'est-à-dire le réseau de la personne. Depuis, la vision du soutien social s'est complexifiée pour y inclure différentes dimensions fonctionnelles : les fonctions du soutien social (voir Tableau 3.1), la source du soutien (ami, parent, conjoint, etc.), la réciprocité (direction du soutien : unidirectionnel ou bidirectionnel) ainsi que la valence du soutien (positif ou négatif). Aujourd'hui, il y a un appel à explorer l'influence du soutien social face à des problématiques spécifiques, notamment le soutien social spécifique au rétablissement en santé mentale (Henderson, 2011; Chronister et al., 2015).

Tableau 3.1 : Description des fonctions classiques du soutien social (Wills et Shinar, 2000, p.88, *traduction libre*)

Fonction	Définition
Camaraderie	La disponibilité de personnes avec lesquelles on peut participer à des activités sociales et de loisirs telles que des voyages et des fêtes, des activités culturelles (par exemple, aller au cinéma ou au musée) ou des activités récréatives telles que des événements sportifs ou des randonnées.
Soutien émotionnel	La disponibilité d'une ou plusieurs personnes qui peuvent écouter avec sympathie lorsqu'une personne a des problèmes et qui peuvent donner des manifestations d'attention et d'acceptation.
Validation	Basé sur le concept que les relations sociales peuvent fournir des informations sur la justesse ou la normalité du comportement.

Soutien Instrumental	Une aide pratique lorsque nécessaire, comme le transport, l'aide aux tâches ménagères, la garde d'enfants et une aide concrète comme l'apport d'outils ou le prêt d'argent.
Soutien Informationnel	Fournir des connaissances utiles pour résoudre les problèmes, par exemple en fournissant des informations sur les ressources et les services de la communauté ou en donnant des conseils et des orientations sur les autres possibilités d'action.

3.1.2 Études sur l'influence du soutien social dans le rétablissement

Le soutien social a été identifié comme un aspect important du rétablissement en santé mentale dans les recherches qualitatives, les recherches quantitatives et les recensions des écrits. Le lien statistique entre le soutien social et le rétablissement est maintenant bien établi (p. ex., Corrigan et Phelan, 2004 ; Chou et Chronister, 2012). Par contre, les mécanismes expliquant ce lien sont manquants (Henderson, 2011; Thoits, 2011; Gleason et Iida, 2015). En outre, bien que le terme « mécanisme » soit souvent employé, aucun auteur n'a offert de définition de ce concept. En nous appuyant sur le paradigme du réalisme critique, nous définissons le mécanisme comme une théorie de moyenne portée expliquant comment les processus entraînent des effets sur le rétablissement dans un contexte donné (Pawson et Tilley, 1997; Astbury et Leeuw, 2010). Ici, un mécanisme est une modélisation des processus relationnels expliquant le rétablissement dans un contexte et des circonstances donnés.

Par ailleurs, malgré le consensus quant à son importance, peu d'études ont spécifiquement analysé l'influence des proches aidants⁴ dans le rétablissement. Même les articles qui l'ont fait s'inscrivaient souvent à l'intérieur d'un projet qui portait sur l'ensemble des facteurs contribuant au rétablissement (p. ex., Aldersey et Whitley,

⁴ Sans être parfait, le terme « proche aidant » est l'expression choisie pour désigner la personne qui a le plus contribué au rétablissement parmi les membres de la famille, les amis, les collègues ou les voisins. Ce terme général a été préféré à « membre de l'entourage », « family caregivers » ou « carer ».

2015), ce qui limite la profondeur de l'analyse effectuée. Trois exceptions ont été identifiées.

Premièrement, dans le cadre d'une étude internationale, Topor et ses collaborateurs (Topor et al., 2006; Davidson et al., 2005) ont interrogé 12 personnes ayant des troubles de santé mentale par rapport à leur rétablissement et au rôle des autres (proches aidants ou intervenants) dans ce processus. Trois éléments importants ressortent quant au rôle des proches aidants. D'abord, que les proches demeurent à leurs côtés (*standing alongside*) : ils demeurent présents, ils ne sont pas laissés seuls. Ensuite, les proches aidants peuvent avoir un rôle de soutien, par exemple en prenant un rôle de surveillance des symptômes ou d'*advocacy* par rapport à l'équipe de soins. Enfin, les auteurs soulignent que les relations doivent devenir de plus en plus réciproques et de nouvelles relations doivent aussi se créer au travers du processus de rétablissement.

Deuxièmement, dans une théorisation ancrée de la perspective de 15 personnes en rétablissement, Henderson (2011) a décrit un processus de rétablissement en trois étapes, appuyé par des facteurs internes et externes. Les facteurs externes correspondent au soutien social positif ou négatif. Il est positif quand il est marqué d'acceptation, de confiance et d'engagement dans une relation réciproque. Le soutien social est négatif quand il est non réciproque : une relation à sens unique où, par exemple, le proche adopte une attitude de « *Je sais ce qui est mieux pour toi* » (p.6).

Troisièmement, grâce à six entrevues de groupe avec des personnes ayant des troubles de santé mentale « graves », Chronister et ses collaborateurs (2015) ont identifié qualitativement six domaines de soutien social. Ils ont attribué a posteriori des fonctions du soutien social à chacun de ces six domaines : (a) conditions de soutien (émotionnel); (b) vie quotidienne (tangibile); (c) gestion de la maladie (instrumental); (d) ressources et informations (instrumental); (e) conseil (informationnel); et (f) soutien à la participation dans la communauté (instrumental).

Enfin, un autre pan de la littérature porte sur le rôle des familles dans le rétablissement. Dans leur recension des écrits sur la place des familles dans le rétablissement, Reupert et ses collaborateurs (2015) soulignent que celles-ci peuvent jouer un rôle positif ou négatif dans le rétablissement. Ils synthétisent le rôle des familles en soulignant qu'il passe par un soutien émotionnel, un soutien pratique ou une offre de rétroaction. De leur côté, Aldersey et Whitley (2015) ont réanalysé les données d'un projet plus large sur le rétablissement pour montrer le rôle des familles dans celui-ci. Selon les résultats d'entrevues avec 54 personnes en rétablissement, leurs familles facilitent le rétablissement en offrant du soutien moral, du soutien pratique et de la motivation pour se rétablir. Par contre, les familles peuvent nuire au rétablissement en agissant comme source de stress, en faisant preuve de stigmatisation ou de manque de compréhension et en forçant les hospitalisations.

3.1.3 Limites dans les recherches antérieures

Pris dans leur ensemble, ces recherches montrent que les proches aidants peuvent avoir une influence positive ou négative sur le rétablissement. Ceux-ci jouent de nombreux rôles et ces rôles sont souvent nommés, a posteriori, en référence aux fonctions du soutien social. Par contre, ces études présentent certaines limites. Premièrement, l'adoption d'une logique inductive et exploratoire limite l'accumulation et la comparaison des résultats de recherches. À l'opposé, un appui en amont sur les recherches et théories existantes permettrait d'examiner systématiquement les mécanismes et les dimensions du soutien social et de les approfondir par rapport au rétablissement. Deuxièmement, les études identifiées adoptent uniquement la perspective d'une seule des parties prenantes, celle des personnes en rétablissement. Le soutien social étant fondamentalement interactif par nature (p. ex., Gottlieb et Bergen, 2010), il doit donc être appréhendé grâce à de multiples perspectives (Aldersey et Whitley, 2015; Jacob et al., 2017).

3.1.4 La présente étude

La présente étude vise à analyser l'influence du soutien social et de ses différentes dimensions sur le rétablissement des personnes ayant un trouble dépressif, anxieux ou bipolaire pour combler les limites présentées ci-dessus. Plus précisément, nous nous appuyons sur les recherches antérieures pour décrire les mécanismes spécifiques au soutien social dans le rétablissement en santé mentale tout en permettant l'émergence de nouveaux mécanismes. Ainsi, les fonctions « classiques » du soutien social (voir le Tableau 3.1) servent de base à la modélisation que nous faisons des mécanismes du soutien social. De plus, les études montrent l'importance de considérer les autres dimensions du soutien social : la source (parent, conjoint, ami, etc.), la réciprocité ainsi que les aspects positifs et négatifs du soutien. La présente étude se démarque par la prise en compte et la triangulation de la perspective des personnes en rétablissement et de leurs proches aidants grâce à des entrevues individuelles avec chacune des deux parties prenantes. Elle permet de lier deux champs riches de la littérature scientifique (soutien social et rétablissement), et surtout d'identifier des manières concrètes d'améliorer le soutien offert aux personnes en rétablissement ainsi que le soutien aux proches aidants.

La question de recherche de cet article est : *Quels sont les mécanismes expliquant l'influence du soutien des proches aidants sur le rétablissement des personnes ayant un trouble dépressif, anxieux ou bipolaire?* Les objectifs spécifiques sont :

- a) Décrire la manière dont les fonctions « classiques » du soutien social se manifestent comme mécanismes dans le rétablissement en santé mentale;
- b) Permettre l'émergence de nouveaux mécanismes par lesquels les relations avec un proche influencent le rétablissement;
- c) Décrire la manière dont les mécanismes du soutien social influencent, positivement ou négativement, le rétablissement en santé mentale.

3.2 Méthode

Cet article s'inscrit dans un projet plus large visant à décrire et à comparer le rôle des proches aidants et des intervenants dans le rétablissement des personnes ayant un trouble dépressif, anxieux ou bipolaire. Pour ce faire, des entrevues individuelles semi-structurées ont été menées avec des personnes en rétablissement ainsi qu'avec les deux aidants les plus significatifs : un proche et un intervenant. Le présent article se concentre sur le soutien des proches aidants.

3.2.1 Paradigme de recherche

Cette recherche qualitative s'appuie sur le paradigme du réalisme critique (Groff, 2010 ; Maxwell, 2012a ; Emmel et al., 2018). Méthodologiquement, l'adoption de ce paradigme influence l'élaboration de la question de recherche et du devis, la conduite des entrevues et l'analyse des données (Maxwell, 2012a ; Patton, 2015). Situait la recherche dans le monde réel (*real world*), l'approche réaliste met l'accent sur la comparaison et la triangulation des sources et des types de données (Clark, 2008 ; Maxwell, 2012a). Enfin, l'approche réaliste se distingue par sa visée explicative et son appui sur les théories (Clark, 2008 ; Groff, 2010). Ainsi, au cœur de l'explication réaliste se trouve la notion de « mécanisme » définie précédemment (Astbury et Leeuw, 2010; Emmel et al., 2018).

3.2.2 Recrutement des participants

Les personnes en rétablissement ($n = 15$) et un de leurs proches aidants ($n = 15$) ont été recrutés en deux étapes : l'échantillonnage était de type intentionnel basé sur la théorie (voir les critères d'inclusion), puis par référencement (Patton, 2015). Ainsi, le recrutement des participants a débuté avec les personnes en rétablissement qui ont été recrutées par le biais d'affiches dans deux organismes communautaires. Les personnes intéressées devaient appeler au numéro de téléphone indiqué sur les affiches. Par la

suite, elles ont été contactées pour un court entretien téléphonique présentant les modalités de la recherche et vérifiant les critères d'inclusion : a) être âgé de 18 ans et plus; b) parler français; c) avoir eu un diagnostic de trouble dépressif, anxieux ou bipolaire, minimalement douze mois avant l'entrevue (autorapporté); d) se considérer en rétablissement (autorapporté); e) avoir la capacité à répondre aux questions d'entrevues; f) ne pas avoir une sévérité de symptômes trop élevée, telle que mesurée par le Patient Health Questionnaire (PHQ-9) et le Generalized Anxiety Disorder (GAD-7)⁵; et g) avoir la capacité et la volonté de nous désigner deux aidants significatifs (un proche et un intervenant) pour qu'ils soient interviewés sur leur rôle d'aidant.

Référé par la personne en rétablissement, le proche est l'aidant le plus significatif provenant de son réseau de soutien informel comme un conjoint, un membre de la famille, un ami, un collègue ou un voisin. Pour les proches aidants, les critères d'inclusion étaient : a) avoir été identifié par la personne en rétablissement comme ayant significativement contribué à son rétablissement; b) être âgé de 18 ans et plus; c) parler français; et d) avoir la capacité et la volonté de répondre aux questions d'entrevues.

Ce projet de recherche a été soumis et approuvé par le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Montréal. Une compensation de 30\$ était offerte aux participants. Avant chaque entrevue, l'intervieweur a discuté du but de la recherche, de

⁵ Mesurant la sévérité des symptômes dépressifs, le PHQ-9 comprend 9 items cotés de 0 à 3 pour un total de 0 à 27, un score de 20 et plus représente une sévérité élevée. Mesurant la sévérité des symptômes anxieux, GAD-7 comprend 7 items cotés de 0 à 3 pour un total de 0 à 21, un score de 15 et plus représente une sévérité élevée.

la nature de la participation attendue et des enjeux éthiques, puis un formulaire de consentement a été présenté et signé.

3.2.3 Collecte de données et analyse

Les entrevues avec la personne en rétablissement et son proche étaient effectuées séparément. Les entrevues semi-structurées ont eu lieu au moment et au lieu choisis par la personne interviewée : au domicile, dans le milieu de travail ou dans les bureaux de l'université. Les entrevues étaient d'une durée d'environ 90 minutes. Pour chacune d'elles, un guide détaillait les consignes d'entrevue, les questions principales et les questions de relance. Les entrevues abordaient le rétablissement de la personne, la relation ainsi que le soutien social positif et négatif. Par exemple, pour la personne en rétablissement : « Comment *[nom du proche]* vous a-t-elle aidé dans votre rétablissement? » Pour leur proche : « Selon vous, quel a été votre rôle dans le rétablissement de *[nom de la personne]* ? » Les mêmes sujets étaient abordés dans chacune des entrevues, mais les informations demeuraient confidentielles d'une entrevue à l'autre.

Chaque entrevue a été enregistrée et retranscrite (verbatim) par un assistant de recherche. Les transcriptions ont été révisées et transférées dans un logiciel d'analyse qualitative (NVivo10 de QSR International). Les données ont été analysées selon la méthode de l'analyse thématique (Braun et Clark, 2006) dans une logique déductive : les codes (thèmes et catégories) ont été développés avant la codification en se basant sur les recherches antérieures (Braun et Clark, 2006). Les codes étaient ensuite révisés et raffinés en fonction des données analysées pour laisser la place aux résultats émergents. Nous avons adapté une démarche d'analyse s'inspirant des étapes de Braun et Clark (2006) ainsi que de Zhang et Wildemuth (2009), Saldana (2009), Miles, Huberman et Saldana (2014) et Paillé et Mucchielli (2012). Une attention particulière fut portée aux liens entre les mécanismes. Ceux-ci étaient relevés dans le travail d'analyse thématique, puis les liens étaient compilés. Par exemple, lorsqu'un

participant mentionnait « Elle était présente, très écoutante », un lien entre *Présence et Communication* était noté. La direction de la flèche représente les cas où un participant nommant qu'un premier mécanisme menait ou permettait un deuxième mécanisme. De plus, les citations décrivant le mieux ces liens furent identifiées et une figure illustrant l'articulation entre les mécanismes a été produite.

3.3 Résultats

Trente entrevues individuelles ont été réalisées. Les participants étaient majoritairement des femmes autant chez les personnes en rétablissement (10 femmes, 5 hommes) que les proches aidants (9 femmes, 6 hommes). Les personnes en rétablissement avaient en moyenne 54,4 ans (ET = 12,4) et déclaraient avoir des troubles bipolaire (8), dépressif (6) ou anxieux (5). Ainsi, une même personne pouvait rapporter plus d'un trouble. Les proches aidants étaient des amis (6), des conjoints (5) ou des membres de la famille (deux sœurs, un père et une fille).

Les entrevues avec les personnes en rétablissement et leurs proches aidants ont permis d'identifier et de décrire différents mécanismes influençant le rétablissement : 1) la présence ; 2) la camaraderie ; 3) le soutien émotionnel ; 4) la communication ; 5) la validation ; 6) le soutien instrumental ; et 7) l'influence. L'ensemble de ces mécanismes correspond au soutien social offert à la personne en rétablissement par le proche. Définis dans le Tableau 3.2, ces mécanismes sont exposés par la suite un à la fois en détaillant leurs composantes. Bien que présentés séparément, plusieurs mécanismes peuvent être activés simultanément.

Les mécanismes ont habituellement un effet positif sur le rétablissement, mais ils peuvent aussi se manifester à la négative⁶. Le soutien et les mécanismes peuvent aussi être déployés unilatéralement ou réciproquement. En effet, il n'y a pas que le proche qui aide la personne en rétablissement. Cette dernière peut aussi soutenir son proche. La dimension de la réciprocité est présente dans presque toutes les relations étudiées. Elle s'inscrit dans les mécanismes ci-dessous. Plusieurs proches aidants ont aussi insisté sur le fait que leur relation était réciproque et fonctionnait des « *deux bords* » (*proche aidant*).

Tableau 3.2: Mécanisme du soutien social émergeant des analyses

Mécanisme	Définition émergeant des données
Présence	Savoir qu'un lien est établi, le fait d'être là, d'être présent, accessible et disponible.
Camaraderie	Faire des activités ensemble. Activité normale, distraction, pas en lien avec les problèmes de santé mentale.
Soutien émotionnel	Transmettre et ressentir des émotions : manifestation d'affection, d'amour, d'intimité. Accorder de l'attention, de l'intérêt, de la considération et de l'importance.
Communication	Parler, écouter et dialoguer. Se conjugue avec une attitude d'accueil, d'ouverture, d'acceptation et de non-jugement.
Validation	Informar sur la justesse ou la normalité du comportement. Offrir des encouragements, des renforcements, des reflets de la réalité.
Soutien instrumental	Agir directement sur le problème ou ses conséquences. Offrir un soutien concret pour faire des tâches de la vie de tous les jours ou un soutien spécifique au trouble de santé mentale et les conséquences qui en découlent.
Influence	Pouvoir implicite ou explicite pouvant prendre plusieurs formes : participer à la prise de décision, inciter à adopter des comportements considérés bénéfiques, être un modèle.

⁶ À noter que pour le soutien social négatif, les résultats s'étendent au-delà de la relation avec le proche le plus significatif.

3.3.1. Présence

Le premier aspect du soutien que nomment les personnes en rétablissement est la présence de leur proche : « [...] elle est là. Elle est là pour moi. » (*personne en rétablissement*). En elle-même, la présence d'un proche significatif contribue au rétablissement. De plus, le mécanisme de la présence renvoie aussi à une continuité du lien et à la « *constance* » (*proche aidant*) de la relation. Le proche est demeuré présent dans la vie de la personne quand elle vivait des difficultés ou qu'elle en « *avait besoin* » (*proche aidant*). La présence est vue comme étant encore plus significative quand les personnes ont traversé des épreuves ou des moments difficiles ensemble. Ainsi, le proche continue à être là, et ce, « *malgré* » les épreuves.

Pour certaines personnes en rétablissement, la présence d'un être cher devient même une « *raison d'être* » (*proche aidant*), une raison de vivre et de se battre. Cet élément semble particulièrement important pour les personnes ayant eu des idéations suicidaires : « *Elle m'a gardée en vie* » (*personne en rétablissement*); « *Bien, je pense que si j'avais pas été là elle se serait pas battue* » (*proche aidant*).

Le rétablissement personnel est un cheminement qui peut s'échelonner sur une longue période de temps ce qui peut être éprouvant pour les proches aidants. Certains d'entre eux ont décidé de prendre leurs distances, ce qui a contribué à un sentiment d'isolement chez la personne en rétablissement. D'autres ont pensé abandonner ou quitter la relation, mais sont restés.

« Et surtout quand ils sont dans le creux de la vague, quoi faire. C'est surtout là. Parce que c'est là que le découragement arrive pour la personne qui est avec la personne en maladie. Parce que j'ai eu des tentations un moment donné de laisser tomber, de m'en aller. C'est dur, c'est très, très, très dur. » (proche aidant)

3.3.2. Camaraderie

Les participants nomment souvent un rôle de camaraderie, soit de faire des activités ensemble, des activités plaisantes et distrayantes. Ces activités « normales » peuvent être très variées en fonction des intérêts des personnes, que ce soit aller marcher en ville, dans la nature ou faire des « sorties ».

« Je pense que je suis une personne qui était quand même saine dans son entourage, qui lui faisait sortir de "ah bien là moi ça va pas bien pis", tout le temps. [...] Parce qu'elle venait chez nous pis c'était comme bon là, là, on fait un bon souper, on boit une coupe de vin [...] Juste de pas parler toujours du noir là. » (proche aidant)

3.3.3. Soutien émotionnel

Le soutien émotionnel est un aspect important du soutien des proches aidants. Ce soutien passe principalement par le partage des émotions. Une autre manière est de montrer de la considération, de l'importance et de s'inquiéter pour la personne en rétablissement. Enfin, cette considération doit être communiquée à la personne : *« s'inquiéter de moi, mais que je le sache » (personne en rétablissement).*

Dans le contexte d'une relation de couple, la dimension émotionnelle se manifeste aussi par l'intimité, l'affection et la sexualité : *« Je me colle, on se colle. On se minouche. J'essaie de lui montrer mon amour. » (proche aidant)*

Par ailleurs, l'expérience des proches aidants est parfois très difficile au niveau émotionnel. Plusieurs proches ont mentionné s'être sentis démunis, découragés, désemparés. Certains proches ont eu peur de se perdre dans cette aide : *« [...] un moment donné ça devient un peu désemparant. [...] toi non plus tu ne veux pas sombrer là-dedans. C'est quand même... Tu regardes le gouffre et tu es sur le bord! » (proche aidant)*

3.3.4. Communication

Le mécanisme de la communication se décline de différentes façons : la parole exprimée, l'écoute, l'échange et la compréhension qui en découle. Premièrement, de nombreux participants ont nommé que la parole et l'écoute sont un apport important du soutien avec les proches aidants. Particulièrement, dans la relation avec les proches aidants, l'écoute se conjugue idéalement avec une attitude particulière, empreinte d'accueil, d'ouverture, d'acceptation et marquée par l'absence de jugement.

« [Cette proche] est une personne qui a une grande qualité, l'accueil qu'elle fait il est sans jugement. Elle t'accepte telle que tu es, même si elle croit pas ce que tu dis, elle prend le temps de t'écouter. Et juste le fait de t'écouter, c'est déjà une grande aide. » (personne en rétablissement)

Certains placent plutôt la communication sous l'angle de la conversation et du dialogue. La communication est alors plus réciproque; il s'agit alors d'un échange sur différents sujets, qui va dans les deux sens : *« Ben, on partage beaucoup. Elle me raconte ces choses. Je lui raconte les miennes. » (personne en rétablissement)*

La communication et la compréhension qui en découlent sont des éléments importants du soutien social des proches aidants. À l'inverse, les personnes en rétablissement rapportent qu'un manque de compréhension et un manque de communication sont des aspects qui nuisent au rétablissement.

« Pis [tel proche] bien des fois qu'est-ce que je trouve plate c'est qu'il parle pas assez. [...] Il me le dit, mais c'est pas beaucoup. Lui, c'est plutôt avec ses attitudes, c'est pas vraiment verbalement. Fait que ça des fois ça m'agaçait parce que j'aurais aimé qu'il parle plus là tu sais. » (personne en rétablissement)

3.3.5. Validation

Le mécanisme de la validation consiste à orienter la personne en rétablissement quant à la justesse ou à la normalité de son comportement. Il peut prendre plusieurs formes.

D'abord, les proches aidants peuvent soutenir les personnes en soulignant les efforts effectués pour se rétablir.

« [...] elle le reconnaît puis elle l'a partagé aussi. Souvent, elle l'a dit. À des amis, à de la famille. "Eille [telle personne] il travaille fort. Je le vois, il fait des lectures, il rencontre des groupes, il fait des grilles chez nous." » (personne en rétablissement)

Les proches aidants peuvent aussi encourager la personne dans tout ce qu'elle fait de bien. Les encouragements prennent alors la forme de renforcements positifs : *« À chaque fois qu'elle fait une petite réussite, je la félicite tout le temps moi. » (proche aidant)*

Enfin, les proches aidants se permettent parfois d'être des reflets de la réalité, de souligner les écarts à la norme, de dédramatiser ou de confronter la personne sur les comportements problématiques.

« Un petit problème est gros pour elle [...] elle peut amplifier des choses simples. Bon. Des fois, j'ai des fois l'impression que justement elle amplifie un peu les choses. Ça fait que moi je suis porté à les dédramatiser puis à les rendre plus normales même. » (proche aidant)

3.3.6. Soutien instrumental

Le soutien instrumental des proches aidants semble être de deux ordres. D'abord, un soutien concret pour faire des tâches de la vie de tous les jours. Ensuite, un soutien spécifique à la problématique de santé mentale prenant la forme de soutien à l'intervention.

Premièrement, pour le soutien concret, les tâches quotidiennes les plus fréquentes sont de faire la cuisine ou le ménage : *« faire à manger, faire le lavage, faire l'époussetage, passer la balayette, faire les lits, [...] C'est vraiment le quotidien... » (proche aidant)*. L'aide concrète est particulièrement importante dans les moments plus difficiles pour

la personne : « *Mais c'est sûr que si je vois que, sa journée est plus difficile, je vais prendre plus de responsabilités* » (proche aidant). Cette aide semble aussi particulièrement importante pour les couples ayant des enfants à la maison. Les personnes en rétablissement racontent comment leur conjoint ou conjointe prennent « *en main le quotidien [...] que ce soit de faire le ménage, faire la bouffe, le réfrigérateur, le lavage* » (proche aidant).

Deuxièmement, toutes les personnes en rétablissement de notre échantillon avaient reçu de l'aide professionnelle par rapport à leur trouble de santé mentale. Sans faire de l'intervention thérapeutique, les proches aidants pouvaient aussi amener une aide en soutenant l'intervention professionnelle par différents moyens. Les proches aidants pouvaient afficher de l'intérêt face aux interventions, questionner et écouter les personnes et même contribuer aux tâches à effectuer entre les rencontres avec le thérapeute (comme les devoirs).

« [...] je suis pas gênée avec elle de lui demander de l'aide pour mes devoirs des fois qu'on a pis d'essayer d'éclaircir ça, comment est-ce qu'elle comprenait ça pour essayer de me le transmettre pour que je puisse mieux comprendre tout ça. » (personne en rétablissement)

« [...] Mais quand elle va à son cours là-bas, elle va plus m'en parler parce que c'est plus un travail sur soi-même. Parce que, oui, moi aussi des fois, j'en ai besoin de travailler sur moi-même. On a tous besoin de travailler sur soi. » (proche aidant)

À l'inverse, le manque de soutien de leur proche à l'égard des interventions professionnelles est perçu comme nuisible par les personnes en rétablissement. Ce manque de soutien concerne habituellement la médication.

« Quand je suis sortie de l'hôpital pis toute, mon frère arrêtait pas de dire "ah c'est placebo les pilules pis toute pis je sais pas qu'est-ce que t'es allée faire là,

je comprends pas, mais c'est ton choix", mais je voyais que ça allait pas dans le sens que lui y pensait. T'sais il pensait pas autant que j'avais besoin d'aide, toute ça. Mais j'en avais besoin, je voulais me suicider. J'en avais besoin, mais il voyait pas l'ampleur de ce que je vivais pis je sentais pas qu'il avait une ouverture non plus pour comprendre pis pour écouter. » (personne en rétablissement)

De leur côté, les proches aidants rapportent se sentir laissés à eux-mêmes dans leur rôle de « proche aidant ». Malgré les efforts de certains pour trouver du soutien pour eux-mêmes, ils se sentent sans ressources pour les appuyer dans leur rôle de proche.

« Il n'y a pas une façon facile d'aborder la problématique ou savoir quoi faire. Il n'y a pas de mode d'emploi, là-dedans. [...] tu es un peu laissé à toi-même là-dedans pour quelqu'un qui n'a pas les outils pour gérer ça, c'est... C'est problématique [...] » (proche aidant)

3.3.7. Influence

La majorité des proches aidants interrogés sur le sujet reconnaissent avoir un pouvoir ou une influence sur la personne en rétablissement. L'influence du proche peut prendre différentes formes. Dans la première forme, le proche tente d'influencer la personne en rétablissement par la discussion. Cette forme d'influence se rapproche du mécanisme de validation.

« [...] si je vois que ça dérape son idée. Bien là je sais que je vais être capable de l'influencer. C'est sûr. Vraiment, si on reprend ça pis on remet ça en contexte, penses-y un peu là. "Ouin, ouin". Il est ouvert à ça. » (proche aidant)

Ensuite, les proches aidants exercent une influence sur la personne aidée en l'encourageant à adopter des comportements qu'ils considèrent bénéfiques, comme l'activité physique ou une alimentation saine.

« Souvent, c'est moi qui l'appelle puis je la force [...] des fois, elle veut pas sortir. Je lui demande: "As-tu sorti aujourd'hui?". Elle dit "Non". Bon bien

viens-t-en, on s'en va prendre une marche. "Ah bien, je te rappelle dans cinq minutes, je vais y penser". Penses-y pas fort, fort parce qu'on va aller prendre une marche. Tu sais, je la pousse. » (proche aidant)

Certains proches aidants soulignent qu'ils influencent la personne à profiter de la vie ou à profiter des « *bonnes choses de la vie* » (proche aidant). Enfin, les proches influencent la personne par la manière dont ils agissent eux-mêmes, comme un modèle :

« Mais, je pense que par exemple, j'ai sûrement de l'influence. J'ai un aspect, je suis ingénieur fait que je suis très cartésien, factuel, je suis dans l'action. Fait que par ce qu'elle me voit faire bien c'est sûr que j'ai une influence sur elle parce que des fois elle dit "OK, j'embarque dans tes affaires" ou on va changer des façons de faire parce qu'elle me voit faire quelque chose pis c'est quelque chose qu'elle adopte comme comportement ou une activité qu'elle va faire. » (proche aidant)

3.3.8 Liens entre les mécanismes

Les mécanismes du soutien social peuvent s'activer indépendamment ou simultanément. L'un des avantages de la méthodologie utilisée est qu'elle a permis de décrire l'articulation des différents mécanismes entre eux. Dans la Figure 3.1, les flèches représentent les liens nommés par les répondants entre les différents mécanismes.

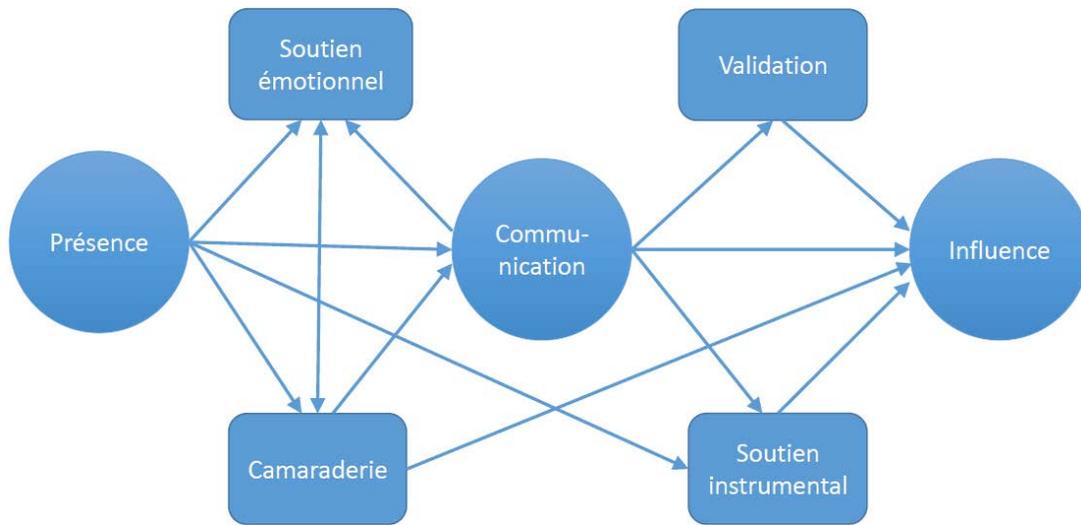


Figure 3.1 : Schématisation des liens entre les mécanismes du soutien des proches aidants

Avant d'élaborer sur ces liens, mentionnons qu'une certaine hiérarchie entre les mécanismes apparaît. Comme représenté par les formes dans la schématisation ci-dessus, nous considérons qu'il y a trois mécanismes centraux ou « primaires » : la présence, la communication et l'influence. Pour chacun d'entre eux, il est difficile d'imaginer une forme de soutien qui ne l'inclut pas, bien que ce ne soit pas impossible. Les quatre autres mécanismes sont « secondaires » et sont plus proches des fonctions classiques du soutien social (camaraderie, soutien émotionnel, validation et soutien instrumental). Les mécanismes secondaires sont moins liés entre eux et semblent découler ou s'appuyer sur les mécanismes primaires.

D'abord, dans le discours des répondants, la présence est habituellement le premier mécanisme mentionné et est souvent accompagnée d'un lien vers une autre fonction du soutien de la part du proche : « *Oui, je savais que si j'avais besoin maintenant d'un support physique, émotionnel, sentimental, n'importe quoi là, bien il y avait le téléphone* » (personne en rétablissement).

Ensuite, la camaraderie consiste à faire des activités *avec* la personne. Ces activités ont une fonction sociale, elles permettent aux personnes d'être ensemble. Il y a donc un fort lien avec la présence. De plus, les activités sociales deviennent une occasion de discuter et de s'écouter (communication) : « *La semaine passée, on est allé dîner au restaurant pis justement on a parlé de trucs, dont son fils, même s'il va bien comme je te dis, bien là, il s'est donné le droit de pleurer devant moi.* » (proche aidant).

Plusieurs participants ont nommé le rôle central de la communication dans le rétablissement. La présence et la camaraderie permettent au mécanisme de la communication de s'activer. De son côté, la communication permet notamment le partage des émotions et permet à la personne de ventiler : « [...] *il faut aussi se parler. Mais il faut lui laisser l'occasion de sortir le méchant* » (proche aidant). De plus, la communication permet aussi l'activation de la validation, de l'influence et du soutien instrumental. Ces liens sont surtout mentionnés par les proches aidants.

Enfin, l'influence se manifeste de manière plus subtile dans les autres mécanismes : inciter la personne à prendre une marche avec soi (camaraderie), faire à manger à une personne qui s'alimente mal (soutien instrumental), donner des conseils (dialogue) ou confronter la personne sur les comportements problématiques (validation).

« [...] qu'on le veuille ou non, un moment donné, on influence. Même si on veut laisser le choix à la personne, ben un moment donné ben je pense qu'il y a certains choix qu'on fait pour nous-mêmes qui influencent l'autre dans la bonne direction. Genre l'encourager dans des activités, l'encourager dans des orientations, dans des prises de décision, mais de la faire rationaliser. [Être] un conseiller qui pourrait peut-être donner certains avis sur certains aspects de décision qu'elle pourrait prendre. » (proche aidant)

Concernant le lien entre l'influence et la validation, le choix a été fait de les séparer puisque l'influence se manifeste dans les autres mécanismes et que l'influence est plus que simplement la validation.

3.4 Discussion

Le soutien social des proches aidants est un aspect essentiel du rétablissement en santé mentale comme le montrent les récits de personnes en rétablissement et les recherches empiriques. Pour approfondir les connaissances à ce sujet, nous avons effectué des entrevues avec des personnes en rétablissement et aussi avec leurs proches aidants le plus significatif pour détailler les mécanismes au cœur de ce soutien. Nos analyses ont montré comment se manifestent, dans le cas spécifique du rétablissement en santé mentale, certaines des fonctions « classiques » du soutien social comme mécanismes, tout en permettant l'émergence de nouveaux mécanismes.

En effet, dans nos résultats, certains des mécanismes correspondent aux fonctions classiques du soutien social montrant ainsi leur pertinence et leur importance dans le soutien du rétablissement en santé mentale. À ce titre, la camaraderie, le soutien émotionnel, la validation et le soutien instrumental demeurent des aspects importants du soutien des proches aidants, et ce, autant du point de vue des personnes en rétablissement que des proches aidants. En revanche, nos résultats n'ont pas montré la présence de soutien informationnel, c'est-à-dire d'un échange d'informations en vue de résoudre un problème (« providing knowledge that is useful for solving problems », Wills & Shinar, 2000, p.88). Berkman et ses collaborateurs (2000) soulignent que le soutien informationnel peut être difficile à distinguer du soutien émotionnel et de la validation.

Bien que l'appellation « soutien instrumental » ait été conservée puisqu'il s'agit de la plus utilisée, nous demeurons insatisfaits face à celle-ci. Nous préférons soutien « axé sur le problème » qui pourrait aussi inclure le soutien informationnel et le soutien à l'intervention. Ainsi, un ajout de notre conceptualisation est l'inclusion du soutien à l'intervention dans le soutien instrumental. Les proches aidants peuvent favoriser le

rétablissement en soutenant l'intervention thérapeutique offerte par les professionnels (p. ex., en aidant avec les exercices thérapeutiques) ou lui nuire en allant à l'encontre de celle-ci (p. ex., ne pas croire en la médication prescrite). Ce résultat offre une piste pouvant expliquer la relation entre le soutien social et l'intervention professionnelle. Le soutien social a une influence sur l'utilisation des services en santé mentale (Albert et al., 1998; Klauer, 2005; Kogstad et al., 2013), l'adhésion au traitement (DiMatteo, 2004) et les effets de la psychothérapie (Roehrlé et Strouse, 2008). Notre étude vient montrer *certain*s processus sur lesquels cet appui prend forme : afficher de l'intérêt face aux interventions, questionner, écouter et même contribuer aux tâches à effectuer entre les rencontres avec le thérapeute (comme les devoirs).

Nos analyses ont aussi permis l'émergence de trois nouveaux mécanismes. Premièrement, nous confirmons l'importance de l'ajout de la présence comme mécanisme du soutien social dans le rétablissement. Ce mécanisme a été initialement suggéré par Topor et ses collaborateurs (Topor et al., 2006) qui soulignent l'importance que les proches demeurent présents, à leur côté (*standing alongside*), qu'ils ne soient pas laissés seuls. Dans nos résultats, la présence est souvent le premier aspect nommé par les répondants.

Deuxièmement, de nombreux participants nomment l'importance de la communication dans leur rétablissement. L'importance de la communication (parole, écoute, dialogue et compréhension) est cohérente avec de nombreux écrits en santé mentale. Par exemple, Pennebaker (par ex., 1995) a montré comment la simple parole est bénéfique pour la santé mentale (voir Ware et al., 2004 pour un résultat similaire en intervention en santé mentale). La parole et l'écoute sont aussi présentes dans la littérature sur le soutien social (par ex., Lee et al., 2019), le soutien par les pairs (par ex., Mead et al., 2001) et l'intervention professionnelle (par ex., Gilbert et al., 2008). Il nous apparaît donc essentiel d'ajouter la communication comme mécanisme du soutien social.

Troisièmement, nous suggérons un dernier mécanisme : l'influence. Pour les auteurs s'y intéressant, le pouvoir et l'influence sont omniprésents dans l'activité humaine (Grose et al., 2014; Prilleltensky, 2008). Difficile à définir, le pouvoir peut être analysé à différents niveaux : individuel, interpersonnel et structurel (Grose et al., 2014). Ici, le mécanisme de l'influence correspond au niveau interpersonnel du pouvoir. L'influence sociale a été considérée comme un mécanisme liant la qualité des relations interpersonnelles à la santé (Thoits, 2011; Kawachi et Brekman, 2001), habituellement par l'intermédiaire de la promotion des comportements de santé (par ex., Houle et al., 2017). Par contre, plusieurs auteurs mentionnent que le pouvoir et l'influence ont été trop peu étudiés, notamment en psychologie (Prilleltensky, 2008; Thoits, 2011; Grose et al., 2014). La majorité des proches aidants interrogés reconnaissent exercer un pouvoir ou une influence sur la personne aidée. De plus, nos résultats montrent les différentes formes que l'influence peut prendre. Ainsi, l'influence peut s'effectuer de manière explicite par la discussion, par la promotion de comportements promoteurs de santé ou en agissant comme modèle. Par contre, deux dimensions traditionnellement importantes de l'étude du pouvoir interpersonnel (Prilleltensky, 2008; Thoits, 2011) ne se retrouvent pas dans nos résultats : l'accès à certaines ressources ni les différences de pouvoir (relation inégalitaire). Il est possible que les relations avec les proches aidants soient plus égalitaires sur ces plans ou que ces deux éléments aient été présents, mais n'aient pas été nommés. Dans tous les cas, l'influence semble être un aspect central de l'expérience d'aide et elle mérite d'être systématiquement incluse dans les futures analyses.

Par ailleurs, le soutien social « négatif » et la « réciprocité » sont traités comme des dimensions distinctes l'une de l'autre, contrairement à Henderson (2011) qui laisse sous-entendre que les relations sont négatives parce qu'elles ne sont pas réciproques. Nos résultats montrent que chaque mécanisme peut agir positivement ou négativement sur le rétablissement. Le soutien social « négatif » n'apparaît pas comme un mécanisme en soi, mais comme une dimension (la valence) de chacun des mécanismes : suivant la

manière dont il est activé, chacun des mécanismes peut avoir un effet positif ou négatif sur le rétablissement.

3.4.1 Implications pratiques

L'identification des mécanismes du soutien social facilite l'établissement d'interventions basées sur la théorie (Thoits, 2011; Kawachi et Berkman, 2001). L'avantage de la modélisation avec les mécanismes est que ceux-ci sont des processus qui peuvent être identifiés, renforcés, travaillés, améliorés et diversifiés.

En plus de suggérer différentes manières dont les proches aidants peuvent contribuer ou nuire au rétablissement, nos résultats soulignent aussi les difficultés rencontrées dans l'exercice de ce rôle. Le rôle des proches aidants est difficile émotionnellement au point où ils mentionnent avoir besoin de soutien eux-mêmes. Paradoxalement, alors que la présence des proches favorise le rétablissement, certains ont mentionné avoir pensé à quitter la relation à un moment ou à un autre. Il apparaît très important d'être à l'écoute de leurs besoins afin de les soutenir dans ce rôle crucial. Malheureusement, malgré l'importance de leur rôle, leurs besoins de soutien sont souvent négligés (Yesufu-Udechuku et al., 2015). Bien que présentant certaines limites méthodologiques, les recherches antérieures soulignent les effets positifs de différentes interventions effectuées auprès des proches, et ce, autant sur les proches que sur les personnes en rétablissement (Chien et Norman, 2009; Macleod et al., 2011; Lobban et al., 2013; Yesufu-Udechuku et al., 2015). Guidées par la théorie, les interventions pourraient suggérer différentes manières d'aider en fonction des sept mécanismes. En plus de développer les habiletés de soutien envers la personne en rétablissement, ces interventions doivent insister sur l'importance de prendre soin d'eux-mêmes. Notamment, les interventions de groupe pour les proches offrent une avenue intéressante pour les soutenir. La participation à celles-ci favoriserait les connaissances sur les troubles, améliorerait les stratégies d'adaptation et diminuerait la détresse et le fardeau (Chien et Norman, 2009; Macleod et al., 2011).

Par ailleurs, étant donné son importance dans le rétablissement (par ex., Leamy et al., 2011), le soutien social est un aspect essentiel à aborder en intervention auprès des personnes en rétablissement (Hogan et al., 2002). En intervention individuelle, la première étape consisterait à évaluer le soutien social de la personne en rétablissement, préférablement grâce à une combinaison d'entrevues, d'observations cliniques et d'outils standardisés (Milne, 1999; Cohen, Underwood, Gottlieb, 2000; Caron et Guay, 2005; Bertolino et al., 2009; Nisbet et Dulmus, 2013; Rashid et al., 2017). Plus précisément, Milne (1999) montre comment l'évaluation peut permettre d'éclairer l'état actuel du soutien, mais aussi la situation désirée. L'écart entre l'actuel et l'idéal peut servir à formuler le problème et à établir les objectifs d'intervention. Par la suite, il est possible d'augmenter le soutien en travaillant les perceptions ou les attentes de la personne, mais aussi en travaillant ses habiletés (social skills training). Le professionnel peut aller plus loin en intégrant les proches au traitement ou en les soutenant grâce à différentes approches reconnues : intervention de couple, intervention familiale, soutien des aidants ou soutien des pairs (Milne, 1999; Hogan et al., 2002; Perese & Wolf, 2005; Morin et St-Onge, 2019).

Enfin, au-delà de l'intervention, la présente étude montre la pertinence de la prise en compte simultanée des perspectives des deux parties prenantes : les personnes en rétablissement et leurs proches aidants. Le soutien social étant un phénomène interactif (p. ex., Gottlieb et Bergen, 2010), il nous apparaît nécessaire de sortir d'un individualisme méthodologique et de l'étudier selon les perspectives des différents acteurs (Aldersey et Whitley, 2015; Jacob et al., 2017). Les proches fournissent une information importante et pertinente à prendre en compte dans la recherche, l'évaluation et la mise en place de services. Malheureusement, même dans une récente recension sur des stratégies pour engager les patients et leurs familles dans des programmes de soins en collaboration, les auteurs ont noté que les familles étaient impliquées dans très peu de programmes (Menear et al., 2020). Une avenue intéressante provenant des pays germaniques est la conduite de dialogues qui regroupent des

personnes en rétablissement, des proches et des intervenants pour des séminaires de discussion sur des enjeux autour de la santé mentale (Amering, Mikus et Steffen, 2012). Malgré que les effets n'aient pas été systématiquement étudiés, les dialogues ont le potentiel de diminuer l'isolement des acteurs ainsi que de favoriser l'acquisition de connaissances, la création d'un langage commun et l'empowerment de chacun, incluant des proches (Amering, Mikus et Steffen, 2012).

3.4.2 Forces et limites

Une première force de notre étude est la prise en compte simultanée des perspectives de la personne en rétablissement et de son proche. Selon nous, cette triangulation des perspectives apporte une plus grande validité aux résultats, surtout dans un contexte où la perspective des proches a été moins explorée (Jacob et al., 2017).

Une autre force de notre étude est d'avoir pris un appui explicite sur la riche littérature sur le soutien social pour documenter le rôle des proches aidants dans le rétablissement. Cela a permis d'utiliser une approche qualitative déductive pour analyser systématiquement la présence des mécanismes et des dimensions du soutien social. Par exemple, ayant posé systématiquement la question à tous les proches aidants, nous avons pu affirmer que la quasi-totalité des participants reconnaît que le soutien inclut du pouvoir et de l'influence. De plus, cet appui sur les recherches antérieures facilite la généralisation théorique (Patton, 2015; Smith, 2018).

Au niveau des limites, la présente étude aurait gagné à mieux détailler le contexte de vie des participants : le statut socioéconomique, l'âge des aidants, la taille du réseau, etc. Ces éléments contextuels auraient été utiles pour mieux interpréter certains aspects de l'expérience des participants et de mettre en contexte les mécanismes du soutien. De plus, il aurait été pertinent de savoir si les proches aidants avaient eux-mêmes des difficultés de santé mentale : déjà, sans l'avoir sollicité, le tiers des proches aidants ont nommé avoir ou avoir eu ce type de difficultés.

Une autre limite concerne les diagnostics qui étaient autorapportés, avec les biais que cela comporte. Dans l'approche du rétablissement, moins d'emphase est donnée aux diagnostics des personnes que dans une approche plus traditionnelle. De plus, pour des raisons de recrutement et pour limiter l'étendue de l'étude, les participants recrutés présentaient des troubles dépressif, anxieux ou bipolaire. Bien qu'il s'agissait d'une population moins étudiée dans la littérature sur le soutien social et le rétablissement, il serait pertinent d'étendre les recherches futures à d'autres problématiques qui comportent peut-être des enjeux spécifiques.

Enfin, le proche interviewé était la personne de l'entourage ayant le plus contribué au rétablissement. Il est probable que ce mode de recrutement ait teinté les résultats, notamment en ce qui a trait aux aspects négatifs du soutien social qui ont peut-être été sous-estimés.

3.5 Conclusion

La présente étude a décrit des mécanismes du soutien social propre au rétablissement en santé mentale. Les résultats ont confirmé empiriquement l'applicabilité à la problématique du rétablissement en santé mentale de la plupart des fonctions classiques du soutien social en plus de proposer de nouveaux mécanismes, à savoir la présence, la communication et l'influence. Les résultats montrent la richesse du rôle joué par les proches aidants dans le rétablissement. Ils soulignent également leur propre besoin de soutien dans l'exercice de ce rôle essentiel, mais combien exigeant.

CHAPITRE IV

RELATION THÉRAPEUTIQUE FAVORISANT LE RÉTABLISSEMENT

Version française d'un article en préparation pour publication dans *Journal of Psychotherapy Integration*.

Recovery-oriented therapeutic relationship

François Lauzier-Jobin¹ and Janie Houle¹

¹ Department of psychology, Université du Québec à Montréal,
Montréal, QC, Canada

Keywords: Personal recovery, therapeutic relationship, recovery orientation, deductive thematic analysis, critical realism

Résumé

Contexte : Le concept de rétablissement guide la mise en place des services en santé mentale. La relation thérapeutique est centrale dans les interventions en santé mentale et une bonne relation permet l'atteinte de nombreux effets, dont le rétablissement personnel. Par contre, on constate un manque de recherche sur les composantes de la relation thérapeutique qui favorisent le rétablissement.

Objectif : La présente étude vise à décrire les mécanismes de la relation thérapeutique qui favorisent le rétablissement en santé mentale, et ce, en croisant la perspective des personnes en rétablissement et de leur intervenant.

Méthode : Une étude qualitative transversale a été menée auprès de 15 personnes en rétablissement et 15 intervenants en psychothérapie privée, en milieu public ou communautaire. Une analyse thématique a permis d'identifier et de décrire différents mécanismes interpersonnels ainsi que leur articulation.

Résultats et conclusions : Sept mécanismes de la relation thérapeutique favorisant le rétablissement ont été décrits : la présence, la camaraderie, le soutien émotionnel, la communication, la validation, le soutien axé sur le problème et l'influence. Certains thèmes vont à l'encontre du rôle professionnel traditionnel et invitent à considérer l'équilibre professionnel – personnel ainsi que la place de l'influence et de la réciprocité. Les résultats suggèrent des composantes relationnelles qui pourraient servir à opérationnaliser la « relation thérapeutique axée sur le rétablissement ».

4.1 Introduction

4.1.1 Rétablissement personnel

Dans les dernières années, le rétablissement est devenu un concept majeur pour guider la mise en place des services en santé mentale dans de nombreux pays (Piat et Sabetti, 2009; Stickley et al., 2011; Le Boutillier et al., 2011; Leamy et al., 2011; Slade et al., 2008; 2012). Ce mouvement provient de deux sources interreliées : le mouvement des

patients/usagers/survivants ainsi que celui de la réadaptation psychiatrique (Jacobson et Curtis, 2000; Stanhope et Solomon, 2008). À l'origine, le mouvement du rétablissement prend racine dans les mouvements sociaux de désinstitutionnalisation, des droits civiques et du mouvement du *self-help* dans les années 1960 et 1970 (Vandekinderen et al., 2012). Par la suite, le rétablissement a été étudié et documenté grâce à des recherches longitudinales, des recherches qualitatives et des récits à la première personne (Rogers et al., 2005; Farkas, 2007; Rapp et Gosha, 2012; Slade et Longden, 2015; Leonhardt et al., 2017; Llewellyn-Beardsley et al., 2019).

On distingue le rétablissement clinique, qui réfère à la diminution des symptômes psychiatriques et à l'amélioration du fonctionnement, du rétablissement personnel (Piat et al., 2011; Slade et al., 2008). Le rétablissement personnel correspond à un processus hautement individualisé dans lequel la personne surmonte et dépasse les difficultés rattachées à son trouble de santé mentale pour vivre une vie pleine et satisfaisante (Anthony, 1993; Provencher, 2002; Barbès-Morin et Lalonde, 2006; Le Boutillier et al., 2011). Différentes recherches ont identifié les facteurs influençant le rétablissement personnel. Parmi ceux-ci, de nombreux auteurs ont ressorti une dimension relationnelle (Leamy et al., 2011). La relation avec les parents, amis et intervenants est une dimension importante du rétablissement (Leamy et al., 2011; Tew et al., 2011; Slade, 2012; Bird et al., 2014; Thomas et al., 2018; van Weeghel et al., 2019). Malheureusement, comme nous le verrons ci-dessous, les composantes de la relation thérapeutique favorisant le rétablissement demeurent relativement peu étudiée.

4.1.2 Relation thérapeutique en psychothérapie

Des décennies de recherche permettent d'affirmer que les psychothérapies sont efficaces, puisque différentes formes de psychothérapies ont montré leur supériorité comparativement à un placebo (Asay et Lambert, 1999; Norcross et Lambert, 2002; Norcross et Lambert, 2019). Plusieurs explications ont été avancées, mais la plus utilisée est celle des facteurs communs d'efficacité (Wampold, 2001; Hill, 2014).

L'approche des facteurs communs d'efficacité souligne que les différentes formes de psychothérapie sont efficaces, mais qu'aucune ne peut être déclarée supérieure à l'autre (Weinberger, 1995; Asay et Lambert, 1999; Miller et al., 2001; Lambert et Ogles, 2004). Les facteurs communs d'efficacité sont donc les éléments non spécifiques à une école de psychothérapie qui seraient responsables des effets d'une intervention. Plusieurs catégorisations de ces facteurs communs ont été avancées (par ex., Frank et Frank, 1991; Weinberger, 1995; Lambert et Ogles, 2004; Wampold, 2015). Lambert et ses collaborateurs (Asay et Lambert, 1999; Lambert et Barley, 2001; Lambert et Barley, 2002; Norcross et Lambert, 2019) considèrent que les facteurs extrathérapeutiques comme le soutien social (40 % de la variance expliquée), la relation thérapeutique (30 %) ainsi que les attentes et l'effet placebo (15 %) sont responsables de la majorité de la variance expliquée plutôt que l'approche et les techniques (15 %). Évidemment, ces catégories ne sont pas étanches et plusieurs auteurs mettent en garde contre l'établissement de fausses dichotomies entre la relation et les techniques (McAleavey et Castonguay, 2015; Ljungberg et al., 2015; Norcross et Lambert, 2019).

La relation thérapeutique a été décrite comme la « quintessence » des facteurs communs d'efficacité (Lingiardi et Colli, 2015, p.311). Elle regroupe les sentiments, les attitudes et les perceptions que l'intervenant et l'aidé ont l'un envers l'autre, ainsi que la façon dont ceux-ci se manifestent. Cette définition s'appuie sur celle de Gelso et Carter (1994) reprise par Norcross et Lambert (2019). Bien que leur examen approfondi dépasse la portée de cet article, notons que de nombreuses conceptualisations de la relation ont été avancées au cours des années depuis celle de Freud au début du XX^e siècle (Elvins et Green, 2008; Horvath et al., 2011).

Différents aspects de la relation avec l'intervenant ont montré leur efficacité dans le cadre d'études en psychothérapie (Norcross et Wampold, 2011). La plus utilisée dans la recherche en santé mentale est l'alliance de travail qui comprend trois facteurs : l'entente sur les buts, l'entente sur les tâches et l'établissement d'un lien interpersonnel

(Bordin, 1979; Martin et al., 2000; Howgego et al., 2003; Stanhope et Solomon, 2008; Flückiger et al., 2019). Les trois composantes provenant de la tradition rogérienne sont aussi reconnues comme efficaces : l'empathie (Elliott et al., 2011), le regard positif (Farber et al., 2011) et la congruence (Kolden et al., 2011). D'autres aspects de la relation avec l'intervenant ont été soulevés, notamment avec les résultats du groupe de travail de la Division de la psychothérapie de l'APA (voir Norcross et Lambert, 2019). Au-delà de chacune des composantes prises individuellement, Horvath (2005) souligne la superposition et la grande interdépendance de ces différentes dimensions de la relation thérapeutique ce qui révèle la nécessité d'un modèle conceptuel intégrateur.

Mis ensemble, les résultats de décennies de recherche montrent que la relation thérapeutique permet l'atteinte de nombreux effets, pour de nombreuses problématiques (Martin et al., 2000; Wampold, 2015; Norcross et Lambert, 2019). Par contre, cette littérature présente trois limites majeures. Premièrement, l'une des composantes a largement dominé les autres dans la recherche, soit l'alliance de travail (Wampold, 2015; Flückiger et al., 2019). Deuxièmement, la très grande majorité de la recherche a été effectuée dans le contexte de la psychothérapie (Kirsh et Tate, 2006; De Leeuw et al., 2012). Certains auteurs ont questionné la généralisation de la conception de la relation avec un intervenant à l'extérieur du cadre de la psychothérapie (McGuire et al., 2001; Howgego et al., 2003; Priebe et McCabe, 2008). Par contre, bien qu'ayant été beaucoup moins étudiée à l'extérieur de la psychothérapie, différentes études ont montré l'efficacité de la relation avec un professionnel dans des contextes divers comme le suivi dans la communauté (Howgego et al., 2003; McCabe et Priebe, 2004; De Leeuw et al., 2012). Il demeure que la relation avec un intervenant est teintée par le contexte dans lequel elle prend place (Topor et al., 2009; Rapp et Gosha, 2012; Kidd et al., 2017). Troisièmement, autant l'approche des facteurs communs d'efficacité que les recherches sur les composantes de la relation thérapeutique sont souvent demeurées floues sur ce que signifie « efficacité ». Lorsqu'on examine les différentes méta-analyses à la base de ces théorisations, il est possible de remarquer que des effets

très différents ont été agglomérés et qu'il s'agit habituellement d'effets sur la diminution de symptômes, plutôt que d'effets positifs comme l'amélioration du bien-être ou du rétablissement personnel. Par exemple, dans leur dernière méta-analyse, Flückiger et ses collaborateurs (2019) mentionnent que la corrélation entre l'alliance et les effets est robuste à travers les différentes mesures d'effets malgré une grande hétérogénéité des données. Par contre, il est possible de voir que la majorité des mesures des effets concernent des dimensions « négatives », comme la symptomatologie avec le *Beck Depression Inventory* (utilisé 21 fois) plutôt que des effets dits « positifs », comme le rétablissement personnel (utilisé 1 fois). Ces critiques sont particulièrement importantes pour les tenants de l'approche du rétablissement qui ont prôné une nouvelle vision de la relation thérapeutique (voir la section ci-dessous), des interventions dans la communauté ainsi qu'un élargissement des effets considérés (Rodriguez et al., 2006; Newberry et Strong, 2009; Rapp et Gosha, 2012).

4.1.3 Rétablissement et relation thérapeutique

Selon Topor et ses collaborateurs (2009), la relation avec un intervenant a été étudiée sous deux angles. D'abord, la recherche a été dominée par une vision positiviste (Kirsh et Tate, 2006). Dans cette vision, les chercheurs sont partis de théories professionnelles sur les variables importantes de la relation thérapeutique et celles-ci furent mises en lien avec des variables d'effets. Dans cette logique, la qualité de la relation thérapeutique (notamment l'alliance) a été associée statistiquement au rétablissement (Hicks, Deane et Crowe, 2012; Kvrjic et al., 2013; Moran et al., 2014). Par contre, un problème avec ces recherches corrélationnelles est un manque d'information quant aux mécanismes interpersonnels expliquant les effets (Kirsh et Tate, 2006; Elvins et Green, 2008; Rodgers et al., 2010).

En réponse à cette vision positiviste centrée sur la perspective professionnelle et l'établissement d'un lien statistique, différentes recherches ont adopté une approche inductive (Kirsh et Tate, 2006; Topor et al., 2009) où les usagers sont questionnés sur

les composantes aidantes de la relation avec les professionnels. Présentons les résultats de trois recherches qualitatives sur le sujet.

Premièrement, Borg et Kristiansen (2004) ont exploré qualitativement les caractéristiques de la relation entre les professionnels et les personnes en rétablissement. Grâce une analyse phénoménologique d'entrevues effectuées auprès de 15 personnes en rétablissement, les auteurs ont ressorti les caractéristiques aidantes de la relation : considérer la personne dans son ensemble (une relation personne-à-personne passant par l'empathie, le respect et la confiance), la disponibilité et le fait de sortir de son rôle professionnel (briser les règles, accepter des cadeaux, relation presque amicale). La dimension psychothérapeutique était considérée aidante, mais ce que cette dimension impliquait et pourquoi elle était considérée comme utile variait considérablement d'une personne à l'autre (Borg et Kristiansen, 2004). Plusieurs participants mettent l'emphase sur la transmission d'espoir et la relation égalitaire qui s'était développée.

Deuxièmement, à l'intérieur d'une recherche mixte comportant 177 entrevues auprès de personnes ayant des troubles mentaux graves, Green et ses collaborateurs (2009) ont effectué une analyse inductive des données qualitatives se rapportant à la relation. Huit facteurs importants des relations promouvant le rétablissement ont été identifiés : (1) adéquation (« fit ») et confort; (2) approche bienveillante et compatissante (écouter, comprendre, croire et connaître le patient); (3) réciprocité et amitié; (4) confiance mutuelle; (5) relation de collaboration; (6) continuité avec le même intervenant (fournir des connaissances utiles sur les traitements antérieurs et faciliter la relation de collaboration); (7) compétence, flexibilité et créativité; (8) transmission d'espoir.

Troisièmement, Topor et ses collaborateurs (Topor et al., 2006; Davidson et al., 2005; Schon et al., 2009; Topor et al., 2011) soulignent que les professionnels ont une position formelle (à cause de leur formation, leurs connaissances et leurs compétences) qui amène un sentiment de sécurité, un point de repère et plus d'importance à leurs

propos. Les professionnels ont aussi un accès à des ressources qui peuvent se traduire en occasions nouvelles pour la personne. De plus, les personnes interrogées ont souligné l'importance que les professionnels *en fassent plus* que ce qui est attendu d'eux et qu'ils *agissent de façon différente* comme accorder plus de temps à une personne, prendre des décisions partagées et négociées et se permettre d'être dans une relation réciproque (en recevant un cadeau).

Bien qu'ayant commencé à ouvrir la boîte noire sur les mécanismes à l'intérieur des relations professionnelles axées sur le rétablissement, ces recherches qualitatives présentent certaines limites. D'abord, elles portaient principalement sur des personnes ayant eu des schizophrénies ou des troubles dits graves plutôt que des troubles mentaux courants comme la dépression et l'anxiété. Aussi, les recherches qualitatives ont seulement utilisé des méthodes inductives ce qui amène à l'émergence de nouvelle catégorisation à chaque recherche, qui empêche de vérifier systématiquement la présence d'une composante dans les relations à l'étude et qui limite notre capacité à effectuer les liens avec les théories existantes. Enfin, les recherches ont considéré la perspective d'un seul des acteurs, les personnes en rétablissement. Ainsi, nous croyons qu'il est essentiel d'analyser la relation selon la perspective des différents acteurs impliqués (Horvath, 2005; Norcross et Wampold, 2011; Ljungberg et al., 2015), surtout considérant que la vision du rétablissement (p. ex., Jacob et al., 2017) et de la relation (p. ex., Bachelor, 2013) peut varier en fonction des acteurs.

De nombreux pays occidentaux ont adopté une approche guidée par le rétablissement pour leurs services en santé mentale en y ciblant notamment l'importance de la relation (par ex., Stickley et al., 2011). Par contre, certains auteurs soulignent un manque de consensus n'existe quant à l'opérationnalisation des interventions axées sur le rétablissement (Le Boutillier et al., 2011; Slade, Oades et Jarden, 2017; Williams et al., 2012). On remarque un manque de recherche sur la relation thérapeutique axée sur le

rétablissement, surtout en comparaison avec l'énorme quantité d'écrits sur d'autres aspects de la relation thérapeutique comme l'alliance (Flückiger et al., 2019).

4.1.4 La présente étude

Pour combler ces limites, la présente étude vise à analyser les mécanismes à l'intérieur de la relation thérapeutique en croisant la perspective de personnes en rétablissement et de leur intervenant. Des entrevues individuelles ont été effectuées avec des personnes en rétablissement ayant un trouble dépressif, anxieux ou bipolaire ainsi que leur intervenant considéré comme le plus significatif (qu'il travaille en psychothérapie ou non).

Suivant les dimensions identifiées dans les études rapportées ci-dessus (amitié, réciprocité, pratique, etc.), ainsi que les mécanismes de la relation thérapeutique identifiés dans une étude de portée (Lauzier-Jobin, 2014), le soutien social a été choisi comme cadre théorique. Celui-ci constitue un cadre théorique permettant l'étude de l'aide informelle et formelle (Klauer, 2005; Huxley et al., 2009; Rickwood et Thomas, 2012). Il a déjà été utilisé pour analyser l'intervention professionnelle en santé mentale (Huxley et al., 2009). Même si les définitions théoriques du soutien social excluent parfois les professionnels (par ex., Gottlieb et Bergen, 2010, p.512), certains auteurs incluent les professionnels dans les sources du soutien social (Corrigan et Phelan, 2004; Pernice-Duca et Onaga, 2009). Pour les personnes en rétablissement, les intervenants font partie de leur réseau de soutien social et ils y sont identifiés tout comme les membres de la famille, les pairs, les collègues, etc. (Pernice-Duca, 2008; Henderson, 2011; Bird et al., 2014). Selon nous, l'adoption du soutien social comme cadre théorique participe à l'effort de l'approche des facteurs communs d'efficacité qui cherche un langage unificateur dépassant celui des différentes approches en psychothérapie (Miller et al., 2001; Duncan et al., 2009).

4.2 Méthode

4.2.1 Paradigme de recherche

S'inscrivant dans le paradigme du réalisme critique (Maxwell, 2012a; Emmel et al., 2018), cette recherche met l'accent sur la triangulation des sources et des types de données (Clark, 2008; Maxwell, 2012a). Cette triangulation accorde donc une place centrale à la comparaison, notamment la comparaison des perspectives. En plus, l'adoption de ce paradigme influence la conduite des entrevues et l'analyse des données (Maxwell, 2012a; Patton, 2015; Manzano, 2016). Par exemple, dans une approche réaliste, l'intervieweur et l'interviewé sont considérés comme des acteurs actifs, compétents et s'inscrivent dans une relation d'apprentissage mutuel (Pawson et Tilley, 1997; Manzano, 2016).

4.2.2 Procédures

Les personnes en rétablissement étaient recrutées par le biais d'affiches qui ont été distribuées physiquement et électroniquement par des organismes en santé mentale de la région de Montréal, Québec. Les participants intéressés devaient appeler au numéro de téléphone indiqué sur les affiches et ils étaient rappelés pour un entretien téléphonique avec l'auteur principal qui vérifiait les critères d'inclusion : (a) être âgé de 18 ans et plus; (b) parler français; (c) avoir eu un diagnostic de trouble dépressif, anxieux ou bipolaire, minimalement douze mois avant l'entrevue (autorapporté); (d) se considérer en rétablissement (autorapporté); (e) avoir la capacité de répondre aux questions d'entrevues, c'est-à-dire ne pas avoir d'incapacité limitant sa participation à l'entrevue (par exemple, une déficience sévère); (f) ne pas avoir une sévérité élevée de symptômes, telle que mesurée par le Patient Health Questionnaire (PHQ-9) et le

Generalized Anxiety Disorder (GAD-7)⁷; (g) avoir la capacité et la volonté de nous désigner deux aidants significatifs (un proche et un intervenant⁸) pour qu'ils soient interviewés sur leur rôle d'aidant.

Les personnes en rétablissement devaient nous indiquer le proche et l'intervenant les ayant le plus aidés dans leur rétablissement. Ceux-ci étaient alors contactés par téléphone pour leur présenter le projet et vérifier les critères d'inclusion : (a) avoir été identifié par la personne en rétablissement comme ayant significativement contribué à son rétablissement; (b) être âgé de 18 ans et plus; (c) parler français; (d) avoir la capacité et la volonté de répondre aux questions d'entrevue; (e) les intervenants devaient avoir l'autorisation de leur établissement d'appartenance pour participer à la recherche, le cas échéant. Des entrevues individuelles étaient fixées au moment et au lieu préférés par le participant en débutant par la personne en rétablissement. L'échantillonnage est donc intentionnel, basé sur la théorie (voir les critères d'inclusion), puis par référencement (Patton, 2015).

Ce projet de recherche a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Montréal. Une compensation de 30\$ était offerte à tous les participants (incluant les intervenants).

⁷ Mesurant la sévérité des symptômes dépressifs, le PHQ-9 comprend 9 items cotés de 0 à 3 pour un total de 0 à 27, un score de 20 et plus représente une sévérité élevée. Mesurant la sévérité des symptômes anxieux, GAD-7 comprend 7 items cotés de 0 à 3 pour un total de 0 à 21, un score de 15 et plus représente une sévérité élevée.

⁸ Seuls les résultats concernant les intervenants sont rapportés dans cet article.

4.2.3 Collecte de données

Des entrevues individuelles ont été effectuées ($N = 45$) auprès des personnes en rétablissement ($n = 15$) et de leur intervenant ($n = 15$). Les entrevues avec les proches ($n = 15$) ne sont pas utilisées dans cet article. Les entrevues semi-structurées abordaient le rétablissement, le contexte de la relation et le soutien social.

4.2.4 Analyse des données

Les entrevues ont été analysées avec le logiciel NVivo10 de QSR International selon la méthode de l'analyse thématique dans une logique déductive, mais permettant les résultats émergents (Braun et Clark, 2006; Zhang et Wildemuth, 2009; Saldana, 2009; Miles, Huberman et Saldana, 2014; Paillé et Mucchielli, 2012). Dans la première étape, les entrevues ont été écoutées et révisées dans leur entièreté par le premier auteur (les verbatim ayant été retranscrits par un assistant de recherche) pour faciliter l'appropriation phénoménologique. Dans la deuxième étape, les codes initiaux ont été développés en s'appuyant sur le cadre conceptuel préliminaire et les guides d'entrevues. Ceux-ci ont été révisés après une première écoute de l'ensemble des entrevues. Un manuel de codage a été créé. Un premier cycle de codification structurelle des données et une validation intercodeur sur trois entrevues a été effectuée dans cette troisième étape. Dans la quatrième étape, un deuxième cycle de codification a été effectué sur les principales catégories selon la méthode de l'analyse thématique en mode suivi dans la marge (Paillé et Mucchielli, 2012). Dans la cinquième étape, les thèmes ont été regroupés, puis synthétisés et des citations ont été sélectionnées pour chacun. Des rencontres régulières avec des étudiants au doctorat ont permis de présenter chacune des synthèses et de soulever les enjeux et les questionnements liés à l'analyse. Dans la dernière étape, les thèmes les plus pertinents et les citations les plus révélatrices sont conservés et intégrés dans la rédaction finale.

4.3 Résultats

Des entrevues individuelles ont été réalisées avec les personnes en rétablissement et leur intervenant le plus significatif. Les participants étaient majoritairement des femmes autant chez les personnes en rétablissement (10 femmes, 5 hommes) que les intervenantes (11 femmes, 4 hommes). Les personnes en rétablissement avaient en moyenne 54,4 ans (ET = 12,4) et déclaraient avoir des troubles bipolaires (8), dépressifs (6) et anxieux (5). Les intervenantes travaillaient en pratique privée (6), dans le réseau public (6) ou dans le milieu communautaire (3). Cinq (5) étaient des psychologues, trois étaient travailleuses sociales (3), infirmières (3) intervenantes en milieu communautaire (3) et une (1) était ergothérapeute.

Les entrevues ont permis de décrire différents mécanismes à l'intérieur de la relation avec un intervenante influençant le rétablissement : 1) la présence et la disponibilité ; 2) la camaraderie ; 3) le soutien émotionnel ; 4) la communication ; 5) la validation ; 6) le soutien axé sur le problème ; 7) l'influence et 8) la réciprocité. Le Tableau 4.1 résume la façon dont chacun des résultats s'incarne dans la relation avec un intervenante. Bien que présentés séparément, plusieurs mécanismes peuvent être activés simultanément. Les deux dernières sections détaillent la façon dont les mécanismes se combinent, notamment en ce qui a trait à la construction du lien de confiance. La majorité du temps, la description des mécanismes converge pour les personnes en rétablissement et les intervenantes, lorsque ce n'est pas le cas, les résultats sont présentés séparément selon chaque perspective (notamment concernant l'influence et la réciprocité).

Tableau 4.1 : Résumé des mécanismes de la relation avec l'intervenante

Mécanisme	Résumé
Présence et disponibilité	Le fait d'être présent et disponible. Manifester cette disponibilité : parole et attitudes. Continuité du lien où le lien a déjà été testé et maintenu. Agir comme intervenante-pivot en établissant des liens avec les autres intervenantes ou services.
Camaraderie	Relation conviviale, agréable et « fun ». Utilisation du dévoilement de soi et réciprocité, dont : confirmer la valeur de l'intervenante, redonner à d'autres, payer pour les services ou offrir un cadeau aux intervenantes.
Soutien émotionnel	Partage d'émotions : peine, peur, joie, colère, amour, etc. Démonstration de respect, de considération, d'intérêt et d'empathie.
Communication	Écoute passive et active (passant par le questionnement). L'absence de jugement dans l'écoute est primordiale. La parole et l'écoute permettent à la personne de mieux se comprendre et de se sentir comprise.
Validation	Fournir de l'information sur la justesse ou la normalité des perceptions ou des comportements de différentes manières : reformulation, reflets de la réalité, nommer un désaccord, dédramatiser, etc.
Soutien axé sur le problème	Soutien informationnel : donner des informations, des trucs, des conseils ou des références. Explication / psychoéducation : fournir des informations pour améliorer la compréhension des personnes en rétablissement surtout autour du diagnostic. Soutien psychologique de différentes manières interreliées : souligner le positif, structurer le changement et outiller la personne.
Influence	Les intervenantes reconnaissent avoir une certaine influence qui serait une condition <i>sine qua non</i> du rôle professionnel. Cette influence peut prendre de nombreuses formes : connaissances et expertise, pouvoir d'influence ou de conviction, prescription de comportements bénéfiques pour la santé et accès aux ressources.

4.3.1 Présence

Le fondement de la relation entre la personne aidée et l'intervenante semble être la présence de l'intervenante : « *Elle était là, d'abord. Elle était là.* » (personne en rétablissement). En plus de servir d'appui aux mécanismes suivants, cette présence est utile en soi. Simplement savoir que l'intervenante serait présent et disponible, au cas où, est suffisant pour être bénéfique : « *c'est pas grand-chose là, mais juste le fait qu'elle soit, que je sache que si j'avais besoin je pourrais le faire.* » (personne en rétablissement)

La disponibilité de l'intervenante se manifeste notamment dans la rapidité de réponse, comme la vitesse pour prendre un rendez-vous ou des retours d'appel : « *Je l'appelais, on se fixait un rendez-vous. C'est pas dans un mois là. Une couple de jours, une semaine* » (personne en rétablissement). Pour les personnes aidées, cette disponibilité montre beaucoup de flexibilité de la part de l'intervenante. Une personne mentionne que cette disponibilité valait les coûts engendrés par l'accès à un intervenant au privé : « *Je payais parce que j'avais besoin de ça ici. L'idée d'attendre un an, deux ans, trois pour à moindre coût, fuck off là. J'ai payé. [...]* » (personne en rétablissement).

Continuité du lien

Au-delà de la disponibilité, il semble aussi que la continuité du lien soit importante: « *la constance* » (personne en rétablissement).

« *Honnêtement je pense que c'est la solidité du lien. J'ai des gens que ça fait dix ans pis ils reviennent me voir. [...] Même à ça, je pense que c'est la solidité. Ils vont revenir pis dans cinq ans pis ils vont dire t'es la même fille. Ah j'ai pensé à toi. [...] Pis tu le sais je suis stable. Moi, je vais te dire une affaire, cinq ans plus tard, il y a ben des chances que je te dise la même affaire.* » (intervenante)

La continuité du lien est importante pour deux raisons. Premièrement, le lien a déjà été testé et il a été maintenu : « *même si tu fais une crise, je demeure là [...]* d'avoir

quelqu'un qui l'accepte inconditionnellement pis qui malgré la crise reste là » (intervenante). Cette continuité est particulièrement importante pour les personnes ayant vécu du rejet, de l'abandon ou des expériences de trahison par le passé. Le second élément est que la continuité amène une connaissance de la personne et une meilleure compréhension de son cheminement : « On avait eu un bon contact avant et elle a compris, elle a compris vite ce que je voulais faire. » (personne en rétablissement)

Manifester sa disponibilité

Il semble aussi important de manifester cette disponibilité pour que la personne la ressente. Certaines personnes se rappellent clairement que leur intervenante leur a dit : « [Les intervenantes] qui étaient là nous disaient : "N'importe quand, tu peux revenir, s'il y a quelque chose." » (personne en rétablissement) De leur côté, les intervenantes soulignent aussi l'importance de l'attitude à adopter : une attitude d'ouverture, d'accueil et de disponibilité.

« Faut que tu sois disponible. [...] Il faut trouver le temps sans qu'ils sentent que ça soit urgent. Il faut trouver une façon. Et une fois qu'on l'a vu la première fois, moi je disais toujours aux gens qui venaient me voir la première fois, j'ai dit "là, là, on a ouvert une petite partie du problème. [...] Fait que je vais vous donner un rendez-vous dans trois-quatre jours. Et si c'est trop difficile, vous pouvez m'appeler, j'ai un téléphone cellulaire. J'ai un téléphone cellulaire, vous me dérangez jamais". » (intervenante)

Faire plus

Plusieurs personnes en rétablissement mentionnent une impression que leur intervenante en a fait « plus que ce qu'elle est supposée faire, plus que son mandat » (personne en rétablissement). La plupart de ces mentions d'en « faire plus » se rapporte au temps comme se voir plus longtemps à chaque rencontre ou se voir un plus grand nombre de rencontres.

« Pis ça dépasse tout le temps le temps qu'on a ensemble. [...] Ouais, bien c'est supposé être une heure pis à chaque fois elle part à moins vingt mettons. Elle est tout le temps dix minutes plus tard. Elle me laisse pas dans un état, admettons que je suis en train de pleurer, quelque chose de même, elle me laisse pas comme ça. Pis même si je pleure pas, elle trouve ça intéressant elle aussi pis elle est dedans pis c'est comme dire, ok là c'est assez on arrête de parler il est 10h30. » (personne en rétablissement)

Pivot : liens entre les services

Dans certains cas, l'intervenante peut aussi agir à titre de « pivot » qui a « le rôle de coordonner les services multidisciplinaires et interdisciplinaires » (intervenante). À ce moment, elle fait le lien avec les autres intervenants au dossier. Une personne décrit son intervenante comme étant « l'épicentre de toutes ces ressources-là autour de moi » (personne en rétablissement). Cette responsabilité est nécessaire quand la personne a plus d'une intervenante (ce qui laisserait aussi présager des problématiques plus importantes). À part une exception, les intervenantes assumant ce rôle étaient dans le réseau public; l'autre était en pratique privée.

4.3.2 Camaraderie

Quelques personnes aidées décrivent leur relation avec leur intervenante comme étant « conviviale », « agréable », « fun ». Ici, la relation décrite est plus égalitaire, elles utilisent le prénom de l'intervenante. La personne s'y « sen[t] bien ». La relation tend vers l'amitié : « chummy, chummy ». Une intervenante raconte même que sa relation avec la personne aidée a évolué : elle est maintenant bénévole pour l'organisme et leur relation se rapproche de l'amitié. La relation décrite dépasse le rôle professionnel typique tout en conservant une certaine distance.

« On n'est plus dans le soignant, on est dans des partenaires, on est dans des relations... Moi des fois je me questionne, je ne sais pas si l'Ordre serait trop, trop d'accord avec le fait d'avoir des relations autres parce que c'est une relation, j'estime, d'amitié. Elle ne sera pas dans ma vie personnelle, mais c'est quand même quelqu'un qui évoque chez moi pas juste des... dans mon rôle

[professionnel] aussi de... comme je le disais, d'un humain à un autre humain. » (intervenante)

Une intervenante ayant déjà eu un trouble de santé mentale raconte qu'elle utilise le dévoilement de soi en intervention. En plus de contribuer à égaliser la relation, le dévoilement lui permet de normaliser l'expérience de l'autre, de créer une image positive de la personne et de donner de l'espoir.

« Il y a aussi le fait, je pense que moi, j'ai vécu une dépression. [...] Et parfois j'ai ouvert là-dessus avec les personnes pour, justement, qu'il y ait une... quelque chose qui est commun, on n'est pas juste... Bon et puis il y a toute la hiérarchie, le clinicien et puis le patient et moi je crois qu'il faut être plus d'égal à égal. J'ai dit des choses à [la personne] qui étaient plus personnelles. [...] Je pense que des fois, c'est aussi de ramener ça à quelque chose qui est plus proche d'eux [...] C'est en ouvrant comme ça que l'autre s'ouvre aussi par rapport à des choses, parfois, dont il n'a jamais parlé. » (intervenante)

Le dévoilement de soi établit aussi une certaine forme de réciprocité dans la relation. Trois autres formes de réciprocité ont été notées. Premièrement, les personnes en rétablissement voyaient parfois une forme de réciprocité dans la relation quand elles pouvaient confirmer la valeur de l'intervenante. Les intervenantes soulignent aussi que l'aide auprès de cette personne les avait rassurés ou confirmés sur leurs compétences et leur rôle ainsi que les apprentissages effectués grâce à leur client.

« [Avec telle personne] ça a été un exercice incroyable, parce qu'il a fallu que j'aborde des choses tough avec lui. Mais il m'a fait vivre une expérience très positive sur ce plan-là. [...] Tout ça lui, il le saura peut-être jamais, mais ça a été un gros défi pour moi pis moi ça m'a permis de grandir en faisant ça avec lui [...] J'ai trouvé ça valorisant » (intervenante)

Deuxièmement, pour la personne en rétablissement, une autre manière de redonner est de payer pour les services ou d'offrir un cadeau aux intervenantes. Par contre, ces dernières ont des réactions contrastées par rapport aux cadeaux : certaines acceptent et

les partagent avec leur équipe; d'autres les refusent. Dans tous les cas, les intervenantes questionnent la personne pour comprendre la signification rattachée à celui-ci.

« Au départ, c'était les cadeaux que j'ai refusé. Ça a été un affront total pour elle. On a travaillé beaucoup. Fait que du coup après elle me faisait des déclarations symboliques de l'importance que j'avais dans sa vie. Pis c'est ça. Et dans ce temps-là, veut, veut pas, c'est touchant. » (intervenante)

Troisièmement, les personnes en rétablissement associent la possibilité de redonner à d'autres comme une forme de réciprocité. La personne aidée change alors de rôles pour redonner par différents moyens : bénévolat en francisation (même organisme où est l'intervenante); bénévolat avec la ligne d'écoute de l'organisme de l'intervenante; écrire un livre sur sa vie pour transmettre l'espoir; implication aux AA. Par contre, ces moyens de redonner ne sont pas toujours directement reliés à l'intervenante les ayant aidées.

De manière générale, il y a un faible niveau d'accord entre les deux acteurs concernant le niveau de réciprocité. Les personnes aidées voyaient rarement leurs relations avec les intervenantes comme étant réciproques. Dans 10 des 15 dyades, les intervenantes considéraient la relation comme réciproque alors que la personne aidée n'était pas d'accord. Dans deux dyades, la personne aidée considérait la relation comme réciproque alors que l'intervenante n'était pas d'accord. Deux autres dyades s'entendaient pour dire qu'il n'y a pas de réciprocité. Une dernière personne n'a pas répondu.

4.3.3 Soutien émotionnel

Étroitement liée à l'écoute (voir la section suivante *Communication*), l'interaction professionnelle est le lieu d'un partage d'émotions.

« Elle, elle m'a vue au début, je te dirais j'ai pleuré. Les premières séances là [...] Je vidais des boites de kleenex. Je ne faisais que pleurer. Je faisais juste

aborder le sujet de ma mère, de mon passé, de mon enfance. C'était pas guéri. J'étais pas capable de parler de mon enfance sans venir en souffrance épouvantable. » (personne en rétablissement)

Différentes émotions sont transmises et ressenties, comme la peur, la joie, la colère, l'amour, etc. Les intervenantes montrent du respect à l'autre, de la considération, de l'intérêt et de l'empathie pour la personne. Une intervenante décrit son rôle comme étant un « *régulateur de ses humeurs. Quand elle arrivait, elle était en état de crise, mais envahie par ses émotions. Donc à chaque fois, pis là elle me trouvait fatigante, décortiquer qu'est-ce qui se passe, c'est quoi les émotions.* » (intervenante)

4.3.4 Communication

Souvent liée à la disponibilité, la communication se décline de différentes façons. Dans sa forme passive, il s'agit pour l'intervenante d'être à l'écoute de la personne qui parle et que celle-ci se sente écoutée. Dans la communication, l'absence de jugement est considérée comme très importante : « *Aucun jugement. J'ai vraiment senti aucun, aucun, aucun jugement.* » (personne en rétablissement) La communication peut aussi être plus active et passe alors par le questionnement.

« Puis un moment donné, quand ç'a été le temps de parler, elle a été là pour écouter. À chaque fois que je parlais avec [telle intervenante], on allait un petit peu plus loin. Elle me lançait des questions. [...] Et puis quand je revenais, je réfléchissais à ce qu'elle m'avait dit, et je trouvais que ça avait du gros bon sens. » (personne en rétablissement)

L'écoute permet à l'intervenante de mieux comprendre la personne : « *Je trouve que c'est comme une confidente, mais en même temps qui est capable de me sizer [...]* » (personne en rétablissement). La parole, l'écoute et la compréhension de l'intervenante permettent aussi à la personne de mieux se comprendre et de se sentir comprise.

Soulignons que l'empathie allie soutien émotionnel et communication. L'empathie permet de se centrer sur la personne et de mieux la comprendre :

« Moi je dirais que c'est l'écoute. Il faut être centré où est la personne. Où elle est rendue. C'est beaucoup ça. Parce que ça fait partie de l'empathie, ça fait partie aussi de comment on va orienter, qu'est-ce qu'on va faire. Et aussi une capacité d'évaluer l'état de la personne » (intervenante)

4.3.5 Validation

La relation avec l'intervenante peut fournir de l'information sur la justesse ou la normalité des perceptions ou des comportements, et ce, de différentes manières. Une première façon dont le mécanisme de validation s'actualise est par le reflet. En s'appuyant sur la communication, l'intervenante peut reformuler ou refléter certains éléments. Ces reflets de la réalité permettent à la personne de réfléchir, de « prendre conscience » (personne en rétablissement) et de mieux se comprendre.

« Un reflet de réalité, oui. [...] Alors quand il y a des choses qui ne conviennent pas, je ne me gêne pas de lui dire. "Ha! C'est-tu drôle, je ne suis pas d'accord avec ça". Et là je dis "Tu en fais ce que tu veux". Ça réfléchit et elle me revient trois semaines après "Ouin, j'ai pensé à ça et peut-être que..." » (intervenante)

Les intervenantes se permettent de ne pas être d'accord avec la personne et de le souligner. Notamment, les intervenantes dédramatisent certaines situations. À l'inverse, la validation peut aussi prendre la forme de « normalisation » où l'intervenante entérine la normalité d'une perception ou d'un comportement.

« Et elle a parlé un petit peu de la réalité à notre âge. Quand t'as 50 ans et plus t'as pas la même énergie. Tu peux pas en faire autant. Je lui disais ma difficulté d'ailleurs d'éliminer. Et c'est comme si elle m'avait donné la permission de pas être bien. C'est ça. Elle m'a donné la permission de pas être bien. Parce que moi je me la donnais pas la permission de pas être bien. C'est comme si elle me disait, "là, c'est normal [rire] que vous soyez comme ça". » (personne en rétablissement)

4.3.6 Soutien axé sur le problème

Soutien informationnel

Selon les personnes aidées, les intervenantes leur donnaient des informations, des conseils « *pratico-pratiques* » ou des trucs que ce soit sur la vie de tous les jours, sur leurs relations, sur la santé mentale ou sur les services. Le soutien informationnel peut s'apparenter à l'établissement de références lorsque les informations concernent les ressources d'intervention. Enfin, les intervenantes sont parfois dans une position-clé pour non seulement connaître, mais aussi donner accès à certaines ressources. Cet accès aux ressources renvoie à un certain pouvoir et au rôle de pivot.

« Ben je dirais de m'offrir des ateliers ou de m'offrir des ressources à travers, à l'hôpital. Me diriger vers, exemple, une fois les ateliers terminés c'est elle qui m'a mis sur une liste pour apprendre la pleine conscience. Elle m'a permis d'expérimenter un cours sur l'écriture. » (personne en rétablissement)

Explication / psychoéducation

De manière similaire, les intervenantes peuvent fournir des informations, mais dans un but d'améliorer la compréhension des personnes en rétablissement. Ces informations tournent souvent autour du trouble (maladie ou diagnostic), de ses causes et de son traitement.

« Puis elle m'a expliqué [...] elle a un tableau blanc. Et puis elle va faire des dessins pour comprendre... [...] que ce soit plus concret. Pis là en gros c'est sûr, elle a expliqué qu'est-ce que c'était, qu'est-ce qu'il arrive pour la dépression. Quand t'as pu, tu sais la sérotonine entre les neurones le contact il se fait pu. C'est sûr que ça, c'est vrai que je le savais. Mais tu sais elle a expliqué. Elle a mis des mots. » (personne en rétablissement)

« Ben, c'est sûr que moi ce que j'essaie de faire en sorte, c'est qu'ils soient plus au courant de leur maladie, qu'ils soient plus au courant de qu'est-ce que la médication fait, qu'ils soient plus au courant des effets secondaires de ces médicaments-là [...] Parce que souvent ces gens-là sont pas au courant de toutes ces facteurs-là. » (intervenante)

L'explication semble apporter plusieurs bénéfices : mieux comprendre, normaliser la situation et redonner le pouvoir à la personne. Une intervenante explique ainsi ces bénéfices :

« [...] Puis je trouvais ça important que les gens sachent qu'un diagnostic c'est comme une photo et c'est une photo souvent, qui est prise en situation de crise quand les gens arrivent à l'urgence. Ce n'est pas la vraie photo d'eux, mais il y a des affaires là-dedans qui normalisent si on veut. [...] Donc, ça aussi, ça permettait aux gens de se dire : "OK, ce n'est pas juste de ma faute" [...] C'est de l'empowerment beaucoup de parler du diagnostic. L'acceptation, moi je me dis, oui, il y a ça, mais... ce n'est pas juste... les gens ne sont pas juste un diagnostic. » (intervenante)

Soutien psychologique

Bien entendu, une part importante du soutien des intervenantes concerne le soutien psychologique. Cette dimension s'effectue principalement de trois manières interreliées : souligner le positif, structurer le changement et « outiller » la personne. La première façon est de souligner les forces, les bons coups et le changement déjà effectués.

« Tous mes clients, ils ont tous des forces. Et quand ils rentrent ici, ils sont des microbes. Ils ont été démolis. La vie leur a montré qu'ils étaient rien. Ils ont tous des problèmes d'estime et un manque de confiance en eux. Donc, ah, oui! Que je suis renforçante! [...] Il faut que je donne des compliments. Il faut que je trouve quelque chose qu'ils ont bien fait et je le souligne avant qu'ils ne sortent. [...] Si tu veux qu'ils soient compétents, souligne qu'ils sont bons et ils vont travailler encore plus. Moi, j'encourage. Ça se peut même pas comment j'encourage. » (intervenante)

La deuxième manière est de structurer le cheminement. Cette structure commence avec l'évaluation, puis l'entente sur un objectif d'intervention et se poursuit en montrant le chemin parcouru et celui à parcourir. Ce point touche la transmission d'espoir et d'attentes. Une intervenante raconte avoir dit à sa cliente : « *J'ai confiance en toi, je te*

prête mon espoir jusqu'à ce que tu te l'appropries et après ça je le reprendrai » (intervenante).

Une dernière manière d'offrir un soutien instrumental est d'« outiller » la personne en rétablissement. Les intervenantes mentionnent différentes stratégies de soutien psychologique : travail autour de la personnalité, des émotions, des pensées automatiques, des schémas, etc. Les personnes en rétablissement parlent souvent des « outils » : *« j'ai ramassé des outils, ramassé des outils [...] telle intervenante] elle m'a apporté beaucoup de ressources. » (personne en rétablissement)*

4.3.7 Influence

L'influence des intervenantes serait une condition *sine qua non* du rôle professionnel : *« Oui, il y a une influence à partir du moment où t'as une relation d'aide, c'est clair » (intervenante).* Cette reconnaissance amène les intervenantes à faire attention parce que les personnes sont vulnérables. Les intervenantes doivent donc en être conscientes et l'utiliser prudemment.

« C'est pour ça qu'il faut faire attention. Oui, on a de l'influence. Les gens ils viennent nous voir et s'ouvrent à nous et se dévoilent et sont très vulnérables. [...] on peut avoir une énorme influence et c'est pour ça qu'il faut être prudent pis faire attention. Et je vais essayer d'être le moins directive possible pour ça aussi. Pour que la personne puisse faire ses choix. » (intervenante)

Cette influence peut prendre de nombreuses formes. Avec leurs connaissances et leur expertise, les intervenantes ont une crédibilité qui favorise la confiance (voir la section ci-dessous). Les intervenantes ont un pouvoir d'influence ou de persuasion. Une intervenante souligne d'ailleurs qu'elle fait des prescriptions de comportements bénéfiques pour la santé, comme bien manger, bouger et dormir : *« La première prescription que je donne, c'est trois choses : dormir, bien manger pis bouger. Parce que ça l'a un impact physique sur la dépression » (intervenante).*

Enfin, l'influence se reflète dans l'accès aux ressources notamment grâce aux évaluations effectuées. Une intervenante souligne qu'elle exerce aussi cette influence quand elle défend les volontés de la personne auprès de son organisation, notamment dans l'attribution de services.

« [...] On est celui qui va donner ou pas certains services. De par notre analyse [...] Un accès aux ressources et un côté [...] qu'on devient des porte-paroles de ces gens-là dans le besoin auprès de nos gestionnaires, de nos supérieurs, qui eux auront au bout de la ligne le bâton pis ils détermineront si oui ou non ils accordent le nombre d'heures. » (intervenante)

Bien que tous les intervenantes reconnaissent avoir une certaine influence sur les personnes en rétablissement, certains ont de la difficulté avec le terme « pouvoir » y préférant le terme « influence » ou « confiance ». De plus, contrairement à la plupart des autres dimensions, il y a un faible niveau d'accord entre les deux acteurs concernant le partage de pouvoir. La moitié des dyades s'accorde à considérer que le pouvoir est partagé, alors que l'autre moitié ne s'entend pas sur la répartition du pouvoir. Dans toutes ces dernières dyades, la personne ne considérerait pas avoir de pouvoir alors que l'intervenante considérerait qu'il était partagé.

Lien de confiance

Un résultat émergent de nos données est le processus de construction du lien de confiance. Ici, la confiance n'est pas vue comme un processus relationnel en soi (mécanisme), mais le résultat de l'aboutissement de plusieurs processus. La confiance se développe donc au fil du temps (voir la Figure 4.1) : *« Il s'est développé quelque chose de solide là. [...] ça s'est installé lentement, c'est comme une confiance » (personne en rétablissement)*. Au début de l'intervention, elle se développe par les attitudes de l'intervenante (accueil, non-jugement, empathie). Ces attitudes rendent la personne en rétablissement « à l'aise » ce qui lui permet de s'ouvrir. On assiste alors à

une boucle de rétroaction positive où l'ouverture et la communication renforcent le sentiment d'être confortable et en confiance.

« Honnêtement, je pense qu'il y a beaucoup de confiance. Beaucoup. Elle a beaucoup, beaucoup confiance en moi. Elle m'a parlé de choses que je pense qu'elle a raison, elle en n'avait jamais parlé à personne. Parce qu'elle avait trop honte. La honte, c'est quelque chose de, ouf, très important pour elle. » (intervenante)

Cette construction du lien est importante pour deux raisons. Premièrement, le lien a déjà été testé et il a été maintenu : *« même si tu fais une crise, je demeure là [...] d'avoir quelqu'un qui l'accepte inconditionnellement pis qui malgré la crise reste là » (intervenante)*. Cette continuité est particulièrement importante pour les personnes ayant vécu du rejet, de l'abandon ou des expériences de trahison par le passé. Le second élément est que la continuité amène une connaissance de la personne et une meilleure compréhension de son cheminement : *« On avait eu un bon contact avant et elle a compris, elle a compris vite ce que je voulais faire. » (personne en rétablissement)* Avec le temps, un lien de confiance se développe et constitue la base pour le reste du travail thérapeutique : *« Après ça t'as comme, les fondements sont solides pour poursuivre. » (intervenante)*

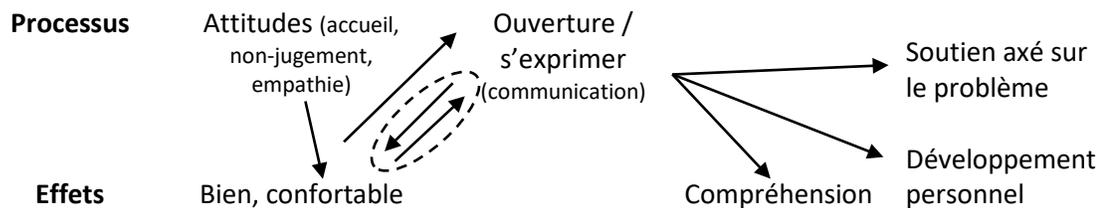


Figure 4.1 : Processus de construction du lien de confiance

4.3.8 Articulation entre les mécanismes

Jusqu'ici, les mécanismes ont été présentés séparément. Par contre, ceux-ci peuvent être aussi activés simultanément. La Figure 4.2 présente les liens qui ont été nommés entre les mécanismes par les participants. Dans la suite de la section, les principaux liens entre les mécanismes sont explicités.

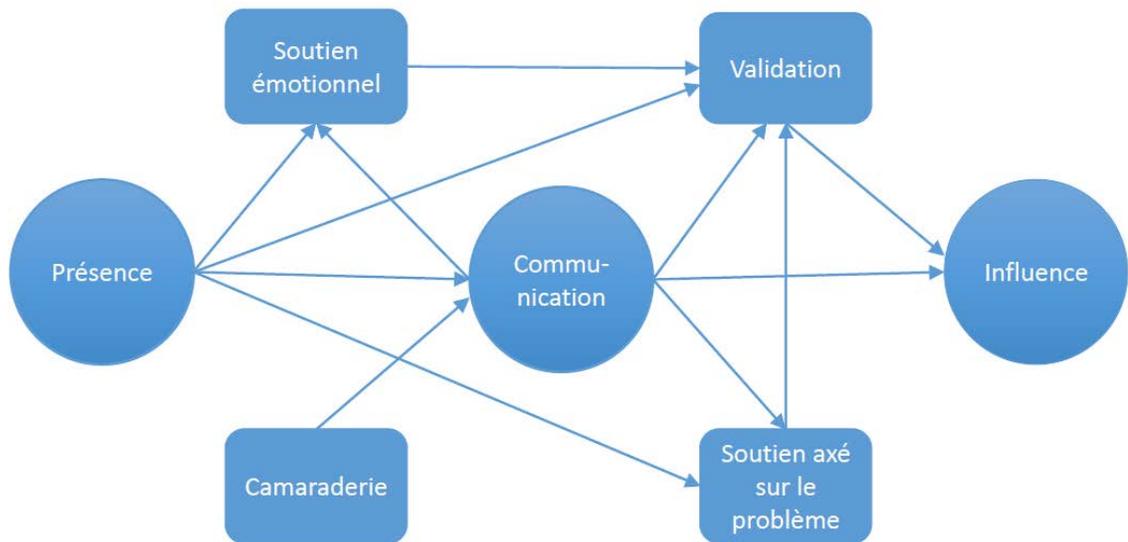


Figure 4.2 : Schématisation des liens entre les mécanismes dans la relation avec l'intervenante

Bénéfique en soi, la présence permet aussi d'accomplir d'autres fonctions. La qualité de la présence permet d'approfondir la relation notamment grâce à l'écoute et au partage d'émotions. La présence permet à l'intervenante de « faire une place » à la personne aidée qui peut alors ventiler et s'exprimer.

« Je pense que mon rôle je l'ai vu comme ça. De vraiment lui offrir une place où elle pouvait parler de tout ce qu'elle voulait parler et de l'accueillir là-dedans aussi. De pas essayer de dire qu'elle devrait ressentir les choses autrement. De valider ce qu'elle ressentait, de valider comment elle vivait les choses. [...] Et c'est ça moi j'ai essayé ça de lui offrir l'espace pour qu'elle

puisse parler de tout, qu'elle puisse être accueillie dans ce qu'elle racontait [...] » (intervenante)

Souvent associée à la présence, la communication permet la suite du travail thérapeutique : donner de la rétroaction, confronter, souligner les forces, donner de l'espoir, expliquer, outiller, référer, etc. L'influence passe beaucoup par la communication et les efforts de validation comme normaliser une perception ou un comportement.

4.4 Discussion

La présente étude a permis de décrire et d'analyser sept mécanismes de la relation thérapeutique favorisant le rétablissement. Bien que présentés séparément, ces mécanismes s'articulent de manière dynamique dans la pratique, tels que montrés dans la modélisation. Dans cette discussion, avant aborder les implications pratiques, deux constats transversaux seront discutés : l'importance de l'équilibre professionnel – personnel et l'importance d'explicitier la place de l'influence et de la réciprocité.

Le rôle professionnel traditionnel se caractérise par une volonté d'objectivité et une certaine distance relationnelle (Ljungberg et al., 2017; Parsons, 1951). Plusieurs thèmes semblent aller à l'encontre de ce rôle professionnel traditionnel comme la camaraderie, le dévoilement de soi, la validation et la réciprocité. Les recherches s'appuyant sur la perspective des personnes en rétablissement ont déjà souligné l'importance de certaines de ces dimensions : sortir de son rôle professionnel, en faire plus que ce qui est attendu (*doing more than is expected*), établir une réciprocité, voire une amitié (Borg et Kristiansen, 2004; Ware et al., 2004; Topor et al., 2006; Green et al., 2009). Notre étude ajoute à cette littérature en croisant la perspective de personnes en rétablissement et celle de leur intervenante ce qui permet une vision plus nuancée.

Ainsi, nos données montrent l'importance de conserver un équilibre entre le rôle professionnel traditionnel et le côté personnel, en cohérence avec l'étude de Ljungberg et al. (2017). Le dépassement d'un rôle traditionnel se fait alors consciemment, avec une intention clinique et un rationnel clair. Par exemple, une intervenante effectuait un auto-dévoilement avec une intention clinique, celle de normaliser l'expérience de la cliente et de transmettre de l'espoir. Nous croyons que les écrits sur l'auto-dévoilement offrent des balises intéressantes sur la manière de maintenir cet équilibre professionnel-personnel (voir la section *Implications*).

De plus, l'une des critiques de l'adoption de l'approche du rétablissement par les services en santé mentale est d'ignorer les enjeux de pouvoir (p. ex., Slade et al., 2017). Cette critique a aussi été adressée aux psychothérapeutes (Prilleltensky, 2008). En effet, nos analyses ont généralement montré une grande congruence entre les perspectives des usagers et des intervenantes à l'exception des dimensions liées à l'influence (pouvoir) et la réciprocité.

Concernant le partage de pouvoir, un faible niveau d'accord a été observé entre les acteurs d'une même dyade alors que la moitié de celles-ci ne s'entendait pas sur la répartition du pouvoir (c'est-à-dire que la personne ne considérait pas avoir de pouvoir dans la relation alors que l'intervenante considérait qu'il était partagé). De plus, bien que tous les intervenantes reconnaissent avoir une influence, certaines avaient de la difficulté avec le terme « pouvoir ». Ces deux résultats suggèrent que la dimension du pouvoir et de l'influence est probablement moins explicite ou moins discutée dans ces relations. Kirsh et Tate (2006) soulignent que la documentation sur la relation d'aide insiste sur l'importance du partage de pouvoir sans donner de stratégies concrètes sur la manière d'y parvenir. Nous avons décrit différentes formes que peut prendre ce pouvoir dans la relation d'aide : connaissances et expertise, pouvoir d'influence, prescriptions de comportements, accès aux ressources et défense de la personne (advocacy). De plus, nous croyons aussi que la place, le rôle et l'expertise de la

personne en rétablissement devraient être directement abordés dans l'intervention. L'approche du rétablissement reconnaît que la personne est experte de sa propre situation. Dans la relation axée sur le rétablissement, il y a donc lieu de reconnaître les disparités de pouvoir et de travailler à redonner du pouvoir à la personne en rétablissement, notamment en reconnaissant son expertise, ses forces et ses compétences. Une manière d'aller plus loin dans la prise de pouvoir de la personne en rétablissement serait de s'appuyer sur les approches axées sur le développement du pouvoir d'agir, critiques ou conscientisantes (Lemay, 2007; Prilleltensky, 2008; Fox et al., 2009).

De manière analogue, un faible niveau d'accord entre les acteurs a aussi été observé concernant le niveau de réciprocité (où les personnes aidées voyaient rarement leurs relations comme étant réciproques contrairement à leur intervenante qui l'estimait plus souvent réciproque). Nous avons décrit différentes formes que peut prendre la réciprocité dans la relation d'aide, notamment en confirmant la valeur de l'intervenante, en redonnant à d'autres ainsi qu'en payant pour les services ou en offrant un cadeau aux intervenantes. Le cas des cadeaux est particulièrement frappant puisqu'il s'agit d'une manière commune de souligner son appréciation dans les relations de la vie de tous les jours. Par contre, dans la relation thérapeutique, « les cadeaux ne sont pas encouragés ou permis en général [...] Certains pensent que ces cadeaux contribuent à une dépendance malsaine pour le patient ou constituent une menace pour l'alliance thérapeutique » (Borg et Kristiansen, 2004, p.500). De plus, la pratique professionnelle est encadrée par des exigences éthiques et déontologiques qui peuvent prohiber l'acceptation de cadeaux. La recherche sur le soutien social montre pourtant que les relations qui sont réciproques sont plus bénéfiques pour la personne aidée (Buunk et Schaufeli, 1999; Brown, 2016). Selon nous, la dimension de la réciprocité n'a pas été suffisamment explorée dans la recherche sur la relation d'aide (Brown, 2016; Sandhu et al., 2015).

Selon Borg et Kristiansen (2004), une relation axée sur le rétablissement implique de voir l'utilisateur comme une personne à part entière et comme quelqu'un ayant des ressources. Ainsi, en plus du partage de pouvoir et de la réciprocité, une relation thérapeutique axée sur le rétablissement implique d'établir une véritable relation centrée sur la personne, soit de considérer la personne comme un être humain plutôt qu'un usager, comme une personne dans son entièreté, en considérant autant ses problèmes que ses forces (Ljungberg et al., 2015). En accord avec la notion de *I-Thou relationship* de Buber (1970; Brown, 2016), nous soulignons l'importance d'établir un espace centrée sur la personne qui permette une réciprocité tout en reconnaissant que les relations d'aide ne sont pas totalement égalitaires (« normative limits of mutuality », Brown, 2016, p.1467). La notion de réciprocité est intimement liée à celle de pouvoir (Brown, 2016) et toutes deux méritent d'être plus abordées en intervention et en recherche de manière à améliorer la relation d'aide (Prilleltensky, 2008; Grose et al., 2014; Sandhu et al., 2015).

4.4.1 Implications

Implication pour la formation des intervenants

L'un des avantages de nos résultats est qu'ils offrent un modèle de la relation d'aide qui dépasse le cadre de la psychothérapie (sans l'exclure). Les différents mécanismes peuvent être décortiqués en habiletés (*micro-skills*, Gilbert et Leahy, 2007) qu'il est possible d'enseigner, de pratiquer et d'améliorer (p. ex., Moreno-Poyato et al., 2017; Smith-Hansen, 2016). Bien que la présentation de ces mécanismes soit nouvelle, chacun de ceux-ci peut être mis en lien avec la riche documentation sur la relation thérapeutique (p. ex., Norcross et Lambert, 2019; Gilbert et Leahy, 2007).

Par exemple, la qualité de la présence des intervenants s'articule autour de la notion de disponibilité. La présence est vue comme une première condition qui se manifeste notamment par les attitudes de l'intervenant et qui facilite les autres mécanismes, dont

l'expression des émotions. Dans la littérature en psychothérapie, Greenberg (2007) souligne que la « présence thérapeutique » favorise le partage des émotions et spécifie que celle-ci passe par les attitudes rogériennes : « Nous considérons les conditions rogériennes d'empathie, de regard positif ou d'acceptation et de congruence (Rogers, 1957) comme faisant partie d'une seule et même manière thérapeutique, celle d'être pleinement présent avec l'autre » (p.55). À cette intuition théorique, nos résultats amènent un soutien empirique en soulignant l'importance de la présence pour favoriser le rétablissement. Nous ajoutons que la présence est bénéfique en soi et qu'elle peut se manifester par les paroles de l'intervenant. Les personnes en rétablissement y intègrent aussi la rapidité de réponse et la flexibilité de la part de l'intervenant avant et pendant l'intervention. Cette dimension est cohérente avec les résultats de Ware et ses collaborateurs (2004) où les usagers disaient apprécier la disponibilité, l'accessibilité et la flexibilité des intervenants. De plus, l'intervenant peut étendre cette disponibilité et devenir un intervenant-pivot qui coordonne les différents services que reçoit la personne (Kirsh et Tate, 2006).

Implication pour l'intervention

Il ne fait aucun doute que la relation thérapeutique est centrale dans l'intervention en santé mentale (Howgego et al., 2003; Johansson et Eklund, 2003; Bell et Smerdon, 2011). Ici, nous avons offert un cadre dynamique des composantes de la relation favorisant le rétablissement. La présentation de ces mécanismes ne doit pas être vue comme une recette où l'intervenant doit appliquer aveuglément tous les mécanismes avec tous ses usagers, mais bien une invitation à considérer différentes dimensions d'une relation professionnelle (incluant certaines dimensions atypiques de ce rôle) tout en s'adaptant à l'unicité de la personne en face de soi. Les résultats montrent d'ailleurs l'importance de la construction d'une relation, notamment du lien de confiance.

La discussion des résultats montre la complexité dans la relation avec l'équilibre entre le professionnel et le personnel ainsi que le rôle de l'influence et de la réciprocité. Cette

réflexion devrait s'appuyer sur un soutien clinique et de la supervision qui sont en cohérence avec l'approche axée sur le rétablissement. Les écrits sur l'auto-dévoilement peuvent servir de base pour se questionner sur les différentes dimensions du dépassement d'un rôle professionnel dans la relation d'aide (Knox et Hill, 2003; Henretty et Levitt, 2010; Le Scelleur et Garneau, 2016). Par exemple, il existe des avantages et des inconvénients à se dévoiler, mais aussi des avantages et des inconvénients à *ne pas* se dévoiler. Cette réflexion peut s'appliquer à chacune des dimensions du dépassement d'un rôle professionnel (auto-dévoilement, camaraderie, réciprocité, en faire plus, etc.). En nous appuyant sur cette documentation (notamment Henretty et Levitt, 2010), la Figure 4.3 détaille les questions que peut se poser l'intervenant voulant dépasser le rôle traditionnel pour un positionnement plus équilibré.

- À qui? Quelles sont les caractéristiques du client à considérer? Quelles sont les attentes du client par rapport à la relation?
- Quand? L'évolution de la relation, notamment l'établissement d'un lien de confiance, peut permettre un changement dans le positionnement. De plus, cette allusion au temps peut aussi référer à l'avancement du client et de son processus de rétablissement.
- Comment? Qui initie le changement est-ce qu'il est involontaire ou volontaire? Est-ce qu'il suit une question ou une demande du client ou est-il initié par l'intervenant? Quelles sont les motivations de la personne qui initie ce changement (voir le point suivant)?
- Pourquoi : quelle est la visée clinique de cette action? L'appui sur des modèles de pratiques peut aider à structurer cet aspect. Par exemple, dans une l'approche du rétablissement se voulant centrée sur la personne et réciproque (Borg et Kristiansen, 2004), la visée pourrait être d'égaliser les rapports de pouvoir ou de normaliser un comportement.

Figure 4.3 : Encadré sur les questions pour dépasser le rôle traditionnel dans la relation thérapeutique

4.4.2 Forces et limites

Une première force de notre recherche est la prise en compte des différentes perspectives des acteurs impliqués (Horvath, 2005; Norcross et Wampold, 2011; Ljungberg et al., 2015). Vu l'avancement des recherches sur la relation thérapeutique, les prochaines recherches devraient prêter une attention spéciale à la comparaison entre les perspectives des clients et des intervenants (Ardito et Rabellino, 2011).

Une deuxième force de notre recherche est l'adoption du cadre d'analyse du soutien social. Effectivement, l'approche intégrative en psychothérapie cherche à transcender la division entre les écoles de psychothérapie. D'une part, nous croyons que l'adoption d'un cadre incluant différents types de relations d'aide est une force. D'autre part, une véritable intégration incorporerait aussi les concepts de ces écoles. L'adoption du cadre d'analyse du soutien social nous a potentiellement amenés à négliger des aspects-clés de la relation thérapeutique. Notamment, il serait intéressant que les prochaines recherches intègrent la notion d'alliance de travail avec les mécanismes mentionnés ici.

Par ailleurs, nous croyons que le réalisme critique représente un paradigme intéressant pour faire avancer la recherche en relation d'aide, que ce soit en psychologie (Pilgrim, 2020), en soins infirmiers (Clark et al., 2008) ou en travail social (Houston, 2010). Le questionnement au cœur du réalisme critique est analogue à celui de la recherche sur la relation thérapeutique : qu'est-ce qui fonctionne, pour qui, dans quelles circonstances et pourquoi (Pawson et Tilley, 1997)? Par exemple, Horvath (2018, p.22) souligne que : « Notre tâche centrale, notre mission fondamentale, en tant que chercheurs en thérapie, est de mieux comprendre ce qui fait que la thérapie fonctionne. Pour atteindre cet objectif, nous devons décortiquer et faire des distinctions minutieuses afin de mieux comprendre ce qui fonctionne avec qui et dans quelles circonstances. »

Enfin, pour bien comprendre la mise en place des relations, nous croyons qu'il nous a manqué d'informations sur le contexte de celles-ci. Bien que nous ayons considéré le

type de milieu (privé, publique ou communautaire) et la profession de l'intervenante, nous n'avons pas d'information quant à leur appartenance à une approche théorique. Notamment, bien que les questions référaient au rétablissement, on ne sait pas si les intervenantes connaissaient ou utilisaient ce concept ou si elles considéraient s'inscrire dans une approche axée sur le rétablissement. Une meilleure prise en compte du contexte pourrait aussi s'étendre aux dimensions culturelles des participants.

4.5 Conclusion

L'approche du rétablissement représente un changement de paradigme avec le modèle biomédical dominant dans les soins en santé mentale. Malgré les intentions déclarées d'implanter des services orientés sur le rétablissement, leur actualisation dans la pratique se fait encore attendre sur certaines dimensions. Dans cet article, nous avons documenté les composantes de la relation thérapeutique favorisant le rétablissement ce qui pourrait servir à clarifier ce que constitue une « relation thérapeutique axée sur le rétablissement ». Celle-ci semble demander un changement de positionnement de la part de l'intervenant notamment au niveau de la dimension professionnelle et une centration sur la personne en rétablissement. Par contre, des conditions sont nécessaires à mettre en place en amont pour qu'une telle relation soit possible notamment en termes de formation, de soutien et de supervision des intervenants (Rapp et Gosha, 2012).

CHAPITRE V

RESSEMBLANCES ET DIFFÉRENCES ENTRE L'AIDE DES PROCHES AIDANTS ET CELLE DES INTERVENANTS DANS LE RÉTABLISSEMENT EN SANTÉ MENTALE

Version française d'un article accepté pour publication le 2 mars 2021 dans *International Journal of Social Psychiatry*. Il est important de préciser que la limite de mots était plus contraignante (4 000 mots) que les deux autres articles.

A comparison of formal and informal help in the context of mental health recovery

François Lauzier-Jobin¹ and Janie Houle¹

¹ Department of psychology, Université du Québec à Montréal,
Montréal, QC, Canada

Keywords: Personal recovery, therapeutic relationship, social support, helping relationship, agency, deductive thematic analysis, mixed method, critical realism

Résumé

Contexte : Les personnes en rétablissement de troubles de santé mentale peuvent bénéficier à la fois de l'aide formelle des intervenants et de l'aide informelle des proches aidants. Bien qu'ayant souvent été étudiés séparément, les mécanismes au cœur de ces deux formes d'aide n'ont pas été comparés empiriquement dans le rétablissement.

Objectif : La présente étude vise à comparer les mécanismes au cœur de l'aide offerte par les proches aidants et les intervenants dans le rétablissement des personnes ayant un trouble dépressif, anxieux ou bipolaire.

Méthode : Quinze triades d'entrevues individuelles ont été effectuées auprès de personnes en rétablissement ($n = 15$) et de leurs deux aidants les plus significatifs : un proche aidant ($n = 15$) et un intervenant ($n = 15$). S'appuyant sur des données principalement qualitatives complétées par une portion quantitative, une analyse mixte a permis d'identifier les ressemblances et les différences entre les deux formes d'aide.

Résultats et conclusion : L'aide formelle se distingue par : a) le rapport au temps (restreint, spécial, structuré); b) l'encadrement (compétences professionnelles, conscient et réflexif et plus grand pouvoir d'influence). L'aide informelle se caractérise par la proximité émotionnelle, la camaraderie et la réciprocité. Soulignant le pouvoir de la personne en rétablissement, les deux formes d'aide sont non seulement considérées comme complémentaires, elles sont délibérément maintenues ainsi.

5.1 Introduction

Les troubles dépressif, anxieux et bipolaire touchent de nombreuses personnes. Au cours de leur vie, 15 % auront un trouble dépressif, 11 % à 17 % auront un trouble anxieux et 2 % à 3 % auront un trouble bipolaire (Schaffer et al., 2006; Patten et al., 2006; Lesage et al., 2010; Pearson et al., 2013). Ces troubles entraînent des conséquences autant pour les individus (ex., Pearson, Janz et Ali, 2013), pour leurs proches (ex., Shah, Wadoo et Latoo, 2010) que pour l'ensemble de la société (Lim et al., 2008).

Bien que les trajectoires des individus varient, le rétablissement est non seulement possible, mais il est aussi l'issue la plus probable de leur cheminement (Slade et Longden, 2015; Leonhardt et al., 2017). Pour se rétablir, ils peuvent bénéficier de l'aide de leurs parents, amis et intervenants (Leamy et al., 2011; Tew et al., 2011; Slade, 2012; Bird et al., 2014; Thomas et al., 2018; van Weeghel et al., 2019). De nombreuses personnes ayant des troubles de santé mentale ne consultent pas un professionnel (Wang et al., 2007; Thornicroft, 2007; Rickwood et Thomas, 2012; Brown et al., 2014; Clement et al., 2015) préférant l'aide de leur réseau informel (Winefield, 1987; Barker et Pistrang 2002; Egan, 2013; Brown et al., 2014).

Pourtant, les études se sont souvent concentrées sur les interventions formelles et ont négligé l'aide informelle comme le soutien social (Rickwood et Thomas, 2012; Roehrlé et Strouse, 2008; Park et al., 2014). Certains vont même jusqu'à affirmer que "no real theory exists of natural helping" (Stahl et Hill, 2008, p.291). Alors que d'autres sont plutôt d'avis que le soutien social constitue un cadre théorique permettant l'étude de l'aide informelle, et aussi celle de l'aide formelle (Klauer, 2005; Huxley et al., 2009; Rickwood et Thomas, 2012). Bien que les définitions théoriques du soutien social aient souvent exclu les professionnels (p. ex., Gottlieb et Bergen, 2010, p.512), les professionnels sont une partie intégrante de l'entourage des personnes ayant des troubles de santé mentale tout comme les proches (par ex., Topor et al., 2006; Pernice-Duca, 2008). Il est donc nécessaire de considérer simultanément les deux types d'aide (Klauer, 2005; Pescosolido, 2011).

L'aide formelle et l'aide informelle sont des formes d'aide importantes pour favoriser le rétablissement. Premièrement, le soutien social a une influence sur l'utilisation des services en santé mentale (Albert et al., 1998; Klauer, 2005; Kogstad et al., 2013). Bien que les résultats aient été mitigés, dans l'ensemble, il a été démontré qu'un soutien social solide réduit le recours à l'aide professionnelle (Chang et al., 2014 ; Klauer, 2005). Deuxièmement, pour les personnes bénéficiant de services, deux études (Calsyn

& Winter, 2002 ; Tsai et al., 2012) ont montré que la qualité du soutien de la famille et des amis était positivement associée à la qualité perçue de l'aide formelle, bien que dans une autre étude, l'association n'ait pas été significative (Mallinckrodt, 1996). Troisièmement, il semble y avoir une interaction entre l'aide informelle et la psychothérapie. D'une part, pour les personnes en psychothérapie, il a été démontré que le soutien social avait un effet positif de faible ampleur sur les résultats de la psychothérapie (Roehrle & Strouse, 2008). D'autre part, dans leur méta-analyse, Park et al. (2014) ont rapporté que la psychothérapie avait un effet positif de petite à moyenne taille sur le soutien social que les clients recevaient.

L'aide formelle et l'aide informelle sont des facteurs importants pour le rétablissement en santé mentale. Ces deux types d'aide peuvent être comparés théoriquement sur différentes dimensions, telles que leurs effets, le contexte et les processus (Barker & Pistrang, 2002; Klauer, 2005; Winefield, 1987). Différentes études ont trouvé une taille d'effets comparable sur le rétablissement pour les relations d'aide formelles (Hicks et al., 2012 ; Kvirgic et al., 2013) et informelles (Corrigan & Phelan, 2004 ; Hendryx et al., 2009). Bien que leurs effets puissent être similaires, les deux types d'aide diffèrent au niveau de variables contextuelles, comme la formation et l'expertise, ainsi que la similarité entre l'aidant et l'aidé (Barker & Pistrang, 2002; Klauer, 2005; Winefield, 1987). Enfin, certains processus de la relation d'aide peuvent être similaires tandis que d'autres peuvent être spécifiques à chaque forme d'aide. Par exemple, l'écoute active est considérée comme un processus commun aux deux, alors que la distraction (camaraderie) serait réservée à l'aide informelle (Winefield, 1987). Des recherches sont nécessaires pour mettre en lumière les ressemblances et les différences entre l'aide fournie par les proches et l'aide fournie par les intervenants. Ces deux types d'aide ont généralement été considérés séparément et n'ont jamais été comparés empiriquement dans le contexte du rétablissement personnel.

5.1.1 La présente étude

La présente étude vise à comparer les mécanismes au cœur de l'aide des proches aidants et celle des intervenants dans le rétablissement des personnes ayant un trouble dépressif, anxieux ou bipolaire. Plus précisément, grâce à des entrevues individuelles avec des personnes en rétablissement ($n = 15$), leurs proches aidants ($n = 15$) et leurs intervenants ($n = 15$), nous souhaitons identifier les similitudes et les différences quant aux relations d'aide avec les proches aidants et avec les intervenants. Nous définissons un **mécanisme** comme une explication de la manière dont les processus relationnels favorisent le rétablissement dans un contexte et des circonstances donnés. Le **proche aidant** est défini comme un aidant provenant du réseau de soutien informel comme un conjoint, un membre de la famille, un ami, un collègue ou un voisin. L'**intervenant** est défini comme un aidant rémunéré qui peut travailler en milieu communautaire, institutionnel ou en pratique privée. À notre connaissance, il s'agit de la première étude à effectuer une comparaison empirique de ces deux types d'aide dans le contexte du rétablissement personnel.

5.2 Méthodes

Un devis mixte intégré a été utilisé (Creswell & Clark, 2007), dans lequel une petite portion quantitative (deuxième partie de l'entrevue) était destinée à soutenir la portion qualitative plus importante. Cette étude est basée sur le paradigme du réalisme critique (Emmel et al., 2018 ; Maxwell, 2012a). Elle met l'accent sur la triangulation des sources et des types de données (Clark, 2008; Maxwell, 2012a). Développé par Roy Bhaskar (2016), le réalisme critique est une philosophie de la science qui gagne du terrain dans les sciences sociales. Il se caractérise par un appui sur la théorie, une visée explicative (par la notion de mécanismes) et un ancrage dans le monde réel.

5.2.1 Procédures

Le recrutement a débuté avec les personnes en rétablissement par le biais d'affiches qui ont été distribuées par des organismes en santé mentale de la région de Montréal, Québec. Au cours de l'entretien téléphonique visant à vérifier les critères d'inclusion, les personnes en rétablissement devaient alors nous indiquer le proche et l'intervenant les ayant le plus aidés dans leur rétablissement (voir Tableau 5.1). Ceux-ci étaient contactés par téléphone pour leur présenter le projet et vérifier les critères d'inclusion. Les entrevues individuelles étaient fixées au moment et au lieu choisis par le participant. L'échantillonnage est donc intentionnel, notamment par référencement (Patton, 2015). Ce projet de recherche a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Montréal. Une compensation de 30\$ était offerte aux participants.

Tableau 5.1 : Critères d'inclusion pour les participants

Pour les personnes en rétablissement	Pour les aidants (proches aidants et intervenants)
a) être âgé de 18 ans et plus;	a) être âgé de 18 ans et plus;
b) parler français;	b) parler français;
c) avoir la capacité à répondre aux questions d'entrevues;	c) avoir la capacité et la volonté de répondre aux questions d'entrevue;
d) avoir eu un diagnostic de trouble dépressif, anxieux ou bipolaire, minimalement douze mois avant l'entrevue (autorapporté);	d) avoir été identifié par la personne en rétablissement comme ayant significativement contribué à son rétablissement;
e) se considérer en rétablissement (autorapporté);	
f) ne pas avoir une sévérité de symptômes élevée, telle que mesurée par le Patient Health Questionnaire (PHQ-9) et le Generalized Anxiety Disorder (GAD-7);	e) Les intervenants devaient avoir l'autorisation de leur établissement d'appartenance pour participer à la recherche, le cas échéant
g) avoir la capacité et la volonté de nous désigner deux aidants significatifs (un proche et un intervenant) pour qu'ils soient interviewés sur leur rôle d'aidant	

5.2.2 Collecte de données

Des entrevues individuelles semi-structurées ont été effectuées ($N = 45$) auprès des personnes en rétablissement ($n = 15$), de leur proche aidant ($n = 15$) et de leur intervenant ($n = 15$). La première partie de l'entrevue était composée de questions ouvertes abordant le rétablissement, le contexte de la relation et le soutien social. Plus directive, la seconde partie était composée de questions dirigées sur douze fonctions potentiellement jouées par les aidants (Tableau 5.2). Ces fonctions s'inspirent de Cutrona (1989), de l'Échelle de provisions sociales (Cutrona et Russel, 1987; Caron, 1996) et de notre recension de la littérature. Les répondants devaient préciser, pour leur proche aidant et pour leur intervenant séparément, s'il remplit la fonction (1) ou ne la remplit pas (0).

Tableau 5.2 : Questions sur les fonctions jouées par les aidants

#	Questions
1	Avec qui pouvez-vous discuter si vous avez des décisions importantes à prendre?
2	Quelles sont les personnes à qui vous pouvez vous confier, parler librement de vos problèmes et recevoir du soutien émotif?
3	Quelles sont les personnes qui partagent vos attitudes, vos croyances, vos intérêts et vos préoccupations?
4	En qui avez-vous confiance?
5	Quelles sont les personnes sur qui vous pouvez compter pour vous apporter une aide concrète et matérielle, particulièrement lorsque vous êtes mal pris?
6	Qui vous permet de les aider, eux, en retour?
7	Quelles sont les personnes à qui vous êtes très attachées? Avec qui ressentez-vous un lien affectif fort?
8	Quelles sont les personnes qui sont présentes et disponibles pour vous?
9	Qui vous fait sentir bon et compétent? Qui souligne vos forces et vos habiletés?
10	Dans quelle relation avez-vous du pouvoir, par exemple sur la prise de décision?
11	De qui recherchez-vous les conseils et les points de vue?
12	Quelles sont les personnes qui vous font sentir inclus ou qui vous donnent un sentiment d'appartenance?

5.2.3 Analyse des données

Les entrevues ont été menées par l'auteur principal et analysées avec NVivo10. Pour la première partie des entrevues, les données ont été analysées selon la méthode de l'analyse thématique (Braun et Clark, 2006) dans une logique déductive, mais permettant des résultats émergents (induction). La démarche est une adaptation de Braun et Clark (2006), Saldana (2009), Zhang et Wildemuth (2009), Paillé et Mucchielli (2012) et Miles, Huberman et Saldana (2014). Dans la première étape, les entrevues ont été écoutées et révisées dans leur entièreté par le premier auteur afin de faciliter l'appropriation phénoménologique. Dans la deuxième étape, les codes initiaux ont été développés sur la base du cadre conceptuel. Les codes ont été revus et un manuel de codage a été créé. Un premier cycle de codification structurel des données a été effectué à la troisième étape. Dans la quatrième étape, un deuxième cycle de codification a été effectué sur les principales catégories en utilisant la méthode d'analyse thématique en mode suivi dans la marge (Paillé et Mucchielli, 2012). Lors de la cinquième étape, les thèmes ont été regroupés, puis synthétisés et des citations ont été sélectionnées pour chacun d'entre eux. Dans la dernière étape, la rédaction, les thèmes les plus pertinents et les citations les plus révélatrices ont été retenus et intégrés dans la rédaction finale. Des tests de Mann-Whitney ont été effectués pour comparer les fonctions remplies par les proches aidants et les intervenants avec IBM SPSS Statistics 26 (Field, 2013). Étant donné la petite taille d'échantillon, la méthode du seuil exact de signification (*exact significance*) est rapportée en Annexe K (Field, 2013) et les différences $p < .10$ sont considérées dans le texte.

5.3 Résultats

Quarante-cinq entrevues individuelles ont été réalisées. Les participants étaient majoritairement des femmes autant chez les personnes en rétablissement (10 femmes, 5 hommes), les proches aidants (9 femmes, 6 hommes) que les intervenantes

(11 femmes, 4 hommes). Les personnes en rétablissement avaient en moyenne 54,4 ans (ET = 12,4; min = 30; max = 70) et déclaraient avoir des troubles bipolaire (8), dépressif (6) ou anxieux (5). Les proches aidants étaient des amis (6), des conjoints (5) ou des membres de la famille (deux sœurs, un père et une fille). Six intervenantes travaillaient en pratique privée, six dans le milieu public et trois dans le milieu communautaire.

Premièrement, la partie quantitative de l'étude a révélé que les relations d'aide formelles et informelles remplissaient un large éventail de fonctions. Pour les 12 fonctions considérées, les personnes en rétablissement estiment en moyenne que les proches aidants en remplissent 9,9 (ET = 2.0), alors que leur intervenante en remplirait 7,9 (ET = 1.7). La différence est statistiquement significative selon le test de Mann-Whitney ($U = 45,0; p = .004$).

Sur les 12 fonctions, seulement trois fonctions sont plus fréquemment nommées chez les intervenantes : *disponibilité, me font sentir bon et compétent* ainsi que *confiance*. Ces trois fonctions ont toujours été nommées par rapport aux relations d'aide formelles (100,0%), mais elles étaient aussi présentes dans la plupart des relations d'aide informelles (86,7%; 86,7% et 93,3% respectivement). Les autres fonctions sont plus fréquemment remplies par les proches aidants. Il existe des écarts particulièrement marqués pour le lien affectif (93,3% chez les proches aidants versus 35,7% chez les intervenantes); la possibilité d'aider en retour (61,5% versus 14,2%), le partage d'attitude (66,7% versus 25,0%) et le sentiment d'appartenance (86,7% versus 50,0%). Selon les analyses de Mann-Whitney (voir les détails en Annexe K), il s'agit des quatre seules différences statistiquement significatives ($p < .10$).

L'analyse qualitative nous a permis d'approfondir les similarités et les différences entre l'aide offerte par la famille et les amis et l'aide offerte par les praticiens. Les personnes interrogées ont pour la plupart souligné que les deux relations étaient bien différentes :

« Mets-en. C'est pas mal différent. C'est très différent. C'est très différent. » (personne en rétablissement).

Le Tableau 5.3 résume les catégories et des thèmes de l'analyse qualitative. Plusieurs mécanismes sont semblables, mais s'actualisent différemment selon le type de relation d'aide :

« Les deux peuvent offrir un soutien émotionnel à leur façon, un soutien instrumental à leur façon pis informationnel à leur façon aussi. Le proche et l'intervenant peuvent toucher à toutes les formes de soutien, mais ils le feront pas de la même façon. » (intervenante)

Tableau 5.3 : Ressemblances et différences entre les relations d'aide formelle et informelle

Catégories	Ressemblances et différences	Citations
Présence	<p>Ressemblance :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autant les proches aidants que les intervenantes sont là, présents et disponibles. <p>Différence :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La présence continue pour les proches aidants. • La présence ponctuelle et disponibilité pour les intervenantes. 	<p>« Ben disons que dans les choses semblables, être là. [...] Être là, être disponible. La disponibilité n'est pas la même. [Telle intervenante] quand même, fallait que je respecte un petit peu que mon heure c'était mon heure. Et de l'appeler autrement s'il y avait urgence. Ce qui est arrivé deux fois sérieuses là. [Tel proche aidant] je peux l'appeler dans le genre n'importe quand. J'aurais pu l'appeler à minuit le soir pis il aurait été là si j'en avais de besoin là. » (personne en rétablissement)</p>
Camaraderie	<p>Différence :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avec les proches aidants, le plaisir et les activités communes occupent une place centrale. • Les professionnels de leur côté doivent mettre une limite sur la dimension personnelle. 	<p>« Dans le contexte formel, faut vraiment tenir compte du fait que c'est professionnel et comment on va être là avec la personne. Les choses personnelles à nous, ça reste pas mal personnel. Je vais être capable de dire certaines choses qui sont assez publiques ou assez voyantes ou des choses qui vont vraiment faire une différence. Mais faut toujours être</p>

		<i>conscient de ça avec une personne. » (intervenante)</i>
Implication émotionnelle	<p>Différences :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les proches aidants ont une proximité plus grande : ils ont un vécu partagé, une histoire, ils ont partagé des émotions, ils ont une intimité avec la personne. • Les proches aidants sont plus investis émotionnellement. • Alors que les intervenantes sont dans l'empathie (plutôt que la sympathie). • L'intervenante est une personne extérieure qui n'a pas le même attachement émotionnel. Cette distance donne un sentiment de sécurité et de liberté qui facilite l'intervention. Les intervenantes s'efforcent donc de préserver cette distance en posant certaines limites. 	<p><i>« Quand on est proche de quelqu'un, l'anxiété, parce qu'on est proche, tu sais on est dedans on est dans la sympathie. Pis c'est difficile des fois de garder une perspective de qu'est-ce qui va être vraiment utile. Parce qu'on a notre propre peur de la situation. Des fois on veut forcer quelque chose. Des fois. Tandis que, en ayant cette empathie, il y a une certaine distance aussi, je pense qui peut aider. » (intervenante)</i></p> <p><i>« Oui, parce que je sentais chez [telle intervenante], elle est en contrôle parce qu'elle est pas impliquée émotionnellement dans ce que je vis. Tandis qu'avec ma [proche] [...] c'est plus facile de s'enflammer si tu veux d'une certaine façon parce que ça nous touche. Mais quand tu y vas juste sans émotion, froidement, ou de façon plus cartésienne, c'est sûr, c'est moins risqué, c'est moins dangereux, mais c'est moins spontané. » (personne en rétablissement)</i></p>
Communication	<p>Ressemblances :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La communication s'appuie sur l'écoute et une attitude d'accueil et de non-jugement. • La parole et les discussions permettent de « grandir par la compréhension » (proche aidant). <p>Différences :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La communication est plus posée pour les intervenantes (« je vais peser mes mots pour que ce soit bien reçu » [intervenante]) et plus brusque pour les proches. 	<p><i>« De l'écouter! [...] C'est qu'on pouvait passer une heure à remâcher la situation et à l'écouter. Mais... C'est une heure de thérapie! [...] Je pense que l'écoute c'est pas mal ça qui est essentiel là-dedans. » (proche aidant)</i></p> <p><i>« Mais, selon moi, mettons avec des amis, tu ne parles pas nécessairement des mêmes affaires que ce que tu vas parler quand t'es en thérapie. [...] dans mon cas, je suis dans une période de vie que écoute ça fait huit mois que je suis en arrêt de travail tout ça. Quand mes amis me voient, "comment ça va", "comment ça se passe", tout ça, j'essaie d'aller, de couper court pis d'aller rapidement sur autre chose. "Oui, oui, ça va, je continue le groupe d'entraide" tout ça, je leur donne un petit peu un</i></p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Les sujets traités varient selon le type de relation : plus circonscrit avec les intervenantes (versus parle de tout et de rien avec les proches aidants), mais plus en profondeur. 	<i>cue au niveau de la médication, tout ça. Mais [...] Je veux pas que ça déborde, non. Je veux pas que ces relations-là servent à ça. Je te dis pas que j'utiliserai pas l'écoute de mes amis si j'en ai de besoin. Pis je le sais pas si c'est bon ce que je fais. Mais en tout cas j'essaie de départager. » (proche aidante)</i>
Réciprocité	<p>Différence :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les personnes en rétablissement voient la relation avec un proche aidant comme plus symétrique, mutuelle, réciproque; ce qui est rarement le cas pour celle avec les intervenantes. 	<i>« [...] c'est une relation qui reste asymétrique aussi. Je veux dire moi mes amis, j'espère avoir une relation symétrique avec eux. Je veux pouvoir être à leur écoute, mais je veux qu'ils m'écoutent aussi. Je peux voir qu'on soit là pour les deux alors que dans la relation thérapeutique, je suis là pour l'autre et l'autre est pas là pour moi et ça, ça fait une différence. [...] En thérapie, j'existe pas tant que ça. C'est ça la relation est asymétrique. » (intervenante)</i>

Outre les mécanismes décrits ci-dessus, l'aide formelle diffère de l'aide informelle en termes a) de rapport au temps ; b) d'encadrement; et c) d'agentivité.

5.3.1 Rapport au temps

Une grande différence entre la relation avec un proche aidant et celle avec une intervenante concerne l'horaire et le rapport au temps. Avec les proches, l'aide s'inscrit dans un lien naturel et dans le long terme et, souvent, à l'intérieur du quotidien. Ils peuvent répondre au besoin lorsqu'il se fait sentir. Avec les intervenantes, le temps était limité, ce qui a deux conséquences. La première est que le temps est spécial, hors du quotidien. Ce temps spécial est réservé à la personne aidée qui peut alors l'investir entièrement.

« L'aidant naturel fait partie en général de sa trajectoire. Est là dans son quotidien. Moi, je suis là une fois par semaine. [...] à mon avis, [la personne] le voyait dire "Bien, je vais prendre cette heure-là", peut-être même, je pense, je sais pas si cette cliente-là préparait les rencontres, inévitablement d'après moi. Donc, c'est un temps pour elle où est-ce que je pense qu'elle voulait l'investir ce temps-là. Un aidant naturel, ben elle vient prendre un café une heure, aux deux, trois jours, ben c'est un temps comme plus dans le quotidien. [...] quand on a une rencontre, elle se lève deux heures à l'avance. Pour être prête pour sa rencontre. Être réveillée. » (intervenante)

La seconde conséquence de la restriction de temps est la structure qu'il entraîne. L'aide d'une intervenante est structurée et organisée de nombreuses façons. L'aide est délimitée dans le temps : *« J'arrive dans un moment pis il y a une fin. L'aidant naturel il y a pas nécessairement de fin » (intervenante)*. Les actions sont dirigées vers un but avec une intention clinique et s'accompagne d'exigences organisationnelles : *« La différence c'est que comme professionnel entre guillemets, on a des comptes à rendre, on a des objectifs de prise en charge, de recouvrement de l'autonomie » (intervenante)*. L'action est consciente et organisée, ce qui se manifeste par un encadrement, un plan de match, un programme, un suivi sur ce qui s'est produit la dernière fois et sur la suite des choses.

5.3.2 Encadrement formel

Compétences professionnelles

Une différence importante se situe dans les compétences des professionnels qui influencent la manière d'aider la personne en rétablissement. En premier lieu, la formation et les connaissances des intervenantes serviront de base à leurs comportements d'aide, comme écouter et prodiguer des conseils. Alors que les proches aidants n'ayant pas de formation s'appuient sur leur vécu, leur bagage d'expériences et leur jugement : *« je suis pas formée, j'ai pas les compétences en fait, j'y vais juste avec mon gros bon sens pis l'amour. C'est la simple logique pis that's it. » (proche aidante)*.

Ensuite, le rôle des proches aidants est plutôt d'être présent, attentif et à l'écoute alors que les professionnels ont la formation, les connaissances et les habiletés pour aller plus loin. Ces connaissances peuvent référer à celles autour de la problématique, mais aussi celles du réseau et des ressources. Certaines habiletés nommées sont au niveau de la compréhension et de l'explication : questionner, « *décortiquer, explorer des situations vécues* » (intervenante), « *rassembler [les idées,] faire la boucle [et] faire des liens* » (proche aidante). D'autres habiletés sont au niveau des techniques d'intervention comme faire ressortir les forces de la personne ou la confronter ainsi qu'au niveau des outils et des moyens.

« Ben tout le côté professionnel. Je parlais tantôt d'outillage, de méthodes, de moyens, ce qu'on peut pas m'apporter chez nous. Ça me prend un professionnel pour m'aider, pour m'outiller. Ça je vais le chercher chez le psychologue, chez un groupe d'entraide, chez le médecin de famille, un psychiatre. Je vais chercher ces outils-là professionnels. » (personne en rétablissement)

Conscient et réflexif

Les intervenantes aident de manière plus consciente ce qui implique notamment de se questionner sur l'aide apportée et de s'entourer elles-mêmes avec une équipe ou de la supervision : « *eux autres sont formés pour ça [...] c'était conscient l'aide qu'ils apportaient, moi, c'est carrément inconscient* » (proche aidant). Une intervenante ajoute :

« Il y a quand même cette paire de lunettes là que j'ai qui est à un deuxième niveau pour moi. Qui est d'être capable de voir quelle est la dynamique et quels sont les enjeux présentement. [...] Il y a un intérêt parfois que la personne a à ne pas parler, à ne pas avancer et c'est un peu l'idée, moi je pense, que l'on peut avoir du recul, on peut aussi nommer des choses qui sont difficiles [...] puis la capacité, moi, comme professionnel à avoir du support des membres de l'équipe. » (intervenante)

De leur côté, les proches aidants peuvent ne pas avoir le choix d'aider ou être mal outillés pour le faire, ce qui peut avoir des conséquences sur eux comme proche aidant

(se sentir malhabile, être en colère, etc.). Certaines intervenantes vont souligner ce point et offrir du soutien aux proches.

Plus grand pouvoir d'influence

Avec leur bagage, leur formation, leurs connaissances et leurs compétences, les intervenantes ont un pouvoir d'influence plus grand que les proches aidants : « *Elle va plus porter attention à ce que l'intervenante va dire que ce que moi je vais dire. Même si souvent je dis la même chose que l'intervenante* » (proche aidant). Comme le mentionne une personne en rétablissement : « *[La proche aidante] m'aide beaucoup aussi, mais c'est moins fort que [l'intervenante]* » (personne en rétablissement). Ce plus grand pouvoir d'influence entraîne une certaine retenue des intervenantes. Cette retenue n'est pas qu'une question d'attitude : elle s'appuie aussi sur des exigences légales et déontologiques où le professionnel est reconnu compétent et est imputable. Une intervenante illustre cette différence :

« Mais, moi, je pense qu'il faut que tu fasses plus attention à ce que tu dis. Il y a une différence entre un client pis j'en ai un exemple frappant. Que ce matin, un gros gros exemple. Je suis en train de lire pour plein de raisons X, sur une thérapie alimentaire qui guérit des cancers du pancréas et des cancers du cerveau, des cancers du foie. C'est pas rien là. [...] Pis ce matin j'ai une madame qui me parle de sa sœur qui a un cancer. Une amie, je vais lui parler de ça à fond. Elle, j'ai pas dit un mot. J'étais assis pis je me disais ferme ta boîte. Ferme ta boîte, c'est pas ta spécialité, t'as pas le droit de faire ça. [...] À une amie, il y a bien des choses que je dirais par rapport à certaines choses qui sont expérimentales dans le traitement. Pis à une cliente je ne prendrais jamais ce risque-là. Jamais. » (intervenante)

5.3.3 Agentivité

Les personnes en rétablissement font intentionnellement appel aux deux types de relations (formelles et informelles) de manière différente. Elles choisissent ce qu'elles veulent demander à l'une ou l'autre source de soutien. Ces sources sont considérées

comme étant complémentaires et elles sont délibérément maintenues ainsi. Une autre personne en rétablissement souligne :

« Dans les différences [la psychologue] c'est une professionnelle. Elle a peut-être plus de ressources que [ma sœur] et c'est correct aussi parce que si ma sœur devenait la psychologue, je ne pense pas que ça serait intéressant pour moi. [...] je la verrais d'un autre œil. Si ma sœur était psychologue et que... ça serait pas pareil. J'aime mieux avoir une psychologue et une sœur. » (personne en rétablissement)

De manière similaire, une intervenante souligne que différentes relations peuvent permettre un dévoilement différent, sans que l'une des sources ne soit préférable à l'autre.

« [...] le proche peut offrir des choses que l'intervenant pourra pas offrir. Je trouve ça intéressant que ça soit pas trop similaire les deux rôles, mais qui puissent se compléter. Le proche, il a un lien que l'intervenant pourra peut-être jamais avoir avec la personne. Fait que dépendamment la relation entre le proche pis la personne atteinte, pis la qualité de la relation. Même en termes de dévoilement, ça peut aller dans les deux sens. Des fois, la personne atteinte peut se sentir plus à l'aise de dévoiler des choses à l'intervenant qu'au proche. Ou vice versa. » (intervenante)

5.4 Discussion

À notre connaissance, cette étude est la première à comparer empiriquement les processus de l'aide formelle et de l'aide informelle dans le rétablissement des personnes ayant des troubles dépressif, anxieux et bipolaire. De manière générale, nos résultats montrent que les relations d'aide autant formelles qu'informelles sont riches et qu'elles remplissent de nombreuses fonctions dans le rétablissement en santé mentale. Certains constats se dégagent concernant les similarités et différences.

Plusieurs fonctions sont accomplies dans les deux types de relations d'aide, mais d'une manière différente. Par exemple, la communication et l'écoute sont partagées, mais

s'actualisent différemment. Les deux formes d'aide s'appuient sur l'écoute, une attitude de non-jugement et les discussions permettant de « grandir par la compréhension ». Par contre, à cause du contexte formel de la relation, la communication est plus posée et ciblée avec les intervenantes et plus brusque et spontanée avec les proches. Ces résultats rejoignent et nuancent les intuitions théoriques de Winefield (1987) et Klauer (2005).

Les proches aidants remplissent une plus grande diversité de fonctions que les intervenantes. Cette différence est particulièrement marquée concernant le lien affectif, la réciprocité et la camaraderie. Ainsi, avec les proches aidants, le plaisir et les activités communes occupent une place centrale dans la relation qui serait plus symétrique et réciproque.

La comparaison entre l'aide des proches aidants et celle des intervenantes souligne particulièrement trois différences. Premièrement, tel que soulevé par Winefield (1987) sous la notion d'attachement, les intervenantes gardent une certaine distance émotionnelle. Cette distance donne un sentiment de sécurité à la personne en rétablissement et facilite le travail thérapeutique (partage, écoute, reflets et confrontation). Les professionnels préservent cette distance en établissant un cadre et des limites professionnelles ainsi qu'en distinguant empathie et sympathie.

Une deuxième différence notée par Winefield (1987) est l'interprétation : « La caractéristique principale de la psychothérapie serait l'interprétation » (p.634, *traduction libre*). Dans la catégorie *Compétences professionnelles*, nous avançons que la formation et les connaissances des intervenantes servent de base à leurs comportements d'aide; alors que les proches aidants s'appuient sur leur vécu et leur jugement. Les professionnels ont les compétences pour aller plus loin dans leur aide que ce soit au niveau de la compréhension, de l'explication, des techniques d'intervention et des outils.

Troisièmement, contrairement aux proches aidants qui n'ont pas toujours le choix d'occuper leur rôle d'aidant, les intervenantes ont fait le choix volontairement d'être un aidant professionnel, bien qu'elles n'exercent pas un contrôle sur toutes les facettes de ce rôle (par exemple, ils ne choisissent pas toujours leurs clients, les modalités de l'intervention, etc.). L'aide des professionnels est plus consciente et réflexive. Il leur est donc plus facile de prendre du recul, de questionner la dynamique de la relation d'aide et d'aller chercher du soutien (équipe, supervision).

Nos résultats montrent aussi que les personnes en rétablissement ne sont pas passives dans la détermination du rôle de chacun de leurs aidants. Par exemple, dans la communication avec l'aidant, les personnes en rétablissement font un choix par rapport à ce qui est abordé avec l'une ou l'autre des sources de soutien. Les deux formes d'aide sont donc non seulement considérées comme complémentaires, elles sont délibérément maintenues ainsi. Les personnes en rétablissement conservent du pouvoir dans leurs relations d'aide ou une agentivité (*agency*) telle que soulignée par Perry et Pescosolido (2014). Il est aussi possible que les personnes en rétablissement s'efforcent de ne pas trop en demander à leurs proches aidants par peur d'être un fardeau pour eux ou d'être constamment négatifs. À cause du cadre de la psychothérapie, les personnes en rétablissement ressentent peut-être moins le besoin de « réguler » leur dévoilement (Milne, 1999).

5.4.1 Implications

Au niveau de la recherche, une implication de notre étude concerne l'importance de considérer simultanément l'aide formelle et informelle. Autant dans les recherches que dans les interventions, il est essentiel de reconnaître que le rétablissement ne se produit pas dans le vide, mais dans un contexte interpersonnel et social (Topor et al., 2006; Mezzina et al., 2006; Wyder & Bland, 2014; Rose, 2014). Plus spécifiquement, les recherches futures devraient considérer à la fois l'aide des membres de l'entourage (famille, parents et amis), des pairs et des intervenants. Ces différentes sources de

soutien peuvent avoir une influence différente sur le rétablissement personnel. D'autre part, les recherches sur les trajectoires de demande d'aide en santé mentale doivent aussi considérer les différentes sources d'aide. Dans la recension des écrits de Rickwood et Thomas (2012), seul le tiers des études sur la demande d'aide (help-seeking) tenait compte de l'aide informelle; alors que les deux tiers examinaient uniquement l'aide formelle.

Au niveau de l'intervention, les intervenants sont invités à considérer l'aide professionnelle dans le contexte global de la vie des personnes en rétablissement incluant l'aide informelle et les stratégies d'autogestion déjà expérimentées. Le soutien social de la personne influencera plusieurs aspects de l'intervention professionnelle : la demande d'aide, la relation thérapeutique, la motivation et la persévérance dans l'intervention et les effets, dont le rétablissement (Milne, 1999; Klauer, 2005; Roehrlé et Strouse, 2008). Il serait donc important de mesurer systématiquement le soutien social de la personne lors de son passage en intervention (Milne, 1999; Caron et Guay, 2005; Cohen, Underwood, Gottlieb, 2000). Au-delà de l'évaluation directe du soutien social de la personne, deux avenues sont intéressantes à considérer : l'intégration systématique de la rétroaction et l'évaluation de l'alliance systémique.

Premièrement, la rétroaction de la part du client permet au professionnel de se réajuster et ultimement d'améliorer les résultats de son intervention particulièrement dans les cas où les progrès sont limités (Lambert et Shimokawa, 2011; Lambert et al., 2019). Déjà préconisée dans différentes approches de psychothérapie, une prise d'information régulière sur la relation thérapeutique et sur le contexte relationnel du client peut permettre au professionnel d'ajuster son intervention. Par exemple, Lambert et ses collègues (Lambert et al., 2019) ont développé un outil (Clinical Support Tool [CST]) permettant de mesurer les progrès en psychothérapie, de repérer les cas problématiques (not-on-track) et d'identifier huit aspects potentiellement problématiques, dont les trois premiers sont l'alliance thérapeutique, la motivation et le soutien social.

Deuxièmement, bien que le concept de soutien social soit la notion la plus utilisée pour décrire l'aide des proches, ce n'est pas la seule. Avec l'alliance systémique, Pinsoff et ses collègues (p. ex., 2008) ont développé une mesure (Individual Therapy Alliance Scale [ITAS]) concernant non seulement l'alliance de travail entre le client et l'intervenant, mais aussi l'alliance avec le conjoint, la famille et le réseau social (même s'ils ne sont pas physiquement présents en intervention). Les quelques études à ce sujet ont montré que ces différentes alliances sont liées au progrès en psychothérapie que ce soit au niveau de la diminution de la détresse (Pinsoff et al., 2008), du bien-être psychologique (Owen, 2012) ou de l'amélioration perçue par le client (Slone et Owen, 2015).

Le CST et l'ITAS sont des instruments intéressants pour la prise en compte du réseau social des personnes en psychothérapie. Malheureusement, à notre connaissance, aucun des deux n'a été utilisé dans le cadre d'étude portant sur le rétablissement en santé mentale.

Pour nous, l'aide informelle précède, cohabite et suivra l'aide formelle. En ce sens, le soutien social s'avère être un facteur extrathérapeutique essentiel à considérer en intervention. La complémentarité entre les deux formes d'aide devient un levier important pour planifier et préparer la fin de l'intervention : une bonne évaluation permettra de trouver qui dans l'entourage assume déjà différentes fonctions du soutien social; lesquelles sont lacunaires, lesquelles peuvent être développées ou poursuivies par une autre source.

5.4.2 Limites

Cette étude a certaines limites qu'il convient de souligner. Tout d'abord, les diagnostics de troubles dépressif, anxieux ou bipolaire sont auto-rapportés par les personnes en rétablissement. Deuxièmement, les aides formelles et informelles ont été recrutées par référence : ce sont les personnes qui ont le plus contribué au rétablissement. Par

conséquent, la diversité des fonctions des aidants peut avoir été surestimée. Il faut faire preuve de prudence en généralisant les résultats à d'autres problématiques ou à d'autres sources de soutien. Enfin, les résultats quantitatifs sont de nature exploratoire étant donné la petite taille de l'échantillon et l'absence d'utilisation d'outils standardisés.

5.5 Conclusion

Le rétablissement personnel ne se produit pas en vase clos. Les membres du réseau social de la personne peuvent y contribuer de différentes manières. Le soutien social des proches et l'aide professionnelle sont des formes d'aide complémentaires qui, quand considérées simultanément, peuvent s'influencer et s'enrichir mutuellement. Attestant de l'agentivité des personnes en rétablissement, ces deux formes d'aide sont considérées et maintenues comme étant complémentaires. Finalement, ces relations d'aide s'inscrivent elles aussi dans des contextes relationnels, organisationnels et sociaux. Il est crucial de s'intéresser aux conditions nécessaires pour que les aidants formels et informels puissent accomplir leur rôle essentiel de la manière la plus efficace possible de manière à mieux soutenir les personnes en rétablissement.

CHAPITRE VI

DISCUSSION GÉNÉRALE

*« Professionals do not hold the key to recovery; consumers do. The task of professionals is to facilitate recovery; the task of consumers is to recover. Recovery may be facilitated by the consumer's natural support system. [...] A common denominator of recovery is the presence of people who believe in and stand by the person in need of recovery. Seemingly universal in the recovery concept is the notion that critical to one's recovery is a person or persons in whom one can trust to "be there" in times of need. »
(Anthony, 1993, p.530-531)*

Le rétablissement est un concept incontournable dans la mise en place des services au niveau national, fédéral et international (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005; 2015; Commission de la santé mentale du Canada, 2009, 2015; Piat et Sabetti, 2009; Leamy et al., 2011; Slade et al., 2008; 2012; Anthony, 1993; 2000; Le Boutillier et al., 2011). Le rétablissement est souvent défini comme un processus personnel, individuel et unique (Leamy et al., 2011). Par contre, les personnes ne se rétablissent pas de manière isolée (Mezzina et al., 2006; Wyder & Bland, 2014; Rose, 2014). Le rétablissement est un processus social (Topor et al., 2006) et de nombreux auteurs soulignent l'importance d'étudier l'aspect interpersonnel de celui-ci (Mezzina et al., 2006; Schon et al., 2009; Price-Robertson et al., 2016). Notre recherche visait à comprendre le rôle des proches aidants et des intervenants auprès de personnes en rétablissement d'un trouble de santé mentale.

Dans ce chapitre, nous discuterons des résultats transversaux aux trois articles ainsi que des implications, des forces et des limites de la thèse de manière globale en situant celles-ci dans le contexte québécois. Nous commencerons en décrivant les mécanismes de manière transversale à la relation d'aide formelle et informelle. Par la suite, nous insisterons sur les différences entre l'aide formelle et informelle en les situant sur un continuum. Puis, nous aborderons les implications pour la personne en rétablissement, les proches aidants et les intervenants. Des pistes de recherche future seront soulevées tout au long de la discussion dans des encadrés.

6.1 Les mécanismes de la relation d'aide

Cette thèse a montré que le soutien social pouvait être utilisé comme cadre théorique pour décrire les mécanismes de la relation d'aide avec un intervenant et avec un proche aidant (voir le Tableau 6.1 avec définitions finales et communes aux deux aidants). En continuité avec des auteurs comme Hill (2014) et Egan (2012), nous employons ici le terme « relation d'aide » de manière large et générique pour décrire l'aide ou l'assistance offerte par différents individus, tels que les amis, la famille, les professionnels, les intervenants et les psychothérapeutes. Cette appellation reflète aussi la présence de similarités entre l'aide des intervenants et celle des proches aidants.

Tableau 6.1 : Résumé des mécanismes de la relation d'aide

Mécanisme	Résumé
Présence et disponibilité	Être présent, disponible et accessible. Manifester cette disponibilité : parole et attitudes. Continuité du lien où celui-ci a déjà été testé et maintenu.
Camaraderie	Faire des activités ensemble. Activité normale, distraction, pas en lien avec les problèmes de santé mentale. La relation est conviviale, agréable et « fun ».
Soutien émotionnel	Partage d'émotions : peine, peur, joie, colère, amour, etc. Manifester de l'affection, de l'amour et de l'intimité. Démontrer du respect, de la considération, de l'intérêt, de la sympathie et de l'empathie.

Communication	Parler. Écouter : écoute passive et active (passant par le questionnement). L'absence de jugement dans l'écoute est primordiale. La parole et l'écoute permettent à la personne de mieux se comprendre et de se sentir comprise. Quand la communication est réciproque, elle devient un dialogue.
Validation	Fournir de l'information sur la justesse ou la normalité des perceptions ou des comportements de différentes manières : reformulation, reflets de la réalité, nommer un désaccord, dédramatiser, etc.
Soutien axé sur le problème	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien informationnel : donner des informations, des trucs, des conseils ou des références. • Explication / psychoéducation : fournir des informations pour améliorer la compréhension des personnes en rétablissement surtout autour du diagnostic. • Soutien psychologique (par les intervenants) : souligner le positif, structurer le changement et « outiller » la personne. • Soutien à l'intervention (par les proches aidants) : afficher de l'intérêt face aux interventions, questionner et écouter les personnes et même contribuer aux tâches à effectuer (comme les devoirs). • Soutien instrumental : Agir directement sur le problème ou ses conséquences : soutien concret pour faire des tâches de la vie de tous les jours; soutien spécifique à la problématique de santé mentale.
Influence	Pouvoir implicite ou explicite pouvant prendre plusieurs formes : prise de décision, inciter à adopter des comportements considérés bénéfiques, modeling. Condition <i>sine qua non</i> du rôle professionnel qui prend différentes formes : connaissances et expertise, pouvoir de conviction, prescription de comportements bénéfiques pour la santé et accès aux ressources.

Nos analyses ont aussi révélé que la majorité des fonctions classiques du soutien social pouvaient être considérées comme des mécanismes contribuant au rétablissement : la camaraderie, le soutien émotionnel, la validation et le soutien instrumental. Enfin, notre recherche a aussi documenté trois mécanismes supplémentaires : la présence, la communication et l'influence. Ces trois mécanismes n'étaient pas classiquement

considérés comme des fonctions du soutien social, mais ils semblent être des composantes importantes du soutien des proches aidants et des intervenants.

Premièrement, la présence est le mécanisme le plus mentionné par les personnes en rétablissement. Ici, ce n'est pas la quantité (le nombre de relations ou le nombre d'heures passées), mais la qualité de cette présence qui constitue le mécanisme. Dans la relation avec le proche aidant, cette présence est d'abord bénéfique en elle-même, elle peut même devenir une raison de vivre et elle s'inscrit dans la continuité du lien (où le proche est resté malgré les difficultés). Ce résultat vient confirmer l'ajout de ce mécanisme provenant des recherches de Topor et de ses collaborateurs (Topor et al., 2006; Davidson et al., 2005) sur le soutien social, mais qui avaient seulement interrogé les personnes en rétablissement. Notre recherche confirme ce résultat en y ajoutant la perspective des proches aidants et en montrant comment elle s'articule en contexte formel. Avec les professionnels, la qualité de la présence s'articule autour de la notion de disponibilité. Plus précisément, l'emphase est mise sur la manifestation de cette disponibilité, notamment par les attitudes. Greenberg (2007) souligne que la « présence thérapeutique » favorise le partage des émotions et spécifie que celle-ci passe par les attitudes. Nos résultats amènent un soutien empirique à cette intuition théorique. Nous ajoutons que la présence est bénéfique en soi et qu'elle peut se manifester par les paroles de l'intervenant en plus de ses attitudes. De plus, les personnes en rétablissement élargissent la notion de disponibilité en y intégrant aussi la rapidité de réponse ainsi que la flexibilité de la part de l'intervenant avant et pendant l'intervention.

Un deuxième mécanisme supplémentaire est la communication qui se décline en quatre dimensions : la parole, l'écoute, la compréhension et le dialogue. Dans sa forme la plus simple, la parole peut être bénéfique en soi (Pennebaker, 1995; Ware et al., 2004). La parole est un aspect central dans le mouvement du rétablissement que ce soit au niveau des récits de rétablissement (p. ex., Llewellyn-beardsley et al., 2019), de l'intervention (p. ex., Laval, 2017), ou des revendications (p. ex., Clément, 2011). S'appuyant sur une

attitude d'accueil et de non-jugement, la communication permet à la personne de réfléchir, de se comprendre elle-même, d'être comprise par l'autre et de se sentir comprise. Dans leur recherche participative, Gilbert et ses collaborateurs (2008) ont montré que la communication était l'aspect le plus important et central pour les utilisateurs de services en santé mentale. Il s'agit d'une des ressemblances les plus claires entre l'aide formelle et informelle. Notre recherche souligne la centralité de la communication pour les deux types de relation d'aide, mais souligne aussi comment elle se distingue. Avec les intervenants, la communication est plus posée et ciblée alors qu'elle est plus spontanée et brusque avec les proches. La communication peut aussi devenir bidirectionnelle avec la notion de dialogue qui prend principalement place avec les proches aidants.

Un troisième mécanisme supplémentaire est l'influence qui est la dimension interpersonnelle du pouvoir (Grose et al., 2014). L'influence sociale a déjà été considérée comme un mécanisme liant la qualité des relations interpersonnelles à la santé par différents auteurs (Thoits, 2011; Kawachi et Brekman, 2001), bien que ceux-ci mentionnent qu'il s'agisse d'une dimension trop peu étudiée, notamment en psychologie. Nos résultats détaillent les différentes formes que l'influence peut prendre : par la discussion, par la promotion de comportements promoteurs de santé, en donnant accès à des ressources ou en étant un modèle inspirant. La majorité des proches aidants interrogés reconnaissent exercer un pouvoir ou une influence sur la personne aidée. Du côté des intervenants, on mentionne qu'il s'agit d'une condition *sine qua non* de l'aide professionnelle, dont ils doivent être conscients et qui doit être utilisée prudemment. Pourtant, il existe un faible niveau d'accord entre la personne en rétablissement et son intervenant concernant le partage de pouvoir dans la relation d'aide où la moitié des dyades ne s'entendent pas sur la répartition du pouvoir dans la relation. De plus, certains intervenants nomment avoir de la difficulté avec les termes « pouvoir » ou « influence ». Pris dans leur ensemble, ces résultats indiquent qu'il s'agit d'une dimension moins abordée ou inconfortable dans l'intervention en santé

mentale. L'influence est un aspect central de la relation d'aide et elle mériterait d'être systématiquement abordée dans la recherche et la formation des intervenants.

Notre recherche ajoute aussi aux connaissances en montrant l'articulation des mécanismes entre eux. De plus, la plupart des recherches n'avaient adopté que la perspective d'un seul acteur à la fois, tandis que nous avons croisé la perspective de la personne aidée, de son aidant et de son intervenant. Finalement, nous avons montré des ressemblances – la présence de mécanismes communs – et aussi des différences dans la relation avec un proche aidant et celle avec un intervenant.

6.2 Différences dans les relations d'aide : Clarification d'un continuum d'aide informelle et formelle

La comparaison entre l'aide des proches et des professionnels permet de situer ces deux formes d'aide l'une par rapport à l'autre. Différents auteurs placent les formes d'aide sur un continuum allant de l'aide informelle à l'aide formelle (Cauce et Srebnik, 1990; Barker et Pistrang, 2002; Klauer, 2005; Rickwood et Thomas, 2012). Par contre, les dimensions sur lesquelles les formes d'aide varient ne sont pas toujours explicites ou les mêmes d'un auteur à l'autre. Dans les dimensions nommées, on retrouve le niveau de similarité, le niveau de formation et d'expertise professionnelle, le statut de l'aidant, la pertinence dans la vie quotidienne ainsi que le milieu où se déroule l'aide. Nos résultats montrent deux dimensions qui distinguent l'aide formelle et informelle : a) le rapport au temps; et b) l'encadrement. L'aide du proche aidant s'inscrit dans le long terme et la continuité. Le plaisir et les activités communes occupent plus de place dans leur relation qui est plus symétrique et réciproque. De plus, les proches aidants jouent une plus grande diversité de rôles que les intervenants. Il est donc nécessaire de considérer la relation avec les proches au-delà de la relation d'aide. Pour bien les comprendre, les relations informelles doivent être analysées dans leur ensemble et non seulement la portion d'aide.

De son côté, l'aide professionnelle se distingue par son temps restreint, spécial et réservé à la personne en rétablissement ce qui a comme conséquence que celle-ci peut l'investir entièrement. L'aide professionnelle est aussi plus structurée et organisée : l'intervenant assure une organisation et un suivi quant à ce qui s'est passé et propose une direction à suivre. Comparativement à l'aide informelle, les actions de l'intervenant sont dirigées par une intention clinique. Enfin, l'aide professionnelle est plus consciente et réflexive. Les professionnels se questionnent sur l'aide apportée et s'appuient sur des collègues, une équipe ou un superviseur. Enfin, le professionnel s'appuie sur plus de connaissances et d'habiletés et, conséquemment, une même intervention de sa part est vue comme ayant plus de poids. Ces éléments contextuels sont essentiels à mettre en place pour une relation professionnelle efficace.

Quatre implications se dégagent de l'utilisation d'un continuum d'aide en santé mentale. Premièrement, un avantage du continuum est qu'il permet aussi de situer les aidants qui ne sont pas à l'un ou l'autre des extrêmes (soit d'un côté les proches aidants sans formation et de l'autre les professionnels spécialisés en santé mentale, comme un psychologue). Comme le souligne Rickwood et Thomas (2012), la distinction entre l'aide formelle et informelle n'est pas toujours si nette et la séparation varie en fonction des contextes et des problématiques étudiés, d'où l'importance de les situer sur un continuum. Au milieu du continuum, se trouvent différentes catégories d'aidants : les non-professionnels ayant une formation non universitaire, les bénévoles et les paraprofessionnels, les corps de métiers auxquels de l'aide est demandée, comme les coiffeurs, les barmans ou les curés ainsi que les professionnels non spécialisés en santé mentale comme les avocats ou les enseignants (Cowen, 1982; Toro, 1986; Barker et Pistrang, 2002; Klauer, 2005; Egan, 2013; McLeod et McLeod, 2015). Ces aidants sont importants à considérer dans l'aide en santé mentale. Certains ont même souligné que les effets de l'aide des paraprofessionnels seraient comparables à celle des professionnels (Christiensen et Jacobson, 1994; Faust et Zlotnick, 1995; Montgomery et al., 2010; Boer et al., 2015; Bryan et Arkowitz, 2015). Par exemple, dans leur méta-

analyse, Boer et ses collaborateurs (2015) ont trouvé que les effets des interventions des paraprofessionnels étaient supérieurs aux groupes contrôles et équivalents aux interventions des professionnels.

Piste de recherche future : Analyser le rôle des différents aidants semi-formels et formels pour illustrer les ressemblances et les différences dans le contexte (p. ex., le rapport au temps, l'encadrement, la formation, la rémunération, etc.) et le contenu de l'aide (p. ex., les mécanismes de la relation d'aide).

Par ailleurs, en souhaitant comparer l'aide des proches aidants à celle des professionnels, nous avons involontairement sous-estimé le chevauchement des rôles des acteurs. Notamment, les intervenants peuvent aussi être des proches aidants. Leur témoignage en ce sens montre comment la capacité d'aide professionnelle n'est pas seulement due à des caractéristiques individuelles, mais aussi à des caractéristiques contextuelles comme la distance émotionnelle qui influence les attitudes et la capacité d'accueil du professionnel.

De plus, certains proches et intervenants avaient aussi un savoir expérientiel, ayant eux-mêmes eu un trouble de santé mentale. Dans le continuum des formes d'aide, certains auteurs (p. ex., Klauer, 2005) situent l'aide par les pairs au milieu du continuum. Nous proposons qu'il s'agisse d'une autre dimension de l'aide qui peut elle-même être plus ou moins formalisée. Ainsi, il est possible d'avoir un savoir expérientiel et de se situer à différents endroits sur le continuum. La pair-aidance est une composante-clé du mouvement du rétablissement (Repper et Carter, 2011) et certains auteurs en psychologie communautaire ont positionné ces différentes initiatives sur un continuum basé sur la structure de l'organisation allant du soutien informel par les pairs, aux groupes de soutien, aux organisations par et pour les pairs (*consumer-run organizations*), puis les pairs aidants certifiés et employés à l'intérieur des services traditionnels (Brown et Rogers, 2014; Trainor et Reville, 2014). Plus simplement, nous

suggérons de les positionner sur les mêmes dimensions détaillées précédemment : des pairs informels, aux pairs aidants certifiés et allant jusqu'aux professionnels ayant un vécu expérientiel. Nous ajoutons donc la notion de professionnels ayant et utilisant leur vécu expérientiel en intervention (voir la Figure 6.1). Certaines initiatives en ce sens ont émergé, notamment au Royaume-Uni sous l'appellation *Wearing2Hats* (Swan, 1999; Cambridgeshire and Peterborough NHS Foundation Trust, 2016).

Piste de recherche future : Analyser le rôle des pairs aidants selon les dimensions du soutien social et les variables contextuelles de cette aide (formation de l'aidant, organisation d'appartenance, rapport au temps, encadrement, etc.).

Enfin, Rickwood et Thomas (2012) ont aussi suggéré l'ajout de l'auto-soin (self-care) sur le continuum. Encore une fois, il nous apparaît difficile de positionner l'auto-soin sur un axe allant de l'aide informelle à l'aide formelle. Par contre, nos résultats et la littérature sur le rétablissement montrent l'importance qu'occupe la personne dans son processus de rétablissement et dans la mobilisation de différentes sources d'aide. Les résultats présentés dans le chapitre V nous montrent que la personne en rétablissement conserve un pouvoir ou une agentivité (*agency*) dans ses relations d'aide. Nous pourrions donc ajouter une troisième dimension dans les sources d'aide favorisant le rétablissement : l'autogestion. Autrement dit, nous suggérons d'ajouter la personne elle-même comme source d'aide, en plus de ses proches et intervenants. Ce faisant, nous suggérons de dépasser une vision bipartite de l'aide pour en venir à un triangle d'aide en santé mentale (voir la Figure 6.1). Les personnes en rétablissement mettent en place différentes stratégies d'autogestion, notamment en ce qui a trait au développement, au maintien et à l'entretien de ses relations interpersonnelles (Villaggi et al., 2015). De plus, ces stratégies d'autogestion peuvent être appuyées par des proches, des pairs et des intervenants (Blisker et al., 2012; Houle et al., 2018).

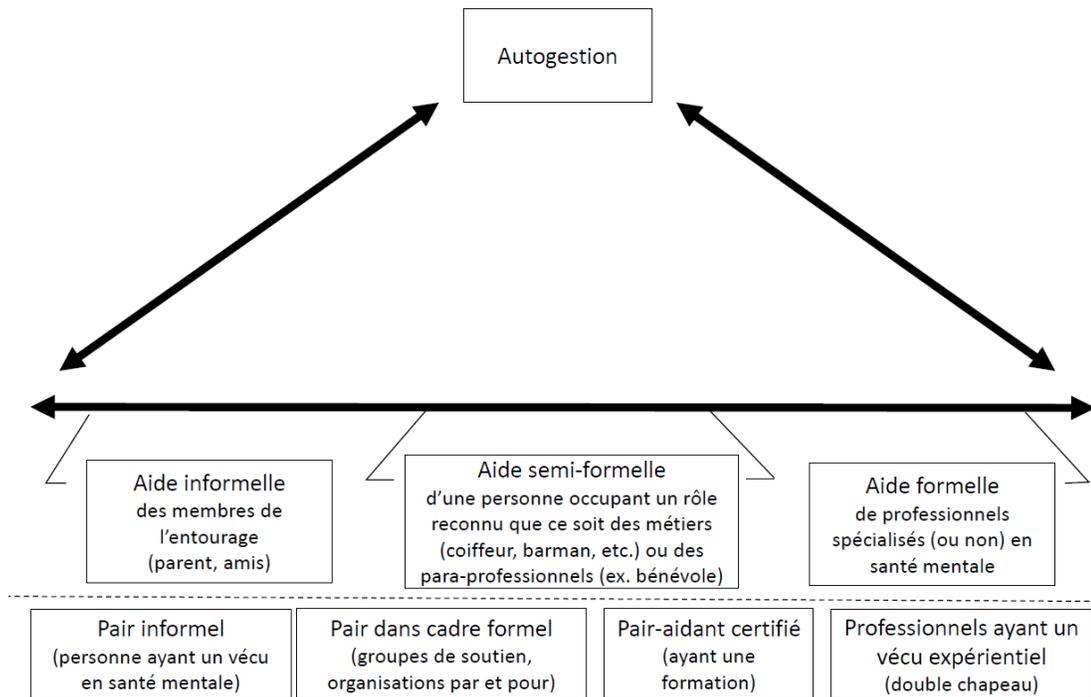


Figure 6.1 : Le triangle d'aide en santé mentale

Cette présentation élargie du continuum (triangle) d'aide en santé mentale souligne l'apport des différents types de savoirs et le pouvoir de chacun des acteurs dans la relation d'aide. Au premier plan, la personne est au cœur de son processus de rétablissement. En plus des stratégies d'autogestion mises en place, elle peut choisir qui elle sollicite pour venir l'appuyer dans son rétablissement. L'aide formelle et l'aide informelle sont considérées comme étant complémentaires et elles sont délibérément maintenues ainsi par la personne en rétablissement. Les proches sont une source importante d'aide pour le rétablissement et seraient sollicités plus souvent que les intervenants (Winefield, 1987; Barker et Pistrang 2002; Egan, 2013; Brown et al., 2014). Par contre, il est nécessaire de considérer simultanément les deux types d'aide (Klauer, 2005; Pescosolido, 2011) qui agissent de façon complémentaire (Milne, 1999; Cummings et Kroff, 2009; Tsai et al., 2012; Fleury et al., 2013; Fleury et al., 2016). Dans une approche axée sur le rétablissement, nous suggérons donc de reconnaître les

différents savoirs (expérientiels, professionnels et académiques) et de miser sur le croisement en intervention (p. ex., Repper et Carter, 2011), en formation (p. ex., Morin et Lambert, 2017), en recherche (p. ex., Patterson et al., 2004) et dans la gouvernance des services en santé mentale (p. ex., Godrie, 2016).

Piste de recherche future : Puisque les différentes formes d'aide (autogestion, soutien social et intervention formelle) ont été documentées séparément, montrer comment ces formes d'aide s'articulent entre elles, s'influencent et se complètent.

6.3 Implications pour la personne

Malgré les difficultés rattachées aux troubles de santé mentale, il est possible de vivre une vie pleine, entière et satisfaisante. En fait, mises ensemble, les recherches longitudinales montrent que le rétablissement est possible pour une bonne proportion de personnes ayant un trouble de santé mentale (Slade et Longden, 2015; Leonhardt et al., 2017). « Historiquement, le rétablissement d'une maladie mentale grave n'a pas été considéré comme une issue probable ou même possible. Cependant, un grand nombre d'éléments suggèrent que l'évolution de la maladie mentale grave est hétérogène, le rétablissement étant l'issue la plus probable » (Leonhardt et al., 2017, p.1, traduction libre).

Le rétablissement est un processus hautement personnel et propre à chacun (Leamy et al., 2011). Par contre, les récits des personnes en rétablissement montrent l'importance d'être bien entouré, que ce soit par des intervenants, des pairs, des parents, des amis ou des connaissances. La présente recherche a montré et décortiqué les rôles que peuvent jouer ces aidants dans le rétablissement personnel.

Dans notre recherche, l'emphase a été mise sur le soutien social des personnes les plus importantes et significatives selon la personne en rétablissement. Il est toutefois

important de voir le soutien social dans son ensemble. Par exemple, il ne faut pas négliger l'apport des personnes un peu plus éloignées de nous. Par exemple, Townley et ses collaborateurs (2013) ont montré l'apport du soutien social distal pour les personnes ayant des troubles de santé mentale. Plus particulièrement, ces personnes peuvent jouer un rôle quant au soutien instrumental et à l'intégration sociale.

Un des résultats-clés de cette thèse est que la personne en rétablissement conserve un choix, un pouvoir dans la définition de chacune des relations. Tout comme l'ont décrit Borg et Kristiansen (2004), les personnes en rétablissement qui ont participé à notre recherche sont des agents actifs de leur propre rétablissement, que ce soit en s'aidant elles-mêmes ou en trouvant du soutien pour les aider. La citation mise en exergue en début de chapitre (Anthony et al., 1993) souligne que dans l'approche du rétablissement, c'est la personne elle-même qui est responsable de son rétablissement. Les autres, les proches, les intervenants occupent un rôle de soutien à ce processus de rétablissement.

Ainsi, nos données montrent l'importance de l'agentivité de la personne en rétablissement. Elle a un rôle actif dans la sollicitation de son réseau pour trouver la bonne personne pour l'appuyer en fonction de ses besoins (Borg et Kristiansen, 2004; Perry et Pescosolido, 2014). Nos données montrent aussi que la personne fait consciemment des choix par rapport à qui elle sollicite et la manière dont elle le fait pour ces aidants informels et formels. S'assurer d'avoir une diversité d'aidants pouvant remplir une diversité de fonctions semble une stratégie gagnante.

Précisons aussi la place importante que prend la personne en rétablissement auprès de ses aidants. En plus de la camaraderie, différentes formes de réciprocité ont été documentées dans toutes les relations étudiées. La personne en rétablissement est soutenue, mais elle soutient; elle est écoutée, mais elle écoute; elle est aidée, mais elle aide. Il est important de garder en tête que la réciprocité n'a pas à être calquée sur l'aide reçue. Par exemple, si un proche est présent et nous écoute, nous pouvons, en retour,

l'aider concrètement dans l'un de ses projets. De plus, bien qu'il soit possible de prendre soin des personnes qui nous aident, nous pouvons aussi prendre soin et redonner auprès d'autres personnes, par exemple en s'impliquant bénévolement dans un organisme.

Bref, le soutien social des proches et des intervenants est un aspect essentiel du rétablissement personnel et il est possible pour la personne en rétablissement de l'utiliser comme un levier. Il est primordial de se pencher aussi sur l'adéquation perçue entre les besoins et le soutien ou la satisfaction à l'égard de ce soutien (Cohen et al., 2000; Caron et Guay, 2005). Un outil d'auto-analyse du soutien social a été créé pour appuyer cette démarche et les réflexions qui en découlent. L'*Outil d'auto-analyse du soutien social pour la personne en rétablissement* (présenté en Annexe I). Cet outil peut être complété par la personne elle-même (comme outil d'autogestion) ou avec l'appui d'un proche ou d'un intervenant professionnel.

6.4 Implications pour les proches

Nous avons documenté à l'aide de nos résultats le rôle de soutien social des proches aidants en santé mentale, mais aussi leurs propres besoins de soutien. Sans que ce ne soit un objectif initial, l'expérience des proches aidants est apparue comme un élément saillant de nos données. Dans notre thèse, les proches ont donc à la fois pris le rôle de participants (informateurs), d'aidants, mais aussi d'individus ayant des besoins de soutien. Ces trois rôles se retrouvent dans le modèle CAP porté par le Réseau avant-craquer (anciennement la Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale) qui regroupe 40 associations au Québec (Fradet, 2013; Bonin et al., 2014). Ce modèle souligne trois rôles que peuvent prendre les proches de personnes ayant des troubles de santé mentale. Comme *Client*, le proche peut vivre de la détresse et avoir besoin d'aide. Comme *Accompagnateur*, le proche offre un soutien que nous avons détaillé à l'aide des mécanismes du soutien social. Comme *Partenaire*, le proche

est un acteur social compétent qui peut être impliqué dans la planification des soins et, nous ajoutons, dans la recherche scientifique.

L'expérience de proche aidant comporte à la fois des aspects positifs et négatifs qu'il est nécessaire d'aborder en intervention auprès de ceux-ci. En tant que *Client* des services, le proche aidant sollicitant de l'aide est potentiellement dans un moment plus sombre de la proche-aidance. Il est nécessaire d'évaluer le fardeau objectif et subjectif ainsi que la détresse psychologique qui sont associés à la proche-aidance auprès de personnes ayant un trouble bipolaire (van der Voort et al., 2007), dépressif (van Wijngaarden et al., 2004) ou anxieux (Kalra et al., 2008). L'évaluation du fardeau peut se faire rapidement avec la version française du *Brief Burden Interview* qui comporte 12 questions (O'Rourke et Cappeliez, 2004). Il est aussi nécessaire d'évaluer l'état psychologique de l'aidant que ce soit de manière qualitative ou avec des échelles reconnues (Hayes et Roberge, 2015) comme *Patient Health Questionnaire* (9 items sur les symptômes dépressifs) et le *Generalized Anxiety Disorder* (7 items sur les symptômes anxieux). Par contre, il est aussi nécessaire d'aborder les aspects positifs de la relation avec la personne aidée. Ici, les stratégies issues de l'approche par les forces ont le potentiel d'équilibrer l'attention quant à ces deux facettes de la relation. Par exemple, un intervenant pourrait employer la recherche d'exceptions pour identifier les moments où la relation est plus positive. L'approche par les forces se situe dans la même famille que l'approche axée sur le rétablissement (Vandekinderen et al., 2012; Pattoni, 2012; Saleebey, 2009). Elle comprend différents modèles comme la thérapie axée sur les solutions, l'entretien motivationnel et le suivi dans la communauté par les forces (Rapp, 2004; Corcoran, 2004; Rapp et Gosha, 2012). Selon nous, il s'agit d'une avenue intéressante pour l'intervention auprès des proches aidants qui, dans une certaine mesure, doivent eux aussi se rétablir (voire à ce sujet Wyder et Bland, 2014). Les proches aidants pourraient aussi compléter – avec ou sans aide professionnelle – leur propre plan de rétablissement (Lean et al., 2019). Une version anglaise du plan de rétablissement pour les proches a été développée par l'*Implementing Recovery through*

Organisational Change et est disponible gratuitement en ligne (<https://imroc.org/resources/personal-health-wellbeing-plan-family-friends-carers>).

Au-delà du soutien individuel, nous croyons que les interventions de groupe pour les proches offrent un moyen intéressant pour les soutenir. Malheureusement, la littérature à ce propos demeure insuffisante bien qu'encourageante (Chien et Norman, 2009; Yesufu-Udechuku et al., 2015). De plus, nous n'avons pas trouvé dans la documentation scientifique d'intervention de groupe pour les proches aidants qui s'appuie sur les principes du rétablissement et de l'autogestion. Nous proposons qu'une telle intervention de groupe soit mise en place. L'Annexe I propose des thèmes qui pourraient être couverts pour un tel groupe sur une durée de 10 rencontres.

Piste de recherche future : Implanter et évaluer une intervention de groupe pour les proches aidants s'appuyant explicitement sur les principes du rétablissement et de l'autogestion.

En tant qu'*Accompagnateur*, les proches peuvent soutenir le rétablissement de la personne ayant un trouble de santé mentale. Les mécanismes décrits dans la thèse offrent un cadre d'analyse intéressant pour détailler le rôle du proche auprès de la personne aidée. Les résultats du Chapitre 5 soulignent aussi que les personnes en rétablissement ne souhaitent pas que leurs proches deviennent des intervenants. Elles apprécient le rôle unique et complémentaire qu'ils jouent.

Dans le cadre d'intervention auprès des proches aidants, une stratégie pourrait être de commencer avec une question générale (Que faites-vous pour favoriser le rétablissement de la personne aidée?). L'intervenant pourrait alors noter les mécanismes employés et les forces que le proche aidant démontre par ceux-ci. Concernant les mécanismes n'ayant pas été nommés, l'intervenant peut alors relancer le proche en commençant par les mécanismes partageant une proximité théorique avec

ceux déjà mentionnés en utilisant les figures schématisant les liens entre les mécanismes (voir Figure 4.1 et Figure 5.1). Par la suite, l'intervenant pourrait questionner le proche par rapport aux aspects négatifs de la relation (Y a-t-il eu des moments où vous avez craint de nuire au rétablissement de la personne aidée?). Enfin, l'intervenant peut questionner sur la réciprocité (De son côté, qu'est-ce que la personne aidée fait pour vous?) en soulignant que les relations réciproques sont habituellement plus aidantes qu'une relation unidirectionnelle. Il serait intéressant d'établir une carte des membres du réseau formel et informel de la personne aidée. Par la suite, il faudrait faire un exercice similaire avec le proche (Quand il a besoin d'aide, vers qui peut-il se tourner?).

Enfin, comme *Partenaire*, la présente étude montre la pertinence de la prise en compte simultanée des perspectives des deux parties prenantes : la personne en rétablissement et son proche. Le soutien social étant un phénomène interactif (p. ex., Gottlieb et Bergen, 2010), il nous apparaît nécessaire de sortir d'un individualisme méthodologique et de l'étudier selon les perspectives des différents acteurs (Aldersey et Whitley, 2015; Jacob et al., 2017).

En filigrane, les résultats montrent le rôle essentiel joué par les proches dans le rétablissement. Il importe donc de dépasser une vision où les proches étaient considérés comme une cause du problème (Bonin et al., 2014; Wyder et Bland, 2014) et de les voir comme une partie de la solution. Les proches fournissent une information essentielle et pertinente à prendre en compte dans la recherche, l'évaluation et la mise en place de service. De plus, un changement de perception à leur égard pourrait faciliter le soutien qui leur est offert (ce qui pourrait potentiellement mener à une diminution des conséquences négatives de l'aide offerte et une amélioration de leur capacité à offrir du soutien social). Enfin, la prochaine étape serait une meilleure reconnaissance de leur rôle d'un point de vue politique.

6.5 Implications pour les intervenants

Un consensus existe quant à l'importance de la relation thérapeutique dans l'intervention en santé mentale (Howgego et al., 2003; Johansson et Eklund, 2003; Bell et Smerdon, 2011). De même, les services orientés vers le rétablissement accordent une place centrale à la relation (p. ex., Stickley et al., 2011), que l'on nomme alors la relation axée sur le rétablissement. Celles-ci avaient été peu explicitées dans la recherche et, quand elle l'avait été, ce n'était que de la perspective d'une des parties prenantes. Ainsi, nous avons établi les composantes d'une relation thérapeutique favorisant le rétablissement selon la perspective conjointe de la personne aidée et de l'intervenant. Trois éléments méritent d'être abordés davantage.

D'abord, puisque nous nous concentrons sur la relation thérapeutique, moins d'emphase a été mise sur les techniques propres à une approche axée sur le rétablissement. Pourtant, technique et relation ne sont pas mutuellement exclusives comme le soulignent Norcross et Lambert (2019, p.3, *traduction libre*). La « relation n'existe pas en dehors de ce que fait le thérapeute en matière de méthodes et nous ne pouvons imaginer aucune méthode de traitement qui n'aurait pas un certain impact relationnel ». Il serait intéressant que les recherches futures explorent aussi l'aspect technique de l'intervention axée sur le rétablissement. De plus, dans notre recherche, les intervenants ne s'identifiaient pas nécessairement à une approche centrée sur le rétablissement puisqu'ils étaient référés par la personne aidée qui ciblait le professionnel l'ayant le plus aidé dans son rétablissement.

<p>Piste de recherche future : Analyser les composantes de la relation (et de l'intervention) auprès d'intervenants se réclamant d'une approche axée sur le rétablissement ou d'approches complémentaires comme l'approche par les forces.</p>

Il est tout de même possible de souligner que certains modèles de pratique semblent bien correspondre à l'approche axée sur le rétablissement. Par exemple, Priebe et McCabe (2008) soulignent la pertinence d'utiliser les modèles suivants : thérapie centrée sur le client, thérapie centrée sur les solutions et entretien motivationnel. Ces modèles pourraient s'inscrire sous le grand chapeau des approches axées sur les forces (Rapp et Gosha, 2012; Lindström et Eriksson, 2012).

Ensuite, la relation professionnelle a été décrite de manière transversale à différentes professions et milieux de pratiques (pratiques privées, organismes publics et communautaires). Le contexte de la pratique a le potentiel d'influencer l'établissement de la relation professionnelle (Rapp et Gosha, 2012). Jusqu'à récemment, la recherche sur la relation s'était concentrée sur le contexte de la psychothérapie (Kirsh et Tate, 2006). Nous espérons avoir contribué à la description des composantes d'une relation client-intervenant qui inclut et dépasse le cadre de la psychothérapie. En tant que facteur commun d'efficacité, la relation thérapeutique est applicable au suivi dans la communauté (Kidd et al., 2007; Rapp et Gosha, 2012), aux services psychiatriques (McCabe et Priebe, 2004; Davidson et Chan, 2014) ou à l'intervention de paraprofessionnels (Faust et Zlotnik, 1995). Dans une perspective interdisciplinaire, une telle modélisation pourrait être utilisée dans la formation en psychologie, mais aussi pour les professions qui ne sont pas de prime abord spécialisées en santé mentale. En effet, au Québec, différents professionnels offrent des services en santé mentale, dont les médecins omnipraticiens, les infirmières, les travailleurs sociaux et les conseillers en orientation (Fleury et al., 2012).

Piste de recherche future : Dans une approche interdisciplinaire, documenter la mise en place de la relation d'aide en santé mentale auprès de différents professionnels, tels que les médecins omnipraticiens, les infirmières, les travailleurs sociaux, les ergothérapeutes, les conseillers en orientation, les avocats, etc.

Enfin, nous avons situé l'aide formelle en relation avec l'aide informelle ce qui a différentes implications pour l'intervenant. L'Annexe I présente une ébauche d'outil clinique que nous avons créé pour accompagner l'intervenant dans la réflexion sur ces enjeux. Premièrement, le soutien social est un aspect essentiel à aborder systématiquement en intervention étant donné l'importance du soutien social dans la vie des personnes (p. ex., Leamy et al., 2011). Les personnes se présentant en intervention ont habituellement déjà eu recours à l'aide informelle avant l'intervention professionnelle et continueront à en recevoir pendant et après celle-ci (Barker et Pistrang, 2002; Milne, 1999; Pescosolido, 2011). Deuxièmement, avec l'accord du client, il est intéressant d'impliquer autant que possible les proches à toutes les phases de l'intervention : accueil (s'agit-il d'une référence), source de collecte de données, aide à la priorisation dans la planification, soutien à l'intervention, planification de la fin de l'intervention. Bien qu'elle soit considérée comme un obstacle, il est important de toujours agir dans le respect de la confidentialité de la personne utilisatrice (Bonin et al., 2012; Ministère de la santé et des services sociaux [MSSS], 2016). Minimale, il est toujours possible d'écouter la perspective des proches agissant ici comme tiers au dossier. Avec l'accord de la personne en rétablissement, il faut tendre vers une plus grande participation des proches comme partenaires dans les services rendus à la personne utilisatrice (par exemple, comme source d'information lors de l'évaluation ou lors de la phase de terminaison avec l'instauration d'un plan de rétablissement ou d'un plan de prévention des rechutes). L'échelle de participation d'Arnstein (Arnstein, 1969; Sweeney et Morgan, 2009; Bryson et Patton, 2015) peut être utile pour réfléchir au niveau d'implication des différentes parties prenantes. Troisièmement, il peut s'avérer que le soutien social ou les relations interpersonnelles soient la cible de l'intervention (Milne, 1999; Hogan et al., 2002). L'intervention peut alors porter sur les perceptions, les attentes ou l'évaluation que la personne en rétablissement a de ses relations. L'intervention peut aussi chercher à améliorer les habiletés interpersonnelles (social skills training) ou la taille de son réseau, par exemple avec la méthode choisir-obtenir-maintenir (Folkman et al., 1991, voir l'Annexe I).

Enfin, l'intégration peut être plus formelle en s'appuyant sur des approches reconnues comme l'intervention de couple, l'intervention familiale, le soutien des aidants ou le groupe d'intervention (Milne, 1999; Hogan et al., 2002).

6.6 Considérations méthodologiques, forces et limites

La méthodologie utilisée dans cette recherche était particulière à plusieurs égards : adoption du paradigme du réalisme critique, analyse qualitative déductive et croisement des perspectives. Ces particularités méritent qu'on s'y attarde de manière critique de façon à montrer leur applicabilité à la recherche en psychologie communautaire, détailler les forces ainsi que les limites. Pour nous, les forces et les limites représentent les deux côtés d'une même médaille; leur présentation sera donc imbriquée.

Le réalisme critique est une philosophie des sciences relativement nouvelle qui a pris de l'ampleur dans les sciences sociales ces dernières années (Hartwig, 2005 ; O'Mahoney, 2011). Cependant, ce paradigme a été peu utilisé et même peu discuté en psychologie (O'Mahoney, 2011; Pilgrim, 2020) et encore moins dans la spécialité de la psychologie communautaire. En fait, à notre connaissance, cette recherche représente la première en psychologie communautaire à s'appuyer explicitement sur le paradigme du réalisme critique du début à la fin.

Pour nous, le réalisme critique représente un paradigme pertinent et cohérent avec la psychologie communautaire. En effet, le réalisme critique se caractérise par l'importance qu'il accorde au contexte dans l'explication des phénomènes, à sa visée explicative et sa prise en compte des valeurs (pour plus de détails, voir le numéro spécial *Journal of Community Psychology* dirigé par Lauzier-Jobin, Brunson et Olson, à paraître). Plus précisément, au niveau de la méthode, le réalisme critique a permis :

a) de guider le rapport entre la théorie et les données; b) de faciliter la comparaison; et c) de définir la notion de mécanisme.

L'appui explicite sur la littérature représente une première force de notre recherche. Dans le réalisme critique, la recherche est guidée par la théorie : elle débute avec une théorie et finit avec une théorie (Pawson, 2013; Manzano, 2016). Notre recherche a débuté avec une exploration des deux champs théoriques à l'étude (soutien social et relation thérapeutique) grâce à aux recensions des écrits présentées lors de congrès (Lauzier-Jobin, 2014; Lauzier-Jobin, Ouellet et Viquez Porras, 2014). Une manière de concevoir notre démarche est qu'elle consistait à valider la pertinence de la théorie du soutien social pour analyser l'influence des relations interpersonnelles sur le rétablissement en santé mentale. Comme nous l'avons vu, les fonctions classiques du soutien social peuvent être considérées comme des mécanismes de la relation avec les proches aidants et de la relation avec un intervenant. Cette base théorique a aussi été enrichie par l'ajout de trois nouveaux mécanismes et une proposition d'articulation des mécanismes entre eux.

Deuxièmement, la comparaison est au cœur de la démarche du réalisme critique (Maxwell, 2012a). Celle-ci a pris deux formes dans notre recherche. D'abord, la comparaison des perspectives des différents acteurs a permis d'avoir une image plus complète du phénomène étudié (Kogstad et al., 2013; Jacob et al., 2017). Ensuite, la comparaison entre la relation avec un proche aidant et celle avec un intervenant constitue le principal apport de cette thèse. La volonté de comparaison ainsi que l'appui explicite sur la littérature ont mené à l'utilisation d'une approche qualitative déductive pour analyser systématiquement la présence des mécanismes dans les différentes relations. L'analyse déductive est moins commune en recherche qualitative, mais elle est de plus en plus utilisée (Pope et al., 2000; Hyde, 2000; Guest, McQueen et Namey, 2011; Patton, 2015). Une force de la présente recherche est d'avoir présenté en détail

une démarche d'analyse thématique déductive dont il existait peu de descriptions (Guest, McQueen et Namey, 2011).

Troisièmement, le réalisme critique permet d'opérationnaliser la notion de mécanisme. Dans une perspective réaliste, le mécanisme représente un assemblage de processus qui mène à un effet donné, ici le rétablissement, dans un contexte donné. Il est important de préciser que ce qui constitue un mécanisme et ce qui constitue ses composantes représente un choix de point focal. Pour illustrer, on peut imaginer un fil ou une corde qui est elle-même composée de plus petits fils tissés. Par exemple, dans une évaluation de programme, le soutien social pourrait être considéré comme un mécanisme (Lauzier-Jobin, 2013). Dans notre cas, le soutien social est lui-même décortiqué en mécanismes. Le choix du niveau de précision dépend de la littérature utilisée et de son côté "actionnable" (Lauzier-Jobin et al., 2014). Par exemple, un proche considère que son rôle se limite à écouter la personne. Utilisant la modélisation avec les mécanismes, un intervenant pourrait décortiquer cette écoute (écoute sans jugement, compréhension, dialogue) et offrir des pistes pour aider différemment comme du soutien émotionnel ou faire des activités ensemble (camaraderie).

Bien qu'elles soient compensées par des forces, notre recherche présente certaines limites qu'il est nécessaire de souligner. D'abord, avec la collecte de données par entrevue, les résultats basés sont basés sur les propos autorapportés des participants et sont à interpréter avec prudence. Cette méthode de collecte de données représente une force puisqu'elle permet d'aborder en profondeur la réalité étudiée. Par contre, l'appui sur l'autodéclaration peut amener certains biais dans le rappel des événements. Un exemple frappant est une femme qui avait subi des électrochocs ce qui avait causé des pertes de mémoire concernant des épisodes de sa vie plus éloignés. Pour contrebalancer cette limite, la triangulation apporte une plus grande validité aux résultats, notamment la triangulation des perspectives dans un contexte où la perspective des proches a été moins explorée (Jacob et al., 2017). De plus, pour établir la rigueur de l'analyse des

données qualitatives, une validation intercodeur a été effectuée sur trois entrevues. Enfin, les données principalement qualitatives ont été triangulées avec une brève section plus quantitative (et des analyses non paramétriques).

Ensuite, d'un point de vue statistique, le type de devis utilisé ne permet pas d'établir de causalité et la petite taille de notre échantillon limite ce type de généralisation des résultats. Par contre, certains auteurs mentionnent qu'une généralisation théorique (parfois appelée transférabilité) est tout de même possible, notamment dans une perspective réaliste si l'échantillonnage intentionnel, l'échantillon et le contexte sont bien décrits (Tracy, 2013; Patton, 2015; Smith, 2018). De plus, Maxwell (2012a) défend l'idée qu'il est possible d'établir une certaine forme de causalité avec les recherches qualitatives, dans une approche réaliste. Par contre, malgré nos intentions initiales, peu de liens entre les mécanismes et leurs effets (dont le rétablissement) ont été effectués. De prochaines études (qualitatives, quantitatives ou mixtes) pourraient partir de la modélisation effectuée pour examiner les effets des mécanismes sur le rétablissement.

Piste de recherche future : Examiner l'influence des mécanismes sur le rétablissement personnel dans une recherche quantitative ou mixte, dans une logique de triangulation des méthodes.

Enfin, notre méthode de recrutement volontaire pourrait biaiser nos résultats en faveur de personnes s'étant mieux rétablies ou pour lesquelles les relations ont été plus importantes. Ce recrutement a peut-être nui à notre prise en considération des aspects négatifs du soutien social. Par ailleurs, l'emphase sur deux relations significatives pour chaque triade de participants ne prend pas en considération d'autres aspects de leur soutien social, comme le soutien social plus distal ou les composantes structurelles (p. ex., la taille du réseau). De plus, concernant la source du soutien, nous n'avons pas suffisamment de proches aidants pour comparer l'aide offerte par un conjoint, de l'aide

offerte par un enfant, ou un autre membre de l'entourage comme un ami. De manière similaire, notre devis ne nous permettait pas de comparer avec précision l'influence du contexte de pratique de l'intervenant (pratique privée, organisme public ou communautaire). Avec des ressources plus importantes ou dans le cadre de recherches futures, ces différentes avenues touchant notamment aux variables contextuelles pourraient être explorées.

Piste de recherche future : Documenter l'influence des variables contextuelles dans le soutien des proches aidants (par exemple, la source de soutien : conjoint, enfant, parent, amis, etc.) et le soutien des intervenants, par exemple leur appartenance institutionnelle (pratique privée, organisme public ou communautaire).

CONCLUSION

Le rétablissement est à la fois un processus hautement personnalisé et intrinsèquement social. Les récits des personnes en rétablissement font souvent état de la présence d'un proche, d'un pair ou d'un intervenant les ayant soutenues dans leur rétablissement. Par contre, la recherche spécifiquement sur l'influence des relations interpersonnelles sur le rétablissement demeurait limitée. La principale contribution de cette thèse est d'avoir comparé empiriquement la relation avec les proches aidants et celle avec les intervenants pour le rétablissement personnel. Nos résultats soulignent l'agentivité que conserve la personne en rétablissement dans ces relations d'aide. Nous avons aussi détaillé le rôle ainsi que l'expérience des proches aidants en santé mentale. Enfin, nous avons décrit les composantes de la relation thérapeutique axée sur le rétablissement.

À travers la méthode, les résultats et les discussions, un fil conducteur émerge, soit l'importance d'une centration sur la personne. D'un point de vue méthodologique, la centration sur la personne est au centre de la recherche qualitative (Creswell et Poth, 2018), mais aussi du mouvement du rétablissement qui souligne l'importance d'adopter une approche holistique de la personne (Adame et Knudson, 2007). Ainsi, la centration sur la personne signifie de se centrer sur la personne dans son ensemble : ce qui va bien et ce qui va mal, les problèmes et les forces, le rétablissement clinique et personnel, etc. Cependant, cette centration sur la personne n'a pas à se faire au détriment d'une prise en considération de l'environnement. L'influence de l'environnement sur la personne est bien établie en psychologie communautaire (p. ex., Linney, 2000) et dans le réalisme critique (p. ex., Henry, 2004). Nous sommes d'avis qu'il est essentiel de créer des contextes favorables à l'établissement des relations d'aide (Roehrle et Strouse, 2019), notamment grâce à un soutien accru aux aidants formels et informels.

Historiquement, on trouve l'idée d'une centration sur la personne dans les documents encadrant l'offre de services en santé mentale au Québec depuis la Politique en santé mentale (MSSS, 1989) jusqu'aux récents plans d'action (MSSS, 2005; 2015). Dans la documentation officielle, la centration sur la personne inclut aussi les proches, parents et amis (MSSS, 2015; 2018). Les services se doivent de mieux intégrer et d'appuyer ces acteurs-clés de l'aide en santé mentale. Enfin, nous croyons qu'il est nécessaire de ne pas oublier le soutien aux intervenants qui doivent être au centre des futurs changements de pratique (contrairement, à l'impression de certains face aux dernières réformes gouvernementales [Cherblanc et al., 2019]). Pour nous, l'adoption d'une véritable approche centrée sur le rétablissement doit considérer la personne en rétablissement, ses proches et les intervenants en favorisant leur implication, leur pouvoir et leur santé.

ANNEXE A

GUIDES D'ENTRETIEN TÉLÉPHONIQUE

Guide entretien téléphonique avec la personne en rétablissement

Bonjour,

Est-ce que je peux parler à *[nom de la personne]*?

Je m'appelle François Lauzier-Jobin. Je suis étudiant au doctorat en psychologie communautaire à l'UQAM. Je vous appelle parce que vous avez signifié votre intérêt à participer à un projet de recherche sur le rôle des relations interpersonnelles sur le rétablissement. Seriez-vous toujours intéressé à participer?

La recherche vise à mieux comprendre les aspects des relations interpersonnelles qui influencent le rétablissement des problèmes de santé mentale. Nous souhaitons comprendre cette influence en abordant votre point de vue, mais aussi celui de deux aidants (un intervenant et un proche). Cette étude vise à recruter des participants très précis, si vous remplissez les critères d'admissibilité, vous serez invité à une entrevue individuelle avec moi, mais aussi à me référer deux personnes qui vous ont aidé. Ces deux personnes seraient aussi invitées à participer à une entrevue individuelle. L'entrevue se déroulerait en personne, au moment et dans un lieu de votre choix.

Êtes-vous intéressé à participer? Voulez-vous qu'on regarde ensemble si vous remplissez les critères d'admissibilité?

- Quelle est votre date de naissance?
- Avez-vous déjà eu un diagnostic de trouble mental, comme une dépression ou un trouble anxieux? Lequel?
- Quand avez-vous eu un diagnostic (ou un contact avec les services en santé mentale) pour la première fois?
- Considérez-vous que vous allez mieux aujourd'hui?

[Si la personne répond aux premiers critères :] Maintenant, j'ai une série de courtes questions à vous demander.

Au cours des 14 derniers jours, à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants?	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque tous les jours
1. Sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension	0	1	2	3
2. Incapable d'arrêter de vous inquiéter ou de contrôler vos inquiétudes	0	1	2	3
3. Inquiétudes excessives à propos de tout et de rien	0	1	2	3
4. Difficulté à se détendre	0	1	2	3
5. Agitation telle qu'il est difficile de rester tranquille	0	1	2	3
6. Devenir facilement contrarié(e) ou irritable	0	1	2	3
7. Avoir peur que quelque chose d'épouvantable puisse arriver	0	1	2	3
Total : _____				

Au cours des 14 derniers jours, à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants?	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque tous les jours
1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses	0	1	2	3
2. Être triste, déprimé(e) ou désespéré(e)	0	1	2	3
3. Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou dormir trop	0	1	2	3
4. Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie	0	1	2	3
5. Avoir peu d'appétit ou manger trop	0	1	2	3
6. Avoir une mauvaise opinion de soi-même, ou avoir le sentiment d'être nul(le), ou d'avoir déçu sa famille ou s'être déçu(e) soi-même	0	1	2	3
7. Avoir du mal à se concentrer, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision	0	1	2	3
8. Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer. Ou au contraire, être si agité(e) que vous avez eu du mal à tenir en place par rapport à d'habitude	0	1	2	3
9. Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre	0	1	2	3
Total : _____				

[Si la personne remplit les critères]

- Qui sont les deux personnes qui vous ont le plus aidé dans votre rétablissement? (Y a-t-il un proche ou un membre de la famille qui vous a été particulièrement utile? Y a-t-il un intervenant qui vous a été particulièrement utile?)
- Seriez-vous d'accord pour que je les contacte et que nous parlions du rôle qu'elles ont eu dans votre vie?
- Est-ce que vous pouvez me donner le nom et les coordonnées de ces deux personnes? Donc, si ça vous convient, je vais les appeler pour les inviter à participer. Par la suite, je vais vous rappeler pour prendre un rendez-vous.

Je souhaite préciser que toutes les informations qui seront données dans le cadre des entrevues demeureront confidentielles. Je ne répèterai rien de ce que vous me direz à un de vos aidants, et inversement. Nous avons prévu offrir un dédommagement de 30\$ pour la durée de l'entrevue.

Avez-vous des questions pour moi?

[Si la personne ne remplit pas les critères]

Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez manifesté à participer à notre recherche. Malheureusement, vous ne répondez pas aux critères de notre recherche. Nous devons sélectionner nos participants selon des dimensions précises qui répondent aux objectifs académiques du projet.

[Si la personne semble être en détresse ou si elle atteint un des seuils de sévérité élevée]

Monsieur/madame, est-ce que vous vous sentez bien? Est-ce que vous sentez que vous avez besoin d'aide? Si vous le désirez, je peux vous diriger vers une ressource appropriée pour vous?

- **Information générale :** Revivre : (514) REVIVRE [738-4873]
OU 1 866 REVIVRE [738-4873]
- **Ligne d'écoute :** Tel-Aide : 514 935-1101
- **Centre de crise :** Le Transit : 514-282-7753
- **Suicide :** Suicide Action Montréal : 514 723-4000
OU 1 866 APPELLE [277-3553]
- **Urgence suicidaire :** 911
- **Info-social :** 811
- **Informations sur les ressources CLSC :** Info-santé : (514) 521-7663

Guide entretien téléphonique avec un aidant

Bonjour,

Est-ce que je peux parler à *[nom de la personne]*?

Je m'appelle François Lauzier-Jobin. Je suis étudiant au doctorat en psychologie communautaire à l'UQAM.

Je vous appelle parce que vous avez été identifié par *[nom de la personne en rétablissement]* comme étant une personne importante dans son rétablissement. Nous menons un projet de recherche qui vise à mieux comprendre les aspects des relations interpersonnelles qui influencent le rétablissement des problèmes de santé mentale. Nous souhaitons comprendre cette influence en obtenant le point de vue de la personne ayant un trouble, mais aussi celui de deux aidants (un intervenant et un proche).

[Nom de la personne en rétablissement] a déjà accepté de participer à cette recherche, mais nous devons également obtenir votre participation ainsi que celle d'un *[intervenant ou proche aidant]* avant de procéder à la collecte de données. En m'aidant à mieux comprendre le point de vue des *[intervenants ou proches]*, vous contribuerez à développer les connaissances sur les aspects de la relation qui favorisent le rétablissement. Il s'agit d'un aspect essentiel du rétablissement qui est malheureusement trop peu étudié. Si vous acceptez de participer, vous seriez invité à une entrevue individuelle en personne, au moment et dans un lieu de votre choix. Je dois obtenir l'acceptation des trois membres d'une triade avant de commencer les entrevues.

Je souhaite préciser que toutes les informations qui seront données dans le cadre des entrevues demeureront confidentielles. Je ne répèterai rien de ce que vous me direz à

_____, et inversement, je ne dévoilerai rien de ce que les autres participants m'auront dit. Nous avons prévu offrir un dédommagement de 30\$ pour la durée de l'entrevue.

Êtes-vous intéressé à participer? Voulez-vous qu'on regarde ensemble si vous remplissez les quelques critères d'admissibilité?

- Êtes-vous capable d'effectuer l'entrevue en français?
- (Pour les intervenants ne provenant pas de *Revivre* ou *Le Fil*) Avez-vous besoin d'une autorisation particulière de votre institution pour participer à la recherche? (si oui) Quelles démarches doivent être suivies pour obtenir cette autorisation?

Avez-vous des questions pour moi?

ANNEXE B

AFFICHE DE RECRUTEMENT

Affiche originale

Rétablissement Rôle des proches et des intervenants

Vous êtes invité(e)s à participer à un projet de recherche qui s'inscrit dans le cadre d'une thèse de doctorat portant sur le rôle des proches et des intervenants dans le rétablissement des troubles anxieux et dépressifs.

Différentes études ont souligné l'importance du rôle des proches et des intervenants dans le rétablissement. Nous souhaitons décrire les éléments qui sont aidants ou nuisibles dans le rôle des proches et des intervenants.

Si vous souhaitez raconter
votre expérience de rétablissement et
le rôle des autres dans ce rétablissement
Contacter François Lauzier-Jobin
au (514) 987-3000 #1994

Votre participation à cette recherche nous aidera à développer un savoir utile pour les proches et les intervenants de personnes en rétablissement.



En quoi consiste la participation?

Votre participation consistera à décrire lors d'une entrevue votre expérience de rétablissement et le rôle qu'ont occupé vos proches et intervenants. Vous devrez aussi nous référer un proche et un intervenant qui seront à leur tour interrogé sur leur expérience.

Qui peut participer?

Pour participer, vous devez :

- a) être âgé de 18 ans et plus;
- b) parler français;
- c) avoir eu un diagnostic de dépression ou de troubles anxieux, depuis au moins un an;
- d) vous considérer en rétablissement;
- e) avoir la capacité et la volonté de nous désigner deux aidants significatifs (un intervenant et un proche).

Responsable de la recherche

François Lauzier-Jobin, étudiant au doctorat en psychologie communautaire à l'UQAM (sous la supervision de Janie Houle). Cette recherche est possible grâce au soutien du FQRSC et du Laboratoire de recherche sur la santé, Vitalité.

Cette recherche a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants de l'Université du Québec à Montréal.

Affiche modifiée pour le recrutement d'hommes

Rétablissement des hommes : Rôle des proches et des intervenants

Vous êtes invité(e)s à participer à un projet de recherche qui s'inscrit dans le cadre d'une thèse de doctorat portant sur le rôle des proches et des intervenants dans le rétablissement des troubles anxieux et dépressifs.

Différentes études ont souligné l'importance du rôle des proches et des intervenants dans le rétablissement. Nous souhaitons décrire les éléments qui sont aidants ou nuisibles dans le rôle des proches et des intervenants.

Si vous souhaitez raconter
votre expérience de rétablissement et
le rôle des autres dans ce rétablissement,
Contactez François Lauzier-Jobin
au (514) 987-3000 #1994

Votre participation à cette recherche nous aidera à développer un savoir utile pour les proches et les intervenants de personnes en rétablissement.



En quoi consiste la participation?

Votre participation consistera à décrire lors d'une entrevue votre expérience de rétablissement et le rôle qu'ont occupé vos proches et intervenants. Vous devrez aussi nous référer un proche et un intervenant qui seront à leur tour interrogés sur leur expérience.

Qui peut participer?

Pour participer, vous devez :

- a) être âgé de 18 ans et plus;
- b) être un homme;
- c) parler français;
- d) avoir eu un diagnostic de dépression ou de troubles anxieux, depuis au moins un an;
- e) vous considérer en rétablissement;
- f) avoir la capacité et la volonté de nous désigner deux aidants significatifs (un intervenant et un proche).

Responsable de la recherche

François Lauzier-Jobin, étudiant au doctorat en psychologie communautaire à l'UQAM (sous la supervision de Janie Houle). Cette recherche est possible grâce au soutien du FQRSC et du Laboratoire de recherche sur la santé, Vitalité. Cette recherche a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants de l'Université du Québec à Montréal.

ANNEXE C

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Formulaire de consentement

L'influence des relations interpersonnelles dans le rétablissement des personnes ayant un trouble dépressif ou anxieux

Information sur le projet

Personne responsable du projet

Chercheur responsable du projet : François Lauzier-Jobin
Programme d'études : Doctorat en psychologie communautaire
Adresse courriel : lauzier-jobin.francois@courrier.uqam.ca
Téléphone : 514-987-3000 poste 1994

Direction de recherche

Direction de recherche : Janie Houle
Département de psychologie
Faculté des lettres et sciences humaines
Courriel : houle.janie@uqam.ca
Téléphone : 514-987-3000 poste 4751

But général du projet

Vous êtes invité, invité à prendre part à un projet visant à comprendre l'influence des relations sur le rétablissement d'un trouble anxieux ou dépressif. Ce projet vise à comprendre quels sont les différents éléments qui font qu'une relation avec un proche ou un intervenant favorise ou nuit au rétablissement. Cette recherche est possible grâce au soutien des FQRSC.

Tâches qui vous seront demandées

Votre participation consiste à donner une entrevue individuelle au cours de laquelle il vous sera demandé de décrire, entre autres choses, votre expérience avec le rétablissement, votre perception de la relation d'aide, de son histoire et de son contexte. Cette entrevue est enregistrée numériquement avec votre permission et durera environ 90 minutes. Le lieu et l'heure de l'entrevue sont à convenir avec la personne responsable du projet. La transcription sur support informatique qui en suivra ne permettra pas de vous identifier.

Moyens de diffusion

Les résultats de cette recherche seront publiés dans une thèse de doctorat et dans des articles scientifiques qui seront soumis à des revues savantes. Les résultats pourraient aussi faire l'objet de présentations orales, par exemple lors de congrès scientifiques.

Si vous le souhaitez, un résumé des résultats de la présente recherche vous sera communiqué lorsqu'ils seront disponibles.

Avantages et risques

Votre participation contribuera à l'avancement des connaissances sur le rôle des relations dans le rétablissement d'un trouble mental. Il ne devrait pas y avoir de risque d'inconfort ou de détresse associé à votre participation à cette rencontre. Vous devez cependant prendre conscience que certaines questions pourraient raviver des émotions désagréables liées à une expérience que vous avez peut-être mal vécue. Une ressource d'aide appropriée pourra vous être proposée si vous le souhaitez. Vous demeurez libre de suspendre ou d'arrêter votre participation à tout moment, sans préjudice. Aussi, vous pouvez choisir de ne pas répondre à une question que vous estimez embarrassante sans avoir à vous justifier. Il est de la responsabilité du chercheur de suspendre ou de mettre fin à l'entrevue si cette personne estime que votre bien-être est menacé.

Anonymat et confidentialité

Il est entendu que les renseignements recueillis lors de l'entrevue sont confidentiels et que seuls le chercheur, la personne chargée de la transcription et la direction de recherche auront accès à l'enregistrement de votre entrevue et au contenu de sa transcription. Le matériel de recherche (enregistrement numérique et transcription codés) ainsi que votre formulaire de consentement seront conservés séparément sous clé par la personne responsable du projet pour la durée totale du projet. Les enregistrements ainsi que les formulaires de consentement seront détruits 5 ans après les dernières publications des résultats de recherche.

Participation volontaire

Votre participation à ce projet est volontaire. Cela signifie que vous acceptez de participer au projet sans aucune contrainte ou pression extérieure et que, par ailleurs, vous êtes libre de suspendre ou de mettre fin à votre participation en tout temps au cours de cette recherche. Si vous choisissez de mettre fin à votre participation, les renseignements vous concernant seront détruits. Votre accord à participer implique également que vous acceptez que le responsable du projet puisse utiliser aux fins de la présente recherche (incluant la publication d'articles, d'une thèse, la présentation des résultats lors de conférences ou de communications scientifiques) les renseignements recueillis à la condition qu'aucune information permettant de vous identifier ne soit divulguée publiquement.

Compensation financière

Pour compenser le temps que vous investirez dans ce projet, une compensation de 30\$ vous sera suggérée. Vous êtes libre d'accepter ou de refuser cette compensation.

Questions sur le projet et sur vos droits

Vous pouvez contacter la personne responsable du projet pour des questions additionnelles sur le projet. Vous pouvez également discuter avec la direction de recherche des conditions dans lesquelles se déroule votre participation et de vos droits en tant que personne participant à la recherche.

Le projet auquel vous allez participer a été approuvé au plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains par le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants (CERPE) de la Faculté des sciences humaines de l'UQAM. Pour toute question ne pouvant être adressée à la direction de recherche ou pour formuler une plainte ou des commentaires, vous pouvez contacter la présidente du comité par l'intermédiaire de la coordination du CERPE : cerpe4@uqam.ca, 514 987-3636.

Remerciements

Votre collaboration est essentielle pour la réalisation de ce projet et nous tenons à vous en remercier.

Signatures

Participante, participant

Je reconnais avoir lu le présent formulaire et consens volontairement à participer à ce projet de recherche. Je reconnais aussi que la personne responsable du projet a répondu à mes questions de manière satisfaisante et que j'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer. Je comprends que ma participation à cette recherche est totalement volontaire et que je peux y mettre fin en tout temps, sans pénalité d'aucune forme ni justification à donner. Il me suffit d'en informer la personne responsable du projet.

Je souhaite être informée, informé des résultats de la recherche lorsqu'ils seront disponibles :

oui non

Nom, en lettres moulées, et coordonnées

Signature de la participante, du participant

Date

Personne responsable du projet

Je déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages et les risques du projet à la personne participante et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées.

Signature de la personne responsable

Date

Un exemplaire du formulaire d'information et de consentement signé doit être remis à la personne participante.

ANNEXE D

GUIDE D'ENTREVUE AVEC LA PERSONNE EN RÉTABLISSEMENT

Avant le début de l'enregistrement : Le but de la recherche est de mieux comprendre les aspects des relations interpersonnelles qui influencent le rétablissement des troubles mentaux. Vous êtes invité à répondre à des questions d'entrevue pour une durée d'environ 90 minutes dépendamment de vos réponses. La participation demeure libre et volontaire en tout temps. Vous avez le droit en tout temps, de demander à ce que l'entrevue soit suspendue ou arrêtée. L'entrevue sera enregistrée. Toutes les informations que vous me donnez vont demeurer confidentielles même avec les autres personnes interrogées. Lors des phases d'écriture et de diffusion des connaissances, une attention sera portée pour qu'aucune des informations ne puisse vous identifier.

*****Présentation du formulaire de consentement et signature des deux copies*****

*****Début de l'enregistrement*****

Rétablissement

Quel a été votre premier contact avec les services en santé mentale?

Vous a-t-on donné un diagnostic?

Comment avez-vous réagi à ce diagnostic? Étiez-vous d'accord avec ce diagnostic?

Aujourd'hui, comment allez-vous?

Qu'est-ce que ça signifie pour vous être rétabli ou être en rétablissement?

Est-ce que vous vous considérez comme étant rétabli?

Qu'est-ce qui vous a le plus aidé à vous rétablir, à aller mieux?

Soutien social

Au téléphone, quand je vous ai demandé qui vous avait le plus aidé, vous m'avez nommée _____ [*nom de l'aidant*]. Racontez-moi, brièvement, l'histoire de votre relation. Comment _____ [*nom de l'aidant*] vous a-t-elle aidé dans le rétablissement de votre [nommer le trouble]? Pouvez-vous me donner un exemple qui représente bien le rôle qu'a eu cette personne?

[Si nécessaire approfondir l'exemple]

Pourriez-vous me donner un autre exemple?

Comment se déroulent habituellement vos rencontres?

Où ont-elles lieu? Comment cet environnement influence-t-il la relation?

Questions pour approfondir les exemples :

Quand est-ce que ça s'est produit?

Dans quel endroit étiez-vous?

Qu'est-ce qu'elle a fait ou dit?

Qu'est-ce que vous avez fait ou dit? Quel effet est-ce que ça a eu sur vous? Comment vous êtes-vous senti?

Est-ce que ça a eu d'autres effets?]

[Question facultative] Comment votre relation avec *[nom de l'aidant]* a-t-elle évolué dans le temps? Est-ce qu'il y a eu des moments où vous avez voulu arrêter de le voir?
Comparativement aux autres proches ou amis, vous estimez que cette personne a été la plus aidante. Qu'est-ce que cette personne faisait qui a été particulièrement aidant?

Est-ce que cette personne agissait de façon différente si on la compare autres *proches ou amis*?

Soutien/relation intervenant

Au téléphone, vous m'avez aussi nommée ____ *[nom de l'intervenant]*. Racontez-moi brièvement l'historique de cette relation. Depuis combien de temps vous connaissez-vous? Comment ____ *[nom de l'intervenant]* vous a-t-elle aidé dans le rétablissement de votre [nommé le trouble]? Avez-vous un exemple qui représente bien le rôle qu'elle a eu?

[Approfondir l'exemple]

Qu'est-ce que cette personne faisait qui a été particulièrement aidant?

Est-ce que cette personne agissait de façon différente si on la compare autres *intervenants*?

Comment se déroulent habituellement vos rencontres?

Où ont-elles lieu? Comment cet environnement influence-t-il la relation?

[Question facultative, s'il reste du temps] Avez-vous un autre exemple où un intervenant, un proche ou un ami vous a aidé? **[Approfondir l'exemple]**

[Question facultative, s'il reste du temps] Comment votre relation avec *[nom de l'intervenant]* a-t-elle évolué dans le temps? Est-ce qu'il y a eu des moments où vous avez voulu arrêter la relation?

Quelle est la différence entre l'aide de *[proche]* et celle de *[l'intervenant]*?

Soutien social négatif

Y a-t-il des moments où un intervenant, un proche ou un ami vous a nui ou a nui à votre rétablissement, même si ce n'était pas son intention? Racontez-moi cette expérience.

[Approfondir l'exemple]

Est-ce qu'il y a des choses que faisait *[proche ou intervenant]* que vous n'aimiez pas, qui vous agaçaient ou qui vous tapait sur les nerfs?

Réciprocité et influence

Comment se déroule la prise de décision dans la relation avec *[intervenant]*? Avez-vous un exemple?

De votre côté, avez-vous eu un impact positif sur la vie d'une des personnes dont vous m'avez parlé? Si on leur posait la question, quel rôle avez-vous eu dans leur vie?

Les avez-vous déjà aidés? Leur avez-vous déjà rendu service?

Questions dirigées : Nous sommes arrivés à la dernière portion de l'entrevue. Je vais vous poser des questions sur les personnes qui remplissent différents rôles dans votre vie. Pour chacune des questions, j'aimerais que vous m'indiquiez si ce rôle est rempli par l'un ou l'autre des aidants. Vous pouvez aussi m'indiquer si une autre personne de votre entourage remplit ce rôle.

#	Questions à la personne en rétablissement	Proche aidant	Inter-venant	Autres
1	Avec qui pouvez-vous discuter si vous avez décisions importantes à prendre?			
2	Quelles sont les personnes à qui vous pouvez vous confier, parler librement de vos problèmes et recevoir du soutien émotif?			
3	Quelles sont les personnes qui partagent vos attitudes, vos croyances, vos intérêts et vos préoccupations?			
4	En qui avez-vous confiance?			
5	Quelles sont les personnes sur qui vous pouvez compter pour vous apporter une aide concrète et matérielle, particulièrement lorsque vous êtes mal pris?			
6	Qui vous permet de les aider, eux, en retour?			
7	Quelles sont les personnes à qui vous êtes très attachées? Avec qui ressentez-vous un lien affectif fort?			
8	Quelles sont les personnes qui sont présentes et disponibles pour vous?			
9	Qui vous fait sentir bon et compétent? Qui souligne vos forces et vos habiletés?			
10	Dans quelle relation avez-vous du pouvoir, par exemple sur la prise de décision?			
11	De qui recherchez-vous les conseils et les points de vue?			
12	Quelles sont les personnes qui vous font sentir inclus ou qui vous donnent un sentiment d'appartenance?			

Fin de l'entretien et ouverture

Il nous reste encore quelques minutes. Y a-t-il quelque chose que vous auriez voulu dire au cours de l'entrevue et que vous n'avez pas pu dire? Y a-t-il quelque chose dont nous n'avons pas parlé, mais qui serait intéressant que je comprenne?

ANNEXE E

GUIDE D'ENTREVUE AVEC LE PROCHE

Avant le début de l'enregistrement : Le but de la recherche est de mieux comprendre les aspects des relations interpersonnelles qui influencent le rétablissement des troubles mentaux. Vous êtes invité à répondre à des questions d'entrevue pour une durée d'environ 90 minutes dépendamment de vos réponses. La participation demeure libre et volontaire en tout temps. Vous avez le droit en tout temps, de demander à ce que l'entrevue soit suspendue ou arrêtée. L'entrevue sera enregistrée. Toutes les informations que vous me donnez vont demeurer confidentielles même avec les autres personnes interrogées. Lors des phases d'écriture et de diffusion des connaissances, une attention sera portée pour qu'aucune des informations ne puisse vous identifier.

*****Présentation du formulaire de consentement et signature des deux copies*****

*****Début de l'enregistrement*****

Histoire de la relation

Pour commencer, j'aimerais que vous me racontiez l'histoire de votre relation avec _____. Quand l'avez-vous connu? Est-ce qu'il/elle avait déjà eu un diagnostic de trouble mental à l'époque?

[*Sinon*] Racontez-moi le moment où vous avez su qu'il/elle avait un diagnostic de trouble mental? Comment avez-vous réagi? Avez-vous remarqué une différence dans vos relations avant et après son diagnostic?

Comment votre relation a-t-elle changé au cours des années?

Rétablissement

Comment _____ [*nom de la personne*] va-t-il/elle aujourd'hui? Est-ce que vous considérez qu'il/elle va moins bien ou va mieux? Est-ce que vous considérez qu'il/elle est rétabli?

Qu'est-ce que ça signifie pour vous être rétabli ou être en rétablissement d'un trouble mental?

Qu'est-ce qui l'a le plus aidé à aller mieux, selon vous?

Soutien social

Comment décririez-vous votre relation avec _____ [*nom de la personne*]?

Selon vous, quel a été votre rôle dans le rétablissement de _____? Qu'avez-vous fait pour aider _____? Si on posait la question à _____, qu'est-ce qu'il dirait?

Pouvez-vous me donner un exemple d'une situation qui représente bien votre relation?

[Approfondir l'exemple]

Questions pour approfondir les exemples :

Quand est-ce que ça s'est produit? Dans quel endroit étiez-vous? Qu'est-ce qu'elle a fait ou dit? Qu'est-ce que vous avez fait ou dit? Quel effet est-ce que ça a eu sur vous? Comment vous êtes-vous senti? Est-ce que ça a eu d'autres effets?]

Comment se déroulent habituellement vos rencontres?

Où ont-elles lieu? Comment cet environnement influence-t-il la relation?

_____ vous a identifié comme étant le proche ou l'ami la plus utile pour son rétablissement. Quelle est selon vous la différence entre la relation entre vous deux et celle que _____ entretient avec ces autres proches ou amis?

[Question facultative, s'il reste du temps] Avez-vous un autre exemple où vous croyez avoir eu un effet bénéfique sur _____ ou sur son rétablissement?

Rôle des autres

Selon vous, y a-t-il d'autres proches ou amis qui ont eu un impact significatif sur _____? Pouvez-vous me donner un exemple? **[Approfondir l'exemple]**

Selon vous, quel a été le rôle des intervenants dans le rétablissement de _____? Avez-vous un exemple? **[Approfondir l'exemple]**

Quelle différence voyez-vous entre une relation d'aide dans un contexte d'intervention et une relation d'aide avec un proche ou un ami? Pouvez-vous me donner un exemple?

[Approfondir l'exemple]

Soutien social négatif

Y a-t-il des moments où vous avez eu l'impression de nuire au rétablissement de _____, même si ce n'était pas votre intention?

[Approfondir l'exemple]

Réciprocité

De son côté, est-ce que _____ a eu un impact positif ou négatif sur votre vie? Comment?

Considérez-vous que vous ayez un certain pouvoir ou une certaine influence sur _____?

Questions dirigées

Nous sommes arrivés à la dernière portion de l'entrevue. Je vais vous poser des questions sur les différents rôles que vous jouez dans la vie de _____.

#	Questions à l'aidant	Réponse
1	Croyez-vous que _____ vient discuter avec vous lorsqu'il-elle a des décisions importantes à prendre?	
2	Est-ce que _____ se confie à vous? Est-ce que _____ vous parle de ces problèmes?	
3	Partagez-vous les croyances, attitudes, intérêts et préoccupations que _____?	
4	Croyez-vous que _____ à confiance en vous?	
5	Fournissez-vous une aide concrète et matérielle à _____?	
6	Est-ce que _____ vous aide à son tour?	
7	Considérez-vous avoir un lien affectif fort avec _____?	
8	Considérez-vous être présent et disponible pour _____?	
9	Est-ce que vous soulignez les forces et les habiletés de _____?	
10	Dans votre relation avec _____, qui a le pouvoir, par exemple dans la prise de décision?	
11	Est-ce que vous donner des conseils ou des points de vue à _____?	
12	Considérez-vous donnez-vous un sentiment d'inclusion ou d'appartenance à _____?	

Fin de l'entretien et ouverture

Il nous reste encore quelques minutes. Y a-t-il quelque chose que vous auriez voulu dire au cours de l'entrevue et que vous n'avez pas pu dire? Y a-t-il quelque chose dont nous n'avons pas parlé, mais qui serait intéressant que je comprenne?

ANNEXE F

GUIDE D'ENTREVUE AVEC L'INTERVENANT

Avant le début de l'enregistrement : Le but de la recherche est de mieux comprendre les aspects des relations interpersonnelles qui influencent le rétablissement des troubles mentaux. Vous êtes invité à répondre à des questions d'entrevue pour une durée d'environ 90 minutes dépendamment de vos réponses. La participation demeure libre et volontaire en tout temps. Vous avez le droit en tout temps, de demander à ce que l'entrevue soit suspendue ou arrêtée. L'entrevue sera enregistrée. Toutes les informations que vous me donnez vont demeurer confidentielles même avec les autres personnes interrogées. Lors des phases d'écriture et de diffusion des connaissances, une attention sera portée pour qu'aucune des informations ne puisse vous identifier.

*****Présentation du formulaire de consentement et signature des deux copies*****

*****Début de l'enregistrement*****

Histoire personnelle et rétablissement

Combien ça fait de temps que vous voyez _____ [nom de la personne en rétablissement]?

Comment est-il/elle entrée en contact avec vous?

Avait-il/elle un diagnostic à l'époque?

[Si non] Est-ce qu'elle en a un maintenant? Êtes-vous en accord avec ce diagnostic?

[Si oui] Ce diagnostic a-t-il évolué depuis? Êtes-vous en accord avec ce diagnostic?

Rétablissement

Comment _____ [nom de la personne] va-t-il/elle aujourd'hui? Est-ce que vous considérez qu'il/elle va moins bien ou va mieux? Est-ce que vous considérez qu'il/elle est rétabli?

Qu'est-ce que ça signifie pour vous être rétabli ou être en rétablissement d'un trouble mental?

Dans le cas de _____ précisément, qu'est-ce qui l'a le plus aidé à aller mieux, selon vous?

Relation thérapeutique

Comment décririez-vous votre relation avec _____ ? Selon vous, quel a été votre rôle dans le rétablissement de _____ ?

Qu'avez-vous fait pour aider _____ ?

[Si la personne ne sait pas] Si on posait la question à _____, qu'est-ce qu'il/elle dirait?

Pouvez-vous me donner un exemple d'une situation qui représente bien votre relation (ou votre rôle)?

[Approfondir l'exemple]

Comment se déroulent habituellement vos rencontres?

Où ont-elles lieu? Comment cet environnement influence-t-il la relation?

Questions pour approfondir les exemples :

Quand est-ce que ça s'est produit? Dans quel endroit étiez-vous? Qu'est-ce qu'elle a fait ou dit? Qu'est-ce que vous avez fait ou dit? Quel effet est-ce que ça a eu sur vous? Comment vous êtes-vous senti? Est-ce que ça a eu d'autres effets?]

Est-ce que la relation avec _____ est différente des autres relations que vous avez avec d'autres clients?

Qu'est-ce qui fait qu'une relation d'aide est plus efficace selon vous? Pouvez-vous me donner un exemple? **[Approfondir l'exemple]**

Quelle différence voyez-vous entre une relation d'aide dans un contexte d'intervention et une relation d'aide avec un proche ou un ami?

Pouvez-vous me donner un exemple? **[Approfondir l'exemple]**

Soutien social négatif (et histoire de la relation)

Si vous repensez aux premières rencontres que vous avez eues, quelles différences remarquez-vous entre les premières et les dernières séances? Comment est-ce que la relation a évolué?

Y a-t-il des moments où vous avez eu l'impression de nuire au rétablissement de _____, même si ce n'était pas votre intention? Décrivez-moi ces situations.

[Approfondir l'exemple]

Y a-t-il eu des moments où vous avez eu l'impression que la qualité de votre lien a diminué? Qu'est-ce qui c'était passé? Qu'avez-vous fait pour réparer la relation?

Réciprocité et influence

Comment se déroule la prise de décision dans la relation avec _____?

Pouvez-vous me donner un exemple? **[Approfondir l'exemple]**

Considérez-vous que vous ayez un certain pouvoir ou une certaine influence sur _____?

Pouvez-vous me donner un exemple? **[Approfondir l'exemple]**

Considérez-vous que _____ a eu un impact sur vous?

Est-ce le cas pour d'autres clients? Pouvez-vous me donner un exemple?

[Approfondir l'exemple]

Questions dirigées

Nous sommes arrivés à la dernière portion de l'entrevue. Je vais vous poser des questions sur les différents rôles que vous jouez dans la vie de _____.

#	Questions à l'aidant	Réponse
1	Croyez-vous que _____ vient discuter avec vous lorsqu'il-elle a des décisions importantes à prendre?	
2	Est-ce que _____ se confie à vous? Est-ce que _____ vous parle de ces problèmes?	
3	Partagez-vous les croyances, attitudes, intérêts et préoccupations que _____?	
4	Croyez-vous que _____ à confiance en vous?	
5	Fournissez-vous une aide concrète et matérielle à _____?	
6	Est-ce que _____ vous aide à son tour?	
7	Considérez-vous avoir un lien affectif fort avec _____?	
8	Considérez-vous être présent et disponible pour _____?	
9	Est-ce que vous soulignez les forces et les habiletés de _____?	
10	Dans votre relation avec _____, qui a le pouvoir, par exemple dans la prise de décision?	
11	Est-ce que vous donner des conseils ou des points de vue à _____?	
12	Considérez-vous donnez-vous un sentiment d'inclusion ou d'appartenance à _____?	

Fin de l'entretien et ouverture

Il nous reste encore quelques minutes. Y a-t-il quelque chose que vous auriez voulu dire au cours de l'entrevue et que vous n'avez pas pu dire? Y a-t-il quelque chose dont nous n'avons pas parlé, mais qui serait intéressant que je comprenne?

ANNEXE G

PRINCIPAUX CODES SOUS FORME D'ARBRE THÉMATIQUE

2. HISTOIRE ET RÉTABLISSEMENT	2.1 Histoire générale
	2.2 Diagnostic et accord avec celui-ci
	2.3 Aujourd'hui
	2.4 Rétablissement
	2.5 Facteurs aidants

3. RELATION AVEC L'AIDANT	3.1 Histoire et évolution de la relation
	3.2 Description de la relation
	3.3 Exemple typique ou particulier
	3.4 Rôle de l'aidant
	3.5 Particularité / Spécial
	3.6 Déroulement. Environnement

5. AUTRES NŒUDS SUR LES RELATIONS OU LE RÉSEAU	5.1 Autres interventions ou intervenants
	5.2 Autres proches. Réseau.
	5.3 Autres. Rôle des pairs
	5.4 Croisement des rôles
	5.5 Influence et pouvoir.
	5.6 Nuire. Arrêt de la relation.
	5.7 Réciprocité.
	5.8 Ressemblances et différences

4. RELATION AVEC L'INTERVENANT	4.1 Histoire et évolution de la relation
	4.2 Description de la relation
	4.3 Exemple typique ou particulier
	4.4 Rôle de l'intervenant
	4.5 Particularité / Spécial
	4.6 Déroulement. Environnement

6. AUTRES	6.1 Recherche
	6.2 Extrait étoile
	6.3 À coder
	6.4 Nœuds libres
	6.4.1 Spiritualité
	6.4.2 Timing. Déclic.

ANNEXE H

DONNÉES QUANTITATIVES

Nombre de fonctions selon la personne en rétablissement

Les proches aidants jouent une plus grande diversité de fonctions que les intervenantes dans 12 des 15 triades étudiées (Figure H.1). Donc, il y a seulement trois triades dans lesquelles les intervenantes remplissent plus de fonctions. Pour deux de ceux-ci, les proches aidants sont des amitiés, relativement récentes (autour d'un an). Tandis que pour le Cas H, il s'agit d'un homme présentant à la fois des problèmes de santé physique et mentale qui, par un concours de circonstances, venait de se brouiller avec sa proche aidante.

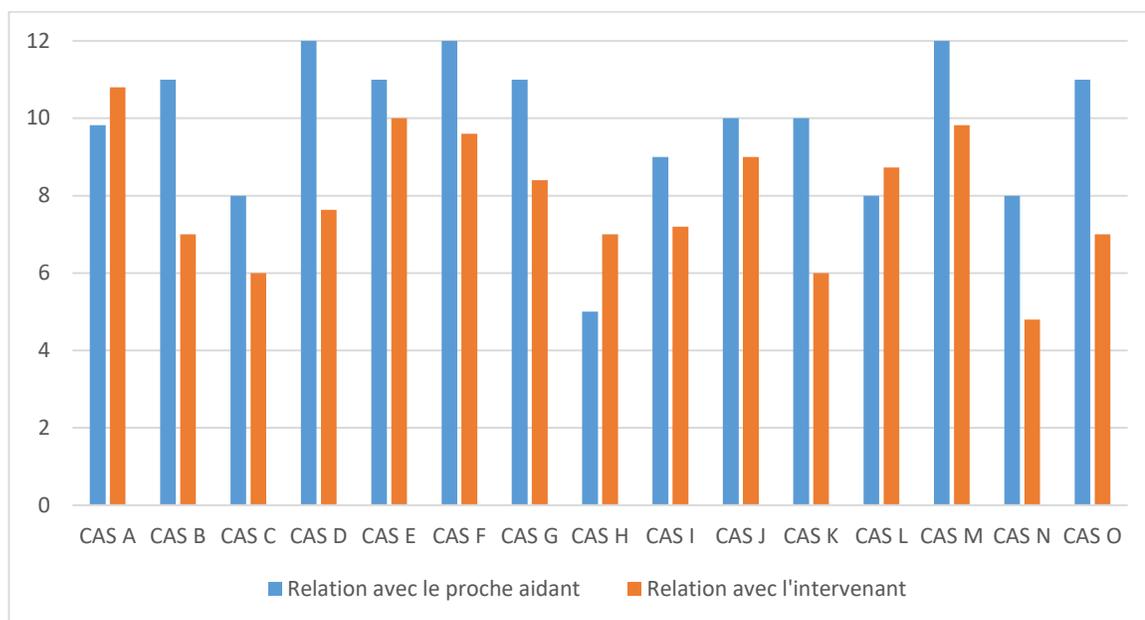


Figure H.1 : Nombre de fonctions dans chaque relation par triade (selon la personne en rétablissement)

Fonctions remplies par les proches aidants et les intervenantes selon la personne en rétablissement

Tableau H.1 : Fréquence perçue et comparaison des fonctions par la relation (selon la personne en rétablissement)

Items (court)	Relation avec le proche aidant	Relation avec l'intervenante	U de Mann-Whitney	Signification exacte (p) ¹
1. Décisions à prendre	86,7%	80,0%	105,000	0,775
2. Soutien émotif	100,0%	85,7%	90,000	0,533
3. Partage attitude...	66,7%	25,0%	52,500	0,067
4. Confiance	93,3%	100,0%	98,000	0,78
5. Aide concrète	66,7%	57,1%	95,000	0,683
6. Aider en retour	61,5%	14,3%	48,000	0,038
7. Lien affectif	93,3%	35,7%	44,500	0,007
8. Disponibles	86,7%	100,0%	97,500	0,539
9. Bon et compétent	86,7%	100,0%	91,000	0,561
10. Pouvoir	73,3%	58,3%	76,500	0,516
11. Conseils	80,0%	73,3%	105,000	0,775
12. Inclus ou sent. d'appart.	86,7%	50,0%	66,500	0,093
Nombre total de fonctions			45,000	0,004

¹ Suivant la recommandation de Field (2013), la méthode du seuil exact de signification (*exact significance*) est rapportée à cause de la petite taille d'échantillon.

Fonctions remplies par les proches-aidants et les intervenants relation selon chacun des acteurs (personne en rétablissement, proche aidant et intervenante)

Tableau H.2 : Fréquence perçue des fonctions par relation selon chacun des acteurs (personne en rétablissement, proche aidant et intervenante)

Items (court)	Relation informelle		Relation formelle	
	Selon la personne en rétablissement	Selon le proche aidant	Selon la personne en rétablissement	Selon l'intervenante
1. Décisions à prendre	86,7%	90,0%	80,0%	100,0%
2. Soutien émotif	100,0%	100,0%	85,7%	100,0%
3. Partage attitude...	66,7%	65,4%	25,0%	38,5%
4. Confiance	93,3%	100,0%	100,0%	100,0%
5. Aide concrète	66,7%	73,3%	57,1%	73,3%
6. Aider en retour	61,5%	86,7%	14,3%	73,3%
7. Lien affectif	93,3%	93,3%	35,7%	60,7%
8. Disponibles	86,7%	93,3%	100,0%	100,0%
9. Bon et compétent	86,7%	90,0%	100,0%	100,0%
10. Pouvoir	73,3%	66,7%	58,3%	73,3%
11. Conseils	80,0%	100,0%	73,3%	89,3%
12. Inclus ou sent. d'appart.	86,7%	90,0%	50,0%	88,9%

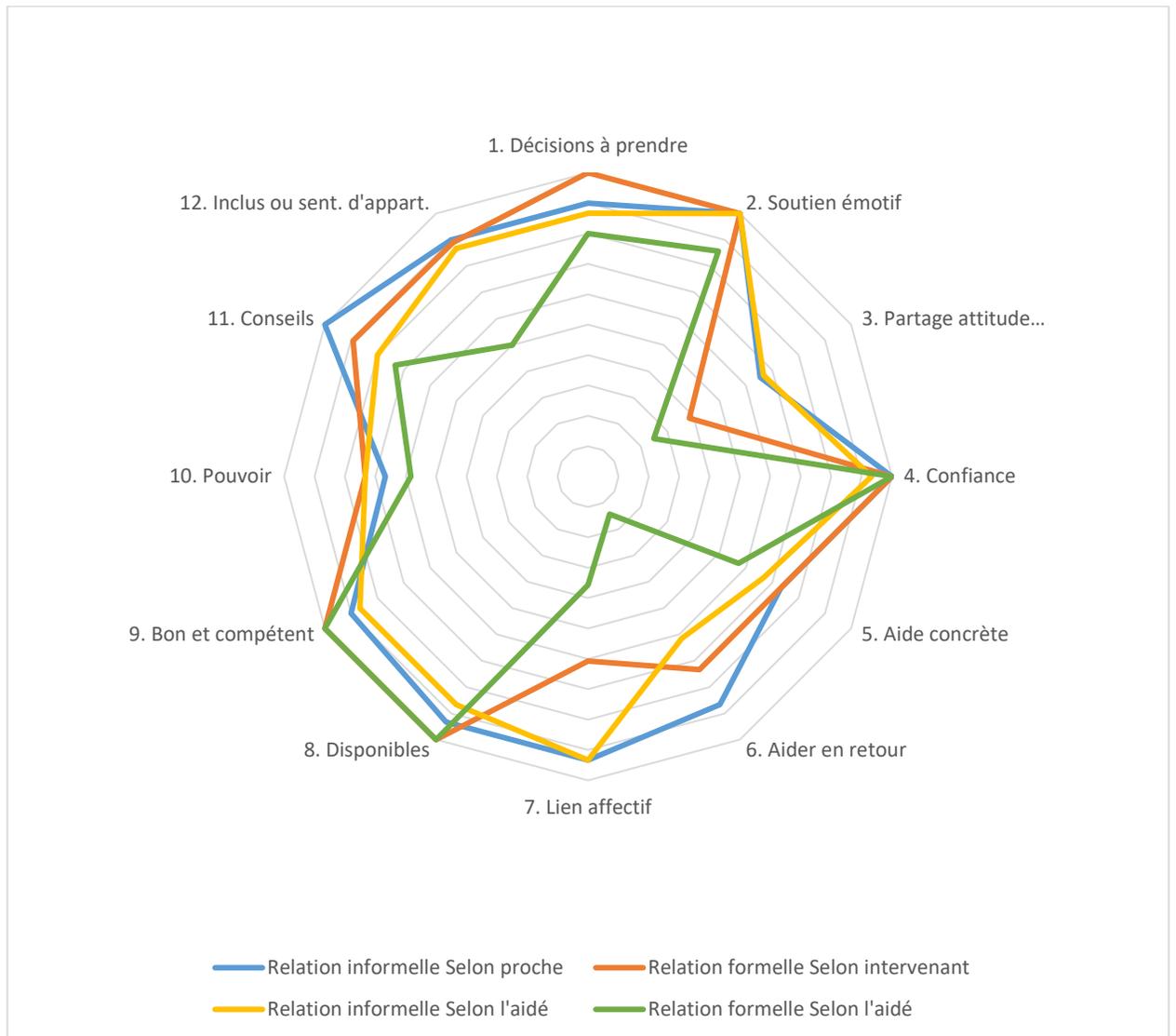


Figure H.2 : Fréquence perçue des fonctions par relation selon chacun des acteurs (personne en rétablissement, proche aidant et intervenante)

Pourcentage d'accord entre les membres d'une même dyade

Tableau H.3 : Pourcentage d'accord entre les membres d'une même dyade concernant l'accomplissement des fonctions (personne en rétablissement, proche aidant et intervenante)

Items (court)	Relation informelle (personne en rétablissement vs proche aidant)	Relation formelle (personne en rétablissement vs intervenante)
1. Décisions à prendre	78,57%	78,57%
2. Soutien émotif	100,00%	85,71%
3. Partage attitude...	61,54%	45,45%
4. Confiance	93,33%	100,00%
5. Aide concrète	64,29%	60,00%
6. Aider en retour	81,82%	14,29%
7. Lien affectif	100,00%	57,14%
8. Disponibles	100,00%	100,00%
9. Bon et compétent	93,33%	100,00%
10. Pouvoir	71,43%	50,00%
11. Conseils	85,71%	90,91%
12. Inclus ou sent. d'appart.	88,89%	66,67%

ANNEXE I

PROPOSITIONS D'OUTILS D'ANALYSE

Outil d'auto-analyse du soutien social pour la personne en rétablissement

Rappel théorique

Le soutien social renvoie au « processus par lequel les relations sociales ont un effet positif sur la santé et le bien-être » (Caron et Guay, 2005, p.16). Le soutien social peut être vu comme méta-concept, soit un concept renfermant plusieurs distinctions.

Premièrement, les personnes ayant des troubles de santé mentale auraient un réseau plus restreint que les personnes n'ayant pas de tels troubles. La taille du réseau social serait liée à la santé mentale et à la qualité de vie. Conséquemment, un objectif à envisager serait d'augmenter le nombre d'individus dans son réseau social. Une première manière est de miser sur ses intérêts, une stratégie typique dans l'approche par les forces. Une deuxième stratégie serait de s'impliquer comme bénévole dans un organisme. L'avantage d'une telle stratégie est la possibilité d'aider d'autres personnes : une telle réciprocité présenterait des avantages en comparaison à des relations unidirectionnelles.

Deuxièmement, le soutien perçu est plus important pour la santé mentale et le rétablissement que le soutien reçu (bien que les deux soient interreliés). Ainsi, il est primordial de se pencher aussi sur la perception que ce soit au niveau de l'adéquation perçue entre les besoins et le soutien ou la satisfaction à l'égard de ce soutien. Enfin, il est important que les membres de son réseau social jouent des rôles variés et de prendre soin d'eux. Ce type de réflexion peut être fait par soi-même grâce aux questions ci-dessous ou avec l'aide d'un professionnel.

Soutien social

1. Qui sont les personnes autour de moi? Ajouter les prénoms dans la colonne appropriée.
2. Qui joue les rôles suivants dans ma vie (présent et disponible, camaraderie et activité sociale, soutien émotionnel, parler et discuter, soutien concret)? Veuillez répondre dans le tableau ci-dessous (n'hésitez pas à ajouter de nouvelles personnes au besoin).
3. Qui puis-je aider en retour parmi les personnes mentionnées? Y a-t-il d'autres personnes dont je prends soin ou que j'aide?

Sources	Prénoms	Fonctions jouées	Commentaires
Conjoint.e			
Famille			
Ami.e.s			
Collègues			
Connaissances (voisin, épicier, etc.)			
Professionnels			
Autres			

Soutien professionnel et communautaire

4. Actuellement, qui sont les professionnels que j'ai autour de moi?
5. Par le passé, qui sont les professionnels qui m'ont aidé par rapport à ma santé mentale?
 - Qu'est-ce que j'ai aimé ou trouvé aidant avec ceux-ci?
 - Qu'est-ce que je n'ai pas aimé ou trouvé nuisible avec ceux-ci?
6. Est-ce que je participe à des groupes, des associations ou des activités d'organismes communautaires ou de regroupement d'utilisateurs?

Évaluation du soutien social

7. De manière générale, quel est mon degré de satisfaction avec mon soutien social?
 - a) Y a-t-il des personnes de mon passé avec qui j'aimerais reconnecter?
 - b) Y a-t-il des sphères pour lesquelles j'aimerais avoir de nouvelles personnes?
 - c) Est-ce que je ressens le besoin d'avoir plus de personnes autour de moi?
 - d) Est-ce que je ressens le besoin d'aborder avec un intervenant la place des relations interpersonnelles?

Proposition d'un groupe pour les proches-aidants en santé mentale

En nous appuyant sur la structure des groupes d'autogestion de Revivre (<https://javance.revivre.org/>), nous proposons l'établissement d'un tel groupe pour les proches-aidants sur une durée de dix rencontres de 2h30 chacune avec les thèmes suivant :

1. Comprendre la santé mentale positive et négative (dont les diagnostics) pour la personne aidée et pour soi (détresse, fardeau et santé mentale positive);
2. Expérience de proche aidant : côté positif et négatif (réciprocité);
3. Processus de rétablissement, étapes et disposition au changement;
4. Mettre ses limites personnelles, prendre soin de soi, connaître les ressources extérieures;
5. Soutien social et *Mécanismes I*: présence, soutien émotionnel, camaraderie;
6. *Mécanismes II* : communication (écoute), reflet, validation, influence et soutien concret;
7. Distinction et articulation entre le soutien informel, (semi-formel) et formel;
8. Comprendre le système, comprendre ses droits comme proche, soutenir l'intervention professionnelle;
9. Enjeux relationnels : attachement, dynamique familiale et amitié;
10. Redonner, partager son expérience, s'impliquer.

Outil d'auto-analyse sur les relations pour les intervenants

Consignes : Cet outil est conçu pour guider les réflexions sur le rôle du soutien social dans la vie de la personne en rétablissement. L'outil est basé sur une approche systémique (ex., St-Arnaud, 2003) et l'approche par les forces (ex., Rapp et Gosha, 2012), mais s'applique aux différentes approches d'interventions. Les réflexions sont divisées en fonction des grandes étapes d'un processus d'intervention psychosociale (ex., Turcotte et Deslauriers, 2017).

Engagement

- D'où provient la demande : est-ce de l'initiative du client (demande), une offre de service de la part du professionnel ou une référence d'un tiers?
- Au niveau relationnel, mettre emphase sur les attitudes d'accueil, de non-jugement, d'ouverture (importance de la qualité de la présence).
- Défi : susciter l'engagement du client et établir les bases d'un lien de confiance.

Évaluation

- Au niveau relationnel, l'important est que la personne se sente comprise (importance de la communication : parole, écoute passive et active).
- Évaluer systématiquement le réseau formel et informel
 - o *L'Outil d'auto-analyse sur le soutien social pour la personne en rétablissement* peut être utilisé en ce sens.
 - o Pour une échelle quantitative brève, l'échelle de provision sociale en format abrégé comprend 10 items (Caron, 2013).
- Défi : déterminer le rôle des proches par rapport à l'intervention :
 - o Est-ce qu'un proche peut être comme source d'information (notion de tiers au dossier)
 - o Est-ce qu'un proche peut être un allié, en soutien à l'intervention?
 - o Quelle est l'adhérence des proches à l'intervention? L'échelle anglophone d'alliance systémique est une avenue intéressante (p. ex., Pinsoff et al., 2008).
- Comment situer le travail actuel par rapport aux autres professionnels dans une logique d'interdisciplinarité?

Planification

- Défi : susciter l'engagement du client en établissant un but commun et en favorisant le choix et le pouvoir du client.
- Pour l'établissement des objectifs, les approches par les forces soulignent l'importance de se centrer sur les aspirations, les ambitions, les espoirs et les rêves de la personne à long terme et de les opérationnaliser à court terme (Corcoran, 2004; Rapp et Gosha, 2012; Saleeby, 2012).

Action

- Quel est le point focal privilégié de l'intervention (système client) : l'individu, une dyade, un couple, une famille, un groupe, etc.? Pourquoi?
- Si un allié a été identifié, comment est-il possible de l'intégrer dans l'intervention?
- Si le soutien social ou les enjeux relationnels sont au cœur de l'intervention, le travail portera-t-il sur :
 - La perception, les attentes ou l'évaluation que le client a de ses relations;
 - L'amélioration des habiletés interpersonnelles (social skills training);
 - Le développement de la taille de son réseau ou en favorisant la diversification des rôles, par exemple avec la méthode en trois étapes (Folkman et al., 1991)
 - Choisir le type de soutien dont la personne et identifier les personnes pouvant potentiellement le fournir,
 - Obtenir le soutien social en communiquant le besoin, laissant la permission à la cible de refuser et en établissant les limites de cette requête,
 - Maintenir le soutien, sans l'épuiser, par exemple en reconnaissant et remerciant pour celui-ci.

Terminaison

- Gérer la dimension socioémotionnelle de la fin de la relation thérapeutique;
- Si le soutien social était au cœur de l'intervention, mesurer qualitative ou quantitative les résultats (par exemple, en utilisant à nouveau l'outil utilisé dans l'Évaluation).

- En préparation de la fin de l'intervention, développer le réseau formel et informel autour de la personne :
 - Assurer la continuité des services formels. Par exemple : quelle est la procédure pour ouvrir un nouvel épisode de service? Quelle est la possibilité de participer à d'autres services de l'organisation? Y a-t-il une manière de s'impliquer d'une autre manière (bénévole, membre du conseil d'administration, etc.)?
 - Référer la personne à un groupe de soutien, une modalité de soutien par les pairs ou une organisation par et pour les utilisateurs de services (consumer run organization).
 - Identifier les sources de soutien social de la personne (proche aidant, famille, collègue, etc.) par exemple grâce à l'utilisation d'un plan de rétablissement (comme le Mini-Wrap-Plan, Copeland, 2005) ou d'auto-gestion (Aller mieux... à ma façon, Houle et al., 2018)

Mon réseau comme intervenant

L'intervenant est aussi encouragé à réfléchir sur son propre réseau de soutien social personnel et au travail. Comme intervenant, le soutien des collègues, d'une équipe ou d'un superviseur favorise le bien-être personnel, mais aussi la dimension réflexive sur son propre travail (Cherblanc et al., 2019; Meunier et al., 2020).

RÉFÉRENCES

- Adewuya, A. O., Owoeye, A. O., Erinfolami, A. O. et Ola et B. A. (2010). Correlates of self-stigma among outpatients with mental illness in Lagos, Nigeria. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(4), 418-427.
- Ahmed, A. O., Birgenheir, D., Buckley, P. F. et Mabe, P. A. (2013). A psychometric study of recovery among Certified Peer Specialists. *Psychiatry Research*, 209(3), 721-731.
- Albert, M., Becker, T., McCrone, P. et Thornicroft, G. (1998). Social networks and mental health service utilisation--A literature review. *International Journal of Social Psychiatry*, 44(4), 248-266.
- Aldersey, H. M. et Whitley, R. (2015). Family influence in recovery from severe mental illness. *Community Mental Health Journal*, 51(4), 467-476.
- Amering, M. et Schmolke, M. (2009). *Recovery in mental health: Reshaping scientific and clinical responsibilities* (vol. 7). Chichester : John Wiley & Sons.
- Amering, M., Mikus, M. et Steffen, S. (2012). Recovery in Austria: Mental health dialogue. *International Review of Psychiatry*, 24(1), 11-18.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
- Anthony, W. A. (2000). A recovery-oriented service system: Setting some system level standards. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(2), 159-168.
- Ardito, R. B. et Rabellino, D. (2011). Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: Historical excursus, measurements, and prospects for research. *Frontiers in Psychology*, 2, 270.
- Asay, T. P. et Lambert M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. Dans M. A. Hubble, B. L. Duncan et S. D. Miller (dir.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (p. 23-55). Washington, DC : American Psychological Association.
- Astbury, B. et Leeuw, F. L. (2010). Unpacking black boxes: Mechanisms and theory building in evaluation. *American Journal of Evaluation*, 31(3), 363-381.
- Awad, A. G. et Voruganti, L. N. P. (2008). The burden of schizophrenia on caregivers: A review. *Pharmacoeconomics*, 26(2), 149-162.

- Ayres, L. (2008a). Semi-structured interview. Dans L. M. Given (dir.), *The SAGE encyclopedia of qualitative research methods* (p. 811-813). Thousand Oaks, CA : SAGE Publications.
- Ayres, L. (2008b). Thematic coding and analysis. Dans L. M. Given (dir.), *The SAGE encyclopedia of qualitative research methods* (p. 868-869). Thousand Oaks, CA : SAGE Publications.
- Bachelor, A. (2013). Clients' and therapists' views of the therapeutic alliance: Similarities, differences and relationship to therapy outcome. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20(2), 118-135.
- Bankoff, E. A. (1996). Pre-treatment social support and effective psychotherapeutic process: A panel study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 33(1), 51-60.
- Barbès-Morin, G. et Lalonde, P. (2006). La réadaptation psychiatrique du schizophrène. *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 164(6), 529-536.
- Barker, C. et Pistrang, N. (2002). Psychotherapy and social support: Integrating research on psychological helping. *Clinical Psychology Review*, 22(3), 361-379.
- Baronet, A. M. (1999). Factors associated with caregiver burden in mental illness: A critical review of the research literature. *Clinical Psychology Review*, 19(7), 819-841.
- Barrera, M., Jr. (2000). Social support research in community psychology. Dans J. Rappaport et E. Seidman (dir.), *Handbook of community psychology* (p. 215-245). New York, NY : Kluwer Academic Publishers.
- Bassett, R. (2010). Computer-based analysis of qualitative data: NVIVO. Dans A. J. Mills G. Durepos et E. Wiebe (dir.), *Encyclopedia of case study research* (p. 193-195). Thousand Oaks, CA : SAGE Publications.
- Bell, K. et Smerdon, M. (2011). Deep Value: A literature review of the role of effective relationships in public services. *The British Library*. Récupéré de <https://www.bl.uk/collection-items/deep-value-a-literature-review-of-the-role-of-effective-relationships-in-public-services#>
- Benigeri, M. (2007). *L'utilisation des services de santé mentale par les Montréalais en 2004-2005*. Montréal : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Récupéré de <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs36687>
- Berg-Weger, M., Rubio, D. M. et Tebb S. S. (2001). Strengths-based practice with family caregivers of the chronically ill: Qualitative insights. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 82(3), 263-272.
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I. et Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, 51(6), 843-857.

- Bertolino, B., Kiener, M. et Patterson, R. (2009). *The therapist's notebook on strengths and solution-based therapies: Homework, handouts, and activities*. New York, NY : Routledge.
- Bhaskar, R. (2016). *Enlightened common sense: The philosophy of critical realism*. Abingdon : Routledge.
- Biegel, D. E., Pernice-Duca, F., Chang, C.-W., Chung, C.-L., Min, M. O. et D'Angelo, L. (2013). Family social networks and recovery from severe mental illness of clubhouse members. *Journal of Family Social Work, 16*(4), 274-296.
- Bird, V., Leamy, M., Tew, J., Le Boutillier, C., Williams, J. et Slade, M. (2014). Fit for purpose? Validation of a conceptual framework for personal recovery with current mental health consumers. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 48*(7), 644-653.
- Bjørngaard, J. H., Ruud, T. et Friis, S. (2007). The impact of mental illness on patient satisfaction with the therapeutic relationship. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 42*(10), 803-809.
- Blasco-Ros, C., Sánchez-Lorente, S. et Martinez, M. (2010). Recovery from depressive symptoms, state anxiety and post-traumatic stress disorder in women exposed to physical and psychological, but not to psychological intimate partner violence alone: A longitudinal study. *BMC Psychiatry, 10*(1), 98.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 16*(3), 252-260.
- Borg, M. et Kristiansen, K. (2004). Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services. *Journal of Mental Health, 13*(5), 493-505.
- Boyatzis, R. E. (1998). *Transforming qualitative information: Thematic analysis and code development*. Thousand Oaks, CA : SAGE Publications.
- Braun, V. et Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77-101.
- Brown, B. J. (2016). Mutuality in health care: Review, concept analysis and ways forward. *Journal of Clinical Nursing, 25*(9-10), 1464-1475.
- Brown, J. S. L., Evans-Lacko, S., Aschan, L., Henderson, M. J., Hatch, S. L. et Hotopf, M. (2014). Seeking informal and formal help for mental health problems in the community: A secondary analysis from a psychiatric morbidity survey in South London. *BMC Psychiatry, 14*(1), 275.
- Brown, L. D. et Rogers, S. (2014). The impact of mental health consumer-run organizations on transformative change Dans G. Nelson, B. Kloos et J. Ornelas (dir.), *Community psychology and community mental health: Towards transformative change* (p. 108-129). Oxford : Oxford University Press.

- Brunt, D. et Hansson, L. (2002). The social networks of persons with severe mental illness in in-patient settings and supported community settings. *Journal of Mental Health, 11*(6), 611-621.
- Buber, M. (1970). *I and Thou* (W. Kaufmann, trad.). New York, NY : Charles Scribner's Sons.
- Buist-Bouwman, M. A., Ormel, J., de Graaf, R. et Vollebergh, W. A. M. (2004). Functioning after a major depressive episode: Complete or incomplete recovery? *Journal of Affective Disorders, 82*(3), 363-371.
- Buunk, B. P., Doosje, B. J., Jans, L. G. J. M. et Hopstaken, L. E. M. (1993). Perceived reciprocity, social support, and stress at work: The role of exchange and communal orientation. *Journal of Personality and Social Psychology, 65*(4), 801-811.
- Buunk, B. P. et Schaufeli, W. B. (1999). Reciprocity in interpersonal relationships: An evolutionary perspective on its importance for health and well-being. *European Review of Social Psychology, 10*(1), 259-291.
- Calsyn, R. J. et Winter, J. P. (2002). Social support, psychiatric symptoms, and housing: A causal analysis. *Journal of Community Psychology, 30*(3), 247-259.
- Cambridgeshire and Peterborough NHS Foundation Trust. (2016). *Wearing2Hats: Showing pride in our lived experience*. Récupéré de <https://www.cpft.nhs.uk/PDF/Miscellaneous/Recovery/Wearing2Hats%20booklet%20Oct%202016%20final.pdf>
- Camirand, J. et Dumitru, V. (2011). Profil et évolution du soutien social dans la population québécoise. *Zoom santé, 29*. Récupéré de <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/no-29-profil-et-evolution-soutien-social-population-quebecoise-defis-methodologiques-etude-soutien-social-enquete-sante-collectivites-canadiennes-analyse-non-reponse-et-recommandations.pdf>
- Caron, J. (1996). L'Échelle de provisions sociales : une validation québécoise. *Santé mentale au Québec, 21*(2), 158-180.
- Caron, J. et Guay, S. (2005). Soutien social et santé mentale : concept, mesures, recherches récentes et implications pour les cliniciens. *Santé mentale au Québec, 30*(2), 15-41.
- Caron, J., Lecomte, Y., Stip, E. et Renaud, S. (2005). Predictors of quality of life in schizophrenia. *Community Mental Health Journal, 41*(4), 399-417.
- Caron, J., Tempier, R., Mercier, C. et Leouffre, P. (1998). Components of social support and quality of life in severely mentally ill, low income individuals and a general population group. *Community Mental Health Journal, 34*(5), 459-475.
- Chang, J., Chen, C.-N. et Alegria, M. (2014). Contextualizing social support: Pathways to help seeking in Latinos, Asian Americans, and Whites. *Journal of Social and Clinical Psychology, 33*(1), 1-24.

- Chang, Y.-C., Heller, T., Pickett, S. et Chen, M.-D. (2013). Recovery of people with psychiatric disabilities living in the community and associated factors. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36(2), 80-85.
- Chen, F.-p. et Greenberg, J. S. (2004). A positive aspect of caregiving: The influence of social support on caregiving gains for family members of relatives with schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, 40(5), 423-435.
- Chernomas, W. M., Clarke, D. E. et Marchinko, S. (2008). Relationship-based support for women living with serious mental illness. *Issues in Mental Health Nursing*, 29(5), 437-453.
- Chien, W.-T. et Norman, I. (2009). The effectiveness and active ingredients of mutual support groups for family caregivers of people with psychotic disorders: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 46(12), 1604-1623.
- Chou, C.-C. et Chronister, J. A. (2012). Social tie characteristics and psychiatric rehabilitation outcomes among adults with serious mental illness. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 55(2), 92-102.
- Chronister, J., Chou, C.-C., Kwan, K.-L. K., Lawton, M. et Silver, K. (2015). The meaning of social support for persons with serious mental illness. *Rehabilitation Psychology*, 60(3), 232-245.
- Clark, A. (2008). Critical realism. Dans L. M. Given (dir.), *The SAGE encyclopedia of qualitative research methods* (p. 168-170). Thousand Oaks, CA : SAGE Publications.
- Clark, A. M., Lissel, S. L. et Davis, C. (2008). Complex critical realism: Tenets and application in nursing research. *Advances in Nursing Science*, 31(4), E67-E79.
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., ... Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*, 45(1), 11-27.
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*, 59(8), 676-684.
- Cohen, S., Gottlieb, B. H. et Underwood, L. G. (2000). Social relationships and health. Dans S. Cohen, L. G. Underwood et B. H. Gottlieb (dir.), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists* (p. 3-25). Oxford : Oxford University Press.
- Commission de la santé mentale du Canada. (2009). *Vers le rétablissement et le bien-être : Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada*. Récupéré de https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/FNIM_Toward_Recovery_and_Well_Being_FRE_1.pdf

- Commission de la santé mentale du Canada. (2013). *Directives pancanadiennes en faveur d'un système de prestation de services pour les proches aidants d'adultes ayant une maladie mentale*. Récupéré de https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/Caregiving_MHCC_Family_Caregivers_Guidelines_FINAL_FRE_0.pdf
- Commission de la santé mentale du Canada. (2015). *Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement*. <https://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/media/3721>
- Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, Instituts de recherche en santé du Canada. (2010). *Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*. Récupéré de www.ger.ethique.gc.ca/pdf/fra/eptc2/EPTC_2_FINAL_Web.pdf.
- Cook, K. E. (2012). Reliability assessments in qualitative health promotion research. *Health Promotion International*, 27(1), 90-101.
- Corrigan, P. W. et Phelan, S. M. (2004). Social support and recovery in people with serious mental illnesses. *Community Mental Health Journal*, 40(6), 513-523.
- Coyne, A. E., Constantino, M. J., Ravitz, P. et McBride, C. (2018). The interactive effect of patient attachment and social support on early alliance quality in interpersonal psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 28(1), 46-59.
- Creswell, J. W. et Clark, V. L. P. (2007). *Designing and conducting mixed methods research*. Thousand Oaks, CA : SAGE Publications.
- Creswell, J. W. et Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (4^e éd.). Thousand Oaks, CA : SAGE Publications.
- Cutcliffe, J. et Happell, B. (2009). Psychiatry, mental health nurses, and invisible power: Exploring a perturbed relationship within contemporary mental health care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18(2), 116-125.
- Cutrona, C. E. (1989). Ratings of social support by adolescents and adult informants: Degree of correspondence and prediction of depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(4), 723-730.
- Cutrona, C. E. et Russell, D. W. (1987). The provisions of social relationships and adaptation to stress. *Advances in Personal Relationships*, 1(1), 37-67.
- Davidson, L., Borg, M., Marin, I., Topor, A., Mezzina, R. et Sells, D. (2005). Processes of recovery in serious mental illness: Findings from a multinational study. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 8(3), 177-201.
- Davidson, L. et Chan, K. K. S. (2014). Common factors: Evidence-based practice and recovery. *Psychiatric Services*, 65(5), 675-677.

- Davidson, L., Ridgway, P., Kidd, S., Topor, A. et Borg, M. (2008). Using qualitative research to inform mental health policy. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53(3), 137-144.
- Davis, L. et Brekke, J. (2014). Social support and functional outcome in severe mental illness: The mediating role of proactive coping. *Psychiatry Research*, 215(1), 39-45.
- de Leeuw, M., Van Meijel, B., Grypdonck, M. et Kroon, H. (2012). The quality of the working alliance between chronic psychiatric patients and their case managers: Process and outcomes. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(1), 1-7.
- DiMatteo, M. R. (2004). Social support and patient adherence to medical treatment: A meta-analysis. *Health Psychology*, 23(2), 207-218.
- Dixon, L. B., Holoshitz, Y. et Nossel, I. (2016). Treatment engagement of individuals experiencing mental illness: Review and update. *World Psychiatry*, 15(1), 13-20.
- Doornbos, M. M. (2002). Family caregivers and the mental health care system: Reality and dreams. *Archives of Psychiatric Nursing*, 16(1), 39-46.
- Dulmus, C. N. et Nisbet, B. C. (2013). *Person-centered recovery planner for adults with serious mental illness*. Hoboken, NJ : John Wiley & Sons.
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E. et Hubble, M. A. (2010). *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (2^e éd.). Washington, DC : American Psychological Association.
- Dziopa, F. et Ahern, K. (2009). What makes a quality therapeutic relationship in psychiatric/mental health nursing: A Review of the research literature. *The Internet Journal of Advanced Nursing Practice*, 10(1). Récupéré de <https://print.ispub.com/api/0/ispub-article/7218>
- Egan, G. (2013). *The skilled helper: A problem-management and opportunity-development approach to helping* (10^e éd.). Belmont, CA : Cengage Learning.
- Eklund, M. et Hansson, L. (2007). Social network among people with persistent mental illness: Associations with sociodemographic, clinical and health-related factors. *International Journal of Social Psychiatry*, 53(4), 293-305.
- Elie, C. et Colombet, I. (2011). Méthodes d'estimation de la reproductibilité. *Sang Thrombose Vaisseaux*, 23(3), 138-145.
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C. et Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy*, 48(1), 43-49.
- Elvins, R. et Green, J. (2008). The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: An empirical review. *Clinical Psychology Review*, 28(7), 1167-1187.
- Emmel, N., Greenhalgh, J., Manzano, A., Monaghan, M. et Dalkin, S. (dir.). (2018). *Doing realist research*. Londres : SAGE Publications.

- Farber, B. A. et Doolin, E. M. (2011). Positive regard and affirmation. Dans J. C. Norcross (dir.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2^e éd., p. 168-186). New York, NY : Oxford University Press.
- Farkas, M. (2007). The vision of recovery today: What it is and what it means for services. *World Psychiatry*, 6(2), 68-74.
- Faust, D. et Zlotnick, C. (1995). Another dodo bird verdict? Revisiting the comparative effectiveness of professional and paraprofessional therapists. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 2(3), 157-167.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (4^e éd.). SAGE Publications.
- Fischer, E. P., Shumway, M. et Owen, R. R. (2002). Priorities of consumers, providers, and family members in the treatment of schizophrenia. *Psychiatric Services*, 53(6), 724-729.
- Fleury, M.-J. et Grenier, G. (2004). Historique et enjeux du système de santé mentale québécois. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 10(1), 21-38.
- Fleury, M.-J. et Grenier, G. (2012). *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*. Québec : Gouvernement du Québec. Récupéré de https://laressource.ca/images/ressources/CSBE_EtatSituation_SanteMentale_2012.pdf
- Fleury, M.-J., Grenier, G., Bamvita, J.-M., Tremblay, J., Schmitz, N. et Caron, J. (2013). Predictors of quality of life in a longitudinal study of users with severe mental disorders. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11, 92.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E. et Horvath, A. O. (2019). Alliance in adult psychotherapy. Dans J. C. Norcross et M. J. Lambert (dir.), *Psychotherapy relationships that work: Volume 1: Evidence-based therapist contributions* (3^e éd., p. 24-78). New York, NY : Oxford University Press.
- Forrester-Jones, R. et Barnes, A. (2008). On being a girlfriend not a patient: The quest for an acceptable identity amongst people diagnosed with a severe mental illness. *Journal of Mental Health*, 17(2), 153-172.
- Fox, D., Prilleltensky, I. et Austin, S. (2009). *Critical psychology: An introduction* (2^e éd.). Londres : SAGE Publications.
- Frank, J. D. (1995). Psychotherapy as rhetoric: Some implications. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2(1), 90-93.
- Frank, J. D. et Frank, J. B. (1993). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3^e éd.). Baltimore, MD : John Hopkins University Press.

- Furukawa, T. A., Harai, H., Hirai, T., Kitamura, T. et Takahashi, K. (1999). Social Support Questionnaire among psychiatric patients with various diagnoses and normal controls. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34(4), 216-222.
- Gelso, C. J. et Carter, J. A. (1994). Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 41(3), 296-306.
- Germain, V., Marchand, A., Bouchard, S., Guay, S. et Drouin, M.-S. (2009). Assessment of the therapeutic alliance in face-to-face or videoconference treatment for posttraumatic stress disorder. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 13(1), 29-35.
- Gilbert, P. et Leahy, R. L. (2007). *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies*. New York, NY : Routledge.
- Gilbert, H., Rose, D. et Slade, M. (2008). The importance of relationships in mental health care: A qualitative study of service users' experiences of psychiatric hospital admission in the UK. *BMC Health Services Research*, 8, 92.
- Gleason, M. E. J. et Iida, M. (2015). Social support. Dans M. Mikulincer, P. R. Shaver, J. A. Simpson et J. F. Dovidio (dir.), *APA handbooks in psychology®. APA handbook of personality and social psychology* (vol. 3, p. 351-370). Washington, DC : American Psychological Association.
- Gleason, M. E. J., Iida, M., Shrout, P. E. et Bolger, N. (2008). Receiving support as a mixed blessing: Evidence for dual effects of support on psychological outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 94(5), 824-838.
- Goering, P., Boydell, K. et Pignatiello, A. (2008). The relevance of qualitative research for clinical programs in psychiatry. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53(3), 145-151.
- Goldberg, R. W., Rollins, A. L. et Lehman, A. F. (2003). Social network correlates among people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26(4), 393-402.
- Gordon, S. E., Ellis, P. M., Siegert, R. J. et Walkey, F. H. (2013). Core dimensions of recovery: A psychometric analysis. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 41(4), 535-542.
- Gottlieb, B. H. et Bergen, A. E. (2010). Social support concepts and measures. *Journal of Psychosomatic Research*, 69(5), 511-520.
- 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.
- Greenberg, L. S. (2007). Emotion in the therapeutic relationship in emotion-focused therapy. Dans P. Gilbert et R. L. Leahy (dir.), *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies* (p. 43-62). New York, NY : Routledge.

- Groff, R. (2010). Critical Realism. Dans R. L. Jackson II et M. A. Hogg (dir.), *Encyclopedia of identity* (p. 153-155). Thousand Oaks, CA : SAGE Publications.
- Grose, R., Dutt, A. et Grabe, S. (2014). Power, overview. Dans T. Teo (dir.), *Encyclopedia of critical psychology* (p. 1474-1479). New York, NY : Springer.
- Guest, G., MacQueen, K. M. et Namey, E. E. (2011). *Applied thematic analysis*. Thousand Oaks, CA : SAGE Publications.
- Haber, M. G., Cohen, J. L., Lucas, T. et Baltes, B. B. (2007). The relationship between self-reported received and perceived social support: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 39(1-2), 133-144.
- Happell, B. (2008). Determining the effectiveness of mental health services from a consumer perspective: Part 1: Enhancing recovery. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17(2), 116-122.
- Hasson-Ohayon, I., Roe, D. et Kravetz, S. (2008). The psychometric properties of the Illness Management and Recovery Scale: Client and clinician versions. *Psychiatry Research*, 160(2), 228-235.
- Hayes, J. A., Gelso, C. J. et Hummel, A. M. (2011). Managing countertransference. *Psychotherapy*, 48(1), 88-97.
- Helgeson, V. S. (2003). Social support and quality of life. *Quality of Life Research*, 12(Suppl. 1), 25-31.
- Henderson, A. R. (2011). A substantive theory of recovery from the effects of severe persistent mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(6), 564-573.
- Hendryx, M., Green, C. A. et Perrin, N. A. (2009). Social support, activities, and recovery from serious mental illness: STARS study findings. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 36(3), 320-329.
- Henretty, J. R. et Levitt, H. M. (2010). The role of therapist self-disclosure in psychotherapy: A qualitative review. *Clinical Psychology Review*, 30(1), 63-77.
- Henry, G. (2004). Realist evaluation. Dans S. Mathison (dir.), *Encyclopedia of evaluation*. Thousand Oaks, CA : SAGE Publications.
- Hicks, A. L., Deane, F. P. et 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.
- Hill, C. E. (2014). *Helping skills: Facilitating, exploration, insight, and action* (4^e éd.). Washington, DC : American Psychological Association.
- Hogan, B. E., Linden, W. et Najarian, B. (2002). Social support interventions: Do they work? *Clinical Psychology Review*, 22(3), 381-440.

- Horvath, A. O. (2005). The therapeutic relationship: Research and theory: An introduction to the special issue. *Psychotherapy Research, 15*(1-2), 3-7.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C. et Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy, 48*(1), 9-16.
- Horvath, A. O. (2018). The psychotherapy relationship: Where does the alliance fit? Dans O. Tishby et H. Wiseman (dir.), *Developing the therapeutic relationship: Integrating case studies, research, and practice* (p. 15-28). Washington, DC : American Psychological Association.
- Hougaard, E. (1994). The therapeutic alliance--A conceptual analysis. *Scandinavian Journal of Psychology, 35*(1), 67-85.
- Houle, J. (2005). *La demande d'aide, le soutien social et le rôle masculin chez des hommes qui ont fait une tentative de suicide* (Thèse de doctorat non publiée). Université du Québec à Montréal.
- Houle, J., Meunier, S., Coulombe, S., Mercerat, C., Gaboury, I., Tremblay, G., de Montigny, F., Cloutier, L., Roy, B., Auger, N. et Lavoie, B. (2017). Peer Positive Social Control and Men's Health-Promoting Behaviors. *American Journal of Men's Health, 11*(5), 1569-1579.
- Houston, S. (2010). Prising open the black box: Critical realism, action research and social work. *Qualitative Social Work, 9*(1), 73-91.
- Howgego, I. M., Yellowlees, P., Owen, C., Meldrum, L. et Dark, F. (2003). The therapeutic alliance: The key to effective patient outcome? A descriptive review of the evidence in community mental health case management. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 37*(2), 169-183.
- Hsieh, H.-F. et Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research, 15*(9), 1277-1288.
- Huxley, P., Evans, S., Beresford, P., Davidson, B. et King, S. (2009). The principles and provisions of relationships findings from an evaluation of support, time and recovery workers in mental health services in England. *Journal of Social Work, 9*(1), 99-117.
- Jacob, S., Munro, I., Taylor, B. J. et Griffiths, D. (2017). Mental health recovery: A review of the peer-reviewed published literature. *Collegian, 24*(1), 53-61.
- Jacobson, N. (2001). Experiencing recovery: A dimensional analysis of recovery narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 24*(3), 248-256.
- Jacobson, N. et Curtis, L. (2000). Recovery as policy in mental health services: Strategies emerging from the states. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 23*(4), 333-341.
- Jacobson, N. et Greenley, D. (2001). What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatric Services, 52*(4), 482-485.

- Jagosh, J., Macaulay, A. C., Pluye, P., Salsberg, J., Bush, P. L., Henderson, J., ... Greenhalgh, T. (2012). Uncovering the benefits of participatory research: Implications of a realist review for health research and practice. *The Milbank Quarterly*, 90(2), 311-346.
- Joffe, H. (2012). Thematic analysis. Dans D. Harper et A. R. Thompson (dir.), *Qualitative research methods in mental health and psychotherapy: A guide for students and practitioners* (p. 209-223). Oxford : John Wiley & Sons.
- Johansson, H. et Eklund, M. (2003). Patients' opinion on what constitutes good psychiatric care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(4), 339-346.
- Johnson, S. L., Winett, C. A., Meyer, B., Greenhouse, W. J. et Miller, I. (1999). Social support and the course of bipolar disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(4), 558-566.
- Kairouz, S., Boyer, R., Nadeau, L., Perreault, M. et Fiset-Laniel, J. (2008). *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois : enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*. Québec : Institut de la statistique du Québec.
- Kalra, H., Kamath, P., Trivedi, J. K. et Janca, A. (2008). Caregiver burden in anxiety disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 21(1), 70-73.
- Kawachi, I. et Berkman, L. F. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban Health*, 78(3), 458-467.
- Kidd, S. A., Davidson, L. et McKenzie, K. (2017). Common factors in community mental health intervention: A scoping review. *Community Mental Health Journal*, 53(6), 627-637.
- Kirsh, B. et Tate, E. (2006). Developing a comprehensive understanding of the working alliance in community mental health. *Qualitative Health Research*, 16(8), 1054-1074.
- Klauer, T. (2005). Psychotherapie und soziale Unterstützung. *Psychotherapeut*, 50(6), 425-436.
- Knox, S. et Hill, C. E. (2003). Therapist self-disclosure: Research-based suggestions for practitioners. *Journal of Clinical Psychology*, 59(5), 529-539.
- Kogstad, R. E., Mönness, E. et Sörensen, T. (2013). Social networks for mental health clients: Resources and solution. *Community Mental Health Journal*, 49(1), 95-100.
- Kolden, G. G., Klein, M. H., Wang, C.-C. et Austin, S. B. (2011). Congruence/genuineness. *Psychotherapy*, 48(1), 65-71.
- Kornhaber, R., Walsh, K., Duff, J. et Walker, K. (2016). Enhancing adult therapeutic interpersonal relationships in the acute health care setting: An integrative review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 9, 537-546.

- Kvrgic, S., Cavelti, M., Beck, E.-M., Rüschi, N. et Vauth, R. (2013). Therapeutic alliance in schizophrenia: The role of recovery orientation, self-stigma, and insight. *Psychiatry Research*, 209(1), 15-20.
- Lakey, B. et Cohen, S. (2000). Social support theory and measurement. Dans S. Cohen, L. G. Underwood et B. H. Gottlieb (dir.), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists* (p. 29-52). Oxford : Oxford University Press.
- Lakey, B., McCabe, K. M., Fiscaro, S. A. et Drew, J. B. (1996). Environmental and personal determinants of support perceptions: Three generalizability studies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(6), 1270-1280.
- Lakey, B. et Cronin, A. (2008). Low social support and major depression: Research, theory and methodological issues. Dans K. S. Dobson et D. J. A. Dozois (dir.), *Risk factors in depression* (p. 385-408). San Diego, CA : Elsevier Academic Press.
- Lam, J. A. et Rosenheck, R. (1999). Social support and service use among homeless persons with serious mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*, 45(1), 13-28.
- Lambert, M. J. et Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 357-361.
- Lambert, M. J. et Barley, D. E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy. Dans J. C. Norcross (dir.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (p. 17-32). New York, NY : Oxford University Press.
- Lambert, M. J. et Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. Dans M. J. Lambert (dir.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (5^e éd., p. 139-193). New York, NY : Wiley.
- Lambert, M. J. et Shimokawa, K. (2011). Collecting client feedback. *Psychotherapy*, 48(1), 72-79.
- Lambert, M. J., Whipple, J. L. et Kleinstäuber, M. (2019). Collecting and delivering client feedback. Dans J. C. Norcross et M. J. Lambert (dir.), *Psychotherapy relationships that work: Volume 1: Evidence-based therapist contributions* (3^e éd., p. 580-630). New York, NY : Oxford University Press.
- Lamers, F., van Oppen, P., Comijs, H. C., Smit, J. H., Spinhoven, P., van Balkom, A. J. L., ... Penninx, B. W. J. H. (2011). Comorbidity patterns of anxiety and depressive disorders in a large cohort study: the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *The Journal of Clinical Psychiatry*, 72(3), 341-348.
- Langeland, E. et Wahl, A. K. (2009). The impact of social support on mental health service users' sense of coherence: A longitudinal panel survey. *International Journal of Nursing Studies*, 46(6), 830-837.

- Langhoff, C., Baer, T., Zubraegel, D. et Linden, M. (2008). Therapist–patient alliance, patient–therapist alliance, mutual therapeutic alliance, therapist–patient concordance, and outcome of CBT in GAD. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 22(1), 68-79.
- Lara, M. E., Leader, J. et Klein, D. N. (1997). The association between social support and course of depression: Is it confounded with personality? *Journal of Abnormal Psychology*, 106(3), 478-482.
- Lasalvia, A., Boggian, I., Bonetto, C., Saggiaro, V., Piccione, G., Zanoni, C., ... Lamonaca, D. (2012). Multiple perspectives on mental health outcome: Needs for care and service satisfaction assessed by staff, patients and family members. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(7), 1035-1045.
- Laugharne, R. et Priebe, S. (2006). Trust, choice and power in mental health: A literature review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(11), 843-852.
- Laugharne, R., Priebe, S., McCabe, R., Garland, N. et Clifford, D. (2012). Trust, choice and power in mental health care: Experiences of patients with psychosis. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(5), 496-504.
- Lauzier-Jobin, F. (2013). *Recherche évaluative sur les pratiques de suivi d'intensité variable de l'équipe de santé mentale du CSSS-IUGS selon le modèle de l'évaluation réaliste* (Mémoire de maîtrise). Université de Sherbrooke. Récupéré de <https://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/6519>
- Lauzier-Jobin, F. (2014). *Les mécanismes de la relation thérapeutique responsables des améliorations chez les personnes ayant des troubles de santé mentale graves : les résultats d'une étude de portée*. Affiche présentée à la Société Québécoise pour la Recherche en Psychologie, Montréal, Québec.
- Lauzier-Jobin, F., Ouellet, C. et Viquez Porras, F. (2014). *Social support in the recovery from serious mental disorder: Results from a scoping review*. Communication présentée à la 5^e conférence internationale de psychologie communautaire, Fortaleza, Brésil.
- Le Boutillier, C., Leamy, M., Bird, V. J., Davidson, L., Williams, J. et Slade, M. (2011). What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance. *Psychiatric Services*, 62(12), 1470-1476.
- Le Scelleur, H. et Garneau, S. (2016). L'auto-divulgence délibérée au prisme du travail social : entre délégitimation professionnelle et requalification des savoirs d'expérience. *Intervention*, 144, 29-41.
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J. et Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452.
- Lee, D. S., Orvell, A., Briskin, J., Shrapnell, T., Gelman, S. A., Ayduk, O., ... Kross, E. (2019). When chatting about negative experiences helps—and when it hurts:

- Distinguishing adaptive versus maladaptive social support in computer-mediated communication. *Emotion*, 20(3), 368-375.
- Lemay, L. (2007). L'intervention en soutien à l'empowerment : du discours à la réalité. La question occultée du pouvoir entre acteurs au sein des pratiques d'aide. *Nouvelles pratiques sociales*, 20(1), 165-180.
- Leonhardt, B. L., Huling, K., Hamm, J. A., Roe, D., Hasson-Ohayon, I., McLeod, H. J. et Lysaker, P. H. (2017). Recovery and serious mental illness: A review of current clinical and research paradigms and future directions. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 17(11), 1117-1130.
- Lepore, S. J. (2012). Social support. Dans V. S. Ramachandran (dir.), *Encyclopedia of human behavior* (2^e éd., p. 493-496). San Diego, CA : Academic Press.
- Lesage, A., Bernèche, F., Bordeleau, M., Dumitru, V. et Plante, N. (2010). *Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois : une synthèse pour soutenir l'action. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*. Récupéré de <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/etude-sur-la-sante-mentale-et-le-bien-etre-des-adultes-quebecois-une-synthese-pour-soutenir-laction-enquete-sur-la-sante-dans-les-collectivites-canadiennes-cycle-12.pdf>
- Lesser, J. et Paleo, J. (2016). Teaching nursing students the value of person-centered, recovery-oriented relationships. *Issues in Mental Health Nursing*, 37(6), 436-439.
- Lietz, C. A., Lacasse, J. R., Hayes, M. J. et Cheung, J. (2014). The role of services in mental health recovery: A qualitative examination of service experiences among individuals diagnosed with serious mental illness. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 5(2), 161-188.
- Lim, K.-L., Jacobs, P., Ohinmaa, A., Schopflocher, D. et Dewa, C. S. (2008). A new population-based measure of the economic burden of mental illness in Canada. *Chronic Diseases in Canada*, 28(3), 92-98.
- Lingiardi, V. et Colli, A. (2015). Therapeutic alliance and alliance ruptures and resolutions: Theoretical definitions, assessment issues, and research findings. Dans O. Gelo, A. Pritz et B. Rieken (dir.), *Psychotherapy research: Foundations, process, and outcome* (p. 311-329). Vienne : Springer.
- Linney, J. A. (2000). Assessing ecological constructs and community context. Dans J. Rappaport et E. Seidman (dir.), *Handbook of community psychology* (p. 647-668). New York, NY : Kluwer Academic Publishers.
- Ljungberg, A., Denhov, A. et Topor, A. (2015). The art of helpful relationships with professionals: A meta-ethnography of the perspective of persons with severe mental illness. *Psychiatric Quarterly*, 86(4), 471-495.

- Ljungberg, A., Denhov, A. et Topor, A. (2017). A balancing act—how mental health professionals experience being personal in their relationships with service users. *Issues in Mental Health Nursing*, 38(7), 578-583.
- Llewellyn-Beardsley, J., Rennick-Egglestone, S., Callard, F., Crawford, P., Farkas, M., Hui, A., ... Slade, M. (2019). Characteristics of mental health recovery narratives: Systematic review and narrative synthesis. *PLOS One*, 14(3), e0214678.
- Lobban, F., Postlethwaite, A., Glentworth, D., Pinfold, V., Wainwright, L., Dunn, G., ... Haddock, G. (2013). A systematic review of randomised controlled trials of interventions reporting outcomes for relatives of people with psychosis. *Clinical Psychology Review*, 33(3), 372-382.
- Lourel, M., Hartmann, A., Closon, C., Mouda, F. et Petric-Tatu, O. (2013). Social support and health: An overview of selected theoretical models for adaptation. Dans S. Chen (dir.), *Social support, gender and culture, and health benefits* (p. 1-20). Hauppauge, NY : Nova Science Publishers.
- Macleod, S. H., Elliott, L. et Brown, R. (2011). What support can community mental health nurses deliver to carers of people diagnosed with schizophrenia? Findings from a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 48(1), 100-120.
- Madill, A., Jordan, A. et Shirley, C. (2000). Objectivity and reliability in qualitative analysis: Realist, contextualist and radical constructionist epistemologies. *British Journal of Psychology*, 91(1), 1-20.
- Mallinckrodt, B. (1996). Change in working alliance, social support, and psychological symptoms in brief therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 43(4), 448-455.
- Mancini, M. A., Hardiman, E. R. et Lawson, H. A. (2005). Making sense of it all: Consumer providers' theories about factors facilitating and impeding recovery from psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29(1), 48-55.
- Manzano, A. (2016). The craft of interviewing in realist evaluation. *Evaluation*, 22(3), 342-360.
- Martin, D. J., Garske, J. P. et 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.
- Maxwell, J. A. (2012a). *A realist approach for qualitative research*. Thousand Oaks, CA : SAGE Publications.
- Maxwell, J. A. (2012b). *Qualitative research design: An interactive approach* (3^e éd.). Thousand Oaks, CA : SAGE Publications.
- McAleavey, A. A. et Castonguay, L. G. (2015). The process of change in psychotherapy: Common and unique factors. Dans O. Gelo, A. Pritz et B. Rieken (dir.), *Psychotherapy research: Foundations, process, and outcome* (p. 293-310). Vienne : Springer.

- McCabe, R. et Priebe, S. (2004). Explanatory models of illness in schizophrenia: Comparison of four ethnic groups. *The British Journal of Psychiatry*, 185, 25-30.
- McGuire, R., McCabe, R. et Priebe, S. (2001). Theoretical frameworks for understanding and investigating the therapeutic relationship in psychiatry. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36(11), 557-564.
- McLeod, J. et McLeod, J. (2015). Research on embedded counselling: An emerging topic of potential importance for the future of counselling psychology. *Counselling Psychology Quarterly*, 28(1), 27-43.
- Mead, S., Hilton, D. et Curtis, L. (2001). Peer support: A theoretical perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(2), 134-141.
- Meehan, T. J., King, R. J., Beavis, P. H. et Robinson, J. D. (2008). Recovery-based practice: Do we know what we mean or mean what we know? *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(3), 177-182.
- Meier, P. S., Donmall, M. C., Barrowclough, C., McElduff, P. et Heller, R. F. (2005). Predicting the early therapeutic alliance in the treatment of drug misuse. *Addiction*, 100(4), 500-511.
- Meissner, W. W. (2006). The therapeutic alliance--A proteus in disguise. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 264-270.
- Menear, M., Dugas, M., Careau, E., Chouinard, M.-C., Dogba, M. J., Gagnon, M.-P., ... et Légaré, F. (2020). Strategies for engaging patients and families in collaborative care programs for depression and anxiety disorders: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 263, 528-539.
- Mezzina, R., Davidson, L., Borg, M., Marin, I., Topor, A. et Sells, D. (2006). The social nature of recovery: Discussion and implications for practice. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 9(1), 63-80.
- Miles, M. B., Huberman, A. M. et Saldaña, J. (2014). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook*. Thousand Oaks, CA : SAGE Publications.
- Miller, S. D., Duncan, B. L. et Hubble, M. A. (2001). *Pour en finir avec Babel : à la recherche d'un langage unificateur pour l'exercice de la psychothérapie*. Satas.
- Milne, D. L. (1999). *Social therapy: A guide to social support interventions for mental health practitioners*. John Wiley & Sons.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2005). *Plan d'action en santé mentale : la force des liens*. Québec : Gouvernement du Québec. Récupéré de <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-914-01.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020*. Québec : Gouvernement du Québec. Récupéré de

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001319>

- Moran, G., Mashiach-Eizenberg, M., Roe, D., Berman, Y., Shalev, A., Kaplan, Z. et Epstein, P. G. (2014). Investigating the anatomy of the helping relationship in the context of psychiatric rehabilitation: The relation between working alliance, providers' recovery competencies and personal recovery. *Psychiatry Research*, 220(1-2), 592-597.
- Moreno-Poyato, A. R., Delgado-Hito, P., Suárez-Pérez, R., Lluch-Canut, T., Roldán-Merino, J. F. et Montesó-Curto, P. (2018). Improving the therapeutic relationship in inpatient psychiatric care: Assessment of the therapeutic alliance and empathy after implementing evidence-based practices resulting from participatory action research. *Perspectives in Psychiatric Care*, 54(2), 300-308.
- Morin, M.-H. et St-Onge, M. (2019). L'intervention familiale dans la pratique du travail social en santé mentale. Dans C. Bergeron-Leclerc, M.-H. Morin, B. Dallaire et C. Cormier (dir.), *La pratique du travail social en santé mentale : apprendre, comprendre, s'engager* (p. 161-186). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Nadler, A. (2002). Inter-group helping relations as power relations: Maintaining or challenging social dominance between groups through helping. *Journal of Social Issues*, 58(3), 487-502.
- Nelson, G., Hall, G. B., Squire, D. et Walsh-Bowers, R. T. (1992). Social network transactions of psychiatric patients. *Social Science & Medicine*, 34(4), 433-445.
- Newberry, D. J. et Strong, A. D. (2009). Beyond mental health maintenance: An evaluation framework driven by recovery-focused outcomes. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 28(2), 73-94.
- Noiseux, S., St-Cyr, D. T., Corin, E., St-Hilaire, P.-L., Morissette, R., Leclerc, C., ... Gagnier, F. (2010). The process of recovery of people with mental illness: The perspectives of patients, family members and care providers: Part 1. *BMC Health Services Research*, 10, 161.
- Norcross, J. C. (2002). Empirically supported therapy relationships. Dans J. C. Norcross (dir.) *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (p. 3-16). New York, NY : Oxford University Press.
- Norcross, J. C. et Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98-102.
- Norcross, J. C. et Lambert, M. J. (dir.). (2019). *Psychotherapy relationships that work: Volume 1: Evidence-based therapist contributions* (3^e éd.). New York, NY : Oxford University Press.
- Nurullah, A. S. (2012). Received and provided social support: A review of current evidence and future directions. *American Journal of Health Studies*, 27(3), 173-188.

- O'Connell, M., Tondora, J., Croog, G., Evans, A. et Davidson, L. (2005). From rhetoric to routine: Assessing perceptions of recovery-oriented practices in a state mental health and addiction system. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28(4), 378-386.
- Onken, S. J., Craig, C. M., Ridgway, P., Ralph, R. O. et 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.
- Padgett, D. K., Henwood, B., Abrams, C. et Drake, R. E. (2008). Social relationships among persons who have experienced serious mental illness, substance abuse, and homelessness: Implications for recovery. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(3), 333-339.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3^e éd.). Paris : Armand Colin.
- Park, M., Cuijpers, P., van Straten, A. et Reynolds, C. F. (2014). The effects of psychotherapy for adult depression on social support: A meta-analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 38(6), 600-611.
- Patten, S. B., Wang, J. L., Williams, J. V. A., Currie, S., Beck, C. A., Maxwell, C. J. et el-Guebaly, N. (2006). Descriptive epidemiology of major depression in Canada. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51(2), 84-90.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods* (3^e éd.). Thousand Oaks, CA : SAGE Publications.
- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative research & evaluation methods: Integrating theory and practice* (4^e éd.). Thousand Oaks, CA : SAGE Publications.
- Pattoni, L. (2012). *Strengths-based approaches for working with individuals*. Récupéré de <http://www.iriss.org.uk/resources/strengths-based-approaches-working-individuals>
- Pawson, R. (2012). Realist thoughts on Cinderella, Alice in Wonderland and health care interventions. *Nursing Inquiry*, 19(1), 4-5.
- Pawson, R. (2013). *The Science of evaluation: A realist manifesto*. Londres : SAGE Publications.
- Pawson, R., Greenhalgh, T., Harvey, G. et Walshe, K. (2005). Realist review--A new method of systematic review designed for complex policy interventions. *Journal of Health Services Research & Policy*, 10(Suppl. 1), 21-34.
- Pawson, R. et Tilley, N. (1997). *Realistic evaluation*. Londres : SAGE Publications.
- Pearson, C., Janz, T. et Ali, J. (2013). *Mental and substance use disorders in Canada*. Statistique Canada. Récupéré de <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2013001/article/11855-eng.htm>

- Pennebaker, J. W. (dir.). (1995a). *Emotion, disclosure, & health*. Washington, DC : American Psychological Association.
- Pennebaker, J. W. (1995b). Emotion, disclosure, and health: An overview. Dans J. W. Pennebaker (dir.), *Emotion, disclosure, & health* (p. 3-10). Washington, DC : American Psychological Association.
- Perese, E. F. et Wolf, M. (2005). Combating loneliness among persons with severe mental illness: Social network interventions' characteristics, effectiveness, and applicability. *Issues in Mental Health Nursing*, 26(6), 591-609.
- Pernice-Duca, F. (2008). The structure and quality of social network support among mental health consumers of clubhouse programs. *Journal of Community Psychology*, 36(7), 929-946.
- Pernice-Duca, F. (2010). Family network support and mental health recovery. *Journal of Marital and Family Therapy*, 36(1), 13-27.
- Pernice-Duca, F. et Onaga, E. (2009). Examining the contribution of social network support to the recovery process among clubhouse members. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 12(1), 1-30.
- Perreault, M., Tardif, H., Provencher, H., Paquin, G., Desmarais, J. et Pawliuk, N. (2005). The role of relatives in discharge planning from psychiatric hospitals: The perspective of patients and their relatives. *Psychiatric Quarterly*, 76(4), 297-315.
- Perry, B. L., & Pescosolido, B. A. (2015). Social network activation: the role of health discussion partners in recovery from mental illness. *Social Science & Medicine*, 125, 116–128.
- Pescosolido, B. A. (2011). Social network influence in mental health and illness, service use and settings, and treatment outcomes. Dans D. Pilgrim, A. Rogers et B. Pescosolido (dir.), *The SAGE handbook of mental health and illness* (p. 512-536). Londres : SAGE Publications.
- Pescosolido, B. A. et Wright, E. R. (2004). The view from two worlds: The convergence of social network reports between mental health clients and their ties. *Social Science & Medicine*, 58(9), 1795-1806.
- Pevalin, D. J. et Goldberg, D. P. (2003). Social precursors to onset and recovery from episodes of common mental illness. *Psychological Medicine*, 33(2), 299-306.
- Piat, M. et Lal, S. (2012). Service Providers' Experiences and Perspectives on Recovery-Oriented Mental Health System Reform. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(4) 289-296.
- Piat, M. et Sabetti, J. (2009). The development of a recovery-oriented mental health system in Canada: What the experience of Commonwealth countries tells us. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 28(2), 17-33.

- Piat, M., Sabetti, J., Fleury, M.-J., Boyer, R. et Lesage, A. (2011). "Who believes most in me and in my recovery": The importance of families for persons with serious mental illness living in structured community housing. *Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation, 10*(1), 49-65.
- Pickens, J. M. (2003). Formal and informal social networks of women with serious mental illness. *Issues in Mental Health Nursing, 24*(2), 109-127.
- Pilgrim, D. (2020). *Critical realism for psychologists*. Abingdon : Routledge.
- Pinsof, W. M., Zinbarg, R. et Knobloch-Fedders, L. M. (2008). Factorial and construct validity of the revised short form integrative psychotherapy alliance scales for family, couple, and individual therapy. *Family Process, 47*(3), 281-301.
- Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer et A. P. Pires (dir.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 173-209). Montréal : Gaëtan Morin.
- Priebe, S. et McCabe, R. (2008). Therapeutic relationships in psychiatry: The basis of therapy or therapy in itself? *International Review of Psychiatry, 20*(6), 521-526.
- Priebe, S., Richardson, M., Cooney, M., Adedeji, O. et McCabe, R. (2010). Does the therapeutic relationship predict outcomes of psychiatric treatment in patients with psychosis? A systematic review. *Psychotherapy and Psychosomatics, 80*(2), 70-77.
- Prilleltensky, I. (2008). The role of power in wellness, oppression, and liberation: The promise of psychopolitical validity. *Journal of Community Psychology, 36*(2), 116-136.
- Provencher, H. L. (2002). L'expérience du rétablissement : perspectives théoriques. *Santé mentale au Québec, 27*(1), 35-64.
- Rapp, C. A. et Gosha, R. J. (2012). *The strengths model: A recovery-oriented approach to mental health services*. Oxford : Oxford University Press.
- Rashid, T., Howes, R. N. et Loudon, R. (2017). Positive psychotherapy: A wellbeing approach to recovery. Dans M. Slade, L. Oades et A. Jarden (dir.), *Wellbeing, recovery and mental health* (p. 111-132). Cambridge : Cambridge University Press.
- Reis, H. T. et Collins, N. (2000). Measuring relationship properties and interactions relevant to social support. Dans S. Cohen, L. G. Underwood et B. H. Gottlieb (dir.), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists* (p. 136-192). Oxford : Oxford University Press.
- Reisner, A. D. (2005). The common factors, empirically validated treatments, and recovery models of therapeutic change. *The Psychological Record, 55*(3), 377-399.
- Resnick, S. G., Rosenheck, R. A. et Lehman, A. F. (2004). An exploratory analysis of correlates of recovery. *Psychiatric Services, 55*(5), 540-547.

- Reupert, A., Maybery, D., Cox, M. et Scott Stokes, E. (2015). Place of family in recovery models for those with a mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(6), 495-506.
- Rickwood, D. et Thomas, K. (2012). Conceptual measurement framework for help-seeking for mental health problems. *Psychology Research and Behavior Management*, 5, 173-183.
- Ridgway, P. (2001). Restorying psychiatric disability: Learning from first person recovery narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(4), 335-343.
- Roberts, G. et Wolfson, P. (2004). The rediscovery of recovery: Open to all. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10(1), 37-48.
- Robson, C. (2002). *Real word research: A resource for social scientists and practitioner-researchers* (2^e éd.). Blackwell Publishers.
- Rodgers, R.-F., Cailhol, L., Bui, E., Klein, R., Schmitt, L. et Chabrol, H. (2010). L'alliance thérapeutique en psychothérapie : apports de la recherche empirique. *L'Encéphale*, 36(5), 433-438.
- Rodriguez, L., Bourgois, L., Landry, Y., Guay, L. et Pinard, J.-L. (2006). *Repenser la qualité des services en santé mentale dans la communauté*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Roe, D., Mashiach-Eizenberg, M. et Lysaker, P. H. (2011). The relation between objective and subjective domains of recovery among persons with schizophrenia-related disorders. *Schizophrenia Research*, 131(1-3), 133-138.
- Roehrlé, B. et Strouse, J. (2008). Influence of social support on success of therapeutic interventions: A meta-analytic review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(4), 464-476.
- Rogers, E. S., Anthony, W. et Lyass, A. (2004). The nature and dimensions of social support among individuals with severe mental illnesses. *Community Mental Health Journal*, 40(5), 437-450.
- Rogers, E. S., Farkas, M. et Anthony, W. A. (2005). Recovery from severe mental illnesses and evidence-based practice research. Dans C. E. Stout et R. A. Hayes (dir.), *The evidence-based practice: Methods, models, and tools for mental health professionals* (p. 199-219). Hoboken, NJ : John Wiley & Sons.
- Rose, D. (2014). The mainstreaming of recovery. *Journal of Mental Health*, 23(5), 217-218.
- Rose, D., Thornicroft, G. et Slade, M. (2006). Who decides what evidence is? Developing a multiple perspectives paradigm in mental health. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(s429), 109-114.

- Roy-Byrne, P. P., Davidson, K. W., Kessler, R. C., Asmundson, G. J. G., Goodwin, R. D., Kubzansky, L., ... Stein, M. B. (2008). Anxiety disorders and comorbid medical illness. *General Hospital Psychiatry, 30*(3), 208-225.
- Rungreangkulkij, S. et Gilliss, C. L. (2000). Conceptual approaches to studying family caregiving for persons with severe mental illness. *Journal of Family Nursing, 6*(4), 341-366.
- Safran, J. D., Muran, J. C. et Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy, 48*(1), 80-87.
- Saldaña, J. (2009). *The coding manual for qualitative researchers*. SAGE Publications.
- Saleebey, D. (2009). Introduction: Power in the people. Dans D. Saleebey (dir.), *The strengths perspective in social work practice* (5^e éd., p. 1-23). Boston, MA : Allyn & Bacon.
- Sandhu, S., Arcidiacono, E., Aguglia, E. et Priebe, S. (2015). Reciprocity in therapeutic relationships: A conceptual review. *International Journal of Mental Health Nursing, 24*(6), 460-470.
- Santé Canada (2002). *Profil national des personnes soignantes au Canada – 2002 : rapport final*. Santé Canada. Récupéré de https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2002-caregiv-interven/2002-caregiv-interven-fra.pdf
- Saunders, J. C. (2003). Families living with severe mental illness: A literature review. *Issues in Mental Health Nursing, 24*(2), 175-198.
- Savoie-Zajc, L. (2007). Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide ? *Recherches qualitatives, Hors série, 5*, 99-111.
- Schaffer, A., Cairney, J., Cheung, A., Veldhuizen, S. et Levitt, A. (2006). Community survey of bipolar disorder in Canada: Lifetime prevalence and illness characteristics. *The Canadian Journal of Psychiatry, 51*(1), 9-16.
- Schmid, R., Schielein, T., Binder, H., Hajak, G. et Spiessl, H. (2009). The forgotten caregivers: Siblings of schizophrenic patients. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 13*(4), 326-337.
- Schön, U.-K., Denhov, A. et Topor, A. (2009). Social relationships as a decisive factor in recovering from severe mental illness. *International Journal of Social Psychiatry, 55*(4), 336-347.
- Schulze, B. et Rössler, W. (2005). Caregiver burden in mental illness: Review of measurement, findings and interventions in 2004-2005. *Current Opinion in Psychiatry, 18*(6), 684-691.

- Schwandt, T. A., Lincoln, Y. S. et Guba, E. G. (2007). Judging interpretations: But is it rigorous? Trustworthiness and authenticity in naturalistic evaluation. *New Directions for Evaluation*, 2007(114), 11-25.
- Schwartz, R. S. (2005). Psychotherapy and social support: Unsettling questions. *Harvard Review of Psychiatry*, 13(5), 272-279.
- Shah, A. J., Wadoo, O. et Latoo, J. (2010). Psychological distress in carers of people with mental disorders. *British Journal of Medical Practitioners*, 3(3), 18-25.
- Shenton, A. K. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for Information*, 22(2), 63-75.
- Ritholz, S. K., Festinger, T., Siegel, J. et Stanhope, V. (2011). *The relationship among client self-determination, therapeutic alliance and mental health recovery* (Thèse de doctorat non publiée). New York University.
- Slade, M. (2012). Everyday solutions for everyday problems: How mental health systems can support recovery. *Psychiatric Services*, 63(7), 702-704.
- Slade, M., Amering, M. et Oades, L. (2008). Recovery: An international perspective. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 17(2), 128-137.
- Slade, M., Leamy, M., Bacon, F., Janosik, M., Le Boutillier, C., Williams, J. et Bird, V. (2012). International differences in understanding recovery: Systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 21(4), 353-364.
- Slade, M. et Longden, E. (2015). Empirical evidence about recovery and mental health. *BMC Psychiatry*, 15, 285.
- Slade, M., Oades, L. et Jarden, A. (dir.). (2017). *Wellbeing, recovery and mental health*. Cambridge : Cambridge University Press.
- Slade, M., Williams, J., Bird, V., Leamy, M. et Le Boutillier, C. (2012). Recovery grows up. *Journal of Mental Health*, 21(2), 99-103.
- Smetanin, P., Stiff, D., Briante, C., Adair, C. E., Ahmad, S. et Khan, M. (2011). *The life and economic impact of major mental illnesses in Canada*. Commission de la santé mentale du Canada. Récupéré de https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHCC_Report_Base_Case_FINAL_ENG_0_0.pdf
- Smith, B. (2018). Generalizability in qualitative research: Misunderstandings, opportunities and recommendations for the sport and exercise sciences. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 10(1), 137-149.
- Smith-Hansen, L. (2016). The therapeutic alliance: From correlational studies to training models. *Journal of Psychotherapy Integration*, 26(3), 217-229.

- Stahl, J. V. et Hill, C. E. (2008). A comparison of four methods for assessing natural helping ability. *Journal of Community Psychology*, 36(3), 289-298.
- Stanhope, V. et Solomon, P. (2008). Getting to the heart of recovery: Methods for studying recovery and their implications for evidence-based practice. *The British Journal of Social Work*, 38(5), 885-899.
- Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J. W., Patel, V. et Silove, D. (2014). The global prevalence of common mental disorders: A systematic review and meta-analysis 1980-2013. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 476-493.
- Stein, C. H., Rappaport, J. et Seidman, E. (1995). Assessing the social networks of people with psychiatric disability from multiple perspectives. *Community Mental Health Journal*, 31(4), 351-367.
- Stickley, T. et Wright, N. (2011). The British research evidence for recovery, papers published between 2006 and 2009 (inclusive). Part one: A review of the peer-reviewed literature using a systematic approach. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(3), 247-256.
- Sullivan, W. P. (1994). A long and winding road: The process of recovery from severe mental illness. *Innovations and Research*, 3(3), 19-27.
- Swift, J. K., Callahan, J. L. et Vollmer, B.M. (2011). Preferences. Dans J. C. Norcross (dir.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2^e éd., p. 301-315). New York, NY : Oxford University Press.
- Tempier, R., Balbuena, L., Lepnurm, M. et Craig, T. K. J. (2013). Perceived emotional support in remission: Results from an 18-month follow-up of patients with early episode psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(12), 1897-1904.
- Tew, J., Ramon, S., Slade, M., Bird, V., Melton, J. et Le Boutillier, C. (2011). Social factors and recovery from mental health difficulties: A review of the evidence. *The British Journal of Social Work*, 42(3), 443-460.
- Thoits, P. A. (1995). Stress, coping, and social support processes: Where are we? What next? *Journal of Health and Social Behavior*, (Extra Issue), 53-79.
- Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(2), 145-161.
- Thomas, E. C., Despeaux, K. E., Drapalski, A. L. et Bennett, M. (2018). Person-oriented recovery of individuals with serious mental illnesses: A review and meta-analysis of longitudinal findings. *Psychiatric Services*, 69(3), 259-267.
- Thornicroft, G. (2007). Most people with mental illness are not treated. *The Lancet*, 370(9590), 807-808.

- Tilsen, J. et Nylund, D. (2008). Psychotherapy research, the recovery movement and practice-based evidence in psychiatric rehabilitation. *Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation*, 7(3-4), 340-354.
- Topor, A. (2001). *Managing the contradictions: Recovery from severe mental disorders*. Stockholm : Stockholm University.
- Topor, A., Borg, M., Di Girolamo, S. et Davidson, L. (2011). Not just an individual journey: Social aspects of recovery. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(1), 90-99.
- Topor, A., Borg, M., Mezzina, R., Sells, D., Marin, I. et Davidson, L. (2006). Others: The role of family, friends, and professionals in the recovery process. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 9(1), 17-37.
- Topor, A. et Denhov, A. (2012). Helping relationships and time: Inside the black box of the working alliance. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 15(3), 239-254.
- Tracy, E. M. et Biegel, D. E. (2006). Networks and dual disorders: A literature review and implications for practice and future research. *Journal of Dual Diagnosis*, 2(2), 59-88.
- Trainor, J. et Reville, D. (2014). Beginning to take control: Ontario's consumer/survivor development initiative. Dans G. Nelson, B. Kloos et J. Ornelas (dir.), *Community psychology and community mental health: Towards transformative change* (p. 309-326). Oxford : Oxford University Press.
- Tremblay, M. (2015). *L'apport de la relation thérapeutique dans le rétablissement des personnes atteintes d'un trouble mental grave* (Mémoire de maîtrise). Université du Québec à Chicoutimi. Récupéré de <https://constellation.uqac.ca/3241/>
- Tsai, J., Desai, R. A. et Rosenheck, R. A. (2012). Social integration of people with severe mental illness: Relationships between symptom severity, professional assistance, and natural support. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 39(2), 144-157.
- Turner, J. B. et Turner, R. J. (2013). Social relations, social integration, and social support. Dans C. S. Aneshensel, J. C. Phelan et A. Bierman (dir.), *Handbook of the sociology of mental health* (2^e éd., p. 341-356). Springer.
- van der Voort, T. Y. G., Goossens, P. J. J. et van der Bijl, J. J. (2007). Burden, coping and needs for support of caregivers for patients with a bipolar disorder: A systematic review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(7), 679-687.
- van Weeghel, J., van Zelst, C., Boertien, D. et Hasson-Ohayon, I. (2019). Conceptualizations, assessments, and implications of personal recovery in mental illness: A scoping review of systematic reviews and meta-analyses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 42(2), 169-181.

- Van Wijngaarden, B., Schene, A. H. et Koeter, M. W. J. (2004). Family caregiving in depression: Impact on caregivers' daily life, distress, and help seeking. *Journal of Affective Disorders*, 81(3), 211-222.
- Vandekinderen, C., Roets, G., Roose, R. et Van Hove, G. (2012). Rediscovering recovery: Reconceptualizing underlying assumptions of citizenship and interrelated notions of care and support. *The Scientific World Journal*, 2012, 496579.
- Vandenberghe, F. (2007). Une ontologie réaliste pour la sociologie : système, morphogenèse et collectifs. *Social Science Information*, 46(3), 487-542.
- Veltman, A., Cameron, J. et Stewart, D. E. (2002). The experience of providing care to relatives with chronic mental illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(2), 108-114.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods and findings*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270-277.
- Wang, P. S., Angermeyer, M., Borges, G., Bruffaerts, R., Chiu, W. T., De Girolamo, G., ... Ustün, T. B. (2007). Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6(3), 177-185.
- Ware, N. C., Tugenberg, T. et Dickey, B. (2004). Practitioner relationships and quality of care for low-income persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 55(5), 555-559.
- Weinberger, J. (1995). Common factors aren't so common: The common factors dilemma. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2(1), 45-69.
- Weiss, R. (1974). The provisions of social relationships. Dans Z. Rubin (dir.), *Doing unto others* (p. 17-26). Englewood Cliffs, NJ : Prentice Hall.
- Williams, J., Leamy, M., Bird, V., Harding, C., Larsen, J., Le Boutillier, C., ... Slade, M. (2012). Measures of the recovery orientation of mental health services: Systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(11), 1827-1835.
- Williams, P., Barclay, L. et Schmied, V. (2004). Defining social support in context: A necessary step in improving research, intervention, and practice. *Qualitative Health Research*, 14(7), 942-960.
- Willig, C. (2013). Thematic analysis. Dans C. Willig (dir.), *Introducing qualitative research in psychology* (3^e éd., p. 57-68). New York, NY : McGraw-Hill.
- Wills, T. A. et Ainette, M. C. (2012). Social networks and social support. Dans A. Baum, T. A. Revenson et J. Singer (dir.), *Handbook of health psychology* (2^e éd., p. 465-492). New York, NY : Psychology Press.

- Wills, T. A. et Shinar, O. (2000). Measuring perceived and received social support. Dans S. Cohen, L. G. Underwood et B. H. Gottlieb (dir.), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists* (p. 86-135). Oxford : Oxford University Press.
- Winefield, H. R. (1987). Psychotherapy and social support: Parallels and differences in the helping process. *Clinical Psychology Review*, 7(6), 631-644.
- Wong, G., Greenhalgh, T., Westhorp, G. et Pawson, R. (2012). Realist methods in medical education research: What are they and what can they contribute? *Medical Education*, 46(1), 89-96.
- Wong, Y.-L. I., Matejkowski, J. et Lee, S. (2011). Social integration of people with serious mental illness: Network transactions and satisfaction. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 38(1), 51-67.
- Wyder, M. et Bland, R. (2014). The recovery framework as a way of understanding families' responses to mental illness: Balancing different needs and recovery journeys. *Australian Social Work*, 67(2), 179-196.
- Yanos, P. T., Rosenfield, S. et Horwitz, A. V. (2001). Negative and supportive social interactions and quality of life among persons diagnosed with severe mental illness. *Community Mental Health Journal*, 37(5), 405-419.
- Yates, I., Holmes, G. et Priest, H. (2012). Recovery, place and community mental health services. *Journal of Mental Health*, 21(2), 104-113.
- Yesufu-Udechuku, A., Harrison, B., Mayo-Wilson, E., Young, N., Woodhams, P., Shiers, D., ... Kendall, T. (2015). Interventions to improve the experience of caring for people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 206(4), 268-274.
- Young, S. L. et Ensing, D. S. (1999). Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(3), 219-231.
- Zhang, Y. et Wildemuth, B. M. (2009). Qualitative analysis of content. Dans B. M. Wildemuth (dir.). *Applications of social research methods to questions in information and library science* (p. 308-319). Westport, CT : Libraries Unlimited.