

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LA THÉRAPIE PAR L'AVENTURE COMME MODALITÉ D'INTERVENTION
COMPLÉMENTAIRE AUPRÈS DE JEUNES ADULTES PRÉSENTANT UN PROCESSUS DE
RÉTABLISSEMENT COMPLEXE APRÈS UN PREMIER ÉPISODE PSYCHOTIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

CATHERINE SÉGUIN-GREEN

MAI 2026

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.12-2023). 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

Merci à J. Éric Dubé et à Clairéline Ouellet-Plamondon d’avoir accepté de m’accompagner dans ce long processus de thèse. Merci pour votre confiance, votre disponibilité et votre soutien tout au long de l’élaboration de ce travail. Vos conseils, réflexions et expertises ont été d’une grande aide.

Merci aux participants pour votre implication et votre confiance tout au long du projet. Ce fut un réel plaisir d’apprendre à vous connaître et de vous voir évoluer.

Merci à Anna et à Marie-Pier pour votre aide, votre disponibilité et votre amour du plein air.

Merci à Jean-Philippe, à Nicolas et à Geneviève de Face aux vents pour votre connaissance du terrain, votre appétit pour l’aventure et cette expérience riche en défis.

Merci à Sophie Gilbert, professeure au département de psychologie, pour votre soutien et votre disponibilité à chacune des étapes de ce projet et tout particulièrement durant les analyses.

Merci à mes collègues de travail exceptionnelles, Camille Girard, Camille Nadeau et Marie-Élaine Labelle pour votre présence, votre disponibilité et vos réflexions durant la collecte du matériel de recherche et les analyses. Cette expérience n’aurait pas été la même sans vous.

Merci à mes fidèles compagnes de rédaction, Léa B., Léa P., Alexandra, Élena et Cynthia, ainsi qu’à mes chères amies Émilie, Claudia, Katherine, Lauriane et Marylou pour votre écoute et soutien émotionnel hors pair durant ce parcours.

Merci à mon partenaire de vie Francis pour ta présence, ton écoute, ton support, ton humour, ta patience, tes nombreux encouragements et ta capacité à me pousser à donner le meilleur de moi-même.

Merci à mes parents, Johanne et Michel, pour votre soutien inconditionnel. Vous m’avez accompagnée année après année, du début à la fin, m’avez toujours encouragée à persévérer et avez fait preuve d’une confiance inébranlable en mes capacités. Merci pour tout.

Un merci tout spécial à Claire, qui m'a accompagnée et supportée dans les hauts et les bas de ce cheminement. Merci de m'avoir offert un espace pour me déposer, de m'avoir aidée à me créer des repères, ainsi qu'une méthode de travail rigoureuse.

Merci à vous tous d'avoir été là.

DÉDICACE

À vous, Théo, Mathias, Nathan, Jules, Olivier, Anthony,
Léa, Élianne et à tous ceux qui, un jour ou l'autre, seront
touchés par la psychose.

À Justin Roy-Séguin, dont la lumière demeure une source
infinie d'inspiration et dont la force et le courage m'ont
accompagnée à chaque étape de ce cheminement.

AVANT-PROPOS

Si l'homme est sans lien à l'autre, il est fou. Et, de fait, ceci est la seule définition valable de la folie : une personne absolument coupée de toute relation, une personne – comme l'a montré Ibsen dans *Peer Gynt* – qui est lui-même, et uniquement lui-même. L'homme, pour autant qu'il ne soit pas fou, doit être en relation, mais il peut l'être de diverses façons. (Fromm, 2005, p.84)

Le paradoxe de la capacité d'être seul est basé sur l'expérience d'être seul en présence de quelqu'un et que si cette expérience est insuffisante, la capacité d'être seul ne parvient pas à se développer. [...] C'est seulement lorsqu'il est seul (c'est-à-dire en présence de quelqu'un) que le petit enfant peut découvrir sa vie personnelle. (Winnicott, 2006, p.83)

Le programme de thérapie par l'aventure (TA) auprès de jeunes adultes ayant vécu un premier épisode psychotique (PEP) est bien plus pour moi qu'un projet de recherche doctoral. Il s'agit de rencontres inattendues, de la création de nouvelles amitiés, de collaborations auprès de différents acteurs du milieu, de découvertes, d'adrénaline, de fous rires, de plaisir, de faux pas, d'imprévus, de doutes, de persévérance, de détermination, d'émerveillement et de sérénité.

Engagée à titre d'agente de recherche, en 2015, alors que j'étais étudiante au baccalauréat en psychologie, j'ai contribué à l'avancement de la thèse doctorale *Hors des sentiers battus : la thérapie par l'aventure auprès des jeunes adultes psychotiques* de ma collègue Camille Girard, en effectuant la transcription d'entrevues qu'elle avait menées auprès de jeunes adultes ayant participé à un programme de TA à l'été 2015. Par la suite, j'ai eu l'opportunité de conduire les entrevues pour le programme de TA s'étant déroulé à l'été 2016 et les ai transcrites. Pour la première fois de ma vie, j'avais l'occasion de me familiariser avec les troubles psychotiques et cette modalité d'intervention novatrice par la nature et l'aventure qui m'étaient tous deux inconnus.

L'année suivante, alors que je terminais mon baccalauréat, ma curiosité étant piquée, j'ai décidé d'effectuer une thèse de spécialisation sur la TA en m'intéressant à la perspective subjective des intervenants accompagnateurs. Ayant pour objectif d'enrichir la compréhension des mécanismes d'action particuliers de cette modalité d'intervention, favorisant potentiellement un changement thérapeutique, j'ai procédé à la passation d'entrevues semi-dirigées auprès des intervenants accompagnateurs à leur retour de l'expédition. Cette immersion dans le monde de la recherche a confirmé mon désir de poursuivre mes

études au doctorat en psychologie et, ultimement, d'ajouter aux connaissances sur cette modalité d'intervention.

En 2018, lors de ma deuxième année au doctorat, j'ai eu l'occasion de soutenir deux étudiantes dans la réalisation de leur thèse de spécialisation sur la TA, qui ont approfondi sous différents angles la compréhension de cette modalité d'intervention. À l'aide d'un devis quantitatif, Camille Nadeau a examiné à partir de questionnaires auto-rapportés s'intéressant au rétablissement, au fonctionnement social, à l'estime de soi et au sentiment d'efficacité personnelle, les changements intra-individuels suite à leur participation à un programme de TA d'une trentaine de jeunes adultes ayant vécu un PEP. Quant à Marie-Élaine Labelle, à l'aide d'un devis qualitatif, elle s'est intéressée de plus près aux aspects de la TA qui subsistent dans le quotidien des jeunes, immédiatement après l'expédition, de même qu'à l'apport du *photolangage* dans l'élaboration verbale des participants lors des entrevues individuelles post-expédition. Ces deux projets de recherche ont soutenu mes réflexions à l'égard de l'édification de mon projet de recherche doctoral, en confirmant l'utilisation d'une approche ethnographique et en m'aidant à mieux définir mes objectifs de recherche.

Ainsi, 2019 a été une année charnière dans mon cheminement doctoral et personnel. Impliquée depuis près de quatre ans dans différents projets de recherche s'articulant autour de la TA et mon projet de recherche doctoral étant approuvé, j'étais enfin arrivée à cette étape cruciale de mon parcours : la collecte du matériel de recherche.

Trouver ma place au sein du groupe composé de jeunes adultes ayant vécu un PEP, des intervenantes accompagnatrices et des guides facilitateurs a été plus ardu que ce à quoi je m'attendais. D'abord étrangère, n'étant ni intervenante ni en traitement à la clinique JAP, les jeunes adultes se sont interrogés à maintes reprises sur mon identité, ma place et ma fonction au sein du groupe. Qui étais-je? Qu'est-ce que je faisais ici, avec eux? Qu'est-ce que je représentais? Pour certains, cela ne s'est clarifié qu'une fois l'expédition entamée. Pour d'autres, il semble que cela soit resté flou tout au long du programme, ceux-ci me reposant à maintes reprises ces mêmes questions.

Non sans appréhensions, c'est avec fébrilité, enthousiasme et détermination que je suis embarquée à pieds joints dans cette aventure, dont les souvenirs resteront gravés dans ma mémoire. Bien que je m'étais interrogée et renseignée sur la posture complexe qui sous-tend l'observation participante du chercheur avant de vivre cette expérience au même titre que les participants, je n'en ai pas été moins déstabilisée. Dès la première rencontre préparatoire, j'étais habitée par mes préoccupations quant à ma place au sein du

groupe : comment allais-je m’y intégrer? Comment trouver la juste distance, l’équilibre subtil entre une participation engagée et une observation dite objective?

À la suite de la deuxième rencontre préparatoire, un des membres de ma famille est décédé soudainement. Déboussolée, à la recherche de sens, triste et fragile, j’avais l’impression d’avoir perdu mes repères. Au cours des séances préparatoires précédant l’expédition, j’ai découvert de nouveaux visages, j’ai tissé de nouveaux liens et j’ai trouvé ma place au sein de ce groupe. J’étais alors peu consciente de la sensibilité et de la réceptivité dans laquelle la perte d’un être cher m’avait plongée. Ce n’est qu’au fil des échanges avec ma direction de recherche et des collègues doctorantes en psychologie impliquées dans des projets de recherche similaires que j’ai pris conscience que ma vulnérabilité m’a permis de m’immerger dans ce programme de TA, de me laisser porter par cette expérience et d’entrer en relation différemment avec les jeunes, étant disposée affectivement à résonner avec une partie de leur vécu. Le jour J, alors que nous nous préparions à quitter Montréal vers notre destination, je me suis surprise à monter dans l’autobus avec l’espoir d’une expérience positive avec les participants, de résonner avec eux, d’une rencontre avec la nature et enfin avec moi-même. Et ce fut bel et bien le cas.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
DÉDICACE.....	iv
AVANT-PROPOS	v
LISTE DES FIGURES.....	xiii
LISTE DES TABLEAUX.....	xiv
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES	xv
RÉSUMÉ.....	xvi
ABSTRACT	xviii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 CONTEXTE THÉORIQUE	4
1.1 Premier épisode psychotique	4
1.2 Étiologie de la psychose	6
1.2.1 Facteurs biologiques et génétiques	6
1.2.2 Facteurs environnementaux	8
1.2.3 Modèle vulnérabilité-stress et vulnérabilité-stress-compétence.....	10
1.3 Perspective psychodynamique sur la psychose	12
1.3.1 Vie psychique et symptômes	12
1.3.2 Rapport à la réalité et processus de symbolisation carencés	15
1.3.3 Angoisses et défenses	17
1.4 Processus de rétablissement.....	21
1.4.1 Le rétablissement : un concept aux multiples définitions.....	21
1.4.2 Dimensions du rétablissement.....	23
1.4.3 Difficultés associées au rétablissement d'un épisode psychotique.....	25
1.5 Traitements de la psychose.....	26
1.6 Thérapie par l'aventure (TA).....	31
1.6.1 Définitions	31
1.6.2 Fondements de l'intervention par la nature et l'aventure	33
1.6.3 Recension des écrits.....	35
1.6.3.1 <i>Wilderness Therapy</i> (programme intensif).....	35
1.6.3.2 <i>Adventure-Based Therapy</i> (programme à intensité modérée)	36
1.6.4 Études effectuées exclusivement auprès de personnes ayant un trouble psychotique.....	38
1.7 Notre recherche.....	42
CHAPITRE 2 CADRE MÉTHODOLOGIQUE.....	44

2.1	Démarche de recherche.....	44
2.1.1	Élaboration du projet de recherche	44
2.1.2	Objectifs de recherche	44
2.1.3	Paradigme de recherche et prémisses théoriques.....	45
2.2	Participants.....	46
2.3	Programme de thérapie par l’aventure.....	47
2.4	Procédures.....	49
2.4.1	Recueil du matériel de recherche.....	49
2.4.2	Observation participante.....	50
2.4.3	Journal de bord	51
2.4.4	Utilisation d'aspects de la méthode du photolangage	52
2.4.5	Entretiens post-expédition	53
2.5	Analyses qualitatives : analyse thématique et phénoménologie interprétative.....	54
2.6	Rigueur.....	56
2.7	Considérations éthiques	57
CHAPITRE 3	PORTRAIT DES PARTICIPANTS	58
3.1	Mathias.....	58
3.1.1	Caractéristiques sociodémographiques.....	58
3.1.2	Projets de vie identifiés.....	59
3.1.3	Observations durant l’expédition.....	59
3.1.4	Entrevues post-expédition	61
3.2	Théo	62
3.2.1	Caractéristiques sociodémographiques.....	62
3.2.2	Projets de vie identifiés.....	62
3.2.3	Observations durant l’expédition.....	63
3.2.4	Entrevues post-expédition	64
3.3	Nathan.....	65
3.3.1	Caractéristiques sociodémographiques.....	65
3.3.2	Projets de vie identifiés.....	65
3.3.3	Observations durant l’expédition.....	66
3.3.4	Entrevues post-expédition	66
3.4	Jules	69
3.4.1	Caractéristiques sociodémographiques.....	69
3.4.2	Projets de vie identifiés.....	69
3.4.3	Observations durant l’expédition.....	69
3.4.4	Entrevues post-expédition	70
3.5	Anthony	71
3.5.1	Caractéristiques sociodémographiques.....	71
3.5.2	Projets de vie identifiés.....	71
3.5.3	Observations durant l’expédition.....	71
3.5.4	Entrevues post-expédition	72
3.6	Léa	73

3.6.1	Caractéristiques sociodémographiques.....	73
3.6.2	Projets de vie identifiés.....	73
3.6.3	Observations durant l’expédition.....	73
3.6.4	Entrevues post-expédition	74
3.7	Élianne	75
3.7.1	Caractéristiques sociodémographiques.....	75
3.7.2	Projets de vie identifiés.....	75
3.7.3	Observations durant l’expédition.....	75
3.7.4	Entrevues post-expédition	76
3.8	Olivier	76
3.8.1	Caractéristiques sociodémographiques.....	76
3.8.2	Projets de vie identifiés.....	76
3.8.3	Observations durant l’expédition.....	77
3.8.4	Entrevues post-expédition	77
CHAPITRE 4 ADVENTURE THERAPY WITH YOUNG ADULTS WITH PSYCHOSIS : AN OVERVIEW OF THEIR EXPERIENCE AND ITS IMPACT ON THEIR RECOVERY PROCESS		79
Abstract		79
Résumé		79
4.1	Introduction.....	80
4.1.1	Adventure Therapy	80
4.2	Methods	81
4.2.1	Context of the Study	81
4.2.2	Participants	82
4.2.3	The Adventure Therapy Program	82
4.2.3.1	Preparatory Meetings.....	82
4.2.3.2	Nature Expedition.....	82
4.2.3.3	Post-Expedition Meetings.....	83
4.2.4	Data Collection Process.....	83
4.3	Analyses.....	84
4.4	Results.....	84
4.4.1	The Expedition: An Experience of Connection to Oneself	86
4.4.1.1	Discovering New Strengths	86
4.4.1.2	Multisensory Experiences.....	86
4.4.1.3	Inhabiting One’s Own Body.....	86
4.4.1.4	Activated Affects.....	87
4.4.1.4.1	Positive Emotions	87
4.4.1.4.2	Unpleasant Emotions.....	87
4.4.1.4.3	Reduction in Substance Use and Affect Tolerance	87
4.4.2	The AT Program: An Experience of Encountering and Relating with the Other.....	88
4.4.2.1	Preparatory Meetings: Becoming Comfortable with “Being-With”	88
4.4.2.2	The Expedition: Creating and Developing Social Bonds	89
4.4.2.3	Returning Home: Reorganizing Daily Life and Social Bonds	89
4.5	Discussion.....	90
4.5.1	AT and Relation to Self: An Experience of Identity Connection	90

4.5.2 AT and Relation to the Other: An Experience of “Being-With” the Other.....	92
4.6 Limitations	93
4.7 Conclusion	94
References	96
 CHAPITRE 5 LE GROUPE UN SOIN : DYNAMIQUES ET FONCTIONS GROUPEALES DE LA THÉRAPIE PAR L’AVENTURE AUPRÈS DE JEUNES ADULTES PSYCHOTIQUES	100
Résumé.....	100
Abstract	101
5.1 Introduction.....	102
5.1.1 Thérapie par l’aventure.....	104
5.2 Méthode	105
5.2.1 Contexte de l’étude.....	105
5.2.2 Participants	105
5.2.3 Programme de thérapie par l’aventure.....	107
5.2.4 Procédures de collecte et nature du matériel de recherche	107
5.2.5 Analyses.....	109
5.3 Résultats.....	109
5.3.1 Dynamique groupale : phénomènes émergents.....	111
5.3.1.1 Entraide et initiative en contexte interpersonnel	111
5.3.1.2 Effet motivationnel.....	111
5.3.1.3 Effet déstigmatisant	111
5.3.1.4 Solidarité entre les participants.....	112
5.3.2 Les fonctions du groupe.....	113
5.3.2.1 Fonction de contenance	113
5.3.2.2 Fonction de régulation.....	113
5.3.2.3 Fonction de médiation	115
5.3.2.4 Fonction de contemplation	116
5.4 Discussion.....	116
5.4.1 Phénomènes groupaux.....	117
5.4.2 Fonctions du groupe	119
5.5 Limites	121
5.6 Conclusion	121
Références.....	123
 CHAPITRE 6 DISCUSSION GÉNÉRALE.....	127
6.1 Synthèse des principaux résultats de recherche	127
6.1.1 Expérience subjective des participants : retour sur le premier article	127
6.1.2 Dynamique groupale : retour sur le deuxième article.....	130
6.2 Premier épisode psychotique et processus de rétablissement : synthèse des éléments discutés dans le cadre des articles	133
6.2.1 Expérience de connexion identitaire : changements dans la relation à soi.....	133
6.2.2 Expérience de connexion à l’autre : briser l’isolement social	136

6.3	Réflexions sur l'utilisation de la thérapie par l'aventure auprès de jeunes adultes psychotiques à la lumière de l'approche psychodynamique des médiations thérapeutiques	139
6.3.1	Perturbation dans le rapport à soi, à l'autre et au monde : obstacles dans le processus de rétablissement.....	139
6.3.2	La thérapie par l'aventure comme médiation thérapeutique : un espace tiers contenant.....	140
6.3.3	Temporalité psychotique et structure du temps dans la thérapie par l'aventure.....	142
6.4	Rigueur méthodologique.....	146
6.5	Limites et avenues de recherche	147
CONCLUSION.....		152
ANNEXE A PROGRAMME DE LA THÉRAPIE PAR L'AVENTURE		154
ANNEXE B CANEVAS ENTRETIEN #1.....		157
ANNEXE C CANEVAS ENTRETIEN #2.....		159
ANNEXE D CANEVAS ENTRETIEN #3.....		161
ANNEXE E QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE.....		163
ANNEXE F FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT (GÉNÉRAL)		165
ANNEXE G		173
FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT (ENREGISTREMENT DES ENTRETIENS POST-EXPÉDITION)		173
RÉFÉRENCES.....		176

LISTE DES FIGURES

Figure 4.1 Schematic diagram of the intervention and research programs.....	83
Figure 4.2 Thematic Tree of the Results.....	85

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 2.1 Caractéristiques sociodémographiques des participants	48
Tableau 2.2 Programme de thérapie par la nature et l’aventure	49
Tableau 5.1 Caractéristiques sociodémographiques des participants	106
Tableau 5.2 Programme de thérapie par la nature et l’aventure	108
Tableau 5.3 Dynamique groupale : exemplification des thèmes	110
Tableau 5.4 Fonctions du groupe : exemplification des thèmes	114

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

AT *Adventure-based therapy*

INA Intervention par la nature et l'aventure

IP Intervention précoce

PEP Premier épisode psychotique

TA Thérapie par l'aventure

WT *Wilderness therapy*

RÉSUMÉ

La psychose bouleverse profondément la vie de la personne atteinte, de même que celle de son entourage. Afin de soutenir le processus de rétablissement qui suit, plusieurs études ont souligné la pertinence des traitements fondés sur les bonnes pratiques en intervention précoce. Néanmoins, certains facteurs, tels que la sévérité des symptômes, la symptomatologie négative et l'absence de soutien social peuvent compromettre l'engagement envers le traitement proposé et, par conséquent, le processus de rétablissement. Dans de tels cas, d'autres modalités d'interventions mobilisant les divers sens, telles que l'art, la danse et la voile, apparaissent fort à propos. C'est dans cette perspective que la thérapie par l'aventure (TA), une modalité d'intervention thérapeutique utilisant des activités à haute intensité en nature, présente un potentiel thérapeutique très intéressant.

Cette recherche vise à explorer et à mieux comprendre l'expérience subjective de jeunes adultes psychotiques ayant pris part à un programme de TA à l'été 2019. Elle poursuit quatre objectifs : dresser un portrait de l'expérience vécue par les jeunes adultes psychotiques au cours de leur participation au programme de TA (objectif n°1), documenter leur évolution au fil du programme de TA, à partir des observations participantes de la chercheuse principale et des éléments du discours rapporté par les jeunes adultes eux-mêmes (objectif n°2), explorer ce qu'il reste de cette expérience au cours des six mois suivant leur participation à ce programme de TA (objectif n°3), et mieux comprendre la dynamique groupale, de même que ses fonctions, au sein de cette modalité d'intervention par la nature et l'aventure (objectif n°4). Afin de répondre aux objectifs de recherche, une démarche qualitative exploratoire et interprétative a été utilisée. La collecte du matériel de recherche s'est appuyée sur l'observation participante d'un groupe composé de huit jeunes adultes psychotiques suivis à la Clinique Jeunes adultes psychotiques (JAP) du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), de deux intervenantes accompagnatrices de la clinique JAP et de deux guides facilitateurs de l'organisme Face aux vents. Des entretiens de groupe et individuels ont également été effectués au cours des six mois suivant la fin du programme de TA. Une analyse thématique a été conduite sur le matériel de recherche recueilli lors des entretiens. Une analyse complémentaire relevant de la phénoménologie interprétative a ensuite été effectuée.

Les résultats issus des analyses sont présentés sous la forme de deux articles scientifiques. Le premier article s'intitule « *Adventure therapy for young adults with psychosis: An overview of their experience and its impacts on their recovery process* » et expose deux dimensions importantes liées à l'expérience subjective des participants de ce programme de TA, soit une expérience de connexion identitaire (découverte de nouvelles forces, expérience multisensorielle, corps habité, et affects mobilisés) et une expérience de connexion à l'autre (rencontre avec l'altérité, création et développement de liens, et retour au quotidien et aménagement des liens). Le second article s'intitule « *Le groupe, un soin : dynamiques et fonctions groupales de la thérapie par l'aventure auprès de jeunes adultes psychotiques* » et présente les phénomènes groupaux ayant émergé au cours de l'expédition (entraide et initiatives, effet motivationnel, effet déstigmatisant, et solidarité), ainsi que les fonctions de la dynamique groupale (contenance, régulation, médiation, et contemplation). Les résultats sont discutés à la lumière des théories portant sur le processus de rétablissement suivant un trouble de santé mentale (Davidson et al., 2005; Martin et Franck, 2013; Koenig, 2017 et Provencher, 2002), et plus particulièrement en lien avec les défis rencontrés par les personnes ayant vécu un PEP. Les analyses mettent en évidence plusieurs processus thérapeutiques susceptibles d'être mobilisés par la TA et contribuent à enrichir la compréhension des mécanismes par lesquels une intervention groupale par la nature et l'aventure peut agir comme un levier thérapeutique dans le parcours de ces jeunes adultes. Ces processus renvoient notamment à la mobilisation du corps et des affects, au cadre structurant du groupe et aux phénomènes relationnels qui s'y déploient. En s'intéressant à l'expérience des participants jusqu'à six mois après l'expédition, cette recherche documente également la manière dont certains apprentissages réalisés dans le cadre de la TA peuvent être

réinvestis dans leur quotidien. Des réflexions théoriques et cliniques ancrées dans la perspective psychodynamique sont également proposées sur l'espace groupal offert par cette modalité d'intervention, sur la TA en tant que médiation thérapeutique et son potentiel d'amorce d'une temporalité structurante.

Mots clés : Premier épisode psychotique, intervention précoce, thérapie par l'aventure, rétablissement, observation participante, médiation thérapeutique.

ABSTRACT

Psychosis deeply affects the lives of both those who experience it and their relatives. In order to support the subsequent recovery process, numerous studies have highlighted the relevance of treatments based on best practices in early intervention. However, certain factors, such as severity, negative symptomatology, and lack of social support, can compromise commitment to the proposed treatment and, consequently, the recovery process. In such cases, adjunct treatments that engage the senses, such as art, dance, and sailing, prove particularly relevant. It is within this perspective that Adventure Therapy (AT), an intervention that uses high-intensity activities in natural settings, offers interesting therapeutic potential.

This research aims to explore and better understand the subjective experience of young adults with psychosis who participated in an AT program in the summer of 2019. It pursues four objectives: to provide an overview of their experience during their participation in the AT program (objective n°1), to document their evolution throughout the AT program, based on participant observations by the principal investigator and on the participants' own accounts (objective n°2), to explore what remains of this experience over the six months following the program (objective n°3), and to gain a better understanding of group dynamics and their functions, within this intervention setting (objective n°4). To address these research objectives, a qualitative, exploratory, and interpretative approach was adopted. Data collection relied on participant observation of a group of eight young adults with psychosis receiving care at the Jeunes adultes psychotiques Clinic (JAP) of Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), two clinicians from the JAP team, and two outdoor guides from the Face aux vents organization. Group and individual interviews were also conducted during the six months following the program. A thematic analysis was conducted on the data collected during the interviews. A complementary analysis based on interpretative phenomenology was then carried out.

Findings are presented through two scientific articles. The first, titled « Adventure Therapy for Young Adults with Psychosis: An Overview of Their Experience and its Impacts on Their Recovery Process » highlights two major dimensions of the participants' subjective experience: relation to self (discovery of new strengths, multisensory experiences, inhabiting the body, and activated affects), and relation to the other (encounters with the other, creation of bonds, and reorganizing daily life and bonds). The second article, « *The group as care: group dynamics and functions of group processes in adventure therapy for young adults with psychosis* », focuses on group phenomena that emerged during the expedition (mutual aid and initiatives, motivational effect, destigmatizing, and solidarity), as well as the therapeutic functions of group dynamics (containment, regulation, mediation, and reflection). These results are discussed in light of theoretical frameworks on the recovery process following a mental health disorder (Davidson et al., 2005; Martin and Franck, 2013; Koenig, 2017; Provencher, 2002), with particular attention to the challenges faced by individuals with psychosis. The analyses highlight several therapeutic processes that may be mobilized through AT and contribute to a deeper understanding of the mechanisms through which a nature and adventure based group intervention may act as a therapeutic lever in the recovery journey of these young adults. These processes notably involve the mobilization of the body and affects, the structuring role of the group framework, and the relational dynamics that unfold within it. By examining participants' experiences up to six months after the expedition, this research also documents how certain learnings developed during the AT program may be reinvested in participants' daily lives. Theoretical and clinical reflections, rooted in the psychodynamic perspective are also proposed regarding the group space fostered by this intervention, AT as a form of therapeutic mediation, and its potential to initiate a structuring temporality.

Keywords: First-episode psychotic, early intervention, adventure therapy, recovery, participant observation, therapeutic mediation.

INTRODUCTION

La psychose est un trouble de santé mentale sévère qui occasionne une grande détresse et affecte de manière significative les sphères sociale, familiale, scolaire et professionnelle de la personne qui en souffre (Nicole et al., 2012). Environ 2 % à 3 % de la population présente un trouble psychotique, lequel peut demeurer inaperçu pendant plusieurs mois, voire années (Monville et al., 2017). La psychose se caractérise principalement par une altération profonde du rapport à la réalité, la personne pouvant en venir à habiter une réalité idiosyncrasique difficilement partageable avec autrui (Appollon et al., 1990). Elle émerge habituellement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, période critique du développement durant laquelle de nombreux changements, tant sociaux que psychologiques, se produisent.

Dans la phase aigüe de la maladie, les personnes atteintes présentent principalement des symptômes positifs, tels que des hallucinations (visuelles et auditives), des idées délirantes (convictions irréductibles par la logique), ainsi que des pensées et des comportements désorganisés. C'est généralement l'apparition des symptômes positifs qui permet de détecter l'épisode psychotique. En revanche, les symptômes négatifs, tels que l'émoussement des affects, l'apathie, l'alogie, l'avolition, l'anhédonie et les troubles cognitifs sont souvent diagnostiqués plus tardivement, bien qu'ils semblent apparaître en premier et se développent de manière insidieuse (Delamillieure et al., 2009).

La psychose figure parmi les cinq causes principales d'invalidité dans les pays développés (Monville et al., 2017). Elle engendre de nombreuses conséquences, telles qu'un dysfonctionnement des aptitudes sociales, des difficultés relationnelles et une diminution des performances académiques et professionnelles (Iyer et Malla, 2014). Son évolution est influencée par différents facteurs de stress et de vulnérabilité, tels que la vulnérabilité biologique et les stressors environnementaux. La vulnérabilité biologique renvoie à l'ensemble de facteurs biologiques susceptibles de prédisposer une personne au développement d'un trouble psychotique, notamment certains facteurs génétiques et neurodéveloppementaux. Plusieurs recherches se sont intéressées aux potentielles variations génétiques associées à l'apparition des troubles psychotiques. La majorité d'entre elles se sont penchées sur la schizophrénie. Toutefois, bien qu'une composante héréditaire soit reconnue dans les troubles psychotiques, aucune variation génétique spécifique n'a été associée de façon constante à une plus grande probabilité de développer la schizophrénie. La contribution génétique apparaît plutôt polygénique et multifactorielle et sa nature précise demeure complexe et floue (Tandon et al., 2008 ; Zwicker et al., 2018). Les stressors environnementaux, quant à eux, renvoient aux événements de vie auxquels la personne est exposée, ainsi qu'à leur intensité et fréquence. La perception des événements, de même que les ressources personnelles

influenceront la réaction individuelle face aux stressors. C'est l'interaction dynamique entre les stressors environnementaux et la vulnérabilité biologique qui peut déclencher l'apparition de symptômes psychotiques ou non (Lecomte et al., 2019).

Outre l'impact considérable sur la personne atteinte et son entourage, la psychose a des répercussions notables sur la société, qui peuvent se manifester par des comportements violents et délinquants, une augmentation de la consommation de substances, des frais engendrés par des hospitalisations répétées et une charge de travail importante pour le personnel médical (Iyer et Malla, 2014). Les coûts directement liés à la maladie (p. ex. soins reçus, hospitalisation) et les coûts indirects (p. ex. perte d'emploi, absentéisme, coûts liés au logement) sont considérables (Krebs, 2018). À titre d'exemple, en 2004, au Canada, les coûts directs liés à la schizophrénie seulement s'élevaient à 2,02 milliards de dollars et les coûts indirects à 4,83 milliards de dollars. Près de 70% de tous ces coûts provenaient de la perte de productivité associée à la morbidité (Goeree et al., 2005).

De nombreuses études soulignent l'importance d'intervenir auprès de cette population dans la « période critique » de la maladie, soit au cours des deux à cinq premières années suivant un premier épisode psychotique (PEP) (Birchwood et al., 1998), période durant laquelle des changements importants peuvent s'opérer sur les plans symptomatique, fonctionnel et psychosocial (Bertulies-Esposito et al., 2021). Cette période correspond également à une phase particulièrement sensible de l'évolution de la maladie, marquée par la transition de l'adolescence à l'âge adulte. Les besoins d'accompagnement des jeunes adultes concernés apparaissent ainsi complexifiés par l'articulation entre l'émergence de la maladie et les défis propres à cette étape du développement (Bertulies-Esposito et al., 2021). L'intervention à cette période semble prédire à long terme les conséquences de la psychose, d'où la nécessité de prendre en charge la personne atteinte très rapidement (Conus et al., 2010; Conus, 2017). C'est sur ces fondements que se base l'intervention précoce (IP). L'IP vise à promouvoir le rétablissement en impliquant rapidement la personne dans son processus de rétablissement, et ce, en lui fournissant les services qui répondent spécifiquement à ses besoins dans les meilleurs délais possibles (Bertulies-Esposito et al., 2021 ; Nicole et al., 2012). L'objectif principal demeure l'évitement de complications ou de conséquences découlant des délais d'intervention et ainsi d'améliorer l'évolution de la maladie (McGorry, 2015). L'IP a démontré son efficacité en proposant rapidement, après l'apparition d'un PEP, un ensemble d'interventions thérapeutiques personnalisées basées sur les bonnes pratiques et axées sur le rétablissement (p. ex. *case management*) (Malla et al., 2021). Dans leurs méta-analyses, Catalan et al. (2021) et Malla et al. (2021) confirment l'efficacité de l'IP auprès des personnes souffrant de troubles psychotiques en ce qui concerne les taux de rémission symptomatique, la sévérité des symptômes résiduels, les taux de rechute et

d'hospitalisations, l'autonomie en logement, le fonctionnement social et professionnel, ainsi que la satisfaction vis-à-vis des services reçus. Toutefois, certains facteurs, tels que les symptômes négatifs, la sévérité des symptômes et l'absence de soutien social peuvent encore compromettre l'engagement envers le traitement proposé et, par conséquent, le processus de rétablissement, et ce, malgré l'accès à des services spécialisés (Austin et al., 2022).

À cet égard, différentes modalités d'intervention groupale s'inscrivent dans les objectifs de l'IP et tentent de répondre aux limites des interventions actuelles. Parmi celles-ci, la thérapie par l'aventure (TA), une modalité d'intervention complémentaire aux traitements usuels offerte en milieu naturel, a démontré un potentiel thérapeutique auprès de personnes atteintes de psychose (Bryson et al., 2013; Cuthbert et al., 2021 ; Girard et al., 2021, 2023; Kelley et al., 1997; Pellerin et Gargano, 2023 ; Rapsey et Pilcher, 2022; Voruganti et al., 2006). Gass et al. (2012) définissent la TA comme l'utilisation d'activités d'aventure effectuées en nature, proposées par des professionnels de la santé mentale, engageant les clients de manière kinesthésique aux plans cognitif, affectif et comportemental. La TA rejoint les objectifs de l'IP en raison de son effet motivationnel qui favorise, entre autres, l'engagement des patients (Voruganti et al., 2006).

À l'aide d'une méthodologie de recherche qualitative, impliquant l'observation participante, cette thèse vise à dresser un portrait de l'expérience subjective de huit jeunes adultes ayant vécu un PEP et ayant participé à un programme de TA à l'été 2019. Elle s'intéresse également aux changements s'étant mis en place au cours du programme de TA et qui, dans certains cas, ont perduré au cours des six mois suivant l'expédition. Enfin, elle a pour objectif de mieux comprendre la dynamique groupale ainsi que ses fonctions qui se sont déployées au sein de cette modalité d'intervention.

Cette thèse est structurée en six chapitres. Le premier chapitre aborde le contexte théorique sur lequel repose notre recherche. Le deuxième chapitre présente notre cadre méthodologique. Les troisième, quatrième et cinquième chapitres, exposent les résultats de notre recherche; cela prend la forme d'articles scientifiques dans le cas des deux derniers. Les articles présentés dans cette thèse correspondent aux versions acceptées pour publication dans des revues scientifiques au moment du dépôt. Ces versions peuvent différer légèrement des versions finales qui seront publiées à l'issue du processus éditorial. Enfin, le sixième chapitre propose une synthèse des résultats et une discussion clinique et théorique de l'utilité de la TA, dans la promotion du processus de rétablissement à la suite d'un PEP. Ce dernier chapitre mentionne également les limites de notre recherche ainsi que des pistes potentielles pour des recherches futures.

CHAPITRE 1

CONTEXTE THÉORIQUE

Dans ce chapitre, nous commencerons par définir ce qu'est un premier épisode psychotique (PEP). Nous aborderons ensuite l'étiologie de la psychose, les modèles vulnérabilité-stress et vulnérabilité-stress-compétence, ainsi que le fonctionnement psychotique de la psyché selon une perspective psychodynamique. Puis, nous exposerons le processus de rétablissement à la suite d'un PEP, de même que les traitements préconisés basés sur les bonnes pratiques en santé mentale. Une attention particulière sera portée aux interventions de groupe. Enfin, nous présenterons une recension des écrits portant sur la thérapie par l'aventure (TA).

1.1 Premier épisode psychotique

Sur le plan diagnostique, la version révisée de la cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5-TR : American Psychiatric Association, 2023) propose une classification descriptive des troubles psychotiques fondée sur l'identification des manifestations symptomatiques observables. Ainsi, selon le DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2023), le spectre de la schizophrénie et des autres troubles psychotiques comprend la schizophrénie, les autres troubles psychotiques et le trouble de la personnalité schizotypique. Ces troubles se caractérisent par la présence d'anomalies dans différentes dimensions symptomatiques, dont les idées délirantes, les hallucinations, la pensée désorganisée (discours), le comportement moteur grossièrement désorganisé ou anormal (incluant la catatonie) et les symptômes négatifs. Les symptômes négatifs renvoient notamment à une diminution ou une absence de certaines fonctions psychiques, telles que l'émoussement affectif, l'alogie ou l'avolition. Les troubles se situant sur le spectre de la schizophrénie se distinguent les uns des autres relativement au type, nombre, gravité et durée des symptômes psychotiques.

Alors que plusieurs premiers épisodes psychotiques (PEP) évolueront vers un trouble situé sur le spectre de la schizophrénie, la nature du trouble demeure généralement inconnue au moment de ses premières manifestations cliniques. Ainsi, Delamillieure et al. (2009) soulignent l'importance de repérer les symptômes psychotiques afin d'intervenir le plus rapidement possible et de limiter l'évolution d'un potentiel trouble. Plusieurs phases précèdent en effet le développement d'un trouble psychotique.

La phase prodromique, d'abord, correspond aux signes précoces avant-coureurs précédant la phase aigüe du trouble, où plusieurs symptômes non spécifiques se manifestent, tels qu'un changement dans le fonctionnement habituel de la personne (p. ex. gestion du stress plus difficile, vagues sentiments

dépressifs, malaise, sentiment d'être désinhibé, etc.). L'entourage peut aussi noter des changements subtils et discrets (p. ex. humeur maussade ou irritable, anxiété, comportements inhabituels, comme une plus grande dépense d'argent, etc.) (Yung et McGorry, 1996). Dans le cas d'un PEP, cette phase survient généralement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte et peut durer de quelques jours à plusieurs années. Il existe une interaction significative entre l'âge et le sexe dans l'apparition de la psychose. Les hommes présentent un risque plus élevé de développer un PEP avant l'âge de 45 ans, avec un pic d'incidence à la fin de l'adolescence, alors que, chez les femmes, un second pic est observé entre 45 et 50 ans (Tournier, 2013).

Vient ensuite la phase psychotique aiguë. Le début de la psychose est défini par l'apparition des premiers symptômes psychotiques francs. Ces derniers se divisent en deux catégories, à savoir ceux dits positifs (éléments présents qui ne devraient pas l'être) et ceux dits négatifs (éléments absents qui devraient être présents) (Lingiardi et McWilliams, 2017). De manière générale, les symptômes psychotiques sont souvent peu nombreux et modérés dans un premier temps et tendent à gagner en intensité. C'est l'apparition des symptômes positifs qui permet le plus souvent de détecter l'épisode psychotique (Delamillieure et al., 2009). Dans leur étude, Maurer et Häfner (1995) ont identifié que les premiers symptômes psychotiques sont le plus souvent les idées délirantes de référence (c.-à-d. que certains éléments de l'environnement possèderaient une signification personnelle et inhabituelle par laquelle la personne se sent concernée) et de persécution. Les hallucinations, généralement auditives, suivent de près l'apparition des idées délirantes. La personne peut également présenter des troubles de la pensée, du langage et de la logique, pouvant se manifester par un langage hermétique et difficile à saisir. Souvent diagnostiqués tardivement, les symptômes négatifs — tels que l'avolition, la pauvreté du contenu de la pensée, l'apathie et l'anhédonie — tendent pourtant à émerger en premier, de manière progressive et insidieuse (Delamillieure et al., 2009; Iyer et Malla, 2014). Ces derniers sont plus difficiles à détecter et échappent souvent à la conscience de la personne concernée, ou ne font pas l'objet de plaintes de sa part. Parmi les symptômes négatifs peu apparents se retrouvent également l'émoussement des affects, un visage inexpressif, un ton monotone, la diminution des mouvements corporels, la pauvreté du discours et l'augmentation du délai de réponse suite à une question (Andreasen, 1982). La phase psychotique aiguë se divise en deux sous-phases, soit celle sans traitement et celle avec traitement. La période entre l'apparition des premiers symptômes francs et le début du traitement correspond à la durée de psychose non traitée. Cette dernière est très variable d'une personne à l'autre. Toutefois, comme le statuent la majeure partie des recherches concernant le processus de rétablissement suivant un PEP, plus la durée de psychose non traitée est longue, moins le pronostic est favorable, en termes de sévérité des symptômes, de chronicisation de ces derniers et des conséquences qui en découlent, telles que l'isolement social, la

stigmatisation et une difficulté de collaboration au traitement (Bertulies-Esposito et al., 2021; Delamillieure et al., 2009; Iyer et Malla, 2014; Martin, 2019).

Arciniegras (2015) apporte quelques nuances à la symptomatologie psychotique en rappelant que les hallucinations et les idées délirantes peuvent être associées à plusieurs troubles psychiatriques outre ceux situés sur le spectre de la schizophrénie, tels que définis dans le DSM-5-TR, notamment aux troubles de l'humeur, aux troubles de la personnalité et au trouble obsessionnel compulsif. Des symptômes psychotiques peuvent également être causés par des troubles non psychiatriques, comme l'intoxication ou le sevrage d'une substance, et, dans certains cas, être le résultat de séquelles chroniques d'une consommation antérieure de substances (p. ex. trouble psychotique induit par une substance).

Bien que les PEP peuvent sembler surgir de façon soudaine, ils s'inscrivent généralement dans un processus développemental plus complexe, influencé par divers facteurs de vulnérabilité. Afin de mieux cerner les conditions propices à l'émergence d'un tel trouble, il importe d'explorer les facteurs multiples considérés actuellement comme étiologiques qui, en amont, peuvent fragiliser l'individu.

1.2 Étiologie de la psychose

Plusieurs recherches ont été menées afin de mieux comprendre les origines des troubles psychotiques. Certaines études se sont penchées sur les facteurs biologiques susceptibles d'y contribuer, tandis que d'autres se sont intéressés à l'influence de facteurs environnementaux. D'autres encore ont souligné les interactions complexes entre les vulnérabilités biologiques et celles liées au contexte de vie dans l'émergence et l'évolution de la psychose.

1.2.1 Facteurs biologiques et génétiques

Les facteurs biologiques et génétiques jouent un rôle important dans la vulnérabilité d'un individu à développer un trouble psychotique. À ce jour, l'héritabilité génétique, soit les facteurs génétiques et leur interaction avec l'environnement, expliquerait environ 80 % des cas de schizophrénie (Geschwind et Flint., 2015; Tandon et al., 2008). L'un des facteurs de risque les plus importants est associé au fait d'avoir un parent biologique affecté (Gottesman et al. 2010). Les études portant sur les jumeaux ont illustré cette réalité : un jumeau monozygote d'une personne atteinte de schizophrénie a environ 50 % de risque de développer cette même maladie. En comparaison, un jumeau dizygote, qui partage environ 50 % du matériel génétique, a un risque d'environ 10 % à 15 % d'être atteint de schizophrénie, une statistique également observée chez les membres d'une même fratrie (Shields et Gottesman, 1972; Tandon et al., 2008). Bien qu'aucun gène particulier n'ait été directement lié aux symptômes de la schizophrénie et

autres troubles psychotiques, de nombreuses études ont identifié des contributions génétiques complexes. Plusieurs gènes, séquences génétiques, syndromes et variations génétiques seraient impliqués et auraient le potentiel d'augmenter la probabilité d'apparition de ce trouble (Chaumette et al., 2017; Lecomte et al., 2019). À titre d'exemple, certaines études se sont penchées sur l'implication d'un dysfonctionnement dopaminergique dans le développement de la schizophrénie (Kesby et al., 2018), alors que d'autres ont regardé de plus près certaines variations de l'ADN fréquemment impliquées dans les troubles psychotiques (Chaumette et al., 2017). Malgré l'identification de certains mécanismes génétiques et processus neurobiologiques potentiellement en cause, il reste que peu d'études s'y sont intéressées de près pour l'instant et que ces dernières sont trop différentes pour permettre des conclusions définitives. Les auteurs soulignent par ailleurs la nécessité de poursuivre les recherches à ce sujet (Chaumette et al., 2017; Kesby et al., 2018). À titre d'exemple, une étude plus récente de fondée sur des analyses d'associations pangénomiques a identifié plusieurs loci génétiques associés à la schizophrénie (Trubetskoy et al., 2022). Ces résultats suggèrent toutefois que les mécanismes génétiques impliqués demeurent complexes et polygéniques. Les auteurs concluent en soulignant la nécessité de poursuivre les recherches dans ce domaine.

Parmi les facteurs de risque prénataux et périnataux associés au développement d'une psychose se retrouvent certaines complications obstétricales, notamment celles associées à l'hypoxie. Des événements, tels qu'une césarienne d'urgence, des saignements durant la grossesse, une prééclampsie ou une perturbation de la croissance fœtale peuvent augmenter la probabilité d'apparition d'une psychose (Houle et al., 2018; Vandendriessche et al., 2010). Quant au diabète gestationnel, il aurait une incidence notable dans le développement d'une psychose à l'âge adulte (Matheson et al., 2011).

Plusieurs chercheurs se sont intéressés de près aux impacts des infections prénatales, comme l'influenza, la rubéole, les infections des voies respiratoires supérieures et le virus de l'herpès durant la grossesse. Alors que certains rapportent que ces infections prénatales représentent un facteur de risque important (Vandendriessche et al., 2010), d'autres suggèrent que les résultats à ce sujet sont mitigés en raison de la qualité modérée des études effectuées (Matheson et al., 2011). Une attention particulière a été portée à la présence du parasite lié à la toxoplasmose chez la mère durant la grossesse qui augmenterait le risque chez l'enfant de développer un trouble psychotique à l'âge adulte. Cependant, les données disponibles sont de qualité faible à modérée, principalement en raison de l'incertitude concernant la période exacte d'exposition et de l'incohérence des résultats entre les études (Torrey et al., 2007). Dans leur méta-analyse, Torrey et al. (2007) concluent que la toxoplasmose représente un risque relativement faible dans le développement de la schizophrénie, la plupart des individus la contractant ne présentant pas de

manifestations de ce trouble. D'autres études se sont intéressées aux expositions à des situations stressantes durant la grossesse, telles qu'une guerre, le décès d'un proche, la famine ou une grossesse non désirée. Les données recueillies à propos de ces stressors, bien souvent imprécises, ne permettent pas de conclure que le stress vécu durant la grossesse a un impact sur le développement de troubles psychotiques à l'âge adulte (Selten et al., 2003). Houle et al. (2018) suggèrent plutôt que ces stressors pourraient contribuer à l'apparition ultérieure de troubles psychotiques chez l'enfant à naître, en raison de leur impact sur la réponse maternelle au stress et aux expériences traumatiques durant la grossesse.

Enfin, plusieurs études soutiennent que l'âge du père au moment de la conception aurait une incidence sur le risque de l'enfant de développer un trouble psychotique, comme la schizophrénie. Selon Matheson et al. (2011), le risque est plus élevé pour les pères de plus de 50 ans par rapport à ceux âgés de 25 à 29 ans. Les résultats issus de leur méta-analyse indiquent un risque relatif de 1,79 (IC 95 % : 1,56 – 2,06) pour les pères âgés de 50 ans ou plus et de 1,06 (IC 95 % : 1,01 – 1,22) pour les pères âgés de 25 à 29 ans. Cette augmentation du risque est attribuée à l'accumulation de mutations génétiques spontanées avec l'âge croissant paternel (Lecomte et al., 2019).

1.2.2 Facteurs environnementaux

Plusieurs facteurs environnementaux associés au développement d'un trouble psychotique ont été étudiés. D'abord, le fait de vivre en ville est associé à une légère augmentation du risque de développer une psychose (Matheson et al., 2011; Vandendriessche et al., 2010). Bien que cette association ne permette pas d'établir un lien causal direct, elle pourrait s'expliquer par certaines caractéristiques des environnements urbains, considérés comme plus stressants et pollués, ainsi que par des phénomènes de migration vers les centres urbains de la part de personnes souffrant de troubles psychiatriques, afin d'obtenir les soins spécialisés dont elles ont besoin (Lecomte et al., 2019).

De plus, plusieurs études se sont intéressées à la migration et au risque de développer un trouble psychotique. Certaines d'entre elles ont mis en évidence une association entre les antécédents de migration et le risque de schizophrénie (Malzberg, 1964; Bhugra, 2004). Une méta-analyse de Cantor-Graae et Selten (2005) portant sur 18 études publiées entre 1977 et 2003 a identifié des antécédents personnels ou familiaux de migration comme un facteur de risque significatif dans le développement de la schizophrénie. Selon leurs résultats, le risque relatif de développer une schizophrénie est de 2,7 pour les immigrants de première génération et de 4,5 pour les immigrants de deuxième génération. De son côté, Moran (2008) indique que le risque de psychose ne diminue pas nécessairement pour les immigrants de deuxième génération, suggérant qu'il ne peut être expliqué uniquement par l'expérience de migration, mais plutôt

par l'influence de facteurs sociaux et contextuels. Par ailleurs, plusieurs auteurs soulignent la nécessité d'interpréter avec prudence les résultats des études établissant un lien direct entre la migration et le risque accru de développer un trouble psychotique, ces dernières présentant plusieurs limites méthodologiques, notamment une hétérogénéité importante entre les groupes migratoires étudiés. Une étude plus récente, menée dans le contexte canadien, suggère d'ailleurs que le risque de psychose ne serait pas systématiquement plus élevé chez les populations immigrantes, certaines présentant des taux comparables, voire inférieurs, à ceux de la population générale. Ces résultats pourraient s'expliquer par l'influence du contexte d'accueil dans le pays d'arrivée, ainsi que par les différents facteurs sociaux post-migration susceptibles de moduler l'exposition au stress et aux inégalités sociales (Kirkbride et Hollander, 2015). Le lien entre la migration et le risque de développer un trouble psychotique pourrait également être biaisé par le fait de vivre en milieu urbain, la majeure partie des études réalisées auprès d'une population immigrante ayant été faites auprès d'immigrants issus de grandes villes (Lecomte et al., 2019). D'autres facteurs contextuels, tels que le racisme, la désinsertion sociale ou l'exclusion, pourraient également contribuer à ce risque. À ce sujet, Xavier et Iyer (2025), proposent une analyse des constructions discursives académiques entourant le diagnostic de psychose parmi les personnes ayant un statut de migrant ou de minorité ethnique. L'étude met en évidence trois types de discours récurrents dans la littérature : le racisme institutionnel en psychiatrie, la vision de la psychiatrie comme une discipline qui voit et traite les patients de la même manière et finalement, le contexte social associé aux taux élevés de psychose. Ces auteurs montrent que les explications biomédicales tendent à dominer dans la compréhension des troubles psychotiques, souvent au détriment d'explications plus critiques et contextualisées. Ainsi, ils invitent à une interprétation plus nuancée des données épidémiologiques rapportant une plus forte prévalence de la psychose au sein des populations migratoires ou minoritaires.

Ensuite, les traumatismes subis durant l'enfance, tels que la violence physique, psychologique et sexuelle, la négligence et le harcèlement, seraient associés au développement d'un trouble psychotique (Vandendriessche et al., 2010; Varese et al., 2012). Selon Varese et al. (2012), il n'y aurait pas de traumatisme plus déterminant qu'un autre dans le développement de la psychose. Leurs résultats suggèrent plutôt que certaines caractéristiques de l'expérience traumatique, telles que sa chronicité, sa sévérité ou la multivictimisation, seraient davantage liées au risque de psychose. Cette association semble ainsi s'inscrire dans une logique cumulative, où la répétition et l'intensité des expériences adverses contribueraient au risque ultérieur de développer un trouble psychotique. Toutefois, il semble que les facteurs de protection, comme un soutien social et familial adéquat, puissent atténuer les effets de ces traumatismes (Lecomte et al., 2019). Ces résultats s'inscrivent dans une perspective plus large selon

laquelle l'interaction entre des vulnérabilités individuelles et différents stressseurs environnementaux, dont les expériences traumatiques, peut contribuer au développement d'un tel trouble.

Par ailleurs, la consommation de cannabis a fait l'objet de nombreuses études auprès des personnes souffrant d'un trouble psychotique (pour une synthèse, voir L'Heureux et al., 2017). Il a été démontré que l'âge de la première exposition à cette drogue est un facteur de risque déterminant dans le développement d'une psychose (Fekih-Romdhane et al., 2019). Arsenaault et al. (2002) ont identifié qu'une consommation régulière de cannabis précoce (dès l'âge de 15 ans) est associée à un risque plus élevé de schizophrénie à l'âge adulte. Les jeunes présentant des facteurs de risque génétiques seraient possiblement plus à risque (Caspi et al., 2005). Une concentration de THC égale ou supérieure à 10 % est souvent considérée comme élevée, bien que cette classification ne fasse pas l'unanimité dans la littérature (L'Heureux et al., 2017). Selon Moore et al. (2007), le risque de développer une psychose augmente de 40 % chez les individus ayant déjà consommé du cannabis et de 50 % à 200 % chez les individus ayant une consommation importante. De plus, la méta-analyse conduite par Large et al. (2011) a conclu qu'un PEP survient généralement 2,7 ans plus tôt chez les consommateurs de cannabis.

Enfin, parmi les facteurs étudiés, certains stressseurs du quotidien, tels qu'un décès ou une rupture amoureuse, jouent un rôle important dans le risque de rechute chez les individus déjà atteints d'un trouble psychotique. Mondelli (2014) explique que ces individus ne vivent pas nécessairement plus d'événements stressants que ceux qui n'en développent pas : ce seraient plutôt les stratégies de régulation émotionnelle utilisées face à un stressseur qui semblent déterminantes. Plusieurs études ont démontré que les personnes atteintes de schizophrénie présentent des déficits significatifs dans le traitement des émotions, ce qui contribuerait à l'augmentation du niveau de détresse vécu face à un stressseur (Sprong et al., 2007). Bien qu'elles disposent de certaines stratégies de régulation émotionnelle et de capacités d'ajustement, il reste qu'elles en ont peu, que ces dernières sont principalement passives (p. ex. évitement, distraction) et qu'elles sont souvent perturbées par différents symptômes (Morin et al., 1999). Par conséquent, ces personnes seraient davantage sujettes à se déréguler lorsque confrontées à un stressseur. Ces résultats ne sont pas à négliger, considérant que des événements stressants précèdent généralement un PEP (Lecomte et al., 2019).

1.2.3 Modèle vulnérabilité-stress et vulnérabilité-stress-compétence

Comme mentionné précédemment, en raison des difficultés à expliquer les causes précises de l'apparition des troubles psychotiques, le premier modèle *vulnérabilité-stress* formulé par Zubin et Spring en 1977, a tenté de réconcilier différents modèles explicatifs sur ces troubles issus de diverses perspectives théoriques

(Rudnick et Lundberg, 2012). Dans ce modèle, la principale caractéristique du développement de la schizophrénie est associée à la vulnérabilité de l'individu. Selon ces auteurs, la composante « vulnérabilité » résulte de l'influence de nombreux facteurs, tels que les traumatismes, certaines maladies spécifiques, les complications périnatales, les expériences familiales, les interactions avec les pairs durant l'adolescence et tout autre événement de vie qui favorisent ou inhibent le développement d'un trouble ultérieur. La composante « stress », généralement associée aux événements de vie, est également à prendre en considération, puisqu'elle peut induire un état de tension chez la personne. Lorsque le niveau de stress dépasse le seuil de vulnérabilité propre à la personne, celle-ci devient alors plus susceptible de développer une pathologie (Zubin et Spring, 1977). Les auteurs soulignent toutefois que le stress résultant des différents événements de vie dépend en grande partie de la manière dont ils sont perçus et interprétés par la personne. Ainsi, une personne vulnérable peut développer un trouble psychiatrique à la suite d'un événement stressant en raison d'une difficulté d'adaptation. Au contraire, une personne moins vulnérable, disposant des ressources internes lui permettant de faire face à ce stress, peut passer par-dessus cette mauvaise journée ou semaine difficile sans développer de trouble psychiatrique (Zubin et Spring, 1977).

En 1986, Anthony et Liberman ont proposé de modifier le modèle *vulnérabilité-stress* et d'y ajouter la composante « facteurs de protection », d'où l'apparition du modèle *vulnérabilité-stress-compétence*. Leur objectif était d'aider à mettre sur pied des programmes d'intervention visant la réhabilitation des individus souffrant de troubles psychiatriques, notamment en leur permettant de développer des capacités d'adaptation et des compétences contrecarrant les effets délétères de l'interaction entre les vulnérabilités et les stressors. Ils ont démontré que les facteurs de protection psychosociaux, tels qu'un traitement pharmacologique, le développement d'habiletés sociales, l'implication de l'environnement immédiat dans le plan de traitement proposé et la participation à des programmes soutenant le développement de stratégies d'adaptation, réduisent l'impact des facteurs de risque ainsi que la probabilité de rechute symptomatique (Anthony et Liberman, 1986).

Depuis l'apparition de ces modèles, plusieurs variantes ont été proposées. Les travaux ultérieurs sur les psychoses émergentes, notamment ceux de l'école de Melbourne dirigés par McGorry (McGorry et al., 2008; 2009; McGorry, 2015), ont permis de s'intéresser davantage aux capacités d'adaptation des personnes atteintes d'un trouble psychotique et ont mis en évidence la nécessité d'intervenir aux stades précoces de la maladie, d'où l'émergence de nombreux programmes d'intervention basés sur l'intervention précoce (IP). Le modèle *vulnérabilité-stress-compétence* demeure largement mobilisé dans la compréhension contemporaine des troubles psychotiques, notamment dans les approches d'IP, puisqu'il

se concentre sur les capacités et le pouvoir d’agir des personnes concernées, suscitant ainsi de l’espoir quant au processus de rétablissement (Lecomte et al., 2019).

1.3 Perspective psychodynamique sur la psychose

Au-delà des potentiels facteurs de risque favorisant l’apparition d’une psychose décrits ci-haut, les modèles théoriques psychodynamiques proposent des hypothèses quant au fonctionnement psychotique de la psyché, en s’intéressant à la personne dans son ensemble et à sa complexité psychologique. Ils se concentrent sur son histoire unique, sa subjectivité, ses émotions, son monde interpersonnel et au contexte entourant les symptômes psychotiques, permettant ainsi d’offrir des traitements accordés au besoin de la personne en souffrance (Rosenbaum, 2019). Dans le cadre de cette thèse, ces modèles ont été mobilisés comme un cadre de réflexion clinique permettant d’éclairer la compréhension du fonctionnement psychotique et du processus de rétablissement qui s’ensuit. Cette perspective propose ainsi un angle complémentaire aux facteurs biologiques et environnementaux présentés précédemment, en mettant l’accent sur l’expérience subjective, les processus psychiques et le rapport au monde des personnes présentant un fonctionnement psychotique.

Plusieurs de ces modèles ont étudié de près les impacts des traumatismes relationnels précoces dans le développement de la psychose, en particulier au sein de la relation entre le donneur de soin primaire et le nourrisson (Kirschner, 2015). En portant attention à certains éléments exprimés à travers la trajectoire de vie et le mode d’échange de la personne dans ses relations interpersonnelles, ces modèles permettent de mieux saisir le moment de la décompensation dans l’histoire de vie de la personne et ainsi facilitent l’orientation du traitement (Azoulay, 1998).

La compréhension de la psychopathologie au sein de plusieurs modèles théoriques psychodynamiques est marquée par le modèle structural de la personnalité de Jean Bergeret (2013) qui propose différents modes d’organisation de celle-ci selon trois facteurs primordiaux : les défenses, les angoisses et la relation d’objet. À partir du modèle structural, Roussillon et al. (2018) proposent une compréhension de la psychopathologie, y compris des troubles psychotiques, qui apparaît pertinente et permettra de soutenir les réflexions cliniques tout au long de la rédaction de cette thèse. En voici les grands paramètres.

1.3.1 Vie psychique et symptômes

Les théories psychodynamiques considèrent la vie psychique d’une personne comme une réalité régie par des principes et contraintes qui influencent la manière dont elle vit les événements, anticipe certaines situations et relations et le sens qu’elle leur donne. C’est une réalité complexe possédant une partie

consciente, et une grande partie inconsciente qui se révèlent sous différentes formes, notamment via les symptômes physiques et psychiques, les affects et la vie émotionnelle. La réalité psychique est donc organisée par différents processus et est unique à chaque personne. Ainsi, les différents symptômes physiques et psychiques que peut développer une personne, dont elle n'a pas nécessairement conscience, sont étroitement liés à son histoire et à ce qu'elle vit dans l'actuel. D'une certaine manière, les symptômes représentent une manifestation d'une perturbation de la vie psychique, bien souvent inconsciente, qui a outrepassé les défenses de la personne, ces dernières ayant pour fonction, entre autres, de maintenir inconscient ce qui est inconscient. Les symptômes sont porteurs de sens pour la personne et cherchent à se faire entendre (Roussillon et al., 2018).

Dans les psychothérapies psychodynamiques, une place importante est accordée aux symptômes, soit à leur fonction et à leur origine. L'objectif est d'aider la personne à se défaire de ses symptômes bien souvent souffrants, de rendre conscients par la parole des mécanismes inconscients qui ont une influence sur le quotidien et, enfin, de mieux se connaître dans sa façon d'être, d'agir et de penser, afin d'augmenter le pouvoir d'agir sur sa propre vie et sa capacité décisionnelle (Cabaniss et al., 2017/2022).

Selon le modèle structural, la psyché peut fonctionner selon une structure psychotique, sans présenter de pathologie psychotique. Tant que la personne n'est pas confrontée à une situation qui outrepassa sa capacité à traiter l'angoisse, à l'aide de son système de défense, elle ne décompense pas (Roussillon et al., 2018). Selon Roussillon et al. (2018), la structure psychotique est marquée par l'échec de l'organisation œdipienne. Les différences des sexes et des générations n'organisent pas le fonctionnement psychique. Ce défaut d'organisation entraîne un fonctionnement psychique marqué par des angoisses primaires (p. ex. anéantissement, morcellement), dont la personne se défend principalement via le clivage, le déni et la projection. Ces défenses, bien qu'archaïques, peuvent suffire à éviter l'effondrement psychique, du moins tant que l'angoisse demeure tolérable.

Lingiardi et McWilliams (2017) reprennent cette conception en parlant d'un niveau d'organisation psychotique, où la personne montre une grande difficulté à différencier ses expériences internes de la réalité extérieure. Ce niveau d'organisation est souvent marqué par une altération importante de la perception de la réalité, une identité diffuse, une difficulté à différencier les représentations appartenant à soi et aux autres, une difficulté à différencier ce qui appartient aux fantasmes versus à la réalité, des déficits importants dans la lecture de la réalité et enfin l'utilisation de mécanismes de défense majoritairement archaïques (p. ex. déni psychotique, repli autistique, distorsion, projection, etc.). Certaines personnes peuvent présenter un fonctionnement psychotique latent, souvent perceptible dans leurs

processus de pensées, leurs affects et relations, sans pour autant manifester des symptômes francs, tels que le délire ou l'hallucination (Lingiardi et McWilliams, 2017).

Sur le plan thérapeutique, Lingiardi et McWilliams (2017) insistent sur la nécessité d'adapter les interventions thérapeutiques aux capacités psychiques de la personne qui consulte. Dans le cas d'une organisation psychotique, il apparaît essentiel que le clinicien fasse preuve de respect, entretienne la conversation et soit terre-à-terre. Il a été observé que les cliniciens expérimentés dans le traitement de personnes ayant des tendances psychotiques ont tendance à répondre aux questions plutôt qu'à s'abstenir, à donner des conseils, à normaliser et à contextualiser la détresse vécue, à identifier les déclencheurs des pires états d'esprit des personnes qu'ils accompagnent, à éduquer sur les plans émotionnel, cognitif et comportemental qui peuvent souvent être source de confusion, et à révéler des éléments de leur propre personnalité et de leurs expériences. Cela permet à ces personnes de se sentir à la fois mieux comprises et moins « fous ». Ils doivent également souvent veiller à l'observance du traitement médicamenteux et soutenir l'acquisition ou le maintien des soins personnels de base. Ils cherchent à repérer les forces du patient et l'aider à s'y appuyer, plutôt que de favoriser une posture d'exploration qui pourrait s'avérer déstabilisante, voire terrifiante. La relation thérapeutique devient un espace suffisamment contenant et structurant pour que le patient se sente en sécurité et rassuré quant à la solidité du clinicien, qui ne sera pas anéanti par l'intensité de la pathologie. Parallèlement, ces cliniciens ont tendance à adopter une posture égalitaire, marquée par un profond respect, afin d'éviter toute forme d'humiliation liée à la symptomatologie. Enfin, ils tentent d'accorder une attention particulière à ce qui préoccupe le patient, dans l'ici et maintenant, même si cela ne correspond pas nécessairement aux éléments qui apparaissent comme les plus problématiques d'un point de vue clinique (Lingiardi et McWilliams, 2017).

Lingiardi et McWilliams (2017) proposent une compréhension nuancée des symptômes psychotiques, les envisageant comme des expressions d'un fonctionnement psychique altéré, voire des tentatives de préservation de l'intégrité du moi. Ainsi, les manifestations symptomatiques, telles que les hallucinations, les idées délirantes ou les comportements désorganisés, possèdent une valeur expressive, défensive et adaptative. Elles reflètent à la fois une souffrance psychique et un effort pour maintenir une cohésion psychique minimale dans un contexte de décompensation.

Les sections qui suivent approfondiront l'expérience subjective de la psychose, selon une perspective psychodynamique. Le rapport à la réalité et les processus de symbolisation carencés, ainsi que les angoisses et mécanismes de défense qui sous-tendent l'organisation psychotique y seront notamment abordés.

1.3.2 Rapport à la réalité et processus de symbolisation carencés

La psychose se caractérise par une altération radicale du rapport de la personne à la réalité, engendrant une transformation profonde de l'identité, et fréquemment de la personnalité. Bien souvent, la personne psychotique ne réfléchit pas selon les mêmes repères logiques, symboliques ou langagiers que ceux sur lesquels s'appuie la personne qualifiée de « normal », ce qui l'oblige à faire face à la question de l'étrangeté. Sa logique de pensée, ses perceptions et sa manière d'entrer en contact avec le monde sont différentes. Une des caractéristiques communes aux différentes formes de souffrance psychotique réside dans l'impossibilité de la personne à faire la différence entre ses représentations et ses perceptions, n'ayant pu mettre en place les signaux lui permettant de le faire. Par exemple, certaines personnes n'arrivent pas à différencier leurs propres pensées des stimuli extérieurs, vivant leurs propres pensées critiques comme venant de personnes réelles autour d'eux. Cette défaillance dans la mise en sens de l'expérience découlerait d'enjeux dans les liens premiers entre la personne et son environnement. Pour certaines personnes psychotiques, une telle impasse relèverait davantage de l'incapacité de l'environnement à interpréter adéquatement ou à refléter correctement leurs états internes, ce qui compromettrait le développement de leur capacité à intégrer ces expériences. Par exemple, un parent pourrait mal interpréter les signaux émotionnels de son enfant et offrir une réponse décalée ou inadéquate face à son besoin réel. À l'inverse, pour d'autres, cette impasse serait liée à des limitations personnelles entravant leur aptitude à bien recevoir les messages provenant de leur environnement. Une personne pourrait, par exemple, rejeter les tentatives de soutien de ses proches en raison de méfiance ou de difficultés à intégrer les expériences relationnelles. Ainsi, les symptômes psychotiques peuvent être envisagés comme des tentatives ultimes de protection contre l'impossibilité de représenter (Roussillon et al., 2018). L'« appareil à penser les pensées », suivant la formule consacrée de Bion (1964), se retrouve donc en échec devant son incapacité à représenter et à se représenter en train de représenter. La personne psychotique n'est pas en mesure de prendre appui sur ses ressources internes, qui l'aideraient « normalement » à faire un travail de représentation, à faire sens de son expérience, ces dernières étant insuffisantes et défaillantes, rendant ainsi toute souffrance impensable (Di Rocco, 2020). La défectuosité du système de représentation implique donc que les expériences sont vécues de manière brute, sans être transformées en souvenirs cohérents. Par conséquent, les pensées et émotions brutes, n'ayant pu être traitées, refont surface de manière chaotique et violente pour la personne.

L'abolition partielle ou complète du lien à la réalité sociale est visible chez certaines personnes, entre autres, par le délire et/ou l'hallucination. Si ces manifestations sont souvent comprises comme des symptômes en psychiatrie, la perspective psychanalytique les envisage aussi comme des tentatives de réorganisation psychique, servant à organiser et donner un sens à une expérience de terreur primitive.

Délirer consiste alors, pour la personne, à tenter de reconstruire une forme de cohérence interne, même si cette construction s'éloigne de la réalité partagée. Les travaux de Piera Aulagnier permettent d'éclairer la fonction des constructions délirantes dans l'économie psychique de la personne.

Ainsi, elle conçoit la psychose à partir des conditions qui compromettent l'avènement du « Je » comme instance capable de penser son existence, son histoire et son rapport au monde. La question centrale n'est pas seulement celle du symptôme manifeste, mais celle de ce qui arrive lorsque la personne ne trouve pas, dans le discours de l'Autre, un énoncé acceptable concernant l'origine : origine de soi, du monde, du plaisir et du déplaisir. Pour Aulagnier (2003), le discours du porte-parole, d'abord maternel, a pour fonction de proposer à l'enfant un premier énoncé sur son origine, énoncé qu'il pourra métaboliser et à partir duquel il pourra élaborer sa propre théorisation, son « Je ». Lorsque cet énoncé est manquant, contradictoire avec le vécu affectif de l'enfant, ou encore impose une signification insensée, il expose le « Je » à une impasse fondamentale : soit reprendre à son compte un discours qui dénie la vérité de son éprouvé, soit rester confronté à un éprouvé indicible, innommable.

C'est dans cette impasse que prend place le concept de pensée délirante primaire (Aulagnier, 2003). Celle-ci constitue une création interprétative par laquelle le « Je » tente de produire une causalité propre, certes étrangère à celle du discours partagé, mais capable de rendre son existence psychiquement pensable. La pensée délirante primaire représente donc l'interprétation que le « Je » se donne de ce qui est la cause de ses origines. Elle vise à préserver un accès au champ de la signification en créant du sens là où l'Autre a laissé un énoncé manquant ou a-sensé. En ce sens, le délire apparaît comme une tentative de sauvegarde du rapport au discours et à la pensée, même si cette tentative impose un ordre causal « délirant ». Elle permet ainsi de préserver le « Je » comme instance pensante, en tentant de réorganiser et de donner une cohérence minimale à des vécus internes qui demeurent impensables (Aulagnier, 2003).

L'hallucination, quant à elle, est classiquement définie comme une « perception sans objet » (Ey et al., 1989). Dans les travaux de Guy Gimenez, portant sur l'expérience hallucinatoire et le travail de l'hallucination chez les personnes psychotiques, l'hallucination peut être comprise comme la transformation d'expériences affectives et émotionnelles non symbolisées qui sont appréhendées par la personne comme des perceptions. Ainsi, « ce qui n'est pas pensé, parce qu'encore impensable, est figuré et perçu. L'hallucination se construit à partir de ce qui a été rejeté et qui revient, appréhendé comme une perception [...] : halluciner, c'est percevoir l'impensé » (Gimenez, cité dans Granjon, 2001). Cette perturbation du lien au monde engendre généralement une confusion entre le monde interne et le monde externe. Il est notamment difficile pour la personne de savoir ce qui appartient au-dedans et au-dehors, au

soi et au non-soi. Cette confusion, couplée à l'absence d'une structure interne capable de donner un sens à l'expérience vécue, peut plonger la personne dans un sentiment profond de chaos et d'irréalité (Roussillon et al., 2018). Le monde interne est alors vécu comme étrange et dangereux. Margaret Little décrit ainsi, à partir de son expérience personnelle, ce phénomène :

Tout est irréalité. Chaos, tromperie, je n'ai ni centre, ni source, ni Dieu. Si j'avais un cadre, une structure, une charpente, un échafaud ou une croix, là, les épines pourraient me transpercer, pénétrer dans ma chair, s'enfoncer, là, le chaos pourrait se fixer. Être centré et prendre forme. (Little, 1991, p. 353)

Ainsi, ce qui n'a pu être suffisamment approprié, mis en sens ou représenté, peut faire retour sous forme de délire ou d'hallucination. Les hallucinations ou certains contenus délirants peuvent alors être compris comme des tentatives de figuration d'expériences affectives ou émotionnelles qui n'ont pu être symbolisées. Dès lors, la personne tente de se protéger d'angoisses terrifiantes suscitées par ce retour massif de l'expérience non appropriée en mobilisant différents mécanismes défensifs. La profusion de symptômes propres aux troubles psychotiques peut ainsi être comprise comme une tentative, souvent coûteuse sur le plan psychique, de maintenir une organisation interne face à des expériences envahissantes (Roussillon et al., 2018).

1.3.3 Angoisses et défenses

Les travaux cliniques en psychanalyse portant sur le fonctionnement psychotique ont mis en lumière la présence de processus psychiques inconscients influencés par des angoisses primitives particulièrement désorganisantes et dévastatrices (Di Rocco, 2020). Dans la psychose, la personne se protégerait principalement de l'angoisse d'être anéanti, de ne pas exister, d'éclater. Le moi psychotique n'est pas unifié et présente une identité très peu définie et intégrée, d'où la présence d'une angoisse massive de morcellement où la personne est envahie par la sensation de se démanteler, de se démembrer, de se fragmenter (Benedetti, 1998; Roussillon et al., 2018). L'envahissement par des sensations de vide, fréquemment rapportées par les personnes psychotiques, traduit l'incapacité à se représenter comme une personne suffisamment formée, construite et porteuse d'une histoire (Chabert et al., 2019). La personne peut également être aux prises avec une angoisse de vidage, soit la sensation ou la crainte de perdre sa substance, ses contenus, son intérieur. Elle peut aussi se défendre d'une angoisse d'intrusion, où ce qu'elle a d'abord projeté à l'extérieur fait retour à l'intérieur sans être reconnu comme lui appartenant. Ce qui revient de l'extérieur est alors vécu comme étrange et persécutoire et se manifeste généralement sous la forme de voix, d'hallucinations, de délire ou encore de sensations de bizarrerie, parfois associées à des expériences de déréalisation. En l'absence de ressources internes pour traiter la conflictualité psychique,

tout est divisé en bon ou mauvais et la personne peine à reconnaître l'autre comme à la fois semblable et différent (Roussillon et al., 2018; Souffir, 2005). Cette difficulté à reconnaître l'autre comme une personne distincte constitue un enjeu central dans le fonctionnement psychotique. Dans un cadre thérapeutique suffisamment contenant, certaines expériences relationnelles peuvent toutefois permettre à la personne d'explorer progressivement cette altérité et de transformer le rapport à l'autre, de sorte qu'il soit vécu comme moins persécutif.

Comme il n'a pas été possible de développer un sentiment fondamental de sécurité dans le monde qui l'entoure, la personne psychotique en vient à croire que l'anéantissement est imminent (McWilliams, 2011). La nature de la relation au donneur de soins primaires, bien souvent la mère, et la capacité de cette dernière à « tenir » et « contenir » les angoisses de son nourrisson, jouent un rôle crucial dans l'amplification des angoisses. La figure parentale qui arrive à faire sentir suffisamment en sécurité son enfant, à faire preuve d'empathie et à répondre à ses besoins contribuerait, entre autres, au développement de défenses matures (Bion 1962; Winnicott, 1960).

C'est notamment à travers l'expérience répétée d'une présence parentale suffisamment fiable que l'enfant peut progressivement intérioriser une figure contenant et sécurisante. Comme le souligne Donald Winnicott :

Le fondement d'une structure psychique saine et stable est certainement à rapporter à la fiabilité de la mère interne, mais cette capacité est elle-même soutenue par l'individu. Il est vrai que les gens passent leur vie à porter le réverbère sur lequel ils s'appuient, mais quelque part au commencement, il doit y avoir un réverbère qui tient tout seul, sinon il n'y a pas d'introjection de la fiabilité. (Winnicott, 1966, p. 216-217)

Chez la personne psychotique, l'environnement émotionnel précoce aurait dans une certaine mesure échoué, voire dans certains cas traumatisé l'enfant. L'évolution des défenses s'en trouverait alors perturbée. Une fois adulte, la personne demeure vulnérable face aux difficultés émotionnelles, prenant appui sur un système de défenses psychotiques archaïques, telles que l'agrippement, le déni, le clivage, la projection, l'identification projective et l'omnipotence (Berney et al., 2009; Hingley, 1997; McWilliams, 2011; Roussillon et al., 2018).

Dans l'objectif de se protéger de la terreur agonisante que peuvent susciter ces angoisses, la personne psychotique utilise plusieurs mécanismes de défense. Ces derniers peuvent être reconnus comme des mécanismes de maintien étant donné qu'ils ont pour objectif de la protéger de ses angoisses, qui la rapprochent dangereusement d'une mort psychique (Berney et al., 2009). Ses stratégies défensives

demeurent toutefois très coûteuses, puisqu'à la fois elles la protègent et l'égarent (Souffir, 2005). Dans le paragraphe suivant sont énumérés les principaux modes défensifs d'une personne ayant un pôle d'organisation psychotique du psychisme.

Le *déni psychotique* consiste à nier la réalité extérieure. La personne ne reconnaît pas comme réels certains aspects extérieurs ou expériences subjectives, bien que cela soit apparent pour autrui (Berney et al., 2009). Le *clivage*, quant à lui, peut se manifester sous diverses formes. Lorsque le moi de la personne a tendance à se scinder en deux, une partie restant ancrée dans le réel alors que l'autre est soumise à un délire et/ou à une hallucination, il est question du clivage du moi. Le clivage est généralement mobilisé pour protéger le moi contre l'angoisse de morcellement : le moi se brise en deux ou en plusieurs parties pour tenter d'éviter de disparaître. Dans la perspective développée par Roussillon (1999), le concept de clivage au moi vise à préciser la notion classique de clivage du moi. Il renvoie au fait que le moi se voit privé d'une partie de sa propre histoire qui demeure inaccessible et ne peut être symbolisée, généralement en raison de sa teneur traumatique désorganisatrice. Ce traitement défensif du traumatisme apparaît toutefois particulièrement couteux sur le plan psychique, puisque l'absence de représentation maintient la personne dans une posture d'impuissance susceptible de générer des affects massifs, tels que la rage destructrice (Bourdin, 2002). Enfin se distingue le clivage de l'objet, où les objets sont divisés en deux catégories, « bon » ou « mauvais », évitant ainsi de confronter l'ambiguïté inhérente aux relations humaines (Roussillon et al., 2018). Dans le fonctionnement psychotique, la *projection* hallucinatoire représente l'expulsion d'un désir ou d'une émotion intolérable à l'extérieur de soi. Il y a projection lorsque la personne refuse de reconnaître ce qui lui appartient. La projection renvoie également à la méconnaissance de la personne de ses propres désirs et émotions qu'elle ne reconnaît pas comme siens, dont elle est partiellement inconsciente et dont elle attribue l'existence à des réalités extérieures. Dans les deux cas, la personne déplace les sentiments de son monde interne vers le monde externe, afin de se protéger de la destructivité interne qui la guette (Roussillon et al., 2018). Dans l'*identification projective*, la personne externalise des aspects de son monde interne qu'elle éprouve comme intolérables ou menaçants, en les attribuant à l'autre. Il s'agit d'un mode de relation dans lequel l'autre est subtilement influencé, et parfois contraint, à endosser et incarner ces éléments projetés. Ainsi, l'objet devient le support d'éléments trop lourds et souffrants à porter et est maintenu activement dans cette position. Ce mécanisme défensif permet au moi de garder un sentiment de contrôle en transformant l'autre en une extension de lui-même. Il n'y a donc plus de différenciation entre soi et l'objet, puisque ce dernier n'a pas d'existence propre et n'est pas reconnu en tant que tel (Roussillon et al., 2018). L'*idéalisat*ion, quant à elle, consiste à prêter à l'autre de bons aspects seulement, le rendant ainsi omnipotent, parfait. Toutefois, un retour du balancier s'opère rapidement et l'objet idéalisé peut devenir un objet mauvais et persécuteur. De

son côté, l'*omnipotence* renvoie à un sentiment de grandiosité interne, amenant la personne à croire qu'elle a tout compris et que tout est possible. Elle se perçoit comme capable de tout faire, allant jusqu'à deviner les projets et intentions d'autrui. Cette défense se manifeste généralement lorsque la personne est confrontée à un sentiment d'inutilité, de vide ou d'impuissance, autant d'expériences psychiques qu'elle vise à contrer. Elle occupe une place centrale dans les phénomènes maniaques, où l'expansion du moi sert à repousser l'effondrement dépressif. Comme mentionné précédemment, l'omnipotence peut également être attribuée à autrui, générant ainsi une sensation d'être observé, contrôlé, à la merci de l'autre. Enfin, l'*agrippement* ou le *cramponnement* permettent à la personne de lutter contre la désintégration, en s'agrippant effrénément à un objet, une chose ou une personne, dont la perte constitue un risque vital (Roussillon et al., 2018). Ces défenses, bien qu'elles protègent la personne de l'angoisse immédiate, maintiennent un équilibre précaire qui freine l'intégration de son identité et de sa relation au monde. Paul-Claude Racamier illustre ainsi la complexité de cette dynamique :

[L]e schizophrène se noie dans ses identifications, se perd dans ses projections, se mutile avec des identifications projectives, se découpe à coups de scissions, et s'anéantit dans ses dénis. La plupart des manifestations schizophréniques résultent de la mise en œuvre combinée de ces mécanismes sous l'emprise de l'angoisse qui les mobilise. (Racamier, 1976, p. 8)

Dans une perspective complémentaire, et au-delà des considérations cliniques précédemment évoquées, les travaux de Sullivan, tels que présentés par Thompson (1978), mettent en lumière la dimension interpersonnelle du fonctionnement psychotique. Dans ce modèle, le concept de *soi* y est conçu comme une organisation qui se construit à partir des interactions avec les figures significatives de l'environnement, à travers les expériences d'approbation, de désapprobation et d'anxiété vécues dans la relation. Le besoin de sécurité, étroitement lié à l'évitement de l'angoisse, y occupe une place centrale, orientant les comportements et les modes d'adaptation de la personne dans ses rapports à autrui. Les manifestations psychopathologiques peuvent ainsi être comprises comme des tentatives d'ajustement développées dans un contexte relationnel donné. Sur le plan thérapeutique, Sullivan souligne l'importance d'un cadre relationnel suffisamment sécurisant, marqué par le respect et ajusté aux capacités psychiques de la personne. Il insiste notamment sur la nécessité d'éviter des interventions prématurées ou trop interprétatives, susceptibles d'accentuer les angoisses sous-jacentes, telles que décrites ci-haut, et, par conséquent, les défenses, ainsi que sur le rôle actif du clinicien, dont l'engagement dans la relation thérapeutique constitue en soi un levier thérapeutique. Les travaux de Sullivan viennent ainsi enrichir la compréhension psychodynamique du fonctionnement psychotique, en soulignant combien les expériences relationnelles participent à la fois à l'organisation de la souffrance psychique et à ses possibilités de transformation.

Pour ainsi dire, les modèles psychodynamiques offrent une compréhension approfondie du fonctionnement psychique des personnes psychotiques, particulièrement des fragilités dans le lien à soi, à l'autre et au monde, ainsi que des angoisses sous-jacentes et des mécanismes de défense mobilisés pour y faire face. Cette perspective permet de saisir les défis auxquels ces personnes sont confrontées dans leur processus de rétablissement, notamment en ce qui concerne l'identité, le lien à l'autre, le travail de représentation et de symbolisation, ainsi que la mobilisation du pouvoir d'agir. Elle met également en lumière les conditions nécessaires pour qu'un travail thérapeutique puisse progressivement se déployer, notamment à travers la relation thérapeutique et les processus transférentiels, au sein desquels certains de ces fonctionnements psychiques peuvent être mobilisés et transformés. Dans cette optique, les conceptions contemporaines du rétablissement apparaissent particulièrement pertinentes pour réfléchir aux différentes transformations subjectives, relationnelles et existentielles susceptibles d'émerger chez les personnes ayant vécu un PEP, dans leur cheminement vers un mieux-être.

1.4 Processus de rétablissement

1.4.1 Le rétablissement : un concept aux multiples définitions

Le rétablissement à la suite d'un trouble de santé mentale constitue un processus complexe dont la conceptualisation varie selon les perspectives théoriques et cliniques adoptées. Dans une perspective biomédicale, le rétablissement est généralement envisagé en fonction de critères objectifs évalués par un tiers professionnel, tels que la rémission symptomatique, l'observance au traitement, la réduction des rechutes et le retour à un niveau de fonctionnement jugé adéquat (Beck et al., 2012; Catalan et al., 2021). À l'inverse les approches centrées sur l'expérience des personnes aux prises avec un trouble de santé mentale conçoivent davantage le rétablissement comme un processus multidimensionnel, subjectif et dynamique qui ne se réduit pas nécessairement à la disparition complète des symptômes (Davidson et al., 2005; Provencher, 2002). Dans cette perspective, les dimensions existentielles, identitaires et personnelles, telles que l'autonomie, le bien-être, la reprise de pouvoir d'agir et l'engagement dans des projets de vie significatifs, pour n'en nommer que quelques-unes, apparaissent comme centrales dans le processus de rétablissement. Cette conception du rétablissement apparaît particulièrement pertinente dans le contexte d'un PEP, qui survient généralement à une période charnière du développement (transition de l'adolescence à l'âge adulte), et qui peut profondément ébranler l'identité, les relations interpersonnelles et les projets de vie. Historiquement, la conception du rétablissement a toutefois longtemps été dominée par la conception biomédicale.

Ainsi, le rétablissement est un concept qui fut, jusqu'aux années 2000, largement défini comme le retour à la santé, marqué par la rémission totale des symptômes et un retour au fonctionnement normal de la

personne tel qu'elle était avant la maladie. C'est à partir de cette définition que plusieurs études se sont intéressées au rétablissement en termes de « résultats », selon des critères symptomatologiques fixes déterminant si une personne est considérée comme rétablie ou non. Par exemple, dans leur étude de suivi de deux ans auprès de 1175 personnes ayant vécu un PEP, Verma et al. (2012) ont examiné la rémission symptomatique et la rémission fonctionnelle. Leurs résultats montrent que 54,1 % des personnes de l'étude étaient en rémission symptomatique en regard de la fréquence, de la durée et de l'intensité des symptômes, alors que 58,4 % étaient en rémission fonctionnelle en ce qui a trait au fonctionnement attendu dans les contextes du travail et de l'éducation, conditions de vie et contacts sociaux jugés normaux. Toutefois, seuls 29,4 % d'entre elles remplissaient les critères à la fois pour la rémission symptomatologique et la rémission fonctionnelle. Dans le même sens, Koenig (2017) rapporte, à partir des mêmes critères énumérés ci-haut, que de 40 % à 60 % des personnes diagnostiquées avec une schizophrénie connaissent un rétablissement partiel, alors que de 20 % à 30 % d'entre elles présentent un rétablissement complet. Ces données récentes témoignent d'une évolution positive du pronostic associé à ce trouble, considéré comme incurable à l'époque asilaire (Koenig, 2017).

Néanmoins, de tels résultats laissent sous-entendre toute la complexité associée au rétablissement d'un PEP. Gori (2017) cite à ce sujet Patricia E. Deegan, laquelle explique qu'une personne est parfois bien plus malade que la médecine ne le laisse croire, surtout lorsqu'elle répond aux exigences sociales et semble asymptomatique. Cette perspective met en lumière les limites d'une conception du rétablissement fondée uniquement sur la disparition des symptômes. À ce sujet, Anthony (1993) propose une définition distincte du rétablissement en tant que processus subjectif, qui demeure d'actualité :

[Le rétablissement est] un processus profondément personnel et unique de changements d'attitudes, de valeurs, de sentiments, d'objectifs, de compétences et/ou de rôles. C'est une façon de vivre une vie satisfaisante, pleine d'espoir et de contribution, même avec des limitations causées par la maladie. Le rétablissement implique le développement d'un nouveau sens et d'un nouveau but dans la vie de la personne, au-delà des effets catastrophiques de la maladie mentale (traduction libre, Anthony, 1993, p. 527).

Dans le cadre de cette thèse, notre choix de définition du rétablissement s'est arrêté sur une approche plus globale, proche de celle proposée par Anthony (1993). Elle s'appuie sur les travaux de Davidson et al. (2005), Koenig (2017), Martin et Franck (2013) et Provencher (2002) qui conçoivent le rétablissement comme un processus dynamique et complexe, ancré dans l'expérience subjective de la personne et dans lequel plusieurs phases prennent forme. Ce processus implique généralement une reconstruction identitaire, une reprise du pouvoir d'agir sur sa vie, l'espoir en un avenir meilleur, la mise en place de projets de vie mobilisant les ressources personnelles et sociales, ainsi qu'un état de bien-être respectant les

limites de la personne et celles de son environnement. Dans cette perspective, une approche thérapeutique psychosociale, collaborative et centrée sur la personne est donc essentielle pour soutenir le rétablissement à la suite d'un PEP (Bourdeau et al., 2014; Greacen et Jouet, 2012; Koenig, 2017; Martin et Franck, 2013; Provencher, 2002).

1.4.2 Dimensions du rétablissement

Plusieurs auteurs, dont Davidson et al. (2005), Martin et Franck (2013), ainsi que Provencher (2002) se sont intéressés de près aux ingrédients fondamentaux qui permettent à une personne vivant avec un trouble de santé mentale de se rétablir. Ces travaux ont permis d'identifier diverses dimensions centrales aux transformations qui accompagnent l'expérience du rétablissement. Dans le cadre de cette thèse, nous nous sommes attardés plus spécifiquement aux quatre dimensions proposées par Provencher (2002) : la redéfinition et l'expansion du soi, la relation à l'espace temporel, le pouvoir d'agir, et la relation avec les autres.

La première dimension, soit *la redéfinition et l'expansion du soi*, fait référence à des changements dans le rapport au soi qui amèneraient la personne en souffrance psychique à reconnaître ses forces, ses valeurs et ses faiblesses (Provencher, 2002). Ces changements se produiraient via l'expérience subjective reliée au processus de deuil du *soi passé* — associé à la présence d'un trouble de santé mentale — et au processus de consolidation d'un *nouveau soi*. Ces deux processus se chevaucheraient dans l'amélioration de la connaissance de soi, l'identification de nouvelles forces, la remémoration de forces oubliées et la réévaluation de ses capacités, ce qui contribuerait grandement à la construction d'un soi plus complexe (Assad, 2014 ; Bourdeau et al., 2014; Davidson et al., 2005; Provencher, 2002). Martin et Franck (2013) soulignent à leur tour la nécessité d'une redéfinition du pôle le plus profond de l'identité humaine, à savoir le soi, de même qu'une redéfinition de l'identité sociale. Dans cette perspective, le rétablissement dépendrait, dans une certaine mesure, de la capacité de la personne diagnostiquée à se dégager de l'étiquette qui lui a été accordée ou à ne pas s'identifier exclusivement à celle-ci. Assad (2014) souligne la pertinence des *récits de vie* personnels qui, de par les réflexions, prises de conscience et questionnements qu'ils suscitent, permettraient à l'auteur-narrateur en souffrance de redevenir davantage auteur de sa propre vie. Ainsi, la mise en mots du récit de vie pourrait aider la personne à recontacter ses forces vives et à prendre une distance par rapport à certains éléments négatifs du discours populaire entourant les troubles de santé mentale, tels que la discrimination, la stigmatisation, l'oppression, etc. Enfin, Martin et Franck (2013) mettent l'accent sur la nécessité, en tant que société, de tisser des ponts entre les institutions psychiatriques et les espaces sociaux, afin d'offrir la possibilité à ces personnes d'occuper d'autres rôles que celui d'une personne « malade ».

De son côté, la seconde dimension, soit *la relation à l'espace temporel*, met en lumière l'impérativité d'envisager un futur, malgré tout ce qu'a vécu la personne. L'espoir en une vie meilleure serait un puissant catalyseur de changement qui pousserait la personne à aller de l'avant et à entreprendre des projets mettant en valeur son potentiel (Martin et Franck, 2013; Provencher, 2002). Ceci montre l'importance d'être soutenu par ses pairs et par l'équipe traitante qui assure le suivi, afin de favoriser la transmission de ce sentiment.

Concernant la dimension du *pouvoir d'agir*, cette dernière se situe au cœur de la perspective de soins centrés sur la personne (Barbès-Morin et Lalonde, 2006). Elle renvoie d'abord et avant tout à la capacité de la personne à prendre la responsabilité de son rétablissement en étant la propre actrice de changement au sein de son traitement et de sa santé (Greacen et Jouet, 2012). Selon cette perspective, la personne en souffrance psychique n'est plus prise en charge; bien au contraire, elle s'implique activement et participe aux décisions la concernant, en collaboration avec l'équipe traitante (Bourdeau et al., 2014; Greacen et Jouet, 2012). L'encouragement à une telle autonomisation chez les utilisateurs de soins soutient le développement de la confiance en soi et de l'aptitude à surmonter les difficultés qui se présentent en cours de route (Provencher, 2002).

La dernière dimension, *la relation aux autres*, se rapporte à l'importance des relations avec les autres. La reconnaissance de l'expérience subjective de la personne en rétablissement et la valorisation des changements qui s'opèrent chez elle seraient des éléments cruciaux de ces relations. La participation à des groupes d'entraide, entre autres, stimulerait l'expérience du rétablissement. La personne se retrouve dans un contexte où son évolution personnelle est mise à l'avant-plan et dans lequel elle reçoit de l'aide de personnes ayant vécu sensiblement le même genre d'expériences de vie qu'elle. Ce contexte lui permettrait non seulement de créer de nouveaux liens significatifs, mais aussi de valider ses compétences personnelles, en apportant de l'aide à un pair, par exemple. De même, les encouragements venant des pairs, la conscientisation par l'observation de conduites aidantes chez les autres et l'aide apportée aux autres par la personne elle-même sont tous des éléments liés au sentiment d'efficacité personnelle (Provencher, 2002).

De plus, Bouchard (2006) fait remarquer que la relation thérapeutique est empreinte d'espoir lorsqu'il y a une bonne alliance thérapeutique entre l'intervenant et son patient. Effectivement, la qualité de la relation, marquée par une écoute sensible et une ouverture d'esprit quant à la compréhension de la personne malade et de ses besoins, favorise la construction d'un partenariat entre les deux parties. Ainsi, lorsqu'il y a une bonne alliance, un consensus est obtenu en ce qui concerne les buts, les tâches, les rôles et l'implication de

la personne en rétablissement. Ce type de relation semble avoir un impact sur la perception que la personne a d'elle-même et, par le fait même, sur son pouvoir d'agir. Enfin, comme le mentionnent Spaniol et al. (2002) dans leur étude portant sur le processus de rétablissement de personnes atteintes de schizophrénie, celles qui ont le plus cheminé dans leur rétablissement sont celles qui ont bénéficié d'un support adéquat de la part de leur entourage lorsqu'elles traversaient des périodes plus difficiles. Les professionnels de la santé font également partie des personnes qui se démarquent dans l'entourage de la personne, de par leur capacité à susciter l'espoir, à donner des encouragements et à offrir à la personne des opportunités d'évoluer.

Comme le soulignent Provencher et Keyes (2010), les interventions qui ne visent que la guérison d'un trouble de santé mentale par la rémission complète des symptômes apparaissent insuffisantes sur le plan du rétablissement, selon la perspective adoptée ici. Retrouver l'espoir de se rétablir demeure une composante centrale du processus de rétablissement et est associé à de meilleurs résultats, notamment en ce qui concerne la qualité de vie, l'estime de soi et la diminution de symptômes liés au trouble en question (Young et al., 2020).

1.4.3 Difficultés associées au rétablissement d'un épisode psychotique

Malgré cette vision optimiste du rétablissement, il reste que, lorsque le diagnostic d'un trouble de santé mentale est émis, la vie de la personne en est souvent bouleversée, tout comme celle de son entourage. À partir de son expérience personnelle, Deegan (2001) explique que la personne souffrant d'un trouble de santé mentale doit aussi se remettre de la stigmatisation et des préjugés de la part de la population et, dans certains cas, venant du personnel médical traitant. L'un des dangers sous-jacents serait l'intériorisation par la personne du diagnostic qui lui est attribué par les professionnels de la santé, et ce, même si l'approche d'intervention précoce (IP) évite toute évocation diagnostique et tend à normaliser l'événement (Monville et al., 2017). L'identification au trouble de santé mentale représenterait alors un obstacle considérable sur le plan du rétablissement. Provencher (2002) souligne que le sentiment d'impuissance face au diagnostic représente une des plus grandes barrières au rétablissement. Effectivement, l'estime de soi, le sentiment d'efficacité personnelle et la confiance en soi de la personne en sont grandement affectés.

L'expérience du rétablissement proposée par Provencher implique donc la nécessité d'augmenter le pouvoir d'agir, d'autant plus que les personnes ayant vécu un PEP éprouvent souvent de la difficulté à s'engager dans un traitement. Ce problème est exacerbé par le fait que le diagnostic et le traitement peuvent tarder, ce qui permet, entre autres, aux symptômes de s'enraciner et nuit à la trajectoire de rétablissement (p. ex. risque de rechute, désengagement du traitement et persistance des symptômes

négatifs) (Bertulies-Esposito et al., 2021). Depuis les deux dernières décennies, des efforts considérables ont été déployés dans plusieurs pays, afin d’implanter des programmes d’IP destinés aux personnes aux prises avec un PEP. Les données de recherche ont démontré l’importance d’intervenir dans la période critique de la maladie, soit au cours des deux à cinq premières années suivant le PEP, puisque cela contribuerait à une amélioration significative du pronostic (Roy et al., 2021). Bien que certains défis demeurent dans l’implantation et l’efficacité de tels programmes d’intervention, il semble qu’une incompréhension de la maladie de la part des individus souffrant d’un PEP et qu’une réticence à aller chercher l’aide nécessaire aussi tôt que possible, entravent le processus de rétablissement (Bertulies-Esposito et al., 2021; Conus, 2018; Conus et al., 2005). Au final, pour plusieurs chercheurs, le rétablissement devrait plutôt être défini comme un processus thérapeutique qui permet à la personne de reprendre la responsabilité de sa vie en raison d’expériences positives lui offrant des encouragements et du soutien dans le développement de ses capacités et contribuant à une amélioration de sa condition (Barbès-Morin et Lalonde, 2006; Lalonde, 2007; Liberman, 2002; Provencher, 2002).

1.5 Traitements de la psychose

Au vu de ce qui a été énoncé précédemment, la psychose est un trouble complexe qui nécessite un traitement personnalisé. Dans les services spécialisés, le traitement des troubles psychotiques repose généralement sur un ensemble d’interventions combinées visant à soutenir la stabilisation clinique et le fonctionnement global de la personne. Les recommandations issues des guides de bonnes pratiques proposent ainsi différentes modalités d’intervention qui, bien que variées, ne suffisent pas toujours à soutenir l’engagement des jeunes adultes dans un processus de rétablissement subjectif et dynamique, compte tenu des difficultés vécues et de la complexité du tableau clinique à la suite d’un PEP. La présente section vise à offrir un aperçu de ces traitements usuels, afin de mieux situer la TA, laquelle se veut complémentaire aux approches thérapeutiques actuellement proposées et peut contribuer à soutenir un processus de rétablissement davantage centré sur l’expérience subjective.

Les guides de bonnes pratiques centrés sur le traitement des troubles psychotiques visent généralement la rémission, complète ou partielle, des symptômes psychotiques. Parmi les soins individualisés et intensifs proposés, seuls ou en combinaison, selon les besoins identifiés, se retrouvent : le traitement pharmacologique, la gestion de cas (*case management*), les groupes thérapeutiques (p. ex. ergothérapie, éducation psychologique, sport, thérapie motivationnelle pour troubles concomitants de toxicomanie), le soutien à l’emploi et aux études, les interventions cognitives, les interventions psychothérapeutiques — notamment la thérapie cognitive comportementale —, ainsi que des interventions familiales (ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2022; Tsuda et al., 2022). L’intensité du suivi variera par la suite

selon la phase de la psychose et du rétablissement, et ce, tout en considérant les objectifs de réadaptation de la personne atteinte. Le traitement pharmacologique, prescrit par le psychiatre traitant, vise principalement la stabilisation des symptômes psychotiques, la réduction du risque de rechute et le soutien du processus de rétablissement. Les intervenants assurant les divers suivis psychosociaux offrent un rôle de soutien dans l'observance et le maintien du traitement pharmacologique (MSSS, 2022). Les interventions psychosociales pertinentes pour la personne atteinte de psychose sont généralement offertes par l'intervenant pivot, soit l'intervenant clé de l'équipe interdisciplinaire qui offre des services à la personne et son entourage et qui assure un lien avec le reste de l'équipe. Selon les besoins cliniques et l'évolution de la symptomatologie, différentes interventions psychothérapeutiques peuvent également être proposées. Les activités de groupe sont également recommandées dans l'offre de services, et ce, dès le début du processus de rétablissement. Les interventions de groupe sont en effet reconnues pour répondre à des besoins variés, tels que la socialisation et le sentiment d'appartenance, en plus de couvrir plusieurs objectifs thérapeutiques (p. ex. améliorer la condition physique et mentale, favoriser la reprise d'activités, réduire la consommation de substances, améliorer les habiletés sociales, etc.) (MSSS, 2022).

Si les troubles psychotiques s'accompagnent souvent d'une fragilisation du rapport à l'autre, notamment en lien avec une rupture du consensus social, plusieurs auteurs soulignent néanmoins que les dispositifs groupaux peuvent constituer des espaces thérapeutiques particulièrement pertinents pour de jeunes adultes appelés à composer simultanément avec plusieurs défis. Dans le cadre de cette thèse, une attention particulière a été accordée aux effets thérapeutiques des interventions groupales, celles-ci occupant une place importante dans l'offre de services actuelle tout en constituant un espace privilégié pour soutenir certaines dimensions du processus de rétablissement conçu ici comme subjectif et dynamique.

Ainsi, de nombreuses études ont documenté leur efficacité auprès d'adolescents et d'adultes présentant un trouble psychotique. La majorité de ces études portent sur des interventions groupales basées sur l'approche cognitive comportementale et reposent sur des méthodologies quantitatives, telles que des questionnaires standardisés et des échelles autorapportées. Ces études révèlent généralement une réduction significative des symptômes positifs, ainsi qu'une amélioration globale du fonctionnement, particulièrement lorsque ces interventions s'inscrivent dans les lignes directrices des programmes d'intervention précoce (Özer et Dişsiz, 2024; Polese et al., 2019).

À ce sujet, Owen et al. (2015) ont montré que les interventions groupales aident à réduire la détresse associée aux symptômes psychotiques, à augmenter la confiance en soi et l'espoir en un avenir meilleur — notamment grâce à l'apprentissage de nouvelles stratégies d'adaptation —, et à une meilleure

connaissance de soi. Lockwood et al. (2004), quant à eux, ont montré que la psychothérapie de groupe aide à diminuer l'anxiété sociale, en plus de réduire les modèles de comportements provoquant le retrait social et l'isolement, chez les hommes atteints de schizophrénie. Ces auteurs ont aussi souligné les impacts significatifs des interventions groupales intensives (p. ex. séances de six heures à raison de deux fois par semaine pendant dix semaines) sur la réduction des symptômes psychiatriques (notamment les symptômes positifs) chez les individus à un stade précoce de la maladie et chez ceux présentant une symptomatologie moins sévère. De leur côté, She et al. (2016) ont mis en évidence, auprès d'adolescents souffrant de schizophrénie, les impacts positifs de la psychothérapie de groupe, tels que la réduction de la symptomatologie positive, l'amélioration du sentiment de cohérence de soi et celle du fonctionnement social.

Toutefois, les symptômes négatifs sont souvent peu abordés, voire non considérés dans les études, alors même qu'ils constituent un enjeu central dans l'évolution des troubles psychotiques (Polese et al., 2019). La nécessité de mener des recherches considérant l'ensemble de la symptomatologie psychotique a été largement soulignée, afin de bien évaluer les effets des interventions groupales. À cet égard, la revue systématique d'Orfanos et al. (2015) s'est intéressée de plus près à la symptomatologie négative. Leurs résultats suggèrent que les interventions groupales seraient plus efficaces que les traitements psychothérapeutiques individuels dans la réduction des symptômes négatifs, à condition que la durée et la fréquence des séances soient suffisamment soutenues. Orfanos et al. (2015) insistent néanmoins sur l'importance de poursuivre les travaux dans ce domaine, afin de mieux cerner les mécanismes à l'origine de la diminution des symptômes négatifs et d'identifier les leviers thérapeutiques susceptibles de favoriser une telle diminution.

Outre les effets observés sur la symptomatologie, plusieurs études soulèvent l'importance des groupes thérapeutiques dans la réinsertion sociale, ces derniers agissant comme catalyseurs des habiletés relationnelles. Dans leur revue de la littérature sur les interventions groupales menées entre 1921 et 1963 auprès de personnes psychotiques, Stotsky et Zolik (1965) soulignaient déjà les retombées positives des groupes thérapeutiques sur le fonctionnement social. Les groupes offraient aux participants un espace où ils pouvaient se sentir acceptés et compris, contribuant ainsi à contrecarrer l'isolement social qui suit souvent un diagnostic de trouble psychotique. Dans le même sens, Gabrovšek (2009) indique que, pour de nombreuses personnes atteintes de schizophrénie, la thérapie de groupe constitue leur principale expérience de relation. Le cadre groupal favorise l'observation de soi et des autres et encourage à entrer en relation, de façon authentique, dans l'ici et maintenant. Le groupe permet ainsi une réactivation des capacités relationnelles souvent affaiblies par le retrait social.

Cette capacité du groupe à agir comme levier relationnel a été largement documentée dans les recherches actuelles auprès de jeunes adultes ayant vécu un PEP. Dans cette optique, Saksa et al. (2009) ont démontré les effets positifs des interventions groupales basées sur l'approche cognitive comportementale auprès de cette population, notamment sur la symptomatologie, l'estime de soi et le fonctionnement social, grâce à la présence de pairs et à la possibilité d'observer les comportements adaptatifs d'autres aux prises avec des difficultés similaires. Lecomte et al. (2014) ont, pour leur part, mis en lumière la nécessité de créer un climat sécurisant où les participants peuvent tisser des liens avec les autres participants et thérapeutes et s'appuyer sur leur soutien, afin d'améliorer leur symptomatologie globale. Ces auteurs ont aussi mis en évidence les bienfaits de la présence de pairs, ainsi que de leurs perceptions positives à l'égard des forces et qualités personnelles de chacun, sur le développement de l'estime de soi.

De leur côté, Thibaudeau et al. (2021) insistent sur l'importance qu'occupe l'influence des pairs au début de l'âge adulte, d'où la pertinence d'offrir un contexte d'intervention favorisant un sentiment d'appartenance et un apprentissage par les pairs. Dans un tel contexte, le groupe devient un lieu sécuritaire où les participants tendent à se sentir plus à l'aise de partager leurs difficultés, d'essayer de nouveaux comportements et d'échanger à propos de stratégies d'adaptation et de régulation émotionnelle. Ces échanges entre pairs apparaissent souvent plus percutants que les recommandations des thérapeutes. De plus, les interventions groupales basées sur l'approche cognitive comportementale permettent de contrer l'isolement social fréquemment observé suite à un PEP, en soutenant le développement et/ou le maintien des habiletés sociales et la création de nouvelles amitiés (Thibaudeau et al., 2021).

Si plusieurs études empiriques ont documenté les effets des interventions groupales sur la symptomatologie et le fonctionnement social, certaines approches thérapeutiques se sont davantage intéressées aux processus psychiques mobilisés dans ces dispositifs de soins. Du côté des écrits psychanalytiques, plusieurs cliniciens ont proposé des théories afin de mieux comprendre le rôle du groupe dans la transformation de l'expérience subjective de la personne en souffrance. Les interventions groupales, comme moyen ou comme contexte de traitement des maladies psychiques, sont reconnues depuis bien longtemps pour leurs vertus thérapeutiques. La première révolution psychiatrique, qui dénonçait la contention et l'isolement en asile psychiatrique, a mis de l'avant l'utilisation du groupe en tant qu'instrument thérapeutique au sein duquel le lien à l'autre soigne (Kaës, 2021).

À cet égard, Kaës (2021) souligne la capacité du groupe à mobiliser des processus psychiques et des dimensions de la subjectivité qui demeurent inaccessibles dans les dispositifs thérapeutiques individuels. Le groupe peut alors être envisagé comme un espace psychique intermédiaire, qui n'est pas sans rappeler

la perspective winnicotienne de l'espace transitionnel, de par son potentiel créateur et expérientiel. Il s'agit d'un lieu situé entre le monde interne et la réalité extérieure où les expériences psychiques de chacun peuvent y être déposées, transformées et progressivement symbolisées. C'est également un espace dynamique qui se modifie au gré des interactions entre les membres qui le composent tout en modifiant les positions subjectives de chacun et les relations qui s'y déploient. Il permet la mise en circulation d'affects, de représentations et de fantasmes qui ont le potentiel de s'élaborer dans la rencontre avec les autres membres du groupe. Cet espace groupal peut ainsi soutenir un travail d'élaboration collective des vécus subjectifs et contribuer à la transformation d'expériences internes difficilement représentables en des expériences plus digestes (Kaës, 2010). Ainsi, les dispositifs thérapeutiques de groupe apparaissent fort à propos pour répondre aux besoins de structuration de l'activité psychique des personnes souffrant de pathologies sévères. La présence de l'autre et sa fonction pensante joueraient un rôle actif dans les processus psychiques, comme la mémoire, le langage et l'interprétation (Kaës, 2021).

Enjalbert (2006) rappelle que la schizophrénie fragilise les fondements mêmes de l'identité en affectant la corporéité, la vie affective, relationnelle, familiale et sociale. Les groupes thérapeutiques, et tout particulièrement ceux qui utilisent des modalités d'intervention qui mobilisent les différents sens et soutiennent un ancrage dans le réel, comme l'art-thérapie, permettraient de solliciter et de mobiliser les aspects préservés du moi, facilitant ainsi le processus thérapeutique (Enjalbert, 2006). Cette visée thérapeutique a été davantage explorée par Montag et al. (2014), qui ont réalisé un essai contrôlé randomisé à l'aveugle sur un groupe thérapeutique d'art-thérapie basé sur l'approche psychodynamique. En comparaison avec le traitement habituel, qui consistait en un suivi médicamenteux ainsi qu'en une variété d'interventions thérapeutiques, telles que des psychothérapies individuelles et de groupe axées sur la parole (thérapies cognitivo-comportementales et psychodynamiques modifiées), de l'ergothérapie, de la musicothérapie, de la relaxation, de l'entraînement aux compétences cognitives et sociales, des sorties et des activités sportives, les résultats de l'étude ont révélé que le groupe d'art-thérapie aidait à réduire significativement les symptômes positifs, moyennement les symptômes négatifs et contribuait à l'amélioration du fonctionnement psychosocial. Ces auteurs ont également montré que les participants du groupe d'art-thérapie ont développé des niveaux plus élevés de conscience émotionnelle, en particulier des émotions des autres participants, à la suite de cette intervention.

Enfin, dans le prolongement des travaux de Kaës (2021), Gimenez (2006) explique que, pour les personnes psychotiques, la situation groupale, de par son cadre, permet d'explorer des parties morcelées d'elles-mêmes qui, dans une intervention individuelle, risqueraient davantage de mener à une dissociation. La mise en commun des parties chaotiques de chacun, dans un environnement propice au partage, sans

trop de risque de contamination destructive, permet la construction d'un espace dans lequel ce qui d'habitude fait violence, abîme, morcelle, peut enfin s'exprimer sans grand danger. Parfois même, le groupe arrive à réguler et contenir ce que ses membres viennent y déposer. Dans une certaine mesure, le groupe, devenant un lieu de mise en commun d'angoisses et de souffrances, permet à chacun de prêter à l'autre des fonctions psychiques qu'ils ne sont pas en mesure d'utiliser pour eux-mêmes (Gimenez, 2006).

C'est à partir de cette conception du groupe en tant qu'espace sécuritaire, contenant et transformateur des vécus psychiques que nous proposons d'explorer les effets thérapeutiques potentiels de la thérapie par l'aventure dans le processus de rétablissement subjectif et dynamique de jeunes adultes psychotiques. Plus précisément, nous formulons l'hypothèse que, par sa structure, cette modalité d'intervention favorise la création d'un espace groupal assurant une certaine contenance psychique, c'est-à-dire un espace de partage où l'expérience subjective de chacun peut être accueillie, mise en mots et trouver écho auprès des autres. Cette hypothèse sera reprise et approfondie dans la discussion des résultats, afin d'éclairer les processus thérapeutiques susceptibles d'être mobilisés dans ce type de dispositif thérapeutique. Bien que la composante groupale constitue un aspect central de notre réflexion, cette dernière s'inscrit tout de même dans un cadre thérapeutique plus large : celui de la thérapie par l'aventure (TA). La section suivante propose ainsi de définir la TA et d'en explorer les retombées, à partir des écrits scientifiques sur le sujet.

1.6 Thérapie par l'aventure (TA)

1.6.1 Définitions

Diverses appellations et définitions de la thérapie par l'aventure (TA) se retrouvent dans les écrits scientifiques et cliniques, en raison de la pluralité des pratiques à travers le monde. Plusieurs termes sont ainsi utilisés en Amérique du Nord, tels que *adventure based education*, *adventure-based counseling*, *adventure therapy*, *outdoor education*, *outdoor behavioral health care*, *wilderness adventure therapy*, *wilderness therapy*, et *bush adventure therapy* pour n'en nommer que quelques-uns (Gargano et Turcotte, 2018; Ritchie et al., 2016). Au Québec, les termes interventions « par la nature et l'aventure », « en contexte de nature et d'aventure », « éducatives en contexte de plein air » et « psychosociales par la nature et l'aventure » sont généralement préconisés. Il reste que la TA constitue une modalité d'intervention difficilement définissable en raison des différentes populations auxquelles elle s'adresse, des multiples lieux où elle se déroule et des diverses techniques d'intervention utilisées par les intervenants (Gargano, 2022). Il importe de préciser que ces appellations ne sont pas strictement interchangeables et renvoient à des cadres théoriques et pratiques distincts. Bien que les appellations « intervention par la nature et l'aventure » et « pratiques centrées sur la nature et l'aventure » soient de plus en plus retenues au Québec (Gargano, 2022), l'appellation « thérapie par l'aventure » sera privilégié dans le cadre de cette thèse afin

d'assurer une cohérence terminologique avec les travaux antérieurs issus du même programme de recherche.

Alvarez et Stauffer (2001) ont néanmoins proposé une définition relativement large de la TA, qui demeure pertinente à ce jour, à savoir : « toute utilisation intentionnelle d'outils et de techniques d'aventure choisis pour promouvoir un changement personnel vers des buts thérapeutiques désirés » (traduction libre, p. 87). Plus récemment, Gass et al. (2012) ont défini la TA comme une modalité d'intervention qui se caractérise par l'utilisation prescrite d'activités de plein air, effectuées en nature, offertes par des professionnels en santé mentale, qui engagent les personnes de façon kinesthésique aux niveaux cognitif, affectif et comportemental. Elle peut varier en durée, de sorties de quelques heures à plusieurs jours en expédition. La TA combine les effets bénéfiques des activités récréatives dans la nature et ceux des interventions thérapeutiques plus traditionnelles.

La TA s'inscrit dans un paradigme soutenant que l'apprentissage passe par l'expérience. Ce type d'apprentissage suppose que, lorsque les personnes sont activement impliquées dans leur processus de rétablissement, leurs systèmes sensoriels se mobiliseraient et engendreraient chez elles des niveaux d'activité cognitive plus élevés. Cette plus grande activation des processus cognitifs permettrait d'intégrer beaucoup plus facilement l'expérience vécue. Puisque la personne est directement impliquée dans son processus de rétablissement, elle serait alors en mesure de constater plus facilement les conséquences directes de son investissement (Newes et Bandoroff, 2004).

Les participants à la TA sont invités à relever différents types de défis psychologiques et physiques sollicitant leurs ressources internes, facilitant ainsi les prises de conscience et encourageant le changement (Nadler et Luckner, 1992). Les activités proposées s'étendent sur un continuum partant d'activités de développement de la confiance en soi à des activités de plus grande envergure, telles que la randonnée pédestre, le canot-kayak et l'escalade (Scheinfeld et al., 2011). Afin d'être qualifiée de thérapeutique, cette modalité d'intervention doit être conduite par des thérapeutes reconnus par leur ordre professionnel respectif.

Du côté des intervenants en santé mentale, la TA est souvent utilisée afin de mieux comprendre les patients, et ce, par une évaluation thérapeutique plus poussée rendue possible grâce aux activités d'envergure (Ewert et McAvoy, 2000). Les thérapeutes présents dans la TA ont pour mission de bien encadrer les participants, afin de faciliter leur engagement individuel, ainsi que leur engagement dans le groupe. Ewert et McAvoy (2000) perçoivent spécifiquement la TA pour les personnes souffrant d'un

trouble de santé mentale comme une excellente occasion pour les thérapeutes d'évaluer leurs patients dans un milieu beaucoup plus naturel que l'institution, mais aussi comme un apport thérapeutique à leur traitement.

Dans le cadre de cette thèse, nous nous référons principalement à la nomenclature proposée par Williams (2004), qui insiste sur l'importance de bien expliquer la terminologie utilisée pour définir le programme proposé aux patients. Il expose que l'emploi du terme « TA » devrait être réservé aux programmes : (a) qui ciblent les problématiques de la clientèle visée, (b) dont la conception et les prises de décisions sont basées sur un ensemble de connaissances théoriques solides et (c) dans lesquels des professionnels formés adéquatement dirigent le bon déroulement des activités. Les principaux fondements et composantes thérapeutiques associées aux interventions par la nature et l'aventure, dont fait partie la TA, seront présentés dans la section suivante.

1.6.2 Fondements de l'intervention par la nature et l'aventure

Les programmes d'intervention par la nature et l'aventure, comme la TA, reposent principalement sur l'articulation de plusieurs dimensions thérapeutiques reconnues et complémentaires, telles que l'immersion en nature, l'aventure qui sous-tend un engagement corporel et sensoriel, l'expérience groupale, ainsi que l'éducation et l'apprentissage expérientiel (Rojo et al., 2017).

D'une part, plusieurs études suggèrent que l'exposition à des *environnements naturels* serait associée à différents bénéfices psychologiques et physiologiques, notamment une diminution du stress psychologique, de l'anxiété et des symptômes dépressifs, ainsi qu'une amélioration de l'humeur, du bien-être subjectif et de la qualité de vie (Bettmann et al., 2024). La composante *aventure*, quant à elle, repose sur la participation à des expériences comportant une part de défi, d'adaptation, d'incertitude et de dépassement de soi, dans lesquelles la personne est amenée à s'engager dans un contexte comportant un certain niveau de risque réel ou perçu (Rojo et al., 2017). L'exposition à un environnement non familier et à de nouvelles expériences favoriserait alors un état de déséquilibre et d'adaptation susceptible de soutenir les apprentissages, l'engagement dans l'expérience, ainsi que le développement d'un sentiment de compétence et de maîtrise personnel (Gass, 1993; Newes et Bandoroff, 2004; Rojo et al., 2017). L'aspect *groupal* inhérent à ce type de modalité d'intervention apparaît également répondre aux besoins fondamentaux d'affiliation, de lien et de connexion de l'être humain. L'intervention par la nature et l'aventure propose ainsi une expérience groupale qui vise à favoriser les interactions sociales, l'entraide, le sentiment d'appartenance et l'interdépendance entre les participants, notamment dans le cadre de défis et de tâches communes nécessitant collaboration et adaptation relationnelle (Gargano et Turcotte, 2017;

Turcotte et Lindsay, 2019). Enfin, la composante *apprentissage expérientiel*, qui se caractérise par le fait d'apprendre dans l'action et en réfléchissant sur l'action, permettrait à la personne de donner un sens à son expérience et de transformer celle-ci en savoir mobilisable dans d'autres contextes (Kolb, 1984; Priest et Gass, 1999). Il lui serait alors possible d'intégrer et de transférer, dans le quotidien, certains apprentissages effectués dans le contexte naturel et d'activités d'aventure. Certains aspects de la programmation sont également conçus afin de soutenir les réflexions chez les participants et de favoriser le transfert des apprentissages dans d'autres contextes.

D'autres études rapportent que l'activité physique pratiquée en contexte naturel pourrait engendrer des effets bénéfiques supplémentaires sur le bien-être psychologique, comparativement à une activité physique pratiquée à l'intérieur, notamment par une augmentation du niveau d'énergie et du plaisir ressenti, une plus grande intention de répéter l'activité pratiquée en contexte naturel, une augmentation de l'activité physique soutenue, une diminution des symptômes anxieux et dépressifs, de même qu'une restauration attentionnelle accrue (Ahler et al. 2024; Hu et al., 2025). Ces effets seraient entre autres conceptualisés à partir de la théorie de la restauration de l'attention (Kaplan et Kaplan, 1989) et de la théorie de la réduction du stress (Ulrich et al., 1991), selon lesquelles les environnements naturels favoriseraient la récupération de la fatigue mentale et la diminution du stress psychologique.

Au-delà des bénéfices associés à l'exposition à la nature et aux activités physiques, certains auteurs soulignent la pertinence et les bienfaits d'expériences axées sur les loisirs, plaisantes et significatives pour la personne aux prises avec un trouble de santé mentale dans son processus de rétablissement. Les activités de loisir seraient associées à différents indicateurs du processus de rétablissement, tels que l'espoir, le bien-être subjectif, le sentiment de compétence, les relations sociales et l'engagement dans des rôles sociaux valorisés (Hutchinson et Fenton, 2017; Iwasaki et al., 2014).

Enfin, il importe de souligner que ce type d'intervention repose à la fois sur l'articulation des différentes composantes thérapeutiques et complémentaires énumérées précédemment et sur une programmation structurée d'activités variées visant des objectifs thérapeutiques adaptés à la population clinique visée, qui favoriseraient le développement personnel et interpersonnel (Gargano et Turcotte, 2018). Les programmes d'intervention par la nature et l'aventure à visées thérapeutiques, comme la TA, se distinguent ainsi d'une simple pratique d'activités de plein-air ou d'une exposition passive à la nature, puisqu'ils reposent sur une utilisation intentionnelle de l'environnement naturel, de l'aventure, du groupe et de l'apprentissage expérientiel à des fins thérapeutiques.

Sur la base de ces différents fondements, plusieurs modalités d'intervention par la nature et l'aventure ont été développées. La section suivante présentera deux formes reconnues de programmes plus largement étudiées, soit la *Wilderness Therapy* (WT) et l'*Adventure-based Therapy* (AT), qui répondent à l'ensemble des critères énoncés par Williams (2004), respectant la définition de la TA.

1.6.3 Recension des écrits

L'intérêt pour l'utilisation d'interventions par la nature et l'aventure auprès de personnes présentant des troubles psychiatriques date de plusieurs décennies. Dès les années 1970, Shearer (1975) décrivait une expérience de camping à visées thérapeutiques organisée pour des patients hospitalisés souffrant de dépression et de schizophrénie. Les résultats de cette étude suggéraient que ce type d'expérience favorisait l'engagement des participants, améliorait l'humeur et soutenait les interactions sociales. Bien que cette initiative ne s'inscrivait pas encore dans les modèles contemporains de la TA, qui seront décrits plus en détails ci-dessous, elle témoigne de l'intérêt précoce pour l'utilisation du plein air comme contexte thérapeutique dans le traitement des troubles de santé mentale.

1.6.3.1 *Wilderness Therapy* (programme intensif)

La *Wilderness Therapy* est un type de programme souvent utilisé comme traitement indépendant. Elle prend la forme d'une expédition en milieu éloigné qui dure de 7 à 60 jours, bien que certains programmes puissent être plus longs. Elle est d'ailleurs reconnue pour son traitement intensif et sa capacité à générer de grands changements à court terme chez les participants. Ce type d'environnement favorise le développement de compétences personnelles au travers d'un travail d'équipe entre les membres du groupe afin d'assurer le succès de l'expédition et leur survie (Newes et Bendoroff, 2004).

Beaucoup d'études ont été effectuées dans les programmes de WT : des mesures standardisées ont été établies, des bases de données ont été partagées entre chercheurs et des normes ont été mises en vigueur quant aux programmes « en milieu sauvage », principalement en ce qui concerne l'éthique et la gestion des risques (Norton et al., 2014). Les résultats de plusieurs recherches montrent que les programmes de WT auprès d'adolescents souffrant de troubles de santé mentale non précisés améliorent leur fonctionnement global en plus de réduire les symptômes de détresse reliés à leur condition (Norton et al., 2014). Johnson et al. (2020) ont montré que l'utilisation de ce type de programme auprès d'adolescents en difficulté améliorait leurs fonctionnements psychologique, familial et psychophysiologique. Hoag et al. (2013) ont également noté un effet positif sur l'humeur, les relations interpersonnelles, les compétences sociales et les difficultés comportementales chez de jeunes adultes ayant participé à un programme de WT. De plus, leurs résultats démontrent une amélioration de l'alliance thérapeutique, de la motivation envers le

traitement et une diminution des attitudes dysfonctionnelles au cours de leur participation au programme. Dans le même sens, une étude de Bettmann et al. (2013) a mis en évidence que les programmes de WT réduisent significativement les symptômes de détresse, les symptômes somatiques, ceux présents dans les relations interpersonnelles, ainsi que ceux associés aux problèmes sociaux et comportementaux de la personne atteinte d'un trouble de santé mentale. Enfin, Russel (2008) s'est intéressé aux effets de cinq programmes de WT auprès d'adolescents âgés de 16 et 17 ans ayant un trouble de santé mentale, un trouble d'usage aux substances ou encore ces deux diagnostics. Les résultats de cette étude révèlent un changement significatif sur le plan motivationnel à la suite de la participation au programme, notamment un désir prononcé de modifier les comportements nuisibles et une réduction marquée de la consommation de substances.

1.6.3.2 *Adventure-Based Therapy* (programme à intensité modérée)

Pour ce qui est du format *Adventure-Based Therapy* (AT), celui-ci consiste en une intervention s'inscrivant dans le plan de rétablissement global de la personne, qui tient compte de ses particularités et de ses besoins, et s'étend sur une durée beaucoup plus courte que la WT (Gass, 1993). Ce type d'intervention peut prendre place dans l'établissement même où la personne est soignée, tout comme à l'extérieur de celui-ci, dans un périmètre rapproché, dans un environnement comprenant tout le matériel nécessaire pour la réalisation des activités. L'intervention de type AT peut durer d'une heure à une journée complète et parfois quelques jours, selon les visées de l'activité. Cette modalité de traitement est souvent utilisée auprès de patients hospitalisés, placés en résidence, en combinaison avec un traitement en consultation externe (Gillis, 1992; Newes et Bendoroff, 2004).

Peu de recherches ont été spécifiquement effectuées à ce jour sur ce format de thérapie par l'aventure (TA) auprès des jeunes adultes psychotiques, les recherches étant majoritairement centrées sur la clientèle souffrant de troubles psychiatriques en général. Toutefois quelques études rapportent des résultats prometteurs. Sullivan (2011) a réalisé une revue critique des interventions par la nature et l'aventure auprès d'adultes souffrant de troubles mentaux divers et a mis en évidence que, malgré certains résultats contradictoires obtenus d'une recherche à l'autre, ceux-ci demeurent constants en ce qui concerne les effets bénéfiques de la TA sur la condition physique et sur l'estime de soi. Elle conclut en soulignant la pertinence d'un suivi post-intervention, afin de clarifier l'ampleur des changements positifs suscités par ce type d'intervention.

Dans leur méta-analyse de 197 études portant sur les effets thérapeutiques de programmes WT et AT auprès de populations diversifiées, Bowen et Neill (2013) ont mis en évidence que ces deux types de

programmes ont une taille d'effet modérée comparativement aux traitements alternatifs et à l'absence de traitement. Ainsi, selon leurs résultats, ces programmes apparaissent modérément efficaces en termes de changements positifs à court terme sur les plans psychologique, comportemental, émotionnel et interpersonnel. Les changements semblent également se maintenir à plus long terme. Ces résultats apparaissent d'autant plus importants chez les participants d'âge adulte. De plus, les auteurs soulignent que ces programmes apparaissent être une modalité complémentaire bénéfique aux traitements usuels déjà mis en place. Dans leur étude auprès d'adultes atteints de divers troubles mentaux ayant pris part à un programme à intensité modérée de type AT, Cotton et Butselaar (2013) ont noté des changements significatifs sur le sentiment de maîtrise, l'estime de soi et les liens sociaux. Les activités liées au camping semblent également avoir suscité un sentiment de bien-être chez les participants. Toutefois, ces résultats semblent s'être maintenus entre le début et la fin du programme seulement et s'être estompés un mois plus tard. Dans le même sens, Schell et al. (2012), dans leur étude auprès de 21 adolescents souffrant d'un trouble de santé mentale (psychotique et non psychotique), ont indiqué une amélioration de l'estime de soi, du sentiment de maîtrise et de la réalisation des objectifs personnels en comparaison avec un groupe contrôle. De leur côté, Tucker et al. (2013), dans leur étude auprès de 1135 enfants et adolescents souffrant de troubles émotionnels et comportementaux, ont montré que la sévérité des difficultés a grandement diminué chez ceux ayant suivi un traitement comprenant l'AT comparativement à ceux ayant reçu divers types de soutien sans prendre part à un programme d'AT. Gabrielsen et al. (2018), dans leur étude auprès de 32 adolescents vivant diverses difficultés sur le plan de la santé mentale, ont noté que ce type de programme contribue à l'amélioration de la santé mentale et du fonctionnement au quotidien chez la majeure partie des participants. Enfin, une étude plus récente menée auprès de patients ayant un trouble psychotique ou affectif s'est intéressée aux effets d'une intervention en forêt de type AT de courte durée (Bielinis et al., 2019). Les résultats, mesurés à l'aide de questionnaires standardisés administrés avant et après l'intervention, indiquent notamment une amélioration de la vigueur chez les patients ayant un trouble psychotique et une diminution des symptômes dépressifs chez les patients ayant un trouble affectif à la suite de la participation au programme. Les auteurs suggèrent que ces effets pourraient être liés à l'aspect restaurateur de l'environnement naturel et la stimulation sensorielle procurée par l'immersion en forêt. Toutefois, plusieurs limites méthodologiques restreignent la portée des résultats. Les auteurs indiquent ne pas connaître avec précision le nombre total de patients présents dans l'unité hospitalière au moment de l'intervention, ce qui rend difficile l'évaluation de la représentativité de l'échantillon. De plus, l'étude repose sur un devis quasi expérimental sans groupe contrôle clairement établi, ne permettant pas de déterminer dans quelle mesure les effets sont attribuables à l'intervention elle-même plutôt qu'à d'autres facteurs.

1.6.4 Études effectuées exclusivement auprès de personnes ayant un trouble psychotique

Bien que les résultats des études présentées précédemment suggèrent que la TA offre plusieurs bénéfices aux personnes aux prises avec un trouble de santé mentale, et ce, qu'il s'agisse d'un programme intensif (WT) ou à intensité modérée (AT), il reste que peu d'études se sont penchées spécifiquement sur une population ayant vécu un épisode psychotique. De plus, les études portant sur les troubles mentaux graves et persistants présentent souvent des échantillons peu ou mal définis et comportent plusieurs limites méthodologiques. À notre connaissance, un nombre limité d'études ont exploré l'utilisation d'interventions reposant sur des activités d'aventure en nature réalisées en groupe et encadrées par des intervenants, correspondant aux caractéristiques généralement associées aux programmes de TA, auprès de personnes ayant spécifiquement un trouble psychotique. Parmi celles-ci, sept études correspondant à cette description ont été identifiées dans la littérature (Bryson et al., 2013; Cuthbert et al., 2021; Girard et al., 2021, 2023; Kelley et al., 1997; Pellerin et Gargano, 2023; Rapsey et Pilcher, 2022; Voruganti et al., 2006).

La première, une étude quantitative effectuée par Kelley et al. (1997), a dénoncé d'importantes lacunes méthodologiques dans de nombreuses recherches menées de 1970 à 1990, auprès des personnes souffrant d'un trouble de santé mentale, à savoir : (a) l'usage de mesures psychométriques inadéquates, (b) un manque de comparaisons appropriées auprès de groupes témoins, et (c) l'analyse de données issues d'échantillons non représentatifs de la population adulte diagnostiquée avec une schizophrénie. Ils soulignaient ainsi la nécessité de conduire des recherches plus approfondies et rigoureuses sur la TA auprès de cette population, afin d'en démontrer l'efficacité. Pour ce faire, Kelley et al. (1997) se sont assurés de bien définir leur échantillon, d'utiliser un groupe contrôle, ainsi qu'une batterie de questionnaires autorapportés validés. L'intervention s'est déroulée sur neuf semaines dans l'État du Maryland (États-Unis), avec des sorties hebdomadaires d'une journée (8 à 10 heures) en petits groupes de 8 à 12 participants. Les activités incluaient la randonnée pédestre, l'escalade, la spéléologie, ainsi que le canoë. Leur étude effectuée auprès de 57 personnes atteintes de schizophrénie, de troubles de l'humeur ou schizo-affectifs a révélé une amélioration significative de l'estime de soi et du sentiment d'efficacité personnelle chez les participants ayant complété un programme de TA, contrairement à ceux qui s'étaient désistés ou n'avaient pas participé. Le niveau d'anxiété et de dépression a également davantage diminué dans le groupe expérimental que dans le groupe contrôle.

Une deuxième étude quantitative, de type cas-témoin avec une évaluation des résultats à l'aveugle avant et après l'intervention, utilisant une combinaison d'outils standardisés, a été réalisée par Voruganti et al. (2006). L'intervention intitulée *Going Beyond* comprenait deux modules saisonniers (été et hiver) de huit

séances hebdomadaires chacun et se déroulait à Hamilton (Ontario, Canada). Les activités d'été incluaient le camping, le canoë, le kayak, l'escalade, le parcours de cordes et les activités d'hiver, la raquette, le ski, la planche à neige et la pêche sur glace. Les activités se déroulaient généralement sur une journée complète, sauf pour certaines sorties de camping s'étendant sur trois jours. Cette étude, menée auprès de 23 participants atteints de schizophrénie ou d'un trouble schizo-affectif, a également rapporté une amélioration de l'estime de soi et du fonctionnement global. Les auteurs ont mis en évidence les impacts positifs du contexte unique de la TA sur les interactions sociales, la capacité d'adaptation à la nouveauté, ainsi que sur la stimulation mentale et physique. Ils ont aussi souligné les retombées positives des activités d'aventure sur l'engagement des participants dans leur processus de rétablissement et l'adoption d'un mode de vie plus sain. Selon eux, la TA favoriserait l'établissement de meilleures relations entre les professionnels de la santé et leurs patients ayant participé à un programme de TA.

La troisième étude (Bryson et al., 2013), à devis mixte, comprenait des questionnaires autorapportés avant et après l'intervention, ainsi que des entrevues qualitatives après l'intervention. L'intervention intitulée *Rise-Up* se déroulait sur six semaines, avec une activité de groupe par semaine d'une durée variant d'une demi-journée à trois jours, à Hamilton (Ontario, Canada). Inspirée du modèle *Going Beyond*, les activités incluaient des exercices de cohésion d'équipe, de la raquette, de la glissade sur tube, du camping, de l'équitation et du traîneau à chiens. Ses auteurs ont observé une amélioration significative du bien-être émotionnel, de l'énergie et du processus de rétablissement chez 15 jeunes adultes, âgés de 24 à 28 ans, atteints de schizophrénie ou autres troubles psychotiques. Les entrevues menées auprès des participants ont mis en lumière des changements positifs non détectés par les outils quantitatifs, notamment une amélioration de la santé globale, de l'implication sociale et une réduction des limitations physiques et émotionnelles. À la lumière de ces résultats, Bryson et al. (2013) ont insisté sur la nécessité de mieux comprendre la complexité de la TA, en particulier ses composantes potentiellement bénéfiques et les conditions favorisant leur activation. Ils ont remis en question le recours exclusif à des méthodes quantitatives, qui ne permettent pas de saisir toute la complexité de l'action de la TA et la richesse de l'expérience vécue par les participants. Ces constats ont été appuyés par Norton et al. (2014) qui, bien qu'ayant mené leurs recherches auprès d'adolescents nord-américains sans toutefois fournir d'informations claires sur la présence de diagnostics en santé mentale au sein des échantillons étudiés, en arrivaient aux mêmes conclusions quant à l'importance d'approches qualitatives.

La quatrième étude (Cuthbert et al., 2021), adoptant un devis mixte, a été menée auprès de huit jeunes adultes âgés de 18 à 30 ans ayant tous vécu un PEP. Elle comprenait la passation, à plusieurs temps de mesure, d'un questionnaire autorapporté sur le processus de rétablissement, au cours d'une intervention en

milieu forestier dans le comté de Sussex (Angleterre) qui comprenait dix rencontres hebdomadaires d'une demi-journée. Les activités incluaient la marche en nature, l'observation de l'environnement, l'entretien du site forestier, la cuisine en plein air, ainsi que des moments de contemplation et d'échanges. Les données qualitatives ont été recueillies à partir des sections à réponse libre du questionnaire d'évaluation du programme, ainsi que d'un entretien de groupe réalisé à la dernière rencontre du programme. Leurs résultats ont mis en évidence des tendances positives dans toutes les dimensions du rétablissement évaluées par le questionnaire, de même qu'une augmentation du taux de participation aux rencontres au fil du programme. Les participants ont également rapporté une meilleure compréhension de leurs difficultés, un certain recul par rapport à leur vécu, ainsi qu'une forme de distraction face à leur symptomatologie. Le groupe est par ailleurs apparu comme un espace favorable aux apprentissages interpersonnels et à l'amélioration des compétences sociales. Ses auteurs soulignent la nécessité de poursuivre les recherches sur les programmes d'intervention par la nature, afin de mieux comprendre leurs impacts sur le parcours de ceux ayant vécu un PEP et leurs effets à long terme, peu d'études ayant jusqu'à présent abordé la stabilité des résultats post-intervention.

Les pistes de recherches futures suggérées par ces études convergent vers l'utilisation de méthodes de recherche qui permettraient d'explorer plus en profondeur le discours des participants. La cinquième étude, menée par Girard et al. (2021, 2023) à l'aide d'un devis qualitatif, a été menée auprès de quinze jeunes adultes âgés de 19 à 30 ans ayant tous vécu un PEP. L'intervention comportait trois phases : des rencontres préparatoires hebdomadaires durant quatre semaines visant la planification de l'expédition et la préparation physique; une expédition de quatre jours en nature dans la Vallée du Bras-du-Nord (Québec, Canada) incluant de la randonnée pédestre, de la descente en rappel dans des chutes, de la tyrolienne et du camping; puis une rencontre bilan à la suite de l'expédition permettant un retour sur l'expérience vécue. Le matériel de recherche a été recueilli à partir d'entrevues individuelles réalisées une semaine et six mois après l'expédition. Leur étude a ainsi mis en lumière plusieurs effets positifs de la TA : renforcement de la confiance en soi et de la motivation, capacité à vivre des expériences émotionnelles intenses, mais contenues, émergence de nouvelles perceptions de soi (capacités, qualités, intérêts), accès à de nouvelles connaissances sur soi grâce aux rétroactions des autres à leur sujet et, enfin, expérience sociale positive facilitant le partage de leur expérience personnelle de la psychose. Les auteurs ont également identifié les composantes actives d'un programme de TA apparaissant avoir joué un rôle important dans l'expérience des participants, à savoir : l'espace-temps hors du quotidien, les activités d'aventure à haute intensité émotionnelle, l'espace-temps en nature, la programmation, la vie de groupe et la présence des intervenants. Toutefois, malgré l'utilisation d'entrevues semi-dirigées, ces auteurs ont noté que les troubles cognitifs et les symptômes négatifs présents chez cette population peuvent limiter la richesse du

matériel recueilli, principalement au niveau de leur capacité d'élaboration verbale. Tout comme Cuthbert et al. (2021), ils insistent sur la nécessité de conduire des recherches explorant les effets à moyen et long terme de cette modalité d'intervention dans le processus de rétablissement de jeunes adultes ayant vécu un PEP.

La sixième étude, effectuée par Rapsey et Pilcher (2022), adoptant un devis qualitatif a été menée auprès de cinq jeunes adultes âgés de 25 à 38 ans ayant tous vécu un PEP. L'intervention consistait en une expédition de voile de six jours durant laquelle 265 milles nautiques ont été navigué le long des côtes britanniques (entre Londres et Poole). Les participants devaient apprendre à manœuvrer le bateau, naviguer, gérer un système de quart et vivre sur le bateau dans un espace restreint. Cette expérience immersive combinait des défis physiques, des apprentissages pratiques concernant la voile et la vie collective. Le matériel de recherche a été recueilli à partir d'observations au cours de l'expédition de six jours, ainsi que de deux groupes de discussion semi-dirigés d'une heure chacun dans les six mois suivant l'expédition. Le premier groupe de discussion a eu lieu en personne et était composé de deux participants et le deuxième groupe a eu lieu en virtuel et était composé des trois autres participants. Leur étude appuie les résultats de Girard et al. (2021) en ce qui concerne l'émergence de nouvelles perceptions de soi chez les participants. De plus, leurs résultats démontrent que le contexte unique de la TA semble favoriser la création de liens d'amitié et le sentiment de vivre une expérience partagée, la capacité à affronter et surmonter de nouveaux défis et enfin la collaboration au sein du groupe. Ces auteurs soulignent la pertinence de combiner des interventions par la nature et l'aventure dans les soins cliniques usuels, afin de soutenir le processus de rétablissement de personnes ayant vécu un PEP.

Enfin, la septième étude, réalisée par Pellerin et Gargano (2023), adoptant un devis qualitatif a été menée auprès de quatre jeunes adultes âgés de 18 à 35 ans ayant tous vécu un PEP. L'intervention consistait en trois rencontres de groupe de deux heures en milieu naturel au parc du Mont-Royal situé à Montréal (Québec, Canada), réparties sur trois semaines. Les rencontres combinaient des discussions de groupe en nature, des exercices de réflexion personnelle et des activités d'observation de l'environnement. Le matériel de recherche a été recueilli à partir d'observations réalisées durant les rencontres, ainsi que des échanges entre les participants. Leur étude souligne des changements positifs dans diverses dimensions du rétablissement, que ce soit sur les plans clinique, existentiel, fonctionnel, physique et social. Ces auteurs soulignent l'aspect novateur de leur étude, qui promeut l'utilisation de pratiques centrées sur la nature et l'aventure sous la perspective du travail social. Dans la même lignée que les études précédentes, ils rappellent la pertinence de poursuivre les recherches à propos de ces pratiques auprès de personnes ayant vécu un PEP.

1.7 Notre recherche

Les résultats de ces études, bien qu'encourageants quant aux bienfaits potentiels de programmes de TA sur le processus de rétablissement de personnes ayant des troubles psychotiques, soulignent tout de même la nécessité de mieux en comprendre l'impact en tant que modalité d'intervention complémentaire aux traitements usuels auprès de jeunes adultes souffrant d'un PEP. Les travaux recensés ont permis de documenter plusieurs retombées positives de ces interventions, notamment en ce qui concerne l'estime de soi, le fonctionnement social, l'engagement dans le processus de rétablissement, l'émergence de nouvelles perceptions de soi, ainsi que le développement de compétences sociales. Les études qualitatives plus récentes ont également commencé à explorer l'expérience subjective vécue par les participants et à mettre en lumière certaines composantes actives de ces programmes qui semblent favoriser le processus de rétablissement. Toutefois, les connaissances demeurent encore limitées quant aux processus par lesquels ces interventions contribuent au rétablissement, surtout dans le contexte spécifique d'un PEP.

Plus spécifiquement, peu d'études se sont appuyées sur l'observation directe des activités en contexte de nature et d'aventure et des interactions entre les participants durant l'expédition, afin de documenter de manière fine les changements intra- et interindividuels susceptibles d'émerger dans ce contexte. De même, les effets de ces interventions ont été relativement peu documentés dans le temps, plusieurs recherches se concentrant principalement sur l'expérience immédiate des participants à la suite du programme. Une compréhension plus approfondie de l'évolution du vécu des participants dans les mois suivant leur participation à un programme de TA apparaît donc pertinente afin de mieux saisir la place et la portée de ces expériences dans le processus de rétablissement.

Dans cette perspective, la présente thèse s'inscrit dans la continuité des recherches qualitatives récentes portant sur la TA auprès de jeunes adultes ayant vécu un PEP, tout en cherchant à approfondir les connaissances concernant le processus de rétablissement dans les six mois suivants l'expédition, dimension encore peu documentée dans la littérature. À l'aide d'une méthodologie de recherche qualitative, combinant l'observation participante et les entretiens semi-dirigés, la présente recherche s'est intéressée à l'expérience subjective de huit jeunes adultes ayant vécu un PEP et ayant pris part à un programme de TA à l'été 2019, offert dans le cadre de leur suivi à la clinique Jeunes adultes psychotiques (JAP) du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). Plus spécifiquement, elle visait à dresser un portrait de leur expérience et à documenter leur évolution au fil de leur participation au programme et dans les six mois suivants, en lien avec leur processus de rétablissement. Elle visait aussi à documenter les phénomènes groupaux ayant émergé au sein de ce groupe, afin de mieux comprendre comment, le cas échéant, la dynamique groupale ainsi que ses fonctions influencent et soutiennent le

processus de rétablissement des participants. Les théories psychodynamiques ont été mobilisées afin d'éclairer et d'approfondir l'interprétation des résultats, ainsi que nos réflexions portant sur les effets thérapeutiques potentiels de ce programme de TA sur le processus de rétablissement.

CHAPITRE 2

CADRE MÉTHODOLOGIQUE

2.1 Démarche de recherche

2.1.1 Élaboration du projet de recherche

Les choix méthodologiques de notre recherche ont été effectués à la suite d'une analyse des travaux antérieurs revus au chapitre précédent, de même que d'autres recherches menées sur la thérapie par l'aventure (TA) par nous-mêmes (thèse de spécialisation réalisée en 2017) et par nos collègues Camille Girard (thèse doctorale déposée en 2022), Camille Nadeau (thèse de spécialisation réalisée en 2019) et Marie-Élaine Labelle (thèse de spécialisation réalisée en 2019). Les résultats obtenus dans le cadre de ces dernières recherches, les défis rencontrés lors des collectes de matériel de recherche, ainsi que les limites inhérentes à ces études ont confirmé la nécessité d'adopter une approche sur le terrain, dans l'objectif d'observer et de recueillir des informations qui, jusqu'à présent, échappaient aux chercheurs. De plus, la thèse de spécialisation de Marie-Élaine Labelle a mis en lumière l'utilité des photographies prises durant l'expédition par les participants eux-mêmes, en tant que support à la parole chez ces derniers lors des entretiens post-expédition, ce qui a été préservé dans notre propre protocole.

2.1.2 Objectifs de recherche

Notre recherche visait à enrichir la compréhension de la TA comme modalité d'intervention complémentaire aux traitements usuels dans le processus de rétablissement de jeunes adultes psychotiques. Elle comportait quatre objectifs que nous souhaitons atteindre à l'aide d'un devis qualitatif. Dans le but d'en faciliter la compréhension, les objectifs ont été divisés en deux volets : un volet descriptif et un volet interprétatif.

Le volet descriptif visait l'atteinte de trois objectifs. Plus précisément, nous souhaitons dresser un portrait de l'expérience vécue par les jeunes adultes psychotiques au cours de leur participation au programme de TA (objectif n° 1), documenter l'évolution des participants, à partir des observations participantes de la chercheuse principale et des éléments du discours rapportés par les jeunes adultes eux-mêmes, au fil du programme de TA (objectif n° 2) et nous intéresser de plus près à ce qu'il reste de cette expérience, aux yeux des jeunes adultes, à différents moments au cours des six mois suivant leur participation à ce programme de TA (objectif n° 3). Pour le volet interprétatif, nous souhaitons mieux comprendre la dynamique groupale, de même que ses fonctions, au sein de cette modalité d'intervention par la nature et l'aventure (objectif n° 4).

Afin d'atteindre ces objectifs, nous avons préconisé une démarche de type ethnographique. Nous avons donc pris part au programme de TA en tant que chercheuse participante. Cette démarche a permis de rendre compte du vécu des participants au cours du programme de TA et de faire ressortir les particularités propres à chacun, au sein du groupe. L'ethnographie constituait une approche très intéressante dans ce contexte, puisqu'elle a permis d'explorer, de décrire et d'analyser plus en profondeur des situations demeurées méconnues lors de l'utilisation de méthodologies de recherche préconisant l'utilisation de questionnaires autorapportés et d'entrevues individuelles semi-dirigées (Corbière et Larivière, 2014). Cette démarche a également permis une compréhension plus poussée des comportements, des attitudes, des relations interpersonnelles et de la dynamique groupale à l'œuvre dans le contexte de la TA. Enfin, nous espérons que la compréhension approfondie de cette modalité d'intervention contribuera à l'établissement de programmes de TA dans différents milieux institutionnels, en plus de servir d'outil de référence aux intervenants du milieu qui élaborent ces programmes et y participent.

2.1.3 Paradigme de recherche et prémisses théoriques

Un paradigme peut être défini comme un « ensemble d'hypothèses interdépendantes sur le monde social qui fournit un cadre philosophique et conceptuel pour l'étude organisée de ce monde » (traduction libre, Filstead, 1979, p. 34). Le paradigme choisi guide le chercheur dans ses valeurs, hypothèses et croyances à propos de la recherche et l'oriente dans la sélection de la méthodologie de recherche (Ponterotto, 2005). Notre posture de recherche s'est appuyée sur le paradigme constructiviste. Ce paradigme postule que la réalité est construite à l'intérieur de la personne, à partir de son expérience personnelle. Elle n'est donc pas généralisable. Cette position se base sur une approche herméneutique qui stipule que le chercheur et le participant sont des êtres producteurs de sens. Ainsi, c'est dans l'interaction entre ces deux parties, à travers leur dialogue, qu'une co-construction de sens a lieu (Ponterro, 2005). Le chercheur n'est pas celui qui détient le savoir, bien au contraire. Il travaille en collaboration, comme partie intégrante de l'interprétation du matériel de recherche, avec les participants, qui sont vus comme les acteurs du milieu. Essentiellement, cette démarche s'intéresse à la compréhension des expériences des personnes situées dans un contexte précis, dans une logique de découverte (Morrow, 2005).

Notre démarche de recherche étant essentiellement constructiviste, il importe d'exposer les prémisses qui ont teinté notre regard sur le phénomène à l'étude. D'abord, comme présentée dans le chapitre 1, notre compréhension clinique des troubles psychotiques prend appui sur la perspective psychodynamique de la réalité psychique telle que définie par Roussillon et al. (2018). Cette perspective, inspirée du modèle structural de la personnalité de Bergeret (2013), conçoit la personnalité selon des pôles organisateurs. Ces pôles renvoient à des dimensions fondamentales du fonctionnement psychique, telles que le rapport à soi

et à la réalité, les relations d'objet, la gestion de l'angoisse et les mécanismes de défense, qui permettent de structurer l'expérience subjective de la personne. De plus, nous portons un intérêt au cadre théorique exposé dans les travaux d'un groupe de psychothérapeutes et psychanalystes lyonnais à propos des médiations thérapeutiques en psychothérapie institutionnelle et à leur utilisation auprès de personnes souffrant de troubles mentaux sévères (Brun, 2011, 2019; Roussillon et al., 2018; Vivier-Vacheret, 2011). Cette perspective a été mobilisée comme outil de réflexion dans l'analyse de notre matériel de recherche, afin d'éclairer certains aspects de l'expérience des participants et, le cas échéant, d'enrichir la compréhension de la TA et de son potentiel en tant que médiation thérapeutique dans le processus de rétablissement à la suite d'un PEP. Ces influences théoriques se retrouvent ainsi dans les réflexions théoriques et cliniques développées dans la discussion générale (chapitre 6).

2.2 Participants

Cette étude s'inscrit dans le cadre d'un programme de recherche de plus grande envergure sur la TA auprès de jeunes adultes ayant vécu un PEP mené par la clinique pour Jeunes adultes psychotiques (JAP) du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). La clinique JAP a vu le jour en 1999 et se spécialise dans le traitement précoce et intensif des psychoses émergentes pour les jeunes adultes de 18 à 35 ans pour une durée de trois ans. Elle propose différents services favorisant une prise en charge rapide des usagers et l'implication de l'entourage, promouvant ainsi une rémission rapide des symptômes, de même qu'une réintégration dans le milieu de vie. Les traitements offerts par la clinique sont variés et intensifs, suivant les bonnes pratiques en intervention précoce (Early Psychosis Guidelines Writing Group and EPPIC National Support Program, 2016) et combinent souvent plusieurs éléments, tels que : médication, psychothérapie de soutien, psychothérapie cognitivo-comportementale, groupes thérapeutiques à visées spécifiques selon les besoins des usagers, suivi individuel par un intervenant en santé mentale et un psychiatre. Depuis 2013, la clinique JAP propose à certains jeunes adultes éprouvant de la difficulté à se rétablir de participer à un programme de TA. Ce programme a pour objectif de favoriser le rétablissement et la croissance personnelle, et, si les participants le souhaitent, de prendre part au projet de recherche associé.

Le matériel de recherche a donc été recueilli auprès de jeunes adultes psychotiques, suivis à la clinique JAP, ayant entamé un processus de rétablissement, mais présentant des difficultés à se rétablir malgré les soins reçus dits des meilleures pratiques. Les participants ont été recrutés par les professionnels de la clinique pour prendre part au programme de TA sur une base volontaire. Ils ont été sélectionnés selon les critères d'inclusion suivants, déterminés par les professionnels de la clinique JAP : état psychique stable (symptômes absents, ou présents, mais contrôlés); isolement social; faible estime de soi; difficulté à mener

un projet à terme; engagement ambivalent face au traitement. Les personnes présentant une santé physique précaire, un handicap physique significatif, une incapacité d'abstinence à la consommation de drogues ou d'alcool durant les activités, un trouble de comportement majeur, des symptômes psychotiques aigus nuisant au fonctionnement sécuritaire au cours des activités ou une dangerosité pour soi-même ou pour autrui n'étaient pas éligibles. À la première rencontre du programme, les jeunes adultes ont été invités à participer au projet de recherche. L'acceptation ou le refus de participer à la recherche n'a eu aucune incidence sur leur accès au programme de TA.

Dix des onze participants sélectionnés pour participer au programme de TA à l'été 2019 ont accepté de prendre part à la présente recherche. Toutefois, deux d'entre eux n'ont pas poursuivi le programme de TA, l'un en raison d'une exacerbation de ses symptômes en cours de programme et l'autre en raison d'absentéisme aux rencontres préparatoires. Au total, sur les neuf participants ayant pris part au programme, huit d'entre eux, âgés de 20 à 25 ans, ont participé à cette recherche (voir Tableau 2.1).

2.3 Programme de thérapie par l'aventure

Le programme de TA résulte d'un partenariat entre la clinique JAP et l'organisme à but non lucratif *Face aux vents* (FAV). FAV¹ a pour mission d'offrir un service professionnel d'intervention par la nature et l'aventure afin de favoriser la santé mentale. Un tel soutien permet de maximiser la qualité des interventions thérapeutiques offertes par les cliniciens accompagnant le groupe, en plus de soutenir l'accomplissement d'un plan thérapeutique adapté aux besoins des participants. Deux intervenantes de la clinique JAP (une infirmière clinicienne et une ergothérapeute), ainsi que deux guides facilitateurs de FAV ont accompagné les participants tout au long du programme qui s'est déroulé à l'été 2019.

Le programme de TA s'est échelonné sur une période de six semaines et était composé de trois parties: huit rencontres préparatoires, l'expédition d'une durée de quatre jours et une rencontre bilan, une semaine après l'expédition. Le

¹ Face aux vents. (s.d.). <https://faceauxvents.org>

Tableau 2.2 présente la structure du programme de TA, incluant les rencontres post-expéditions initialement prévues dans le devis de recherche. La présente étude s'est échelonnée sur une période d'environ huit mois (programme d'une durée de six semaines et entretiens au cours des six mois suivants). Tout au long du programme, les participants ont été invités à compléter le cahier du participant, un journal de bord personnel afin de les supporter dans leurs réflexions quant à leur démarche dans le

Tableau 2.1 Caractéristiques sociodémographiques des participants

Caractéristiques	Fréquence ou valeur
Genre	
Homme	6
Femme	2
Âge moyen (écart-type)	22,5 ans ($\pm$ 1,8 ans)
Diagnostic principal	
Schizophrénie	6
Trouble schizo-affectif	2
Troubles concomitants ^a	
Trouble d'usage au cannabis	7
Trouble d'usage aux stimulants	3
Trouble de stress post-traumatique	1
Trouble de la personnalité dépendante	1
Anxiété sociale	2
Dysphorie de genre	1
Durée du suivi à la clinique Jeunes adultes psychotiques (JAP)	
1 an et demi et moins	4
1 an et demi et plus	4
Lieu de résidence	
Appartement supervisé	3
Foyer de groupe	1
Maison de chambre	1
Seul ou avec famille	3
Occupation	
Sur le marché du travail	1
Aux études	2
Sans occupation salariée ni aux études	5
Source de revenus	
Revenus d'emploi	1
Programme de sécurité du revenu du Québec	7
Niveau d'éducation	
Études secondaires complétées	5
Études secondaires non complétées	3
État matrimonial	
Célibataire	8

^aCertains participants présentant plus d'un trouble concomitant, le total des fréquences est plus élevé que le nombre de participants.

programme de TA et par le fait même dans leur processus de rétablissement (voir Annexe A pour une version plus détaillée du programme de TA proposé).

Tableau 2.2 Programme de thérapie par la nature et l'aventure

Phases du programme	Période	Activités principales	Visées thérapeutiques
Rencontres préparatoires	Semaines 1 à 4 (2 rencontres/semaine)	Activités de groupe en clinique et en plein air, explication du programme, mise en place du cadre et des règles de préparation à l'expédition, distribution des tâches, activités physiques, identification des objectifs thérapeutiques personnels.	Soutenir la création du lien groupal, favoriser l'engagement, préparer les participants aux défis à venir, renforcer le sentiment de sécurité et de prévisibilité.
Expédition en nature	Semaine 5 (4 jours consécutifs)	Activités de plein air et d'aventure (camping, randonnée pédestre, tyrolienne, descente en rappel dans des chutes), vie de campement et tâches quotidiennes associées, discussions quotidiennes en groupe, tenue d'un journal de bord personnel.	Mobiliser les ressources individuelles et groupales, soutenir l'expérience émotionnelle et relationnelle.
Rencontre bilan	Semaine 6	Retour sur l'expédition, les expériences vécues et les objectifs thérapeutiques personnels.	Soutenir l'intégration et la mise en sens de l'expérience vécue.
Rencontres post-programme (recherche)	Semaines 10 à 36	Entretiens de groupe	Soutenir l'intégration, la mise en sens et la continuité de l'expérience vécue dans le quotidien et documenter les effets perçus du programme à court et moyen terme.

2.4 Procédures

2.4.1 Recueil du matériel de recherche

Le programme de TA se divisait en trois parties : (1) rencontres préparatoires auxquelles participaient les jeunes adultes, les intervenantes accompagnatrices, la chercheuse principale et enfin, pour certaines rencontres seulement, les guides facilitateurs de FAV; (2) expédition d'une durée de quatre jours; (3) rencontre bilan à laquelle participaient les jeunes adultes, les intervenantes accompagnatrices et la

chercheuse principale. Comme les guides facilitateurs de FAV n'ont pu se libérer de leurs engagements pour prendre part à la rencontre bilan, ils ont fait un vidéo destiné aux participants afin de les remercier de leur participation. Une quatrième partie s'est ajoutée au programme de TA proposé par la clinique JAP, afin de compléter le volet recherche. Elle comprenait quatre entretiens de groupe de type semi-dirigé, soit un mois, deux mois, trois mois et six mois après l'expédition. Ces entretiens réunissaient les jeunes adultes, la chercheuse principale et une collègue doctorante en psychologie ayant une expertise scientifique et clinique, qui avait pour rôle d'observer le déroulement de l'entretien et les interactions.

Le matériel de recherche a été recueilli à l'été 2019, dès les rencontres préparatoires du projet, à l'aide de notre observation participante en tant que chercheuse participante et de nos notes de terrain que nous avons consignées dans un journal de bord prévu à cet effet. Nous avons accompagné le groupe tout au long du programme de TA. Au cours de l'expédition, les participants ont été invités à capturer à l'aide d'un appareil photo jetable les moments qui leur semblaient importants. Les consignes liées à la prise de photographies leur ont été données quelques jours avant l'expédition. Ces photographies ont été utilisées en tant que support à la parole lors des rencontres post-expédition. Les différentes méthodologies utilisées afin de récolter le matériel de recherche sont détaillées dans les sections suivantes.

2.4.2 Observation participante

L'observation participante est un outil de recherche qualitative qui permet de s'immerger dans la réalité des personnes observées et ainsi de mieux comprendre les mécanismes complexes sous-jacents à celle-ci, difficilement accessibles d'un point de vue extérieur (Bastien, 2007). Le travail de terrain se construit à partir des interactions entre le chercheur et les participants. Il sous-tend, par conséquent, une sensibilité et réceptivité de la part du chercheur quant à la manière dont les participants interagissent entre eux et se perçoivent. Le chercheur devient alors un réel outil de connaissances (Bastien, 2007). Il doit donc être à l'affût des conversations, des interactions et même des tensions qui peuvent prendre forme au sein du groupe (Paillé et Mucchielli, 2021). Sa sensibilité devient un atout essentiel dans ce type de démarche, puisqu'elle lui permet de mieux saisir les intentions des divers membres du groupe; de même, lorsqu'il est nécessaire, elle lui permet de confirmer ses impressions et observations auprès des participants (Paillé et Mucchielli, 2021). Considérant qu'il est un élément central de la recherche, le chercheur se doit de réfléchir à son influence tout au long du processus de recherche, afin d'assurer une rigueur méthodologique (Anadón, 2006). Au final, il s'agit pour le chercheur de trouver la juste distance entre le détachement et la participation lui permettant ainsi de ne pas perdre de vue ses objectifs de recherche, tout en se laissant imprégner de cette expérience unique (Bastien, 2007; Diaz, 2005).

Malgré des résultats prometteurs obtenus au cours des recherches précédentes s'intéressant de près à l'intervention par la nature et l'aventure, il reste que les méthodes de recherches quantitatives ne permettent pas de saisir sa richesse et sa complexité (Bryson et al., 2013; Ewert et McAvoy, 2000; Norton et al., 2014). C'est pourquoi, dans la présente recherche, nous avons adopté une démarche de type ethnographique. Cette démarche a permis d'explorer sous un autre angle l'expérience subjective des participants, qui a été bonifiée par notre expérience en tant que chercheuse participante à l'aide de nos observations tout au long du programme et des échanges auprès des divers acteurs y ayant pris part.

Dans ce contexte, nous avons occupé une posture de chercheuse participante en prenant part aux différentes étapes et activités du programme aux côtés des participants, des intervenantes accompagnatrices et des guides facilitateurs. N'étant ni intervenante au sein de l'équipe clinique ni participante au programme, notre présence au sein du groupe a parfois suscité des questionnements chez les participants quant à notre place et notre fonction. Au fil du programme, un processus d'intégration progressive s'est néanmoins opéré, permettant l'établissement d'un climat de confiance propice à l'observation et au recueil du matériel de recherche, notamment via des échanges informels avec les participants. Cette position impliquait toutefois une attention constante aux effets possibles d'une telle présence de notre part sur la dynamique de groupe et sur l'interprétation du matériel recueilli, nécessitant un travail réflexif continu tout au long de la recherche.

Par ailleurs, notre formation clinique, à titre de doctorante en psychologie, nous amenait parfois à vouloir intervenir spontanément dans certaines situations. Une attention particulière a donc été portée au maintien d'une posture d'observation neutre, impliquant à certains moments de nous restreindre dans nos échanges avec les participants, afin de ne pas occuper une posture d'intervention déjà assumée par les intervenantes accompagnatrices et les guides facilitateurs. Bien que notre présence sur le terrain a inévitablement influencé la dynamique de groupe, un travail réflexif continu a été réalisé afin de porter attention aux effets potentiels de notre implication sur la compréhension et l'interprétation du matériel de recherche recueilli. Enfin, l'intensité physique et émotionnelle du programme de TA a parfois limité nos possibilités d'observation systématique, particulièrement dans les moments informels en fin de journée, constituant une limite inhérente à cette posture immersive.

2.4.3 Journal de bord

Le journal de bord est un instrument de collecte de matériel de recherche précieux permettant d'assurer à la fois la validité interne et externe d'un processus de recherche. En consignait de manière systématique ses observations sur le terrain et ses réflexions, le chercheur préserve des traces précises des événements

observés, ce qui limite les biais liés à la mémoire et aux interprétations rétrospectives, tout en favorisant la transparence et la traçabilité de la démarche de recherche. De plus, le journal de bord lui permet de prendre un pas de recul et de maintenir un regard critique sur son travail et son implication. Dès lors, l'arrimage entre sa posture d'observateur et d'analyste s'en voit facilité (Baribeau, 2005).

Dans le cadre de la présente recherche, nous avons utilisé deux journaux de bord, et ce, tout au long de notre participation au programme de TA. Le premier journal de pratique a servi exclusivement d'instrument de collecte de matériel de recherche : des notes descriptives concernant la description de faits ou d'événements et la consignation de conversations y ont été portées. De même, des notes théoriques centrées sur l'élaboration d'idées, des réflexions concernant la recherche de sens, de cohérence en lien avec les observations faites, des interprétations, déductions et conclusions y ont été inscrites. Enfin, dans le deuxième journal de bord, de l'ordre du domaine privé, nous avons consigné nos émotions, réactions et questionnements personnels. Ce journal a enrichi et complété le contexte entourant les différentes étapes de la recherche. L'utilisation de ces deux journaux a permis d'assurer la rigueur souhaitable à cet exercice, puisque nous avons pu y noter notre expérience subjective en tant que chercheuse participante, nos impressions et nos interprétations (Baribeau, 2005).

2.4.4 Utilisation d'aspects de la méthode du photolangage

Vivier-Vacheret (2011) présente le photolangage comme une méthode de groupe à médiation créée en 1965 par un groupe de psychologues lyonnais. Cette méthode a d'abord été proposée, de manière intuitive, à des adolescents qui rencontraient de grandes difficultés à s'exprimer et à parler en groupe de leurs expériences de vie plus éprouvantes. Les photographies y sont utilisées comme support à la parole. L'utilisation de cette méthode a fait ses preuves à de nombreuses reprises dans le domaine du soin en permettant, entre autres, l'émergence d'échanges spontanés et d'un véritable intérêt de la part des participants. Ce type de médiation repose ainsi sur l'utilisation de photographies comme support favorisant l'association, la mise en mots de l'expérience et l'élaboration subjective au sein d'un cadre structuré (Vivier-Vacheret, 2011).

La présente recherche s'est inspirée de cette méthode de médiation par l'image, sans toutefois reprendre le dispositif groupal du photolangage au sens strict. Les participants étaient invités, durant l'expédition de quatre jours, à capturer, à l'aide d'un appareil photo jetable, les moments qui leur apparaissaient significatifs. Ces photographies étaient ensuite utilisées lors des entretiens post-expédition, afin de soutenir l'élaboration verbale. Ce choix méthodologique visait à faciliter l'accès aux affects et

représentations chez de jeunes adultes ayant vécu un PEP, pour qui la mise en récit de l'expérience peut s'avérer ardue.

2.4.5 Entretiens post-expédition

Seuls les deux premiers des quatre entretiens de groupe initialement prévus ont eu lieu suite à l'expédition. Comme aucun des participants ne s'est présenté au troisième entretien de groupe (trois mois après le retour d'expédition), nous avons procédé à des entretiens individuels (six mois après le retour d'expédition) auxquels quatre jeunes adultes ont accepté de participer. En tant que chercheuse principale, nous avons mené chacun de ces entretiens.

Les deux entretiens de groupe, d'une durée approximative d'une heure, ont eu lieu dans un local de la clinique JAP et ont été enregistrés à l'aide d'un équipement audio et visuel. Les entrevues individuelles ont également eu lieu dans un local de la clinique JAP et ont été enregistrées à l'aide d'un équipement audio seulement. Les canevas d'entretien (voir Annexes B, C et D) ont été élaborés à partir des thèmes émanant de nos objectifs de recherche. Nous souhaitons que les entretiens prennent la forme d'échanges spontanés entre les participants et nous-même, et qu'en tant qu'animatrice nous nous adaptions aux thèmes émergents. Les entretiens ont donc été influencés par les participants. Chaque entretien débutait par une question ouverte invitant les participants à développer sur ce qui se passait dans leur vie à ce moment-là. Puis un retour sur leur expérience de la TA était fait. Des questions de relance ainsi que les thèmes à aborder avaient été formulés au préalable et servaient de guide durant les entrevues. Les photographies prises à l'aide des appareils jetables ont été utilisées pour soutenir les réflexions, encourager l'expression personnelle des participants et favoriser l'appropriation de leur expérience. Nous avons conservé le même canevas pour les entretiens individuels.

Les entretiens de groupe et individuels ont permis de compléter le matériel de recherche déjà recueilli sur le terrain, en se concentrant davantage sur la trajectoire personnelle des participants, et plus précisément sur leur évolution dans leur processus de rétablissement, depuis leur participation au programme de TA. Dans le but de faciliter la mise en place d'un travail d'élaboration quant à la dynamique groupale (objectif n° 4), une observatrice externe était présente lors des entretiens de groupe. Nous nous sommes inspirée de la méthode d'Esther Bick pour l'observation du groupe, telle que décrite par Drweski et al. (2014). Cette méthode a été retenue puisqu'elle propose un cadre d'observation permettant de porter attention aux phénomènes relationnels et affectifs émergents dans un groupe, tout en prenant en compte la dimension contre-transférentielle de l'observateur. La présence d'une observatrice externe offrait ainsi un regard complémentaire au notre en tant que chercheuse participante, permettant de nuancer certaines observations

issues de l'expérience de notre expérience sur le terrain. Les impressions contre-transférentielles rapportées par l'observatrice ont ainsi contribué à enrichir l'analyse du matériel de recherche relatif à la dynamique groupale.

Dans un premier temps, l'observatrice a exclusivement observé le groupe dans son ensemble, sans rien noter. À cette étape, l'objectif était qu'elle soit dans un état d'attention flottante, afin de demeurer vigilante à tous les détails et phénomènes émergents. Dans un deuxième temps, après l'entretien de groupe, elle a pris des notes à partir de ses souvenirs, sans les trier, et a retranscrit ses impressions, c'est-à-dire son vécu contre-transférentiel. Enfin, dans un troisième temps, nous avons échangé avec l'observatrice sur nos observations et impressions respectives, afin d'émettre des « hypothèses de travail ». Cette étape essentielle, favorisant des allers-retours entre les théories psychanalytiques et les éléments concrets de l'observation, a permis d'ajuster les entretiens suivants et ultimement de mieux décrire la dynamique groupale (Drweski et al., 2014).

2.5 Analyses qualitatives : analyse thématique et phénoménologie interprétative

L'analyse du matériel a été réalisée parallèlement et de façon cyclique dès les premiers instants où nous avons pris part au programme de TA en tant que chercheuse participante. Nos notes prises après chaque discussion et événement « marquant » lors des rencontres préparatoires et de l'expédition, après chaque entretien post-expédition, ainsi que notre journal réflexif comprenant des idées d'analyse et des pistes à fouiller lors de la transcription des entretiens ont fait l'objet d'une préanalyse.

À la suite de leur transcription, la rencontre bilan, les deux entretiens de groupe et les quatre entretiens individuels ont été analysés selon la méthode d'analyse thématique de Paillé et Mucchielli (2021). Cette méthode consiste en l'identification, le regroupement et l'analyse approfondie des thèmes abordés par les participants. Une première lecture approfondie de chaque entretien a d'abord été effectuée, afin de se familiariser avec le corpus et d'en dégager les premières pistes de sens. Ensuite, une thématisation continue a été faite sur l'ensemble du corpus, à l'aide du logiciel NVivo 12, dans le but d'obtenir l'analyse la plus précise et la plus riche possible. Puis, la rencontre bilan et les entretiens ont été divisés en unités de signification, soit en une phrase ou un ensemble de phrases liées à un même thème. Simultanément, un relevé de thèmes a été créé dans lequel les thèmes retenus ont été inscrits. Il a alors été possible de procéder à une classification des thèmes en les regroupant, les fusionnant ou les subdivisant. Le matériel de recherche a été travaillé de manière inductive et ascendante, soit des unités de sens vers les thèmes puis vers les rubriques, afin d'assurer une meilleure validité de l'analyse du matériel de recherche, jusqu'à l'atteinte d'une saturation thématique. Au fil de l'analyse, des discussions ont eu lieu avec deux collègues

doctorantes en psychologie et la direction de recherche, par souci d'obtenir un consensus sur les thèmes retenus et leur dénomination. Nous avons également sollicité à quelques reprises la professeure Sophie Gilbert du département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal, chercheuse spécialisée en méthodologie de recherche qualitative, afin d'obtenir son soutien quant à l'orientation des analyses.

Dans un second temps, une analyse complémentaire relevant de la phénoménologie interprétative a été effectuée. L'objectif était de mieux cerner le vécu des participants, à partir de leurs propos et de nos observations en tant que chercheuse participante (Lionet, 2021). Ainsi, les thèmes retenus précédemment ont été analysés par deux collègues doctorantes en psychologie et nous-même. Cette analyse s'est appuyée sur nos formations doctorales en psychologie, nos expériences cliniques auprès de personnes présentant un trouble de santé mentale, ainsi que sur les travaux théoriques et cliniques mobilisés dans le cadre de cette thèse, notamment ceux issus du rétablissement à la suite d'un PEP et ceux des perspectives psychodynamiques du fonctionnement psychotique, afin de proposer une analyse plus approfondie (Smith et Fieldsend, 2021). L'analyse s'est principalement appuyée sur les verbatims des entretiens, sur nos observations participantes tout au long du programme de TA, ainsi que sur les observations consignées par l'observatrice durant les entretiens de groupe selon la méthode inspirée d'Esther Bick, lesquelles ont contribué à enrichir le matériel de recherche relatif à la dynamique groupale. L'activité inspirée du photolangage a été utilisée afin de soutenir l'élaboration du discours des participants lors des entretiens. Cette collaboration a permis de nous assurer que les interprétations étaient bien cohérentes avec le matériel de recherche recueilli.

L'analyse thématique a constitué le premier niveau d'analyse pour l'ensemble du matériel de recherche recueilli et a permis de dégager les principaux thèmes relatifs à l'expérience subjective des participants, à leur évolution au fil du programme ainsi qu'à ce qu'il subsiste de cette expérience dans les six mois suivant l'expédition. L'analyse phénoménologique interprétative a quant à elle constitué le deuxième niveau d'analyse et a été mobilisée afin d'approfondir certains aspects du vécu des participants et d'éclairer plus finement les phénomènes groupaux ayant émergé au sein du groupe et la dynamique groupale. Ce type d'analyse nous est apparu pertinent compte tenu de notre désir de mieux comprendre le vécu des jeunes adultes ayant pris part à ce programme de TA, tout en reconnaissant notre rôle comme analyste dans la mise en sens de cette expérience. Cette analyse nous a ainsi permis de poser un regard interprétatif sur notre matériel de recherche et d'instaurer un dialogue entre notre bagage théorique et expérientiel en tant que chercheuse participante (Smith et Fieldsend, 2021).

Au final, ces analyses ont permis de dégager un portrait global du milieu (environnement dans lequel l'expédition a eu lieu, cadre thérapeutique, rôles de chacun, etc.), des activités auxquelles ont pris part les jeunes adultes, des phénomènes groupaux ayant émergé au cours de l'expédition et, ultimement, une compréhension plus approfondie de l'expérience de ces jeunes adultes à ce programme de TA.

2.6 Rigueur

Conformément aux critères généralement reconnus en recherche qualitative, notamment la crédibilité, la transférabilité, la fiabilité et la confirmation (Anadón, 2006; Lincoln et Guba, 1985), plusieurs stratégies méthodologiques ont été mises en place tout au long de la démarche de recherche, afin d'en assurer la rigueur.

D'abord, la mise en commun des divers matériaux de recherche —incluant l'observation participante, les cahiers des participants, les notes terrain des intervenantes accompagnatrices et les entretiens post-expédition— a permis d'analyser les résultats de notre étude sous plusieurs perspectives complémentaires et ainsi de mieux respecter la réalité des participants à l'étude. Les canevas d'entretien ont également été co-construits avec la direction de recherche, contribuant à assurer la pertinence et la cohérence du dispositif de collecte du matériel de recherche.

L'entièreté du processus d'analyse du matériel a par ailleurs été soutenue par des discussions régulières avec la direction de recherche, ainsi qu'avec la professeure Sophie Gilbert du département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal et avec deux étudiantes au doctorat en psychologie, Camille Girard et Camille Nadeau, ayant mené des projets de recherche en lien avec la TA. Notre participation à l'été 2020 au cours doctoral PSY-9430 – Atelier de recherche qualitative, enseigné par la professeure Mélanie Vachon au département de psychologie de l'UQAM et chercheuse en méthodologie qualitative, a également contribué à la rigueur de l'analyse. Ces échanges ont permis d'enrichir la perspective et la compréhension des phénomènes à l'étude.

Enfin, tout au long de la recherche, en tant que chercheuse participante, nous avons tenté de porter un regard réflexif sur notre posture, notre propre expérience du programme de TA et celle des participants. Un journal de bord réflexif a été tenu lors des analyses afin d'y consigner nos réflexions. Les rencontres avec la direction de recherche et les échanges ponctuels avec deux collègues doctorantes en psychologie consultées à différentes étapes de la recherche ont joué un rôle crucial dans cette démarche, occupant la position d'un tiers entre les participants et nous-même et nous permettant d'identifier de manière critique nos présupposés influençant notre compréhension du matériel de recherche. Cette réflexivité éthique a été

d'un grand soutien en nous aidant à assumer nos perceptions, dilemmes et confusions, plutôt que de les mettre de côté (Caldairou-Bessette et al., 2017). Les différentes étapes du processus d'analyse ont également été documentées au fil de la recherche, permettant d'assurer une traçabilité du cheminement analytique et des décisions interprétatives.

2.7 Considérations éthiques

Cette recherche s'inscrit dans un projet de recherche de plus grande envergure mené par la clinique JAP depuis 2013. Un amendement à leur certificat éthique a été effectué afin d'inclure la présente recherche. À la première rencontre du programme de TA, cette recherche a été présentée aux jeunes adultes recrutés par les intervenants de la clinique et ceux-ci ont été invités à y participer.

Des mesures ont été prises afin de respecter la confidentialité et l'anonymat de chacun des participants. Un numéro a été associé à chacun d'entre eux et seule la chercheuse principale possède la liste des participants. Les entretiens de groupe ont été transcrits et anonymisés. Les enregistrements audio sont conservés sur une clé USB au laboratoire du professeur J. É. Dubé dans un classeur sous clé avec un code d'accès pour en assurer la confidentialité. À chaque étape de la collecte du matériel de recherche, toutes les informations et explications nécessaires ont été transmises aux participants afin qu'ils comprennent bien les implications reliées à leur participation. Les formulaires de consentement sont quant à eux conservés sous clé dans un classeur du laboratoire de recherche du professeur J. Éric Dubé, co-directeur de recherche de la chercheuse principale de ce projet. Les participants ont également été informés qu'ils pouvaient se retirer en tout temps de l'étude sous simple avis verbal. Enfin, tout le matériel de recherche est conservé de manière sécuritaire pendant sept ans après la fin du projet de recherche. Une fois cette période terminée, les documents papier seront déchiquetés et les documents informatiques seront supprimés de la clé USB. Le comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains de l'UQAM, ainsi que le comité d'éthique du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) ont accepté cette recherche et tous les participants ont donné leur consentement écrit (voir Annexe F).

CHAPITRE 3

PORTRAIT DES PARTICIPANTS

Afin de mieux saisir l'expérience subjective de chacun des participants ayant pris part au programme de thérapie par l'aventure (TA) qui s'est déroulé à l'été 2019, un portrait plus détaillé de leur parcours au sein de ce programme est dressé dans ce chapitre. Dans l'objectif de synthétiser lesdits portraits, une attention particulière a été portée aux faits saillants de leur expérience. Toutefois, il est important de noter que certains défis ont été rencontrés durant la collecte du matériel de recherche, notamment l'absence des huit participants au troisième entretien de groupe (trois mois post-expédition), ce qui a eu un impact sur la quantité d'informations recueillies. Seuls quatre participants (Mathias, Théo, Nathan et Jules²) ont accepté de prendre part à une entrevue individuelle six mois après le retour d'expédition. Les quatre autres participants (Anthony, Olivier, Léa et Élianne) n'ayant pas donné suite à nos relances, nous disposons de moins d'informations à leur sujet.

Sur le plan clinique, le parcours de chacun des participants suivait les lignes directrices reconnues dans le traitement d'un premier épisode psychotique (PEP), combinant suivi pharmacologique, soutien psychosocial et participation à des activités thérapeutiques de groupe. Au moment de leur participation au programme de TA, tous étaient sous traitement pharmacologique avec minimalement un antipsychotique et avaient expérimenté plusieurs molécules au cours de leur suivi. Tous avaient également participé à divers groupes thérapeutiques. Sept d'entre eux avaient été hospitalisés au moins une fois en raison d'un épisode psychotique. Enfin, certains avaient bénéficié d'un accompagnement de type pair-aidance, afin d'apporter un soutien additionnel dans leur parcours de rétablissement.

3.1 Mathias

3.1.1 Caractéristiques sociodémographiques

Au moment de sa participation au programme de TA, Mathias était âgé de 25 ans, célibataire et en suivi à la clinique JAP depuis deux ans. Il demeurait dans un foyer de groupe³, sa principale source de revenus

² Afin d'assurer leur anonymat, les participants sont désignés par des pseudonymes.

³ Un foyer de groupe est un lieu d'hébergement offrant un milieu adapté aux besoins d'un groupe homogène de moins de dix personnes, non autonomes en raison de leur âge, d'un handicap, de problèmes socioaffectifs ou d'une combinaison de ces raisons.

était l'aide sociale, il était sans occupation et il n'avait pas terminé ses études secondaires. Enfin, il avait reçu les diagnostics suivants : schizophrénie et trouble d'usage du cannabis.

3.1.2 Projets de vie identifiés

À la lecture du cahier du participant de Mathias, faire de nouvelles rencontres semblait d'abord primordial pour lui. Au fil de sa participation au programme, de nouveaux intérêts/objectifs se sont dessinés pour lui, laissant transparaître un désir de construire son identité professionnelle et tendre vers une plus grande autonomie. Ainsi, lors de l'expédition, il avait identifié avoir pour projet de vie un retour/maintien à l'école, un retour/maintien au travail et un retour/maintien en logement autonome.

Le plus saillant, lors des rencontres préparatoires, était la rapidité avec laquelle il devenait plus calme et disposé à participer aux activités proposées lorsqu'une collation était servie. Il était alors plus facile d'échanger et d'être en lien avec lui. Ce phénomène s'est également manifesté lors de l'expédition, la nourriture semblant être une source d'apaisement et de réconfort pour lui.

Mathias semblait s'animer et prendre vie lors des activités physiques organisées à l'extérieur des locaux du CHUM, laissant parfois même transparaître un côté compétitif. Le groupe était alors témoin d'une autre facette de sa personne : il était allumé, énergique et souriant. Bien que présent à chacune des rencontres, il semblait lui être parfois difficile de s'engager dans les activités. Il s'est d'ailleurs présenté chaussé de sandales pour une randonnée au Mont-Royal et a exprimé son inconfort tout au long de l'activité, ressentant de vives douleurs aux pieds, ses chaussures n'étant pas adaptées à la marche. Il avait également tendance à demander des cigarettes aux passants et aux autres participants, alors que les activités débutaient, ce qui semblait parfois ralentir la progression du groupe.

3.1.3 Observations durant l'expédition

Tout au long de sa participation au programme de TA, Mathias posait beaucoup de questions sur les étapes à venir, laissant transparaître le besoin d'être rassuré face à l'inconnu. Il semblait avoir de la difficulté à s'adapter aux nouvelles situations, comme si sa routine constituait un repère réconfortant. Malgré son anxiété, il a néanmoins réussi à s'adapter à ce nouvel environnement et à participer à chacune des activités avec collaboration et un apparent plaisir; par exemple, il rigolait lorsqu'il se baignait avec d'autres participants. Il a également développé une complicité avec certains participants, en partageant des cigarettes ou encore en faisant des courses amicales sur le terrain de camping.

Il avait besoin d'accompagnement dans la réalisation de certaines tâches qui lui étaient attribuées et de quelques rappels en ce qui concerne son hygiène personnelle. Mathias avait apporté peu de vêtements pour le séjour en nature, et ce, bien qu'il ait été accompagné dans la préparation de ses bagages. Il lui manquait des bas, un maillot de bain et des souliers adaptés aux activités. Durant la troisième journée d'expédition, alors que la température était pluvieuse, il a informé le groupe qu'il avait froid et qu'il n'avait plus de bas secs pour se chauffer. Ce partage a suscité de l'entraide entre les participants, Olivier s'étant proposé pour lui prêter une paire de bas propres, tout en lui faisant la morale sur l'importance d'avoir des vêtements de rechange en camping. Durant le séjour en nature, il a mentionné que sa médication le rendait plus somnolent et qu'il avait besoin davantage d'heures de sommeil pour être fonctionnel. Ainsi, tout au long du séjour, il se levait parmi les derniers.

L'alimentation lors du séjour en nature était difficile pour lui. Dès le début de sa participation au programme de TA, il a exprimé qu'il mangeait casher et halal, ce qui avait été pris en considération lors de la planification des repas. Toutefois, à quelques reprises, il a refusé de manger les plats qui avaient été cuisinés pour lui. Il tenait parfois un discours rigide, lorsqu'il n'avait pas la certitude que la nourriture proposée respectait ses pratiques religieuses.

Le soir autour du feu, il semblait détendu, moins gêné et échangeait facilement avec les autres participants. Mathias s'est ouvert en toute transparence aux autres participants sur quelques-unes de ses expériences de vie, notamment ce qui s'est passé pour lui lorsqu'il a vécu un épisode psychotique aigu.

La dernière journée du séjour a été particulièrement confrontante pour Mathias. Décidé à ne pas descendre en rappel la chute de 10 mètres, en raison d'une peur des hauteurs, il a mentionné à maintes reprises ne pas vouloir prendre part à cette activité. Après discussion avec l'une des intervenantes accompagnatrices, il a finalement complété l'activité jusqu'au bout. Toutefois, sa réticence à descendre la chute en rappel a eu un effet néfaste sur l'ambiance du groupe cette journée-là. Plusieurs participants, dont Anthony, ont été chamboulés par la tournure des événements et la discussion entre Mathias et l'intervenante. Anthony a rapidement pris la défense de Mathias et a insisté sur le fait qu'il était important de le respecter dans sa décision de ne pas faire l'activité. Suite à la descente en rappel de la première chute, complétée par tous les membres du groupe, Mathias, Anthony, Jules et Nathan ont pris la décision de ne pas prendre part à l'activité suivante, qui était la tyrolienne. Il semble que la confrontation des limites de Mathias et les tensions qui s'en sont suivies au sein du groupe ont suscité l'émergence d'un mouvement d'opposition chez certains participants.

3.1.4 Entrevues post-expédition

À la rencontre bilan, Mathias est revenu sur son appréciation des discussions en soirée, alors que le groupe était assis autour du feu de camp et sous le ciel étoilé. Il a d'ailleurs particulièrement apprécié l'entretien du feu de camp : « on restait hum à côté du feu, genre, on le rallumait à chaque fois qu'il s'éteignait, genre. C'est, c'est, comment dire. C'était cool. » Selon ses dires, le cadre offert par cette modalité de TA lui a aussi appris à être plus débrouillard et organisé.

Trois mois après le retour de l'expédition, aucun participant ne s'est présenté à l'entretien de groupe planifié. De son côté, Mathias était hospitalisé en raison d'une perte de poids importante, inquiétante pour sa santé. De nouveaux médicaments lui avaient alors été prescrits. Lors d'une visite spontanée de la part de la chercheuse principale à l'interne, elle a été frappée par son teint pâle et la lenteur de ses mouvements. Il semblait somnolent, amorphe. D'abord incertain, cela lui a pris quelques secondes avant de la reconnaître. Puis, ils ont échangé quelques banalités d'usage. Elle l'a questionné à savoir comment il se portait et ce qui se passait pour lui à ce moment-là. Ils se sont remémoré quelques souvenirs du séjour en nature et ont échangé quelques rires. Au bout de quelques minutes, comme il semblait épuisé de cet échange, elle l'a remercié pour cette brève discussion.

En février 2020, six mois après l'expédition, Mathias a été sollicité pour une entrevue individuelle, à laquelle il a accepté de participer. Avec enthousiasme, il a raconté prendre part à un programme d'aide et d'accompagnement social offert par un organisme communautaire régional en santé mentale, favorisant la réinsertion sociale et professionnelle. Motivé à avoir son chez-soi, il a fait part de son désir de quitter sa ressource pour demeurer dans son propre logement, et ce, dans le quartier de son choix. Afin de réaliser ce projet, il a décrit les différentes étapes qu'il devrait franchir. Au cours de cette entrevue, le thème de l'argent apparaissait central dans son discours, préoccupé à savoir s'il pourrait se permettre de payer le forfait de son cellulaire et manger ses aliments préférés.

Il a aussi mentionné avoir pris conscience de l'impact de sa consommation de cannabis sur sa vie. Il semble que l'expédition fut une première expérience positive d'arrêt de consommation pour lui, lorsque nous avons exploré les impacts de sa participation à ce programme dans son quotidien. L'arrêt de consommation a été difficile pour lui, même s'il n'a pas été importuné par des effets secondaires. Il a aussi remarqué certains changements positifs :

Euh ben j'avais arrêté de fumer pendant quatre jours. Puis quand je suis revenu, je sais pas, il y a quelque chose qui a changé. Je pense que c'est mes yeux qui ont un peu changé. On dirait

mes yeux, ils étaient plus blancs, plus en vie, parce que je pense quand on fume le pot, trop, ça, ça magane un peu ouais.

Malgré cet arrêt de consommation positif, il a expliqué avoir tout de même repris ses vieilles habitudes. Son hospitalisation, au mois de novembre 2019, qui s'est échelonnée sur un mois et demi, aurait été déterminante dans son parcours de vie, car il a confié avoir pris conscience des effets néfastes de sa consommation sur son bien-être :

C'est comme, quand j'étais hospitalisé. J'ai, j'ai été hospitalisé pendant un mois et demi. J'ai arrêté le pot pendant un mois. Pis je sais pas, on dirait quand je me regardais je me voyais plus en vie. Je suis comme : « Ah, le pot c'est de la merde, c'est, c'est des intoxications pis c'est pas bon! » [...] J'ai arrêté ça fait quasiment un mois, trois semaines ou un mois j'ai arrêté. Puis je suis vraiment content d'avoir arrêté. Je, j'ai, j'ai pu vraiment le besoin de fumer. J'ai, ouais, j'ai - ç'a passé. La première semaine c'était dur, mais après ça...

Au terme de cette dernière entrevue, il a semblé que le fait que la chercheuse principale partage cette expérience unique avec les participants ait facilité les échanges et la remémoration de souvenirs lors des entretiens post-expédition. Mathias a grandement bénéficié de sa présence et des photographies, lors de cet entretien, ces dernières ayant eu l'effet escompté de le supporter dans ses élaborations.

3.2 Théo

3.2.1 Caractéristiques sociodémographiques

Au moment de sa participation au programme de TA, Théo était âgé de 22 ans et était célibataire. Il est né à l'extérieur du Canada et a été adopté à l'âge d'un an. Il demeurait dans un appartement supervisé et cela faisait deux ans qu'il était suivi à la clinique JAP. Il avait terminé ses études secondaires et travaillait, depuis peu, à temps plein, dans un magasin de vélo. Enfin, il avait reçu les diagnostics suivants : schizophrénie et trouble d'usage du cannabis.

3.2.2 Projets de vie identifiés

À la première rencontre préparatoire, Théo avait indiqué avoir pour projets de vie un retour/maintien à l'emploi, un retour/maintien en logement autonome, faire de nouvelles rencontres et socialiser. Malheureusement, compte tenu de son travail et plus particulièrement de son employeur qu'il décrivait comme peu compréhensif quant à sa réalité et ses autres engagements, il n'a pas été en mesure de s'absenter de son travail pour prendre part aux rencontres préparatoires, bien que celles-ci avaient lieu en fin de journée. C'est n'est donc qu'à la journée de départ vers la destination plein air, un mois après la première rencontre préparatoire, qu'il s'est intégré au groupe.

3.2.3 Observations durant l'expédition

La chercheuse principale a eu l'opportunité d'être assise à la droite de Théo durant le trajet vers la destination plein air. Ce fut une occasion pour elle d'échanger avec lui à propos de tout et de rien. Durant une bonne partie du trajet, ils se sont occupés de choisir la musique ensemble. Ce moment a permis à la chercheuse principale d'apprendre à le connaître un peu plus dans ses goûts personnels musicaux.

Une fois arrivé au campement, Théo s'est rapidement installé. Tout au long du séjour, il a fait preuve d'initiative dans les tâches, était à l'écoute des autres participants et proposait son aide. Il n'avait pas apporté de vêtements de rechange ni de souliers adaptés aux activités, et ce, bien que son intervenante lui avait remis la liste des effets personnels à apporter. Durant l'heure libre suivant l'installation du campement, Théo en a profité pour se baigner avec d'autres participants et semblait avoir beaucoup de plaisir, de nombreux rires ayant été échangés. À un certain moment, une des intervenantes accompagnatrices s'est rendu compte que l'un des jeunes, Olivier, n'était plus sur le site du campement. Elle a demandé au groupe, qui était majoritairement dans l'eau en train de s'amuser, si quelqu'un l'avait vu. Personne ne savait où il était, ce qui a suscité une vague d'inquiétude et de stress chez chacun. Pour sa part, Théo a verbalisé son mécontentement face à cette situation, disant que cela gâcherait l'ambiance du groupe si Olivier n'était pas retrouvé. Heureusement, au bout d'une heure, Olivier est revenu par lui-même sur le site du campement, au grand soulagement de tous.

Durant l'activité brise-glace, Théo était ouvert aux autres participants et curieux à l'égard des différentes stratégies proposées. Il a proposé une stratégie pour résoudre la tâche qui était demandée au groupe. Vers la fin de la journée, le coucher du soleil se pointant à l'horizon, Théo s'est proposé pour allumer le premier feu. Expérimenté et rigoureux dans sa méthode, le feu était stable en un instant. Impressionnés par ses aptitudes en plein air, plusieurs participants lui ont demandé conseil. Lors du groupe de discussion en soirée, s'intéressant de plus près au déroulement de la journée, la majorité du groupe a souligné le bon coup de Théo, ce dernier ayant pris le temps de montrer à ceux qui le voulaient comment allumer et entretenir un feu de camp.

Lors de la deuxième journée, alors que le groupe se dirigeait vers le sentier pour faire la randonnée, Théo a aperçu un oisillon au sol. Préoccupé par le fait que l'oisillon soit seul, hors de son nid et sans protection, il a alerté le groupe. Le groupe a alors décidé de mettre une grosse branche non loin devant l'oisillon, pour signifier sa présence aux autres randonneurs et ainsi pouvoir espérer qu'il ne lui arriverait rien. Ce moment a également été reconnu par plusieurs participants comme un moment significatif de l'expédition.

Durant la matinée de la troisième journée de l'expédition, alors qu'aucune activité n'était planifiée, Théo, Anthony, Jules et Nathan ont pris l'initiative d'allumer un feu. Par la suite, certains en ont profité pour faire la sieste près de celui-ci et de sa chaleur réconfortante. Bien qu'en retrait du reste du groupe, Théo vaquait à ses occupations et observait les autres membres du groupe. Observateur silencieux, Théo écoutait attentivement les échanges non loin de lui.

À la quatrième et dernière journée de l'expédition, le groupe a pris part à l'activité de descente en rappel d'une première chute de 10 mètres. Seuls quelques braves (Théo, Olivier, Léa, Élianne) ont décidé de s'aventurer ensuite sur le parcours de 12 mètres de la deuxième chute. L'expression faciale de ces quatre participants (p. ex. émerveillement, fierté), à leur arrivée en bas de la chute, a été très marquante pour la chercheuse principale qui les observait.

3.2.4 Entrevues post-expédition

Compte tenu de son emploi, Théo n'a pas été en mesure non plus de participer à la rencontre bilan planifiée une semaine après le retour de l'expédition. Il était toutefois présent au premier entretien de groupe (un mois après le retour de l'expédition). Malgré une humeur plutôt maussade, un regard fuyant et une tendance à se positionner en retrait par rapport au reste du groupe, il a participé aux échanges et a fait part de son expérience subjective de cette aventure. Spontanément, il a partagé combien il a ri lors de sa participation au programme, soulignant qu'il n'avait pas ressenti une telle joie depuis très longtemps et que cela lui avait fait un grand bien. Cette observation de sa part demeurait présente au sein de son discours, même six mois après l'expédition. Théo a également partagé combien cette expérience lui a permis d'apprendre à faire preuve d'ouverture face aux autres, de socialiser et de vivre en communauté. Marqué par l'oisillon en détresse à l'entrée du sentier de la première randonnée, il a mentionné une fois de plus que ce moment avait été très marquant pour lui. Théo était le seul participant ayant rapporté avoir toujours en sa possession la petite roche qu'il avait ramenée du site du campement suite à l'activité de la fin du séjour. La roche représentait une découverte sur soi-même, avec laquelle chacun repartait. Ce partage a suscité l'intérêt de plusieurs participants et a même permis à certains de se remémorer qu'ils avaient encore en leur possession leur roche. Organisé, curieux du nouvel environnement et soucieux du respect des consignes, Théo a été un repère, principalement temporel, pour plusieurs participants. Fidèle à lui-même tout au long de sa participation au programme, Théo a joué le rôle d'un leader positif pour l'ensemble du groupe, faisant preuve de bienveillance, de patience et de respect à l'égard de chacun.

En mars 2020, sept mois après l'expédition, Théo a été sollicité pour une entrevue individuelle, à laquelle il a accepté de participer. Au cours de cette entrevue, il a rapporté prendre part à un programme de

réinsertion sociale, depuis un mois. Il demeurait en colocation avec cinq autres personnes. Il avait l'intention de déménager dans un appartement un peu plus petit, avec un ou deux colocataires, en juillet 2020. Avec enthousiasme, il a mentionné s'être inscrit dans un programme scolaire de conception de vêtements, qu'il devait débiter en août 2020.

Au cours de cette entrevue, Théo a mentionné être habité par un sentiment de vide depuis quelques semaines, ce qui le perturbait, ayant beaucoup de difficulté à se changer les idées. Être entouré de ses colocataires, prendre part à des activités ludiques en leur compagnie et passer du temps avec ses amis semblait toutefois l'apaiser. Il n'en demeure pas moins que ses nouvelles responsabilités demeuraient une grande source de stress pour lui, ayant un impact considérable sur son bien-être :

Puis hum — c'est ça là ça allait bien [référence au moment de sa participation au programme de TA] parce que comparé à aujourd'hui ben t'sais j'ai un loyer à payer, j'ai de l'hydro à payer, ma bouffe à payer, j'ai mes dépenses de vie à payer. Euh j'ai plein de choses à payer, puis là, puis là, je suis plutôt dans le rouge, fait que c'est pas tant pratique là...

Malgré le temps qui passe, une chose demeurait claire pour Théo : le groupe lui avait permis de sortir de sa zone de confort, de socialiser, de rire et de passer du bon temps en compagnie d'autres jeunes ayant vécu une expérience similaire à la sienne. Théo a insisté à quelques reprises sur l'importance de faire des activités favorisant la communication et l'esprit d'équipe — comme des chasses au trésor ou défis de groupe —, qu'il aurait aimé expérimenter plus fréquemment lors du programme.

3.3 Nathan

3.3.1 Caractéristiques sociodémographiques

Au moment de sa participation au programme de TA, Nathan était âgé de 21 ans, célibataire et en suivi depuis plus d'un an à la clinique JAP. Il demeurait en maison de chambre. Sa source de revenus était l'aide sociale, il avait terminé ses études secondaires et était sans occupation. Enfin, il avait reçu les diagnostics suivants : schizophrénie, dysphorie de genre, trouble d'usage du cannabis et des stimulants.

3.3.2 Projets de vie identifiés

Lors de la première rencontre préparatoire, il avait indiqué avoir pour projet de vie un retour/maintien à l'école. Il s'était donc inscrit au cégep à temps plein, pour la session d'automne à venir. Nathan a maintenu cet objectif tout au long de sa participation au programme. Pour ce faire, il avait identifié qu'il devait particulièrement travailler sur le respect de ses engagements et le monitoring de son énergie et de son état physique.

3.3.3 Observations durant l'expédition

Tout au long de sa participation au programme, Nathan était très discret. Il avait tendance à demeurer en retrait lors des activités de groupe et à peu participer aux activités informelles, voire à s'isoler dans sa tente dans les moments libres au campement, principalement pour faire la sieste. Il faisait partie des premiers à aller se coucher et des derniers à se lever, ayant apparemment un grand besoin de sommeil. Dès le début du programme, il a spécifié ne pas être à l'aise à être photographié. Ainsi, il se retirait derrière la caméra pour ne pas apparaître sur les photos. Lorsque l'un des guides facilitateurs a proposé qu'il se positionne de dos sur les photos, il a accepté et s'est prêté au jeu.

Nathan était très respectueux envers les membres du groupe et démontrait une ouverture face aux autres. Il écoutait les consignes et les stratégies proposées par les guides durant les activités, notamment lors de la randonnée pédestre de 12 kilomètres, qu'il a complétée avec succès, et ce, malgré la fatigue et une douleur au pied présente avant l'expédition. Au fil de l'expédition, Nathan a rapporté dans son journal de bord avoir découvert qu'il était patient, persévérant et intelligent, ce qui l'aurait aidé à surmonter les obstacles et difficultés rencontrées au cours des activités.

Nathan a fait preuve d'initiative en ce qui concerne les tâches reliées au campement, notamment la préparation du café au petit déjeuner et la vaisselle, en dehors des plages horaires qui lui avaient été attribuées. À quelques reprises, il a partagé son engouement pour les repas, de même qu'une « fascination » pour leur préparation et a manifesté un intérêt à cuisiner les recettes préparées lors de l'expédition une fois de retour en ville.

Nathan a partagé avoir eu beaucoup de plaisir au cours de sa participation au programme de TA et avoir apprécié les paysages et leur beauté. Les moments significatifs de ses journées étaient principalement liés à la randonnée et aux paysages impressionnants qu'offrait la Vallée Bras-du-Nord.

3.3.4 Entrevues post-expédition

Nathan était absent à la rencontre bilan s'étant déroulée une semaine après le retour de l'expédition. Lors du premier entretien de groupe (un mois après l'expédition), il était présent et a exprimé avec fierté avoir commencé ses études au cégep. Avec enthousiasme, il a expliqué au groupe avoir pour intention de participer à un voyage organisé au Mexique à la quatrième et dernière session de son programme.

Au cours de cette rencontre, alors que le groupe regardait les photos prises par chacun lors de l'expédition, les participants ont été invités à en identifier trois qui leur apparaissaient plus importantes. Léa a montré

avec fierté une photographie avec Nathan, la seule où il était visible et identifiable, ce dernier ayant refusé d'être pris en photo tout au long de l'aventure. Cette photographie est apparue significative dans l'expérience de Léa, ce dont Nathan semblait touché. De son côté, il avait aussi choisi de présenter au groupe une photographie sur laquelle Léa apparaissait.

De plus, Léa a désigné la photographie d'un tronc d'arbre coupé comme particulièrement significative dans son expérience, en raison d'une légende narrée par l'un des guides facilitateurs lors de la deuxième soirée de l'expédition. Certains membres du groupe, dont Nathan, étant partis se coucher, ils n'avaient pas entendu cette légende. À quelques reprises durant la rencontre, il a interrogé les autres participants sur l'histoire contée par le guide, sa curiosité étant piquée. Malheureusement pour lui, ceux qui avaient écouté ce récit s'étaient engagés à ne le raconter que sous certaines conditions. Déçu, il n'a obtenu aucune réponse. Il est possible que cela ait influencé son sentiment d'appartenance au groupe, bien qu'il ne l'ait pas explicité. Le niveau d'énergie de Nathan et son grand besoin de sommeil semblent avoir affecté son expérience au sein de ce groupe plein air. Il avait besoin de faire des siestes entre les activités, se couchait relativement tôt après le souper et avait du mal à se réveiller le matin. Par conséquent, il était souvent absent lors des moments informels où des liens se créaient ou se renforçaient entre les différents membres du groupe.

Au cours de la rencontre bilan, un résumé des activités accomplies lors de l'expédition a été fait. La dernière activité, où chaque participant était invité à choisir une roche représentant une force qu'ils avaient découverte et qu'ils souhaitaient rapporter dans leur quotidien, a suscité beaucoup de rires. Le groupe s'est remémoré que Nathan avait choisi une roche d'une dizaine de livres qu'il n'a pu rapporter dans ses bagages, contrairement aux autres participants, cette dernière étant trop lourde.

Nathan n'était pas présent au deuxième entretien de groupe (deux mois post-expédition) ni, tout comme les autres participants, au troisième (trois mois post-expédition). En février 2020, six mois après l'expédition, Nathan a été sollicité pour une entrevue individuelle à laquelle il a accepté de participer. Lors de cette entrevue, il a indiqué que son retour à l'école avait été très difficile. Malgré sa motivation, il a expliqué avoir eu des problèmes de santé (p. ex. nausées et vomissements fréquents) ayant eu un impact significatif sur ce projet de vie :

Je pouvais plus manger, parce que je vomissais tout ce que je mangeais. [...] L'hôpital m'a dit que c'était par rapport au cannabis. J'ai diminué ma consommation de cannabis, mais j'ai quand même vomi, continué de vomir. [...] Personnellement, je juge que ce n'était pas le cannabis là, mais... Dans le fond on n'a jamais trouvé c'était quoi, mais j'ai arrêté de vomir.

Il a pris la décision d'abandonner ses études, ayant accumulé trop d'absences et de retard dans ses cours, en raison de ses problèmes de santé. Toutefois, avec optimisme, il a mentionné s'être inscrit à un programme, qui vise à soutenir les jeunes adultes de 18 à 29 ans dans leurs démarches d'insertion ou de retour en emploi/études. Il souhaitait se trouver un emploi dans le domaine des sports.

En décembre 2019, il est déménagé dans un foyer de groupe pour une durée approximative de six mois. Par la suite, il avait pour intention de se trouver un appartement supervisé, souhaitant se construire son propre chez-soi et avoir de l'intimité. Son intervenante à la clinique JAP le soutenait dans ses démarches.

Six mois après l'expédition, les difficultés de sommeil de Nathan perduraient (p. ex. insomnie, maux de tête durant la nuit). Au cours de cette entrevue, il a mentionné qu'elles étaient présentes depuis son enfance. Pour Nathan, se réveiller le matin demeurait un défi considérable, ayant un impact sur le respect de ses engagements, notamment en raison de la fluctuation de son niveau d'énergie au cours de la journée. Il a fait part de la fierté qui l'habitait encore à ce jour lorsqu'il se remémorait avoir réussi à compléter avec succès les activités physiques proposées lors de l'expédition, prenant conscience qu'il avait fait preuve de persévérance et qu'il avait été capable de surmonter des défis. Pour Nathan, cette expérience avait été très positive et riche en découvertes : il mentionnait en avoir appris sur lui-même, plus précisément sur ses forces, ce dont il était reconnaissant. Il a aussi fait part de son appréciation de la nourriture lors du séjour en nature, cette dernière ayant été réconfortante suite aux journées bien remplies. Malgré son désir de cuisiner les bons repas savourés lors de l'expédition, à son retour en maison de chambre et par la suite en foyer de groupe, cela n'était pas possible pour lui puisque les repas étaient préparés par des cuisiniers. Son contexte de vie ne semblait pas lui permettre, à ce moment-là, de mettre en application certains apprentissages effectués lors du programme de TA.

Nathan a témoigné avoir été particulièrement marqué par le contact avec la nature lors de l'expédition, et ce, malgré le passage du temps. Suite à l'analyse des entretiens de groupe et individuels post-expédition, nous avons pu constater, à nouveau, combien le fait que la chercheuse principale ait partagé cette expérience unique avec les participants a facilité les échanges et la remémoration de souvenirs, lors des entretiens post-expédition. Tout comme Mathias, Nathan semblait avoir grandement bénéficié de la présence de la chercheuse principale et des photographies, ces dernières ayant eu l'effet escompté de le supporter dans ses élaborations. Lorsqu'il lui a été proposé de lui remettre ses photographies prises lors du séjour en nature, il a refusé, préférant que la chercheuse principale les garde en sa possession, ces dernières étant « plus en sécurité avec elle », selon ses dires. Il semble que la précarité sociale dans laquelle se trouvait Nathan au moment de sa participation à ce programme, de même que sa difficulté à

rapporter quelque chose de cette expérience avec lui, aussi tangible cela soit-il que des photographies n'était pas possible.

3.4 Jules

3.4.1 Caractéristiques sociodémographiques

Au moment de sa participation au programme de TA, Jules était âgé de 24 ans. Il était célibataire et en suivi depuis deux ans à la clinique JAP. Il demeurait dans un appartement supervisé. Sa source de revenus était l'aide sociale, il était sans occupation et avait complété sa 4^e année d'études secondaires. Enfin, il avait reçu les diagnostics suivants : schizophrénie, anxiété sociale, trouble d'usage du cannabis.

3.4.2 Projets de vie identifiés

Durant les rencontres préparatoires à l'expédition, Jules n'a pas complété les sections de son journal de bord relatives à la préparation de l'expédition, et ce, même si les intervenantes le lui rappelaient à chaque rencontre. Il n'avait donc pas identifié de projets de vie qu'il souhaitait investir, ni les défis associés à travailler.

3.4.3 Observations durant l'expédition

Durant le séjour en nature, il avait identifié certains objectifs, soit faire de nouvelles rencontres, socialiser et travailler sur son estime personnelle, objectifs qu'il a apparemment maintenus tout au long du séjour. Lors de l'expédition, sa consommation de cigarettes avait largement augmenté, celle-ci atteignant environ un paquet de 25 cigarettes par jour. Il a mentionné consommer plus qu'à l'habitude, en raison du fait que presque tous les participants fumaient la cigarette.

Jules a noué une amitié significative avec Anthony, avec qui il partageait sa tente. Leur complicité, accompagnée de rires contagieux et remarquablement similaires, leur a valu le surnom des « *twins' laugh* » tout au long du séjour en nature.

Jules avait une attitude positive tout au long de sa participation au programme. Par contre, la première randonnée a été plus difficile pour lui, ses jambes étant douloureuses en raison de l'effort physique déployé, à un point où il pensait qu'il n'arriverait pas à compléter l'activité. Les encouragements des intervenantes et des guides facilitateurs l'ont toutefois motivé à continuer et à compléter les activités avec succès. Les guides lui rappelaient de respecter son propre rythme, de prendre le temps de respirer, de s'hydrater et d'adopter une pensée positive lors de l'activité, ce qu'il a beaucoup apprécié. Lors des

discussions de groupe, en soirée, il a mentionné à plusieurs reprises comment un état d'esprit centré sur ce qu'il y a de positif a été très aidant pour lui. Durant la randonnée pédestre, Jules s'est ouvert sur ses relations familiales et ses projets pour l'été, permettant ainsi à certains participants d'apprendre à le connaître davantage.

Jules a beaucoup apprécié les repas et collations et prenait plaisir à accomplir les tâches qui lui avaient été assignées. Lors des discussions de groupe en fin de journée, il prenait la parole avec aisance et avait de la facilité à identifier ses réussites de la journée et les obstacles rencontrés. Il était très soutenant envers les autres participants et les encourageait lors de la complétion des activités. Bien que l'anglais soit sa langue première, il s'est bien intégré au groupe. Il faisait des efforts pour parler en français et posait des questions lorsqu'il ne comprenait pas les consignes. Quelques participants ont d'ailleurs pris le temps de lui traduire les informations pertinentes, lorsqu'il avait de la difficulté à saisir ce dont il était question.

Lors de l'activité de la descente en rappel de la première chute de 10 mètres, Jules a été chamboulé par la discussion animée entre Mathias et l'une des intervenantes accompagnatrices. À l'instar de Mathias, Anthony et Nathan, il a ensuite refusé de prendre part à l'activité de la tyrolienne.

3.4.4 Entrevues post-expédition

Jules a partagé à plusieurs reprises son appréciation de ce que son intervenante pivot lui ait proposé de prendre part au programme de TA et encore plus qu'elle ait accompagné le groupe, cette expérience ayant été très positive pour lui. Le développement de son endurance physique et la création de nouvelles amitiés ont été très significatifs pour lui. Lors du deuxième entretien de groupe, Jules a mentionné combien ce programme l'avait aidé à diminuer son anxiété sociale : « pour moi, j'avais beaucoup d'anxiété avant de participer au groupe. J'avais de l'anxiété à l'idée de venir et des trucs comme ça et après, tout allait bien. » (traduction libre)

En février 2020, six mois après l'expédition, Jules a été sollicité pour une entrevue individuelle, à laquelle il a accepté de participer. Lors de cette entrevue, il a mentionné qu'il souhaitait diminuer sa médication, prendre part à un programme de réinsertion au travail et éventuellement déménager dans un appartement de son choix en colocation. Il a partagé son intérêt pour les jeux vidéos et son désir de se trouver un emploi dans ce domaine, une fois que sa médication serait réduite et stable. Il demeurerait dans la même ressource d'hébergement qu'en début de programme, ressource qu'il appréciait beaucoup, puisque les intervenants présents sur place l'aidaient à gagner en autonomie et en confiance. Jules s'est dit heureux d'avoir acquis de nouvelles compétences culinaires, puisqu'il aidait régulièrement à la préparation des

repas, soit une ou deux fois par semaine. À ce sujet, il a mentionné avoir bien aimé les repas cuisinés et partagés en groupe lors de l'expédition, les baignades dans le lac, les paysages verdoyants et les insectes, qu'il a d'ailleurs grandement photographiés à l'aide de son appareil photo jetable. Son seul regret était de ne pas avoir participé à l'activité de la tyrolienne. Au terme de cet entretien, Jules s'est ouvert sur ce qui s'est passé pour lui lorsqu'il a vécu un épisode psychotique aigu et sur sa situation familiale. Il a partagé avoir apprécié les services qu'il avait reçus jusqu'à présent, cela l'ayant aidé à surmonter ses difficultés.

3.5 Anthony

3.5.1 Caractéristiques sociodémographiques

Au moment de sa participation au programme de TA, Anthony était âgé de 22 ans. Il était célibataire et en suivi depuis plus d'un an à la clinique JAP. Il demeurait dans un appartement supervisé. Sa source de revenus était l'aide sociale, il était sans occupation et n'avait pas terminé ses études secondaires. Enfin, il avait reçu les diagnostics suivants : trouble schizo-affectif et trouble d'usage du cannabis.

3.5.2 Projets de vie identifiés

Lors de la première rencontre préparatoire, il avait indiqué avoir pour projet de vie de faire de nouvelles rencontres et de socialiser. Son projet de vie s'est modifié au fil de sa participation au programme. Ainsi, lors de l'expédition, il avait indiqué qu'il souhaitait faire un retour/maintien aux études et, par conséquent, qu'il devait travailler sur sa motivation et son plaisir.

3.5.3 Observations durant l'expédition

Tout au long de sa participation au programme, Anthony s'investissait dans les activités, accomplissait les tâches qui lui étaient attribuées, respectait les règlements et démontrait un intérêt envers les autres participants. En général, il avait une attitude positive. Anthony a adopté un rôle de leader positif tout au long du programme, proposant spontanément son aide aux intervenantes, aux guides facilitateurs et aux autres participants, prenant des initiatives lors de l'accomplissement de certaines tâches, répétant les consignes aux participants qui avaient moins bien saisi les informations et encourageant les divers membres du groupe à se dépasser durant les activités. Anthony faisait également preuve d'un sens de l'humour, ce qui permettait d'insuffler une note de légèreté dans le groupe et aidait plusieurs personnes à se détendre. Il a noué des liens d'amitié avec plusieurs participants, dont son colocataire de tente, Jules, avec qui il a exprimé le désir de rester en contact après l'expédition. Anthony était à l'aise lors des discussions en groupe et n'hésitait pas à partager son vécu et ses réflexions. Il a aussi mentionné qu'il avait éprouvé beaucoup de plaisir et aurait aimé rester plus longtemps.

Pendant la première journée d'expédition, sa consommation de cigarettes a augmenté, puis est retournée à la normale les jours suivants. Anthony était très respectueux de l'environnement et s'était porté volontaire pour transporter le pot contenant les mégots de cigarette lors des activités.

L'activité de descente en rappel dans les chutes a été confrontante pour Anthony, ce dernier n'ayant pas apprécié la discussion entre Mathias et l'une des intervenantes accompagnatrices. Il a rapidement pris la défense de Mathias et a mentionné son inconfort à ce que ce dernier soit fortement encouragé à prendre part à une activité qui lui faisait peur. À la suite de la descente en rappel de la première chute, complétée par tous les membres du groupe, Mathias, Anthony, Jules et Nathan avaient pris la décision de ne pas prendre part à l'activité suivante, qui était la tyrolienne. Avec du recul, Anthony a mentionné avoir été influencé par les autres participants à ne pas prendre part à cette activité.

3.5.4 Entrevues post-expédition

Au cours de la rencontre bilan, Anthony a mentionné avoir découvert qu'il était courageux et persévérant : « j'ai persévéré, j'ai monté le, la montagne, jusqu'en haut! J'ai fait le *canyoning* [descente en rappel dans des chutes] même si je voulais pas ». Au cours des entretiens de groupe suivants, il a souligné à plusieurs reprises que sa participation au programme de TA l'avait amené à travailler sa patience. Outre ces éléments, sa participation au programme de TA lui est apparue comme une expérience plaisante. Selon lui, étant déjà fonctionnel avant sa participation au programme de TA, cette expérience n'a pas eu d'impact sur ses habitudes quotidiennes et son hygiène de vie. Lors de ces rencontres, il était très expressif et soulignait les bons coups et réussites des autres participants. Il lui semblait parfois difficile de demeurer concentré durant les entretiens et il lui arrivait de démontrer de l'ennui. Au premier entretien de groupe (un mois post-expédition), Anthony avait débuté un nouvel emploi en cuisine dans un organisme communautaire, ce dont il était très content. À la rencontre suivante (deux mois post-expédition), il a mentionné qu'il travaillait toujours au même organisme communautaire. Certains aspects de son travail lui plaisaient tandis que d'autres l'irritaient. Il a aussi mentionné qu'il était en processus de diminution de sa médication. Anthony s'est ouvert sur certains défis rencontrés avec l'équipe soignante de la clinique JAP dans ce processus de diminution de médication et a verbalisé sa colère, ce qui a amené les autres participants à s'exprimer sur certains enjeux liés à la prise de médication, notamment sur le corps (p. ex. prise de poids, manque d'énergie).

En février 2020, six mois après l'expédition, Anthony a été sollicité pour une entrevue individuelle. Étant donné l'horaire chargé d'Anthony et son manque de disponibilité, notamment en raison de son emploi à temps plein, ainsi que l'arrivée de la pandémie de COVID-19, il n'a pas été possible de trouver un

moment pour conduire l'entrevue. Nous ne disposons donc pas d'informations supplémentaires au sujet d'Anthony.

3.6 Léa

3.6.1 Caractéristiques sociodémographiques

Au moment de sa participation au programme de TA, Léa était âgée de 20 ans. Elle était célibataire et en suivi depuis plus d'un an à la clinique JAP. Elle demeurait avec sa famille. Sa source de revenus était l'aide sociale, elle était sans occupation et n'avait pas terminé ses études secondaires. Enfin, elle avait reçu les diagnostics suivants : schizophrénie, trouble anxieux mixte et trouble de la personnalité dépendante.

3.6.2 Projets de vie identifiés

Lors de la première rencontre préparatoire, Léa avait indiqué avoir pour projet de vie un retour/maintien aux études et faire de nouvelles rencontres et socialiser. Elle a maintenu ses objectifs tout au long de sa participation au programme. Durant l'expédition, elle a également indiqué avoir pour objectif un retour/maintien au travail. Pour ce faire, elle avait identifié qu'elle devait travailler sur ses capacités de socialisation, le respect de ses engagements et porter attention à son plaisir et à sa motivation au fil des tâches.

3.6.3 Observations durant l'expédition

Selon les observations effectuées par les intervenantes accompagnatrices et les guides facilitateurs, la participation de Léa à ce programme de TA apparaît avoir été bénéfique pour elle, catalysant une métamorphose significative dans sa manière d'être et de s'exprimer. Initialement timide et réservée, elle parlait peu et lorsqu'elle le faisait, c'était d'une voix douce et enfantine. Elle semblait préférer la proximité des intervenantes lors de la complétion des activités. Cependant, l'expérience immersive en nature a joué un rôle important dans son développement personnel. Elle a progressivement gagné en assurance et en confiance en elle. Lors de la première journée d'expédition, elle a verbalisé qu'elle était très timide et qu'elle avait de la difficulté à entrer en contact avec les autres participants. Elle a brisé la glace en interagissant principalement avec la participante qui partageait sa tente. Au fil du séjour en nature, sa voix s'est transformée, abandonnant son timbre enfantin pour une tonalité plus mature et assurée. Les échanges avec les autres membres du groupe étaient de plus en plus fluides et elle était en mesure d'entreprendre des conversations.

Elle a fait preuve de collaboration tout au long de sa participation au programme. Elle respectait les règlements, ainsi que chacun des membres du groupe. Elle a accompli les tâches qui lui étaient attribuées et se portait volontaire pour aider les autres participants dans leurs tâches. Durant la réalisation des activités de plus haute envergure, elle doutait parfois d'elle-même et de sa capacité à les mener à bien jusqu'au bout. Elle bénéficiait de l'accompagnement et du soutien des intervenantes et guides : elle appliquait les consignes et stratégies proposées. Elle appréciait les discussions de groupe en fin de journée durant lesquelles un retour était fait sur le déroulement de la journée. Ces moments lui permettaient d'identifier ses forces et les obstacles/difficultés à surmonter. Léa était la seule participante qui ne fumait pas la cigarette. Au terme de l'expédition, elle a verbalisé qu'elle avait gagné en confiance et qu'elle aurait aimé que le séjour en nature se poursuive.

3.6.4 Entrevues post-expédition

Au cours de la rencontre bilan et du premier entretien de groupe, Léa est revenue sur sa tendance à douter d'elle-même et à « abandonner » lorsqu'elle percevait que les tâches ou activités à accomplir étaient trop difficiles. Elle a insisté à plusieurs reprises sur l'impact positif des autres participants et des intervenantes sur sa motivation et sa confiance en elle. Comme elle en témoignait à la rencontre bilan, cette expérience lui aurait permis de dépasser sa timidité : « avant, avant j'étais trop timide, je me sentais mal dans le groupe grand, mais maintenant que j'ai vu, c'est comme je suis capable d'aller à l'école, maintenant je me sens capable de faire des amies. »

Un mois après le retour d'expédition, elle avait commencé à fréquenter un centre de formation générale des adultes et s'impliquait dans la création d'un jeu vidéo, possédant quelques compétences informatiques. Elle semblait à l'aise dans les discussions avec les autres participants, s'intéressant à eux et à leurs parcours. Elle était expressive et n'hésitait pas à entamer la conversation avec les participants avec qui elle avait développé une plus grande complicité.

Elle ne s'est pas présentée à l'entretien de groupe prévu deux mois après le retour d'expédition ni au suivant. En février 2020, six mois après l'expédition, elle a été sollicitée pour une entrevue individuelle. Malgré plusieurs tentatives de prise de contact, elle n'a pas donné suite en ne répondant ni aux appels ni aux courriels. Nous ne disposons donc pas d'informations supplémentaires à son sujet.

3.7 Élianne

3.7.1 Caractéristiques sociodémographiques

Au moment de sa participation au programme de TA, Élianne était âgée de 21 ans. Elle était célibataire et en suivi depuis deux ans à la clinique JAP. Elle demeurait avec sa famille. Sa source de revenus était l'aide sociale et elle étudiait à temps plein au cégep. Enfin, elle avait reçu les diagnostics suivants : trouble schizo-affectif de type bipolaire et trouble d'usage des stimulants et de l'alcool.

3.7.2 Projets de vie identifiés

Lors de la première rencontre préparatoire, elle n'avait pas indiqué de projets de vie en particulier. Ces derniers semblent s'être concrétisés lors de l'expédition, où elle avait indiqué qu'elle souhaitait un retour/maintien à l'école, faire de nouvelles rencontres et socialiser, et tolérer une activité en groupe. Pour ce faire, elle avait identifié qu'elle devait travailler sur son estime de soi, ses capacités de socialisation, le respect de ses engagements, porter attention à son plaisir et sa motivation au fil des tâches et, enfin, surveiller son énergie et son état physique.

3.7.3 Observations durant l'expédition

Durant les rencontres préparatoires et la première journée d'expédition, Élianne était plutôt timide et réservée. Elle se mêlait peu aux autres et restait isolée. La consommation de cigarettes durant le séjour en nature semble lui avoir permis de briser la glace avec certains participants et éventuellement de socialiser. Dans son désir de diminuer sa consommation de cigarettes, elle a utilisé la cigarette électronique. Elle s'est également ouverte aux autres participants quant à sa consommation de substances et a partagé quelques constats concernant ses habitudes de vie. La cohabitation avec sa colocataire de tente s'est bien déroulée. C'est d'ailleurs la première personne avec qui elle a échangé davantage et à qui elle a demandé de l'aide lorsqu'il était le temps de monter le campement. Élianne n'hésitait pas à se tourner vers les intervenantes et guides lorsqu'elle avait besoin d'aide. Sa capacité à reconnaître ses limites et ses besoins, ainsi qu'à interpeller autrui lorsque nécessaire, lui a permis de surmonter ses craintes et angoisses et de compléter l'expédition avec succès. Cela inclut notamment sa peur des hauteurs et son anxiété liée au fait de se retrouver en groupe. Tout au long de sa participation au programme, elle respectait les règlements et accomplissait les tâches qui lui avaient été attribuées. Élianne avait certaines connaissances en cuisine et s'est bien adaptée au changement d'environnement.

Au fil de l'expédition, Élianne semblait de plus en plus détendue. Elle amorçait davantage les échanges avec les autres participants et n'hésitait pas à partager ses pensées et émotions lors des discussions de

groupe en fin de journée. Elle encourageait également les autres participants et jouait à certains jeux avec d'autres (p. ex. lancer le ballon dans le lac). Avant de quitter le campement, Élianne a mentionné que cette expérience était mémorable et qu'elle la terminait avec fierté, se sentant « plus grande » et « plus forte ».

3.7.4 Entrevues post-expédition

Au cours de la rencontre bilan et du premier entretien de groupe, elle a évoqué son anxiété lorsqu'elle se trouvait en groupe, sa tendance à douter d'elle-même, ainsi que sa difficulté à aller vers les autres et initier le contact. Les échanges avec l'une des intervenantes durant l'expédition l'auraient beaucoup aidée à surmonter ses craintes et à se concentrer sur le moment présent. Finalement, elle a constaté qu'elle était en mesure de s'adapter aux différents environnements et de se sentir bien. Ce constat l'a amenée à remettre en question ses habitudes de consommation : « Ça m'a prouvé que je pouvais avoir du fun sans consommer. Fait que j'étais pas obligée de... C'est ça là. [...] ça m'a aidée en revenant de comme... J'ai pensé à mes fréquentations pis c'est ça. »

En février 2020, six mois après l'expédition, Élianne a été sollicitée pour une entrevue individuelle. Cependant, l'entrevue a dû être reportée en raison d'un contretemps de la part de la chercheuse principale. Malheureusement Élianne ne s'est pas présentée à l'entrevue qui avait été remise et n'a pas répondu aux tentatives de contact ultérieures. Par conséquent, nous ne disposons pas d'informations supplémentaires à son sujet.

3.8 Olivier

3.8.1 Caractéristiques sociodémographiques

Au moment de sa participation au programme de TA, Olivier était âgé de 25 ans. Il était célibataire et en suivi depuis plus d'un an à la clinique JAP. Il était hospitalisé depuis quelque temps en psychiatrie pour une durée indéterminée. Comme il était jugé cliniquement stable par l'équipe traitante, malgré la présence de symptômes chroniques et qu'il se montrait motivé et intéressé par les activités proposées, il a pu prendre part au programme. Avant son hospitalisation, il demeurait avec sa famille. Sa source de revenus était l'aide sociale, il était sans occupation et avait terminé ses études secondaires. Enfin, il avait reçu les diagnostics suivants : schizophrénie et trouble d'usage du cannabis et des stimulants.

3.8.2 Projets de vie identifiés

Lors de la première rencontre préparatoire, il avait indiqué que son projet de vie incluait un retour/maintien aux études. Il a poursuivi cet objectif tout au long de sa participation au programme. Suite

à la première journée d'expédition, il a également exprimé son désir de faire de nouvelles rencontres et de socialiser. Pour y parvenir, il estimait qu'il devait travailler sur son estime de soi, ses capacités de socialisation, le respect de ses engagements, l'attention à son plaisir et à sa motivation au fil des tâches, ainsi qu'à la gestion de son énergie et de son état physique.

3.8.3 Observations durant l'expédition

Olivier s'investissait dans les activités, accomplissait les tâches qui lui étaient attribuées et aidait spontanément les autres participants pour la réalisation de leurs tâches respectives. Il a montré à plusieurs participants comment bien monter une tente, une initiative d'ailleurs soulignée et appréciée par plusieurs participants qui l'ont remercié pour son aide. Il était généralement de bonne humeur et démontrait de l'enthousiasme envers les activités.

Cependant, il manifestait une irritabilité notable lorsque les tâches n'étaient pas exécutées selon ses propres standards, ce qui compliquait le travail d'équipe. Cette difficulté était particulièrement évidente lors des activités de développement de la cohésion de groupe proposées par les guides facilitateurs, où il avait du mal à écouter les idées des autres participants, à attendre son tour de parole et à respecter les consignes. À titre d'exemple, à l'arrivée sur le site de campement, alors que les participants disposaient d'une heure libre pour s'installer et prendre du temps pour eux, Olivier a quitté le campement pour aller se promener dans le boisé environnant, sans aviser les guides ou intervenantes. Sa disparition a alerté le groupe et des recherches ont débuté. Après une heure, il est revenu sur le site du campement. Les discussions ayant suivi sa disparition ont été difficiles pour l'ensemble du groupe, plusieurs ayant été ébranlés par sa disparition. Olivier avait de la difficulté à saisir la gravité de la situation et l'expérience affective des autres participants. Au fil de sa participation au programme, particulièrement lors de la complétion d'activités à l'extérieur durant les rencontres préparatoires et plus encore lors de l'expédition, il tenait des propos délirants (p. ex. communication avec les plantes et les animaux, projection de sentiments et d'intentions sur les plantes et animaux). Enfin, Olivier a mentionné à plusieurs reprises son amour pour la nature et le sentiment de bien-être que cela lui procurait. Cela était associé pour lui à des souvenirs de camping en famille lorsqu'il était enfant.

3.8.4 Entrevues post-expédition

Au cours des six mois suivant l'expédition, Olivier est demeuré hospitalisé en clinique psychiatrique interne. Il se montrait très discret lors des rencontres post-expédition et participait peu. Les rares fois où il prenait la parole, c'était pour exprimer ses frustrations envers l'équipe soignante concernant ses droits de sortie durant la présente hospitalisation. Lors du deuxième entretien de groupe (deux mois post-

expédition), il a manifesté son mécontentement à l'égard de sa médication et la prise de poids qui en avait résulté. Trois mois après le retour de l'expédition, Olivier était toujours hospitalisé. Lors d'une visite spontanée de notre part à l'interne, nous avons été frappée par ses propos décousus et la présence d'idées délirantes. Après consultation avec son intervenant pivot, nous avons appris qu'Olivier était réfractaire au traitement proposé et qu'il se montrait peu ouvert envers l'équipe soignante. Il était en cours de changement de médication.

En février 2020, six mois après l'expédition, Olivier a été sollicité pour une entrevue individuelle. À ce moment-là, il était toujours hospitalisé, suite à plusieurs tentatives de fugues lors de sorties permises. En raison de sa symptomatologie au moment prévu pour l'entrevue (p. ex. discours décousu, agitation, idées délirantes, hallucinations), cette dernière n'a pas eu lieu. Nous ne disposons donc pas d'informations supplémentaires à son sujet.

Le parcours d'Olivier met en lumière la complexité des critères d'inclusion et de la stabilité clinique requise pour participer à un programme de thérapie par la nature et l'aventure et en bénéficier pleinement, enjeu qui sera approfondi dans la discussion générale.

CHAPITRE 4

ADVENTURE THERAPY WITH YOUNG ADULTS WITH PSYCHOSIS : AN OVERVIEW OF THEIR EXPERIENCE AND ITS IMPACT ON THEIR RECOVERY PROCESS⁴

Abstract

Adventure Therapy (AT) could be an interesting adjunct when usual treatments for first-episode psychosis (FEP) prove limited in fostering recovery. This study explored the experience of four young adults with FEP who participated in an AT program. The thematic analysis revealed seven key themes: four focused on *relation to self* (discovery of new strengths; multisensory experiences; inhabiting the body; activated affects), and three on *relation to the other* (encounters with the other; creation of bonds; reorganizing daily life and bonds). AT appears to support recovery, social and vocational reinsertion, through the transfer of new learnings into the participants' daily lives.

Keywords: adventure therapy, early intervention, first-episode psychosis, recovery process, participant observation

LA THÉRAPIE PAR L'AVENTURE AUPRÈS DE JEUNES ADULTES PSYCHOTIQUES: UN APERÇU DE LEUR EXPÉRIENCE ET DE L'IMPACT SUR LEUR PROCESSUS DE RÉTABLISSEMENT

Résumé

La thérapie par l'aventure (TA) pourrait constituer un complément aux traitements usuels lorsque le rétablissement achoppe suite à un premier épisode psychotique (PEP). Cette étude a exploré l'expérience de la TA chez quatre jeunes adultes ayant vécu un PEP. Une analyse thématique a révélé sept thèmes clés : dans le rapport à soi (nouvelles forces; expériences multisensorielles; corps habité; affects activés) et à l'autre (rencontre avec l'altérité; création de liens; réaménagement du quotidien). La TA semble favoriser le rétablissement et la réinsertion sociale et professionnelle via un transfert par les participants d'apprentissages effectués durant la TA à leur vie quotidienne.

⁴ Séguin-Green, C., Ouellet-Plamondon, C. et Dubé, J. É. (accepté pour publication). Adventure Therapy for young adults with psychosis : An overview of their experience and its impact on their recovery process. *Canadian Journal of Community Mental Health*. La version présentée dans cette thèse correspond à la version acceptée du manuscrit, à la suite du processus d'évaluation par les pairs.

Mots clés : thérapie par l'aventure, intervention précoce, premier épisode psychotique, processus de rétablissement, observation participante.

4.1 Introduction

Psychosis is a severe mental health condition, that typically begins in adolescence or early adulthood, and that significantly disrupts social, familial, academic, and occupational functioning (Nicole et al., 2012). It is often accompanied by negative (apathy, avolition), cognitive (trouble concentrating), and emotional (numbing or inadequacy of affects) symptoms that can hinder social functioning and therapeutic compliance (Tournier, 2013). To reduce chronification following a first-episode psychosis (FEP), early intervention is crucial. The goal is to promote recovery by involving individuals in the recovery process as early as possible and by providing services tailored to their specific needs (Nicole et al., 2012). Even when best practices are used—including psychopharmacology, case management, family interventions, and cognitive-behavioral therapy—, recovery often remains complex and challenging (Bertulies-Esposito & Abdel-Baki, 2019).

Adjunct approaches seek to address limitations in conventional treatments that may fail to engage all patients. For example, exposure to natural environments has been associated with psychological benefits, as suggested by environmental psychology models such as Stress Recovery Theory (Ulrich et al., 1991). Adventure Therapy also appears promising for individuals with FEP, particularly for its motivational effects, which can foster, among other things, participants' engagement (Voruganti et al., 2006).

4.1.1 Adventure Therapy

Adventure Therapy (AT) is a group intervention involving outdoor⁵ activities in nature, offered by professionals, designed to engage participants physically, cognitively and emotionally (Gass et al., 2012). Programs range from short outings to multi-day expeditions and typically include confidence-building exercises and larger-scale activities such as hiking, canoeing, and climbing.

Several studies have demonstrated the effectiveness of outdoor and adventure-based interventions across various youth populations—particularly in those with delinquent behaviours (Beck et Wong, 2022)—and across multiple mental health conditions (Bowen et al., 2016; Gabrielsen et al., 2018; Norton et al., 2014). However, despite this growing body of evidence, very few studies have examined the use of AT with

⁵ Programs are sometimes delivered indoors, although less frequently. Our focus here is on the outdoors ones.

individuals specifically experiencing psychosis. To our knowledge, only seven studies have investigated AT with this specific population. These studies report improvements in self-esteem, self-efficacy, internal locus of control, and reduces anxiety and depression (Kelley et al., 1997); emotional well-being, energy levels, and the recovery (Bryson et al., 2013); social interactions, adaptability, lifestyle habits, therapeutic alliances, and engagement in treatment (Voruganti et al., 2006); improvements in several recovery dimensions (Cuthbert et al., 2021; Pellerin & Gargano, 2023); greater program engagement, improved self-understanding, and helpful interpersonal learning (Cuthbert et al., 2021); self-perception and social and occupational functioning (Rapsey & Pilcher, 2022); as well as renewed sense of self, others, and the world (Girard et al., 2021). However, Girard et al. (2021) also noted the limitations of semi-structured interviews with this population, as cognitive impairments and negative symptoms can significantly affect participants' capacity for elaboration.

Importantly, only four of these studies (Cuthbert et al., 2021; Girard et al., 2021; Pellerin & Gargano 2023; Rapsey & Pilner, 2022) have stated a specific focus on individuals experiencing an FEP. Therefore, research examining AT in the context of FEP remains limited. Our study aims at exploring the experience of young adults with FEP who took part in an AT program, of providing a picture of their experience, and of documenting their evolution during the program and over the following six months. It combines participant observation with semi-structured interviews in order to circumvent the limitations in verbal elaboration noted in previous studies.

4.2 Methods

4.2.1 Context of the Study

This study is part of a research program on AT for young adults with FEP conducted in partnership with an early psychosis intervention service, Clinique Jeunes Adultes Psychotiques (JAP) of Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), and the non-profit organization Face aux vents (FAV). The JAP clinic specializes in early and intensive treatment of early psychosis based on early psychosis intervention guidelines from the Early Psychosis Guidelines Writing Group & EPPIC National Support Program (2016). FAV offers professional outdoor and adventure intervention to promote mental health. Two JAP practitioners (a clinical nurse and an occupational therapist) and two FAV facilitator guides accompanied participants throughout the program, which occurred in summer 2019. This study was approved by the Research Ethics Committee of the CHUM, under project 13.086.

4.2.2 Participants

Nine young adults were recruited by JAP professionals for the AT program. Inclusion criteria included social isolation, low self-esteem, difficulty completing a project, or ambivalent treatment commitment. Exclusion criteria included poor physical health, significant physical disability, inability to abstain from substance use for four days, major behavioural disorders, or acute psychotic symptoms posing safety concerns. Eight of them agreed to take part in the study. Participants signing up for the study could withdraw at any time by simple verbal notice.

This article focuses on the four participants who completed all phases of the research data collection. The four men, aged 21 to 25, had been followed up after an FEP and were diagnosed with schizophrenia. Co-occurring disorders included cannabis use disorder (4), amphetamine use disorder (1), gender dysphoria (1), and social anxiety (1).

4.2.3 The Adventure Therapy Program

The Adventure Therapy (AT) program spanned six weeks (see Figure 4.1). It comprised three parts: 1) eight preparatory meetings; 2) an expedition into nature; and 3) a group summary discussion one week after the expedition. The present study followed participants from the preparatory meetings up to six months post-expedition.

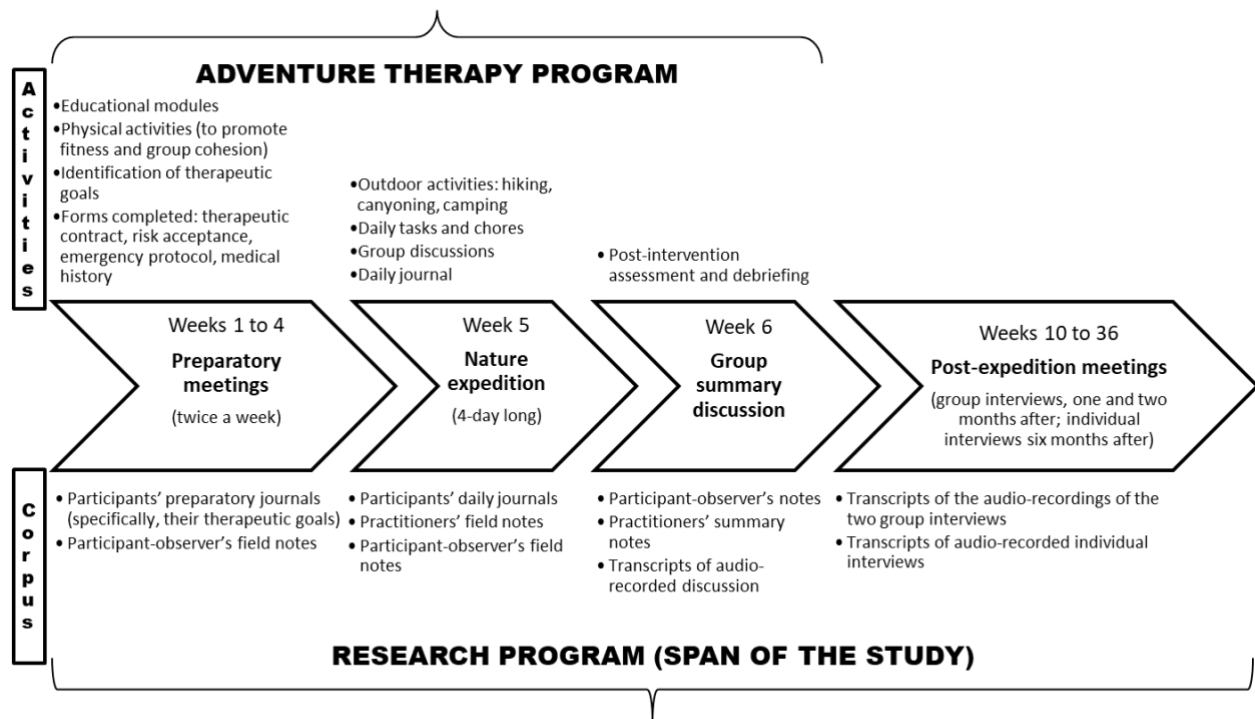
4.2.3.1 Preparatory Meetings

The preparatory meetings were held twice weekly over four weeks at the clinic and in nearby public areas. They included educational modules and physical activities to promote fitness and group cohesion. During the first meeting, participants defined their therapeutic goals and completed required forms: therapeutic contract, risk acceptance, emergency protocol, and medical history.

4.2.3.2 Nature Expedition

The four-day expedition occurred in the Vallée Bras-du-Nord, an outdoor destination in Quebec. This forested, semi-wild valley is located less than thirty minutes from a major town and offers an immersive natural environment. The expedition included hiking, canyoning, camping, daily tasks and chores, and group discussions at the end of each day. Participants also kept journals to help nourish their reflections on their recovery process and were provided with disposable cameras to capture moments that felt meaningful.

Figure 4.1 Schematic diagram of the intervention and research programs



4.2.3.3 Post-Expedition Meetings

The third part of the program included a follow-up meeting at the clinic one week after the expedition. The study extended beyond the AT program with four semi-structured group interviews, held at the clinic, planned one, two, three, and six months post-expedition, during which we aimed at exploring participants' experience of the program and its relation to their recovery goals. The photographs taken with the disposable cameras were used to support reflections, encourage self-expression, and foster ownership of the participants' experience. As no participants attended the third group meeting, individual interviews were instead conducted at the six months mark in which the four young men participated.

4.2.4 Data Collection Process

The first author, a doctoral student in psychology who had completed advanced clinical training and internships, engaged in participant observation throughout the program. In that capacity, she was not part of the clinical team but rather accompanied the group, took part in the activities, but did not deliver any clinical support or interventions. Rooted in anthropology and ethnography, participant observation enables immersion in participants' lived experience, offering insight into complex, hard-to-access dynamics

(Bastien, 2007; Martineau, 2005). The aim was to gain a deeper understanding of their subjective experience of AT and document their progression during and after the program. The first author also led two one hour semi-structured group interviews and the four semi-structured individual interviews post-expedition. Interview transcripts were supplemented with participants' journals, field notes from mental health professionals accompanying the expedition and from the first author, and summary notes written by the mental health professionals. Together, these sources formed the complete research corpus.

4.3 Analyses

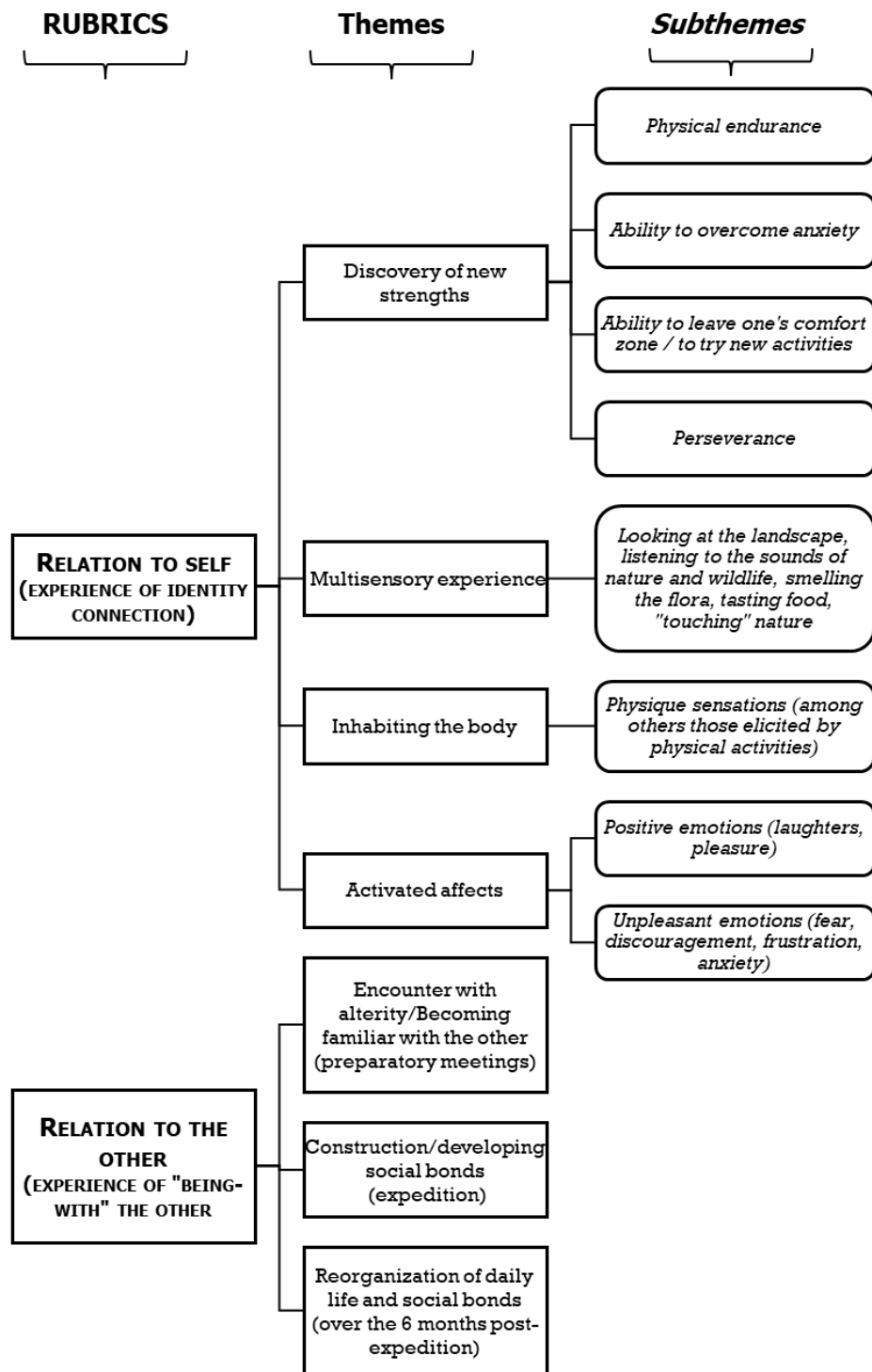
Data analysis was carried in parallel and cyclically from the time the first author took part in the program. Pre-analysis materials included her notes taken after each preparatory meeting, "significant event" throughout the expedition, after group and individual interviews post-expedition, as well as her reflective journal that contained ideas for analysis and avenues to be explored when transcribing the interviews.

A thematic analysis (Paillé & Muchielli, 2021) was carried out on the interview transcripts using the NVivo 12 software. Potential themes were grouped and discussed in consultation with the project collaborators until consensus on the themes was reached. Additionally, an interpretative phenomenology analysis was performed to "link together by narrative the most phenomenologically compelling elements" of the interviews (Paillé & Muchielli, 2021, p. 152; our translation). This was done in order to extract the main plot of events, to reconstruct the participants' perspective from their comments and the observations of the first author, and to explore how participants experienced and made meaning of the program. This approach provided a global view of the program setting, therapeutic framework, and the activities that the young men participated in. Ultimately, this picture allowed for a deeper understanding of their experience of this AT program. Therefore, whereas ethnography primarily informed the documentation of observable interactions and processes, phenomenology guided interpretative work focused on participants' subjective experience and its evolution throughout the intervention.

4.4 Results

Seven key themes emerged during our analyses (see Figure 4.2). They are reviewed below.

Figure 4.2 Thematic Tree of the Results



4.4.1 The Expedition: An Experience of Connection to Oneself

4.4.1.1 Discovering New Strengths

The experience of self-connection first emerged through the discovery of new personal strengths. For instance, Jules⁶ developed his physical endurance, which helped him walk longer distances more easily and overcome long-standing social anxiety. Theo learned to step outside his comfort zone, engage with others, and communicate more easily. He explained that AT led him to new experiences that he probably would never have attempted on his own, such as high intensity activities and engaging with people he did not know. Mathias developed a sense of resourcefulness, after he realized he had not anticipated the clothing for the activities and changing temperatures in August. As for Nathan, he explained:

Nathan (individual interview, 6 months post-expedition): I really liked it because it makes you see what your strengths are, what your weaknesses are. That was something I really liked. *Researcher*: OK. Then, you, what strengths or weaknesses did it make you see? *N*.: Hm, what I could put up with. I was persistent. That's roughly what I understood. [...] Yeah, it was to discover myself, to learn more about myself.

4.4.1.2 Multisensory Experiences

Three of the four participants referred to a connection with themselves through the stimulation of their various senses during their stay in nature. The following are a couple of illustrations from individual interviews, six months post-expedition:

Nathan: Seeing the landscape was fun. Listening to what is going on around, listening to the birds, seeing the - the water flowing, hearing the water flowing. That's - that's something - that's something special.

—

Jules: The trees, the nature, that were so high you know. It's just nice. And I like seeing the bugs. There was like caterpillars, the bees and all this stuff! [...] It's like a special feeling or something, you know!

4.4.1.3 Inhabiting One's Own Body

Although not explicitly mentioned in the interviews, this theme emerged as significant in the participants' journals and the first author's observations. All the participants identified the physical effort required to

⁶ Pseudonyms have been used to ensure the anonymity of the participants.

complete the activities—particularly due to the heat—as a challenge. The strategies identified to overcome these challenges were all related to their bodies, such as taking more breaks, staying hydrated, reducing cigarette smoking, and carrying on with the effort in spite of difficulties. For example, hiking was mentioned as a particularly difficult physical challenge to overcome. Furthermore, the highlights of their days were all linked to activities that rewarded their bodies after significant physical effort: cooling down in the lake, enjoying snacks, napping, or warming themselves by the fire.

4.4.1.4 Activated Affects

4.4.1.4.1 Positive Emotions

“Laughter” and “pleasure” remained the most commonly used words by participants to describe their overall experience even six months post-expedition:

Theo: Hm, you know I chose, uh, what I remember from the stay, it was laughter. It was the laughter in the group, it was nice, that is a good memory.

Jules: It was super fun. I loved the swimming in the lake and everything. [...] It was really fun. Actually made my summer much better. [...] Hm, everything in the group was fun, you know? The hiking, canoeing [sic], even just driving, you know? We were driving somewhere, like going somewhere, it was fun, you know looking at the nature and everything.

4.4.1.4.2 Unpleasant Emotions

Three participants briefly mentioned moments of fear or discomfort in their individual interview six months post-expedition. Theo found canyoning frightening and the hike long. Mathias felt pressured by the accompanying mental health professionals to complete the canyoning activity, which scared him, though in the end he enjoyed it. Jules described the hike as endless, and he and Nathan regretted skipping the climbing activity, feeling they had missed an opportunity.

4.4.1.4.3 Reduction in Substance Use and Affect Tolerance

Removed from daily life and their familiar surroundings, and faced with novelty and group living, some participants questioned their habits and came to experience pleasure in other ways. Mathias paused his cannabis use during the expedition; upon his return home, noticing a positive change, he gradually reduced it. The first author also observed that Jules, who smoked cigarettes compulsively when anxious, especially at the beginning of the expedition, gradually smoked less.

On the whole, AT seems to have enabled these young adults to perceive themselves and access their inner world in a different way through the various activities offered and the program's structure, while fostering peer contact with others who have experienced similar difficulties. This phenomenon is further explored in the following section.

4.4.2 The AT Program: An Experience of Encountering and Relating with the Other

The three themes under the rubric *relation to the other* (see Figure 4.2) were identified mainly in the participant observations of the first author. In the following, we describe the evolution of the experience of contact with the other over time.

4.4.2.1 Preparatory Meetings: Becoming Comfortable with “Being-With”

The early preparatory meetings revealed a marked difficulty among participants in initiating interpersonal contact: some were shy, reserved or avoided eye contact. Over time, they relaxed, showed increasing interest, and became more active in discussions. Physical activities seemed to help them engage more. However, the time gaps between meetings resulted in a clear distance between the participants and between them and the mental health professionals, thus reestablishing a boundary between self and other. The experience of “being-with” had to start over again and seemed to create discomfort among the participants, leaving them in a state of perplexity about how to initiate dialogue with one another.

A shift occurred at the fourth meeting (week 2 of the program), as a certain familiarity had emerged, making contact more fluid and less intimidating. The fifth meeting (week 3), a six-kilometer group walk in a park, encouraged more spontaneous exchanges, thus allowing some participants to become more involved. Finally, at the seventh and penultimate meeting (week 4), a soccer game was played during which the uniqueness of each participant was highlighted (e.g., humor, leadership, teamwork, competitive side, etc.), illustrating unsuspected talents and skills.

These meetings seem to have gradually supported social skill development, helping participants overcome their initial inhibitions and build connections. Such a result, although generally considered to be inherent in human experience, is particularly significant for young adults with the secondary challenges arising from an FEP.

4.4.2.2 The Expedition: Creating and Developing Social Bonds

Through the daily tasks, outdoor activities, and organized and structured group life in a peaceful and isolated place away from the hassles of everyday life, the participants experienced a new reality marked by exchanges, personal sharing, and mutual assistance. Campfire evenings became a space for meaningful bonding and deeper conversations about past experiences. Many opened up about the difficulties they had experienced and about the possibility of recovering from a trial as profound as that of psychosis. Mathias described the phenomenon as follows:

Mathias (individual interview, 6 months post-expedition): We shared cigarettes, sometimes we made jokes, sometimes around the fire we told stories. Sometimes we told ghost stories we had experienced. Like, I don't know, it felt good to talk about it, like. [...] There are people who said, "Oh, I've been through the same thing before." And then I'm like, "Ah, okay, maybe we're not crazy!" (laughs)

4.4.2.3 Returning Home: Reorganizing Daily Life and Social Bonds

On the way home, the bus was filled with music, lively conversations, and a cheerful mood—marking a sharp contrast from the participants' pre-expedition discomfort. Warm goodbyes, hugs and promises to stay in touch revealed the bonds that had been built.

At the one week follow-up and the first group interview a month later, most participants were present and proudly shared their recent achievements and new life plans, focused on returning to school and work. However, attendance dropped off over time. Only four participants attended the second meeting two months post-expedition, and none came to the third. Individual interviews with these four participants allowed us to explore the potential reasons for this absenteeism: logistical issues (time, location, hospital setting), and the format of meetings. Nathan and Jules proposed more convivial activities, such as sharing a meal or an outdoor activity, to create interest. These results show the importance of taking into account such factors to maintain long-term commitment in participants.

Finally, as an epilogue, many had made notable progress six months post-expedition. Theo had found a new full-time job, moved in with peer roommates, and enrolled in a vocational training course. Nathan had tried to return to school, but health issues interfered with his project, and he had enrolled in a work and school reintegration program. Mathias had joined a social support and guidance program promoting reintegration into work, and Jules was focusing on medication adjustments while considering a job search program. Participation in the AT program seems to have stimulated their recovery process, helping them to move towards social and professional reintegration.

4.5 Discussion

Our study aimed at understanding better the subjective experience of a group of young adults with psychosis who participated in an Adventure Therapy program (AT), and at documenting their evolution, especially in relation to their recovery process during the program and the following six months. For this purpose, we used participant observation, as well as group and individual interviews. The thematic analyses revealed seven key themes, grouped under two rubrics: *relation to self* (four themes) and *relation to the other* (three themes).

4.5.1 AT and Relation to Self: An Experience of Identity Connection

Discovering new skills and personal resources during the AT program seems to have contributed to a rethinking of self-perception among the participants. They reported gains in their physical endurance, resourcefulness, autonomy, and perseverance, as well as an increased ability to step outside of their comfort zone and to face new challenges. The experience of relation to self was also enhanced by the interaction with nature offered by AT. Immersed in nature and adventure activities in a therapeutic setting, which occurs outside the norms of everyday life, the participants underwent experiences and faced challenges that engaged their bodies, minds, and emotions, which in turn seem to have promoted a reassessment of their identity and personal history. These results support Rojo and Bergeron's (2021) observations on nature's potential to reawaken the senses and restore connection with one's own body. We also believe that the outdoor adventure activities provided space for these young adults with psychotic disorders to feel and connect with themselves, despite marked emotional disturbances. These findings also resonate with environmental psychology perspectives suggesting that natural settings can promote stress reduction and support emotional regulation (Ulrich et al., 1991). Although our study did not aim to measure these mechanisms directly, participants' descriptions of their experience while in nature appear consistent with this restorative process.

This change in the relation to self is also consistent with previous work on recovery from mental illness, including psychosis. Martin & Franck (2013) and Provencher (2002) argue that building a renewed and more complex sense of self—allowing the sufferer to overcome symptoms, the limitations of mental illness, and the social consequences resulting from it—requires a better understanding of oneself, identification of new strengths, reactivation of forgotten competences, and re-evaluation of one's abilities. As mentioned by Rojo and Bergeron (2021), such experiences of positive success, along with the emotions and feelings they generate, also help build a more positive self-image. AT thus appears to have created a space conducive to relation with self and to have constituted a very important reference point for these young adults' post-expedition lives.

Our study highlights the unique advantages of AT for young adults with psychosis. As described by Austin et al. (2022), recovery can be particularly challenging when negative symptoms are in the foreground, as they hinder an individual's ability to engage with the world around them and maintain a coherent and positive sense of self. By offering young adults an opportunity to (re)appropriate their bodies, (re)discover their inner strengths, and explore new aspects of themselves, AT shows itself to be a complementary means to traditional therapeutic approaches. Our results suggest that AT permits a break with daily routines, promotes initiative, and supports rehabilitation for those struggling with recovery after an FEP. They also highlight the usefulness and benefits of combining different treatment components (group, discussion, kinesthetic work, etc.), as the AT program does, rather than using them in isolation.

Our findings could also be reflected upon in relation to the literature on “therapeutic mediations”. Brun (2019) argues that, especially with patients suffering with issues in the subjective appropriation of their experience, a therapeutic work beyond words is achieved through the activation of the subject's sensorimotor system while using mediation supports (modeling clay, music, painting, photography, etc.). This exploration of sensations and body movements with the help of professionals then incites reflection and helps patients in symbolizing verbally the experience they underwent, thus opening up a path to recovery. However, unlike traditional therapeutic mediation supports that focus on a malleable material, AT is structured around physical activities of high emotional and sensory intensity, as is the case with activities such as dancing and sailing (Cologne, 2010; Saint-André et al., 2011). We hypothesize that AT, through appealing sensorially to the body in a safe and structured therapeutic frame, functions as a therapeutic mediation in allowing the reactivation of sense-making and the reappropriation of lived experience hitherto hard to access to people with psychosis. Furthermore, it too operates beyond interventions that are based mainly on the verbal means of communication.

Beyond these commonalities with therapeutic mediations, the group modality in AT appears to enable participants to engage in a therapeutic work on their lived, embodied experiences, in relation to *what is unique to them* and *what they have in common* with those of others. It gives the individual a new meaning by re-inscribing them into the group of common humanity. This therapeutic avenue is particularly relevant in the recovery process of people with psychotic disorders, which are often marked by isolation, alienation, and stigma.

Our results also suggest that AT allowed the participants to experiment with strategies of emotional regulation that provide an alternative to substance use, some of them even reevaluating their substance use habits post-expedition. This observation is crucial considering the strong prevalence and serious

consequences of substance abuse (e.g. relapses, frequent hospitalizations, and family and social problems) among people with psychosis (Mueser & Gingerich, 2013). AT thus offers a promising way to help these young adults find alternatives to substance use that could potentially reduce these negative consequences.

4.5.2 AT and Relation to the Other: An Experience of “Being-With” the Other

The results of our study revealed the basic value of contact with others within the context of AT for young adults with psychosis. The first author, as participant observer during the expedition, witnessed the importance of “living together” and “doing together” for our four participants: whereas they had been facing social isolation—a well-documented repercussion of an FEP (Stefanidou et al., 2021)—, they now succeeded in socializing and forming peer bonds. This experience of “meeting the other, and through this other, the self and the World,” as Leroy-Viémon & Gal (2008, p. 20; our translation) put it, gave them the possibility of developing their social skills, to reconnect with those they had before their illness, and even for some to construct meaningful interpersonal relationships. Times of sharing, like those around the campfire, promoted open conversations about personal experiences (such as those with psychosis) that appeared appeasing and to arouse a sense of well-being. This emphasis on social connection is particularly relevant given recent findings showing that loneliness often remains insufficiently addressed by standard psychotherapeutic approaches for psychosis. For instance, Winkler et al. (2024) found that, although Cognitive behavioral therapy for psychosis (CBTp) effectively reduces positive, negative and depressive symptoms, loneliness did not significantly decrease throughout therapy despite its strong predictive value for subsequent negative and depressive symptoms. In this light, the group dimension of AT may represent a particularly promising avenue to directly address loneliness in young adults recovering from an FEP. Future studies on AT for this population could therefore examine explicitly its potential to reduce loneliness and support social reconnection.

The positive impact of such social interactions on personal development and recovery in mental illness is well documented (Martin & Franck, 2013; Provencher, 2002). A study by Voruganti et al. (2006) on schizophrenic adults who took part in an AT program showed that the presence of peers played a key role in both redefining the self and improving social skills. Experimentation with different activities promoting the discovery of interests, hobbies, and skills as well as acquiring social competencies are at the heart of the transformations that occur in relation to the self and others. Bryson et al. (2013) likewise emphasize the positive impact of forming social bonds as they provide participants with the rewarding experience of contact with others. Support and mutual encouragement within the group also contribute to a feeling of being connected. This kind of collective experience reveals well how the group modality in AT offered

these young adults the possibility of being together with people different from them while at the same time encouraging mutual acceptance.

In this sense, the structure of the AT program—especially its length (six weeks), the scheduled routine, and the presence of mental health professionals and facilitator guides—appears to be a major therapeutic component providing a viable framework for positively experiencing contact with others. The balance between time allotted to activities and free time seems to have enabled the participants to (re)discover and test their limits. AT provides an open playing field where the participants can take on new challenges in a peaceful context (nature) and one that is structured, an experience they can later rely on in their daily life and when it comes to taking on new challenges. In effect, our four participants expressed in their interviews a desire to become reintegrated into society, whether in the job market, school, or living autonomously, etc. For three of them, these projects have been realized.

Nevertheless, the absence of all of the eight initial participants at the third post-expedition meeting raised questions about our procedures. In trying to understand what could have contributed to this high rate of absenteeism, we turned to the phenomenon of “group time.” As proposed by Vivier-Vacheret et al. (2009, p. 339; our translation), “group time is bracketed time; it is at once slower, richer, and more motivating than ordinary time”, and leaving the group would be like coming out of a bubble, a containing and reassuring envelope. Is it not normal, or even desirable, for the participants to return to their daily lives, moving on from this life experience that they all described positively? We may also have underestimated the unwelcoming aspect of the institutional post-expedition meetings, held in a conference room at the hospital, even as our participants were moving towards a reintegration into the common social environment. While our results point to the benefits of being in a context that breaks stigma and allows for positive experiences of contact with peers and health professionals, the proposal made by two participants to meet in a relaxed context outside the hospital around a good meal seems very appropriate. As Theo put it, “it’s in the past. We need to move on to something else”.

4.6 Limitations

The findings of this study have to be seen in light of some limitations. The sample size was small and relatively homogeneous, which may constrain the transferability of our findings to broader populations. In addition, the study focused specifically on young adults recovering from an FEP, which further restricts the applicability of the findings to older age groups or individuals with different diagnoses. However, as a qualitative design, the primary aim of this study was to deepen the understanding of participants’ subjective experiences within an AT program. We feel that the richness of the material collected,

supported by multiple data sources and a rigorous thematic analysis, strengthens the validity and interpretative depth of the findings.

4.7 Conclusion

Our study suggests that AT offers a unique amalgamation of interacting components to young adults with psychosis that promote a reorganization of the relations among self, others, and the environment. The seven key themes that emerged from our analyses refer to dimensions inherent in the recovery process from a psychotic illness. The innovative aspect of our study lies in its demonstration that, despite the considerable deficits and challenges associated with psychosis, the unique sensory experiences associated with AT enable young adults to trigger action and become remotivated in their quest for a sense of identity by reconnecting to what was up until that point a seriously affected embodied self. The unique context of AT appears to act as a positive stimulant, a “happy electric shock,” that triggers the activation of several regulatory mechanisms within participants. They are led to feel and act differently. And this is done through a process of evolving together within a stable group, in the natural world, confronted with concrete and surmountable challenges, supported by facilitator guides and mental health professionals, encouraged at daily discussions that are designed to integrate lived experiences, and without being able to resort to certain unhealthy life habits (substance use). Thus, this experience has a revitalizing effect that is especially striking in people not responding well to the usual treatments and seemingly showing no progress in recovery, like those experienced by the participants in this study. The analysis of our results therefore prompts us to question the limitations of current clinical follow-up practices offered by institutions to people suffering from severe conditions and to advocate the use of complementary means of intervention alongside the conventional treatments.

Future research on AT for young people afflicted with psychosis offers a wide field for investigation to deepen our understanding of this means of intervention and to optimize it. It would be interesting to replicate the findings of this study. In line with recent findings on the persistent role of loneliness in psychosis, future work should also examine more closely whether the group setting, with the shared challenges and daily routines in a natural environment, may help reduce loneliness and contribute to destigmatization, two issues that remain insufficiently addressed by current interventions for individuals with FEP. It would also be relevant to explore the effect of AT on substance abuse more thoroughly. Finally, in the spirit of action-research, it would be wise to organize post-expedition meetings outside the hospital in a more informal and convivial context and to assess the potential benefits of such adjustments.

Acknowledgments

The authors wish to thank Camille Girard and Camille Nadeau for support with the qualitative analyses.

Disclosure of interest

The authors report there are no competing interests to declare.

References

- Austin, S. F., Hjorthøj, C., Baagland, H., Simonsen, E., & Dam, J. (2022). Investigating personal and clinical recovery processes in people with first episode psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 16(10), 1102-1111. <https://doi.org/10.1111/eip.13258>
- Bastien, S. (2007). Observation participante ou participation observante? Usages et justifications de la notion de participation observante en sciences sociales [Participatory observation or observant participation? Uses and justifications of the notion of observant participation in social sciences]. *Recherches qualitatives*, 27(1), 127-140. <https://doi.org/10.7202/1085359ar>
- Beck, N., & Wong, J. S. (2022). A meta-analysis of the effects of wilderness therapy on delinquent behaviors among youth. *Criminal Justice and Behavior*, 49(5), 700-729. <https://doi.org/10.1177/0093854822107800>
- Bertulies-Esposito, B., & Abdel-Baki, A. (2019). Éléments essentiels pour l'implantation à grande échelle de programmes d'intervention précoce pour premiers épisodes psychotiques en francophonie : l'exemple du Québec [Essentials elements for the large-scale implantation of early intervention programs for first episode psychosis in the French speaking world: The example of Quebec]. *L'Information psychiatrique*, 95(2), 95-101. <https://doi.org/10.1684/ipe.2019.1912>
- Bowen, D., Neill, J., & Crisp, S. (2016). Wilderness adventure therapy effects on the mental health of youth participants. *Evaluation and Programme Planning*, 58, 49-59. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2016.05.005>
- Brun, A. (2019). *Médiations thérapeutiques et psychose infantile* [Therapeutic mediations and childhood psychosis] (3rd ed.). Dunod.
- Bryson, J., Feinstein, J., Spavor, J., & Kidd, S. A. (2013). An examination of the feasibility of adventure-based therapy in outpatient care for individuals with psychosis. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 32(2), 1-11. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2013-015>
- Cologne, S. (2010). Corps, jeu et émotion dans un groupe thérapeutique à médiation artistique [Body, play and emotion in an artistically mediated therapeutic group]. *Enfances & PSY*, (49), 89-99. <https://doi.org/10.3917/ep.049.0089>
- Cuthbert, S., Sharp, H., & Berry, C. (2021). Green care in first-episode psychosis: short report of a mixed-methods evaluation of a 'woodland group' in an early intervention service. *BJPsych Bulletin*, 45(4), 235-237. <https://doi.org/10.1192/bjb.2021.54>
- Early Psychosis Guidelines Writing Group and EPPIC National Support Program (2016). *Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis* (2nd ed.). Orygen, The National Centre of Excellence in Youth Mental Health. <https://www.orygen.org.au/Campus/Expert-Network/Resources/Free/Clinical-Practice/Australian-Clinical-Guidelines-for-Early-Psychosis/Australian-Clinical-Guidelines-for-Early-Psychosis.aspx>

- Gabrielsen, L. E., Eskedal, L., Mesel, T., Aasen, G. O., Hirte, M., Kerlefsen, R. E., Palucha, V., & Fernee, C. R. (2018). The effectiveness of wilderness therapy as mental health treatment for adolescents in Norway: A mixed methods evaluation. *International Journal of Adolescence and Youth*, 24(3), 282–296. <https://doi.org/10.1080/02673843.2018.1528166>
- Gass, M. A., Gillis, H. L. L., & Russell, K. C. (2012). *Adventure therapy: Theory, research, and practice*. Routledge/Taylor & Francis.
- Girard, C., Dubé, J. É., Abdel-Baki, A., & Ouellet-Plamondon, C. (2021). Off the beaten path: Adventure Therapy as an adjunct to early intervention for psychosis. *Psychosis*, 13(4), 338-348. <https://doi.org/10.1080/17522439.2021.1901301>
- Kelley, M. P., Coursey, R. D., & Selby, P. M. (1997). Therapeutic adventures outdoors: A demonstration of benefits for people with mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20(4), 61-73.
- Leroy-Viémon, B., & Gal, C. (2008). Utilisation du contact comme ouverture à la rencontre : l'exemple du psychodrame existentiel de groupe pour la psychothérapie des personnes psychotiques [Use of contacts as a way to become open to human relations: The example of an existential psychodrama group program for psychotic persons]. *Psychothérapies*, 28(1), 19-36. <https://doi.org/10.3917/psys.081.0019>
- Martin, B., & Franck, N. (2013). Rétablissement et schizophrénie [Recovery and schizophrenia]. *EMC-Psychiatrie*, 37(290). <https://www.em-consulte.com/article/827172/retablissement-et-schizophrenie>
- Martineau, S. (2005). L'observation en situation : enjeux, possibilités, limites [Observation *in situ*: issues, possibilities and limits]. *Proceedings of the conference L'instrumentalisation dans la collecte de données, Trois-Rivières, QC, Canada, in Recherches qualitatives, Hors-série, n° 2*, 5-17.
- Mueser, K. T., & Gingerich, S. (2013). Treatment of co-occurring psychotic and substance use disorders. *Social Work in Public Health*, 28(3-4), 424-439. <https://doi.org/10.1080/19371918.2013.774676>
- Nicole, L., Abdel-Baki, A., & Ouellet-Plamondon, C. (2012). Intervention précoce et psychose. In T. Lecomte & C. Leclerc (Eds.), *Manuel de réadaptation psychiatrique* [Psychiatric Rehabilitation Manual] (2nd ed., p. 191-208). Presses de l'Université du Québec.
- Norton, C. L., Tucker, A., Russell, K. C., Bettmann, J. E., Gass, M. A., & Behrens, E. (2014). Adventure therapy with youth. *Journal of Experiential Education*, 37(1), 46-59. <https://doi.org/10.1177/1053825913518895>
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2021). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* [Qualitative analysis in human and social sciences] (5th ed.). Armand Colin.
- Pellerin, J., & Gargano, V. (2023). La nature en soutien au rétablissement: retombées et constats d'une intervention de groupe en contexte de nature auprès de jeunes adultes ayant vécu un premier épisode psychotique [Nature as a support for recovery: Outcomes and insights from a nature-based

- group intervention for young adults following a first-episode psychosis]. *Intervention*, no.157, 101-117. <https://doi.org/10.7202/1105594ar>
- Provencher, H. L. (2002). L'expérience du rétablissement : perspectives théoriques [The experience of recovery: Theoretical perspectives]. *Santé mentale au Québec*, 27(1), 35-64. <https://doi.org/10.7202/014538ar>
- Rapsey, E. H. S., & Pilcher, N. M. (2024). "The world is a beautiful place—I want to explore that a bit": The experience of taking part in an adventure therapy sailing project by a group of individuals who have experienced psychosis. *Psychosis*, 16(2), 144-154. <https://doi.org/10.1080/17522439.2022.2145347>
- Rojo, S., & Bergeron, G. (2021). Les médiations dans l'intervention psychosociale par la nature et l'aventure [Mediations in psychosocial intervention through nature and adventure]. *Sociographe, Hors-série*, no. 14, 39-60. <https://doi.org/10.3917/graph1.hs014.0039>
- Saint-André, S., Richard, Y., Doukouré, M., Caraes, P., Porchel, G., & Lazartigues, A. (2011). Activités à médiation : de l'occupationnel au thérapeutique [Mediation-based activities: From occupation to therapy]. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 59(3), 169-175. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2009.09.007>
- Stefanidou, T., Wang, J., Morant, N., Lloyd-Evans, B., & Johnson, S. (2021). Loneliness in early psychosis: A qualitative study exploring the views of mental health practitioners in early intervention services. *BMC Psychiatry*, 21(134), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03138-w>
- Tournier, M. (2013). Premiers épisodes psychotiques : actualités cliniques et épidémiologiques [First-episode psychosis: Clinical and epidemiological news]. *L'Encéphale*, 39(Suppl. 2), S74-S78. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(13\)70099-X](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(13)70099-X)
- Ulrich, R. S., Simons, R. F., Losito, B. D., Fiorito, E., Miles, M. A., & Zelson, M. (1991). Stress recovery during exposure to natural and urban environments. *Journal of Environmental Psychology*, 11(3), 201-230. [https://doi.org/10.1016/S0272-4944\(05\)80184-7](https://doi.org/10.1016/S0272-4944(05)80184-7)
- Vivier-Vacheret, C., Gaillard, G., Grange-Ségéral, É., Joubert, C., & Ravit, M. (2009). Les temps du groupe et la transformation de l'affect [Group time and the transformation of affect]. *Cliniques méditerranéennes*, no. 80, 339-352. <https://doi.org/10.3917/cm.080.0339>
- Voruganti, L. N., Whatham, J., Bard, E., Parker, G., Babbey, C., Ryan, J., Lee, S., & MacCrimmon, D. J. (2006). Going beyond: An adventure- and recreation-based group intervention promotes well-being and weight loss in schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(9), 575-580. <https://doi.org/10.1177/0706743706051009>

Winkler, K., Lincoln, T. M., Wiesjahn, M., Jung, E., & Schlier, B. (2024). How does loneliness interact with positive, negative and depressive symptoms of psychosis? New insights from a longitudinal therapy process study. *Schizophrenia Research*, 271, 179-185.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2024.07.024>

CHAPITRE 5

LE GROUPE UN SOIN : DYNAMIQUES ET FONCTIONS GROUPALES DE LA THÉRAPIE PAR L'AVENTURE AUPRÈS DE JEUNES ADULTES PSYCHOTIQUES^{7 8}

Résumé

OBJECTIFS : Les répercussions d'un premier épisode psychotique (PEP) peuvent s'avérer très éprouvantes pour la personne qui en souffre et son entourage. Le processus de rétablissement demeure laborieux et certaines personnes éprouvent de la difficulté à s'y engager. Mieux comprendre les effets de l'intervention de groupe chez les personnes souffrant de symptômes dits négatifs ou encore chez ceux plus réfractaires aux traitements usuels apparaît nécessaire. La thérapie par l'aventure se distingue parmi les interventions groupales par ses activités en plein air, dans un cadre naturel, visant des changements comportementaux. La présente étude vise à mieux comprendre les phénomènes groupaux émergents, ainsi que les fonctions d'un groupe de jeunes adultes psychotiques ayant participé à un programme de thérapie par l'aventure. Le programme comptait quatre semaines de rencontres préparatoires suivies de quatre jours d'expédition en nature et d'une rencontre bilan post-expédition. **MÉTHODE** : Cette étude qualitative s'appuie sur l'observation participante réalisée tout au long du programme, ainsi que sur des entrevues semi-dirigées menées auprès de huit participants ayant vécu un PEP, jusqu'à six mois après l'expédition. Le matériel de recherche a été analysé à l'aide d'une analyse thématique, puis d'une analyse interprétative de type phénoménologique, afin d'approfondir la compréhension de l'expérience vécue par les participants. **RÉSULTATS** : Les analyses ont mis en lumière huit thèmes clés, quatre centrés sur les phénomènes groupaux ayant émergé au cours de l'expédition (entraide et initiative en contexte interpersonnel, effet motivationnel, effet déstigmatisant, solidarité) et quatre sur les fonctions de la dynamique groupale (contenance, régulation, médiation, contemplation). **DISCUSSION** : La thérapie par l'aventure semble favoriser une mise en action et la reprise de confiance en soi chez les participants en plus de les aider à surmonter des difficultés relationnelles importantes en lien avec leur diagnostic de santé

⁷ Séguin-Green, Dubé, J. É. et Ouellet-Plamondon, C. (accepté pour publication). Le groupe, un soin: dynamiques et fonctions groupales de la thérapie par l'aventure auprès de jeunes adultes psychotiques. *Santé mentale au Québec*. La version présentée dans cette thèse correspond à la version acceptée du manuscrit, à la suite du processus d'évaluation par les pairs.

⁸ L'intérêt pour l'étude des phénomènes groupaux dans le cadre de la thérapie par l'aventure auprès de jeunes adultes ayant vécu un PEP s'inscrit dans la continuité des travaux antérieurs menés par nos collègues au sein d'un programme de recherche de plus grande envergure. Si ces recherches ont permis de documenter l'expérience subjective des participants à partir d'entretiens individuels et de questionnaires autorapportés, elles laissent toutefois en suspens la question des dynamiques groupales à l'œuvre dans ce type de dispositif de soins. Cette absence de données, conjuguée aux limites inhérentes à des méthodes de recherche centrées exclusivement sur le récit individuel, a ainsi motivé l'exploration plus spécifique de cet objet de recherche dans la présente étude.

mentale. La structure du programme, la présence continue de professionnels en santé mentale, ainsi que la présence de pairs ayant un parcours de vie similaire semblent sécurisantes et permettre de briser l'isolement, de socialiser, de développer des compétences en régulation émotionnelle, d'amorcer des réflexions quant aux habitudes de vie et, pour certains, de changer ces habitudes suite à l'expédition. CONCLUSION : Cette étude souligne le potentiel thérapeutique de la thérapie par l'aventure, qui peut être bénéfique et complémentaire au traitement usuel dans le traitement global d'un premier épisode psychotique.

Mots-clés : intervention groupale, thérapie par l'aventure, premier épisode psychotique, schizophrénie, processus de rétablissement.

Abstract

OBJECTIVES: The repercussions of a first episode psychosis (FEP) can be very trying for people suffering from it and those around them. The recovery process remains laborious and some people have difficulty engaging in it. Understanding better the effects of group intervention on people suffering from so-called negative symptoms or on those more resistant to usual treatments appears necessary. Adventure therapy stands out among group interventions for its outdoor activities, in a natural setting, aimed at behavioral changes. This study aims to better understand emerging group phenomena, as well as the functions of a group of young psychotic adults who participated in an adventure therapy program. The program included four weeks of preparatory meetings, followed by a four-day expedition in nature and a post-expedition debriefing session. METHOD: This qualitative study is based on participant observation conducted throughout the program, as well as semi-structured interviews with eight participants who experienced a FEP, carried out up to six months after the expedition. The research material was analysed using a thematic analysis, followed by an interpretative phenomenological analysis, in order to deepen the understanding of participants' lived experience. RESULTS: The analyses highlighted eight key themes, four focused on group phenomena that emerged during the expedition (mutual support and initiative in interpersonal context, motivational effect, destigmatizing effect, solidarity) and four on the functions of group dynamics (containment, regulation, mediation, contemplation). DISCUSSION: Adventure therapy appears to promote setting in motion and the recovery of self-confidence among participants in addition to helping them overcome significant relational difficulties related to their mental health diagnosis. The structure of the program, the continuous presence of mental health professionals, as well as the presence of peers with a similar life path seem reassuring and to allow for breaking isolation, socializing, developing emotional regulation skills, initiating reflections on lifestyle habits and, for some, changing these habits following the expedition. CONCLUSION: This study highlights the therapeutic potential of

adventure therapy, which can be beneficial and complementary to usual treatment in a global approach to the treatment of a first psychotic episode.

Keywords: group intervention, adventure therapy, first psychotic episode, schizophrenia, recovery process.

5.1 Introduction

La psychose renvoie à un ensemble de manifestations psychopathologiques sévères qui touche environ 3,5% de la population. Elle émerge habituellement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, une période marquée par des changements sociaux et psychologiques importants (ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2022). Elle est associée à des altérations marquées du fonctionnement psychique et relationnel, tout spécialement en raison de ses symptômes positifs (p. ex. hallucinations, idées délirantes, désorganisation de la pensée et du comportement) en phase aiguë. En l'absence de traitement, elle peut engendrer des conséquences durables telles qu'un dysfonctionnement des aptitudes sociales et une diminution des performances académiques et professionnelles (Iyer et Malla, 2014). Les symptômes négatifs (p. ex. apathie, avolition, amotivation), cognitifs (p. ex. troubles de la concentration) et affectifs (p. ex. émoussement et inadéquation des affects) passent souvent inaperçus (Correll et Schooler, 2020) et contribuent à accentuer ces difficultés.

Malgré l'éventail des traitements basés sur les meilleures pratiques (pour une revue, voir Bertulies-Esposito et Abdel-Baki, 2019), le rétablissement demeure complexe et laborieux : environ un tiers des personnes sont en phase de rétablissement 5,5 ans après une psychose, lorsque celui-ci est défini, sur la base de critères objectifs évalués par un tiers professionnel, par une stabilisation des symptômes accompagnée d'une amélioration du fonctionnement social, éducatif ou professionnel (Catalan et al., 2021). Ce *rétablissement symptomatique-fonctionnel* n'implique pas pour autant que la personne elle-même juge d'une amélioration sensible de son état. Dans une perspective plus large, certains auteurs (Davidson et al., 2005; Provencher, 2002) ont donc défini le rétablissement comme *un processus subjectif et dynamique*. Celui-ci s'articule autour de dimensions existentielles, identitaires et personnelles, telles que la reprise de pouvoir d'agir et l'engagement dans des projets de vie significatifs, tout en tenant compte des capacités fonctionnelles et du contexte de vie des personnes. Cette perspective ne se limite donc pas à la réduction de la symptomatologie, mais n'en fait pas le seul critère. Dans la présente étude, c'est cette dernière perspective qui est retenue.

En fournissant rapidement les services adaptés, l'intervention précoce favorise le rétablissement symptomatique-fonctionnel en réduisant les symptômes positifs et en améliorant le fonctionnement social

et professionnel (Catalan et al., 2021 ; MSSS, 2022). Toutefois, les symptômes négatifs, la sévérité des symptômes et l'absence de soutien social peuvent encore compromettre le rétablissement (Austin et al., 2022), plus particulièrement le processus de rétablissement subjectif et dynamique.

Les interventions groupales font partie des bonnes pratiques dans le traitement des troubles psychotiques et sont largement utilisées dans les services spécialisés, notamment en intervention précoce (MSSS, 2022). Elles ont fait l'objet de nombreuses recherches privilégiant des méthodes quantitatives (questionnaires administrés et autorapportés) auprès d'individus psychotiques. Les études rapportent une diminution des symptômes positifs (Polese et al., 2019), de la détresse associée (Owen et al. 2015), de l'anxiété sociale et des modèles de comportement provoquant le retrait social et l'isolement (Lockwood et al., 2004). Elles soulignent leurs bienfaits sur la socialisation et un accroissement du sentiment de normalité grâce au partage d'expériences communes et de stratégies d'adaptation suite à une psychose (Leclerc et Lecomte, 2012; Saksa et al., 2009; Thibaut et al., 2021). Concernant les symptômes négatifs, une revue systématique d'Orfanos et al. (2015) souligne que les traitements psychothérapeutiques de groupe s'avèrent plus efficaces que les traitements usuels (p. ex. thérapie individuelle) dans la réduction de la symptomatologie, à condition que la durée et la fréquence des séances soient suffisamment soutenues. Toutefois, ces travaux s'appuient majoritairement sur des mesures prises pendant ou immédiatement après l'intervention. L'impact à moyen ou long terme de ce type d'intervention auprès de cette population demeure peu documenté. D'autres recherches permettant d'identifier plus clairement les mécanismes contribuant à cette efficacité demeurent nécessaires.

D'autres travaux, dont ceux issus des écoles psychodynamiques, ont exploré les phénomènes groupaux auprès d'individus psychotiques. Alors que la psychose remet en question « l'identité corporelle, la vie affective, relationnelle, familiale et sociale de celui qui en souffre [...] » (Enjalbert, 2006, p. 138), les groupes thérapeutiques, surtout ceux qui, comme l'art-thérapie, sollicitent les divers sens et favorisent un ancrage dans le réel, sont recommandés. Ils permettraient de stimuler et de mobiliser la part « saine » des individus, facilitant ainsi le processus thérapeutique. Kaës (2021) rappelle que le groupe permet de « mobiliser des processus psychiques et des dimensions de la subjectivité que ne mobilisent pas, ou pas de la même manière ni avec la même intensité, les dispositifs dits "individuels" » (p. 9). Vollon et al. (2015) soulignent que le groupe soutient la mise en place de limites entre le « dedans » et le « dehors » dans la représentation de soi, et entre le Moi psychique et le Moi corporel, limites bien souvent poreuses pour les individus psychotiques.

5.1.1 Thérapie par l'aventure

Modalité d'intervention se caractérisant par l'utilisation d'activités d'aventure réalisées en plein air (randonnée pédestre, canot-kayak, escalade, etc.), la thérapie par l'aventure (TA) sollicite les plans cognitif, affectif et comportemental (Gass et al., 2012). Quoiqu'elle puisse être offerte à des individus seuls, sa forme la plus usitée, adoptée dans cette étude, demeure l'intervention de groupe. Elle varie de sorties de quelques heures à des expéditions de plusieurs jours, et combine les effets bénéfiques des activités récréatives en nature et ceux de thérapies traditionnelles. Des travaux menés auprès d'individus souffrant de divers troubles de santé mentale rapportent des effets bénéfiques de la TA sur différentes dimensions du rétablissement (pour une revue, voir Cramer et Wanner, 2022). D'autres études ont souligné plus spécifiquement le potentiel de la TA comme intervention complémentaire dans le rétablissement suite à un trouble psychotique (Bryson et al., 2013; Cuthbert et al., 2021; Girard et al., 2021, 2023; Kelley et al., 1997; Pellerin et Gargano, 2023; Rapsey et Pilcher, 2022; Voruganti et al., 2006).

Cependant, l'étude des effets de la TA chez les jeunes adultes psychotiques repose principalement sur des méthodologies de recherche quantitatives. Ces études pourraient n'offrir qu'une vision partielle des expériences individuelles des participants, laissant dans l'ombre la richesse des récits personnels et une compréhension plus approfondie des composantes thérapeutiques en jeu. Girard et al. (2021) soulignent d'ailleurs que les outils autorapportés semblent peu adaptés aux jeunes adultes psychotiques, les troubles cognitifs et symptômes négatifs entravant généralement leurs capacités réflexives et d'élaboration. Même dans le cadre d'entretiens semi-dirigés, ces auteurs notent que ces difficultés entravent l'élaboration verbale.

Notre étude s'intéresse à l'expérience subjective de huit jeunes adultes psychotiques ayant participé à un programme de TA, en lien avec leur rétablissement. Elle documente les phénomènes groupaux ayant émergé au sein de ce groupe, afin de mieux comprendre comment, le cas échéant, la dynamique groupale et ses fonctions influencent et soutiennent le rétablissement des participants. Compte tenu des limites des recherches antérieures portant sur les interventions groupales en général auprès de cette clientèle et particulièrement celles sur la TA, nous avons combiné l'observation participante et des entretiens semi-dirigés, permettant ainsi de prendre en compte des informations qui autrement échapperaient à l'investigation (Bastien, 2007).

5.2 Méthode

5.2.1 Contexte de l'étude

Cette étude s'inscrit dans un programme de recherche sur la TA auprès de jeunes adultes psychotiques, mené depuis 2013 en partenariat avec la clinique Jeunes adultes psychotiques (JAP) du Centre hospitalier de l'Université de Montréal et l'organisme à but non lucratif Face aux vents (FAV). Cette collaboration vise à optimiser la qualité des interventions thérapeutiques et à soutenir des plans thérapeutiques adaptés aux besoins de la clientèle.

5.2.2 Participants

Le programme de TA visait les personnes ayant de la difficulté à se rétablir à la suite d'un premier épisode psychotique (PEP) et ce malgré l'accès aux interventions usuelles offertes. Ces interventions incluaient un suivi médical et psychosocial conformes aux meilleures pratiques en intervention précoce, tel que proposé dans les services spécialisés offerts à la clinique (MSSS, 2022).

Les participants potentiels étaient ainsi tous suivis au sein d'un programme de trois ans d'intervention précoce pour un PEP, ce qui impliquait qu'un diagnostic de psychose avait été posé antérieurement et qu'une prise en charge clinique était en cours. Bien que la durée du suivi depuis le PEP variait pour chacun, tous avaient dépassé la phase aiguë. Ils ont été recrutés pour le groupe, sur une base volontaire, par les professionnels de la clinique. Les critères d'inclusion comprenaient : isolement social, faible estime de soi, difficultés à mener un projet à terme et engagement ambivalent envers le traitement usuel. Ces éléments étaient identifiés à partir du jugement clinique des professionnels impliqués dans le suivi des participants. Les critères d'exclusion comprenaient : santé physique précaire, handicap physique significatif, incapacité à s'abstenir de substances durant l'expédition, troubles comportementaux majeurs ou symptômes psychotiques aigus pouvant compromettre la sécurité de soi ou d'autrui. Une fois manifesté leur intérêt à prendre part au groupe de TA, ils étaient informés de la possibilité de participer en même temps à l'étude sur une base volontaire, sans que leur refus n'annule leur intégration au groupe. Ceux qui acceptaient étaient informés qu'ils pouvaient se retirer en tout temps de l'étude sous simple avis verbal, conformément aux certifications éthiques obtenues. Sur les neuf participants ayant pris part au programme, huit ont accepté de participer à la recherche. Ainsi, au final, huit jeunes adultes psychotiques (voir Tableau 5.1), deux intervenantes de la clinique, deux guides facilitateurs et la première auteure (à titre de

Tableau 5.1 Caractéristiques sociodémographiques des participants

Caractéristiques		Fréquence ou valeur
Genre		
	Homme	6
	Femme	2
Âge moyen (écart-type)		22,5 ans ($\pm 1,8$ ans)
Diagnostic principal		
	Schizophrénie	6
	Trouble schizo-affectif	2
Troubles concomitants ^a		
	Trouble d'usage au cannabis	7
	Trouble d'usage aux stimulants	3
	Trouble de stress post-traumatique	1
	Trouble de la personnalité dépendante	1
	Anxiété sociale	2
	Dysphorie de genre	1
Durée du suivi à la clinique Jeunes adultes psychotiques (JAP)		
	1 an et demi et moins	4
	1 an et demi et plus	4
Lieu de résidence		
	Appartement supervisé	3
	Foyer de groupe	1
	Maison de chambre	1
	Seul ou avec famille	3
Occupation		
	Sur le marché du travail	1
	Aux études	2
	Sans occupation salariée ni aux études	5
Source de revenus		
	Revenus d'emploi	1
	Programme de sécurité du revenu du Québec	7
Niveau d'éducation		
	Études secondaires complétées	5
	Études secondaires non complétées	3
État matrimonial		
	Célibataire	8

^a Certains participants avaient plus d'un diagnostic comorbide, ce qui explique que le total est plus élevé que le nombre total de participants.

chercheuse participante) ont constitué le groupe⁹ ayant pris part tant au programme de TA qu'à l'étude à l'été 2019.

⁹ Si, au sens strict, toutes ces personnes pourraient être désignées comme « participants », nous réserverons ce terme aux huit jeunes adultes afin de faciliter la lecture dans ce qui suit.

5.2.3 Programme de thérapie par l'aventure

Le programme de TA s'est échelonné sur six semaines (voir Tableau 5.2) et comportait trois parties : huit rencontres préparatoires, une expédition (quatre jours), puis une séance-bilan une semaine post-expédition ce qui constituait la fin du processus clinique. Le processus de recherche, quant à lui, débutait dès les rencontres préparatoires et se poursuivait post-expédition, s'échelonnant sur environ huit mois (incluant le programme de TA et les entretiens post-expédition).

5.2.4 Procédures de collecte et nature du matériel de recherche

La présente étude a adopté une approche qualitative de type ethnographique, reposant sur l'observation participante et la collecte du matériel de recherche issu de sources multiples. L'approche ethnographique vise à documenter de manière approfondie le vécu des participants dans un contexte naturel, en portant une attention particulière aux interactions, attitudes, comportements et au sens accordé à l'expérience. Elle a permis de rendre compte des expériences subjectives des participants au cours du programme de TA et de saisir les particularités de leurs expériences au sein de ce groupe. Elle offre un accès à des dimensions de l'expérience difficilement accessibles par des méthodologies de recherche reposant uniquement sur des questionnaires autorapportés ou des entretiens individuels (Corbière et Larivière, 2014).

La première auteure, une étudiante au doctorat en psychologie ayant complété une formation clinique avancée ainsi que plusieurs stages cliniques, a réalisé des activités d'observation participante tout au long du programme. Elle a été impliquée dans l'ensemble des phases de la collecte du matériel de recherche, mais n'a pas participé au processus de sélection des participants — lequel relevait exclusivement de l'équipe clinique — et n'offrait aucun soutien clinique ni intervention thérapeutique. Tout au long du programme, elle a tenu un journal de bord visant à consigner ses observations. En parallèle, elle a tenu un journal réflexif personnel, permettant d'identifier et de distinguer ses propres impressions, affects et réactions subjectives du matériel recueilli.

Dans un second temps, constituant un volet complémentaire de la collecte du matériel de recherche, deux entretiens de groupe d'environ une heure chacun, menés un mois et deux mois après l'expédition, et quatre entretiens individuels d'environ 45 minutes chacun, menés six mois après l'expédition, ont été

Tableau 5.2 Programme de thérapie par la nature et l'aventure

Phases du programme	Période	Activités principales	Objectifs cliniques et thérapeutiques	Matériel de recherche
Rencontres préparatoires	Semaines 1 à 4 (2 rencontres par semaine)	Rencontre de groupe en clinique et dans les aires gazonnées environnantes, activités de préparation à l'expédition (présentation du programme, préparation matérielle, distribution des tâches, activités physiques, mise en place du cadre et des règles et identification d'objectifs thérapeutiques).	Favoriser la création du lien groupal, soutenir l'engagement dans le programme, préparer les participants aux tâches et défis liés à l'expédition, renforcer le sentiment de sécurité et de prévisibilité.	Journaux de bord des participants et notes d'observation participante de la chercheuse.
Expédition en nature	Semaine 5 (4 jours consécutifs)	Activités de plein air et d'aventure (camping, randonnée pédestre, tyrolienne, descente en rappel dans des chutes), activités promouvant la coopération et la cohésion groupale, tâches quotidiennes, discussions en groupe à la fin de chaque journée d'expédition, complétion d'un journal de bord personnel.	Mobiliser les ressources individuelles et groupales, soutenir l'atteinte des objectifs thérapeutiques identifiés préalablement.	Journaux de bord des participants, notes de terrain des intervenantes accompagnatrices et notes d'observation participante de la chercheuse.
Rencontre bilan	Semaine 6	Rencontre de groupe visant un retour sur l'expédition et les expériences vécues	Soutenir l'élaboration et l'intégration de l'expérience, soutenir la symbolisation et la continuité entre l'expédition et le quotidien	Notes d'observation participante de la chercheuse, notes bilan des intervenantes accompagnatrices, transcription de l'enregistrement audio de la rencontre.
Rencontres post-expédition	Semaines 10 à 36	Entretiens de groupe (un et deux mois post-expédition) et entretiens individuels (six mois post-expédition). ^a	Explorer les effets perçus du programme au fil du temps, documenter le processus de rétablissement et les retombées subjectives et relationnelles.	Transcription de l'enregistrement audio des entretiens de groupe et individuels.

^a Quatre rencontres de groupe étaient initialement prévues (un, deux, trois et six mois après l'expédition). Seules les deux premières ont été réalisées, aucun participant ne s'étant présenté à la troisième rencontre prévue. Des entretiens individuels ont été proposés à six mois après le retour d'expédition, auxquels quatre participants ont accepté de prendre part.

conduits¹⁰. Les entretiens ont été transcrits et anonymisés avant les analyses, et ce corpus a été enrichi par les journaux de bord des participants, les notes de terrain et les bilans des intervenantes accompagnatrices.

Afin de limiter les biais potentiels associés à une posture d'observation participante, l'analyse des données a fait l'objet de discussions régulières avec des collaborateurs ayant des expertises cliniques et scientifiques, ainsi qu'avec la direction de recherche. Ces échanges ont permis de soutenir une réflexivité continue et de renforcer la rigueur interprétative (Tracy, 2010).

5.2.5 Analyses

L'analyse a été réalisée parallèlement et de façon cyclique dès que la première auteure a pris part au programme. Ses notes prises sur le terrain et son journal réflexif ont fait l'objet d'une préanalyse. Puis, une analyse thématique (Paillé et Mucchielli, 2021), constituant le socle analytique principal de l'étude, a été réalisée sur les transcriptions des entretiens. Cette analyse, réalisée à l'aide du logiciel NVivo 12, a permis d'identifier et de regrouper les thèmes émergents à partir du discours des participants. Les thèmes potentiels ont été discutés avec des collaborateurs au projet, afin d'obtenir un consensus.

Dans un second temps, une analyse complémentaire relevant de la phénoménologie interprétative (Lionet, 2021; Smith et Fieldsend, 2021) a été réalisée, afin d'approfondir la compréhension de l'expérience vécue par les participants. Cette analyse de second niveau s'est appuyée sur les thèmes dégagés lors de l'analyse thématique et a intégré, à titre de matériau complémentaire, les observations participantes de la première auteure. Elle a permis de poser un regard interprétatif sur le matériel de recherche et d'instaurer un dialogue entre le bagage théorique et expérientiel de la chercheuse participante (Smith et Fieldsend, 2021).

5.3 Résultats

Les phénomènes groupaux ayant émergé durant l'expédition sont synthétisés dans le Tableau 5.3.

¹⁰ Il est à noter que quatre rencontres de groupe étaient initialement prévues (un, deux, trois et six mois après l'expédition). Seules les deux premières rencontres de groupe ont été réalisées, puisqu'aucun des participants ne s'est présenté à la rencontre prévue trois mois après l'expédition. Des entretiens individuels ont été proposés aux participants pour le dernier temps de mesure, qui était prévu six mois après le retour d'expédition, auxquels quatre d'entre eux ont accepté de prendre part.

Tableau 5.3 Dynamique groupale : exemplification des thèmes

Thèmes	Sous-thèmes	Exemples : extraits verbatim ou observations
Entraide et initiative en contexte interpersonnel	• Installation et entretien du campement • Accomplissement des tâches quotidiennes • Activités de résolution de problèmes	<i>Mathias (entrevue individuelle, six mois après le retour d'expédition) : « J'aimais ça quand on cuisinait le dîner, ensemble genre, on faisait le dîner, puis genre - - comme tout l'esprit d'équipe, chacun avait des tâches à faire, 'mettons, nettoyait la vaisselle. Ou euh monter les tentes, ça aussi j'ai aimé ça. »</i>
Effet motivationnel	• Le groupe aide à aller de l'avant et à se mettre en action (p. ex. encouragements) • Le groupe aide à sortir de la zone de confort et à développer la confiance en soi	<i>Léa (rencontre bilan, une semaine après le retour d'expédition) : « Je doutais de moi. Quand je, je faisais la randonnée, comme - j'étais pas capable de monter, je voulais abandonner. Mais là, avec la motivation qu'ils m'ont donnée, bien j'ai été capable. Même avec la dernière chute [descente en rappel facultative d'une chute de 12 mètres, ayant suivi la première descente en rappel d'une chute de 10 mètres], une intervenante m'a aidée pour dire : " Ouais t'es capable, pense pas le 'avant', avant de faire, pense 'maintenant' ", puis ça m'a aidée. »</i>
Effet déstigmatisant	• Relation davantage symétrique entre les participants, les intervenantes et les guides facilitateurs, de par le contexte du programme • Thème de la maladie en périphérie	<i>Observation participante : Une des intervenantes a mentionné au groupe qu'il s'agissait de sa première expérience de camping en nature et qu'elle appréhendait de se laver dans la rivière. Ce dévoilement personnel a été normalisant pour certains participants qui ont alors avoué avoir les mêmes craintes.</i>
Solidarité entre les participants	• Discussions en groupe à la fin de chaque journée d'expédition • Faire corps face à l'adversité	<i>Observation participante : Le refus de quelques participants de compléter une activité par soutien à un autre participant.</i>

5.3.1 Dynamique groupale : phénomènes émergents

5.3.1.1 Entraide et initiative en contexte interpersonnel

Un phénomène marquant fut l'émergence spontanée de l'entraide et de l'initiative en contexte interpersonnel, particulièrement lors de l'expédition. Par exemple, dès l'arrivée au campement, Théo¹¹ a montré aux autres comment allumer et entretenir un feu de camp. Les jours suivants, les participants se référaient à lui lorsqu'ils avaient de la difficulté à maintenir le feu et il n'était pas rare de voir plusieurs d'entre eux se relayer pour l'entretenir. De même, Olivier et Léa, plus expérimentés en camping, ont guidé les novices dans le montage des tentes.

Le groupe a également pris part à une activité de résolution de problèmes favorisant, entre autres, la cohésion d'équipe. Les participants ont fait preuve d'initiatives spontanées, proposant des idées innovantes pour résoudre la problématique dans le temps alloué. L'implication et la collaboration de chacun ont permis la réussite de l'activité et tous semblaient très contents. Plusieurs participants ont noté dans leur journal de bord que ce travail d'équipe représentait un moment significatif et se sont remémorés, lors des entretiens post-expédition, que l'esprit d'équipe a joué un rôle crucial dans le bon déroulement de l'expédition.

5.3.1.2 Effet motivationnel

Lors des activités physiques dès les rencontres préparatoires, les participants s'encourageaient à persévérer dans l'effort et cela s'est poursuivi au cours de l'expédition. Le soutien et les encouragements offerts par le groupe lors des activités comme la randonnée en ont motivé plusieurs à poursuivre malgré la complexité de la montée et l'effort physique à déployer et les ont incités à dépasser leurs limites. Cet effet motivationnel semble s'être transposé au-delà de l'expédition alors que Léa et Nathan ont tous deux expliqué, un mois post-expédition, que le groupe les avait motivés à adopter une routine de vie plus saine et à s'investir dans de nouveaux projets de vie (retour aux études).

5.3.1.3 Effet déstigmatisant

Le thème de la maladie est apparu périphérique dans le discours des participants. Bien que le diagnostic de psychose et les défis associés au rétablissement qui s'ensuivent aient été à l'origine de la formation du groupe, les rencontres se concentraient sur l'instant présent et la recherche de plaisir. Les activités adaptées aux capacités des participants et réalisées en nature semblent avoir redéfini l'essence même du groupe,

¹¹ Afin d'assurer leur anonymat, les participants sont désignés par des pseudonymes.

l'orientant vers la quête d'expériences significatives positives partagées : les participants, initialement éteints et peu engagés, avaient apparemment trouvé une nouvelle vitalité. Les échanges ont évolué vers des questions plus pratiques (p. ex. planification de la journée) et vers des sujets informels donnant lieu à des dévoilements personnels.

Les dévoilements personnels de la part des intervenantes — par exemple l'aveu d'une d'entre elles d'une appréhension liée au camping — et des guides facilitateurs ont aussi contribué à la création de cet espace-temps où tous étaient égaux, malgré leurs rôles distincts, en plus de normaliser le vécu des participants et de faciliter l'identification à l'autre. Lors de la dernière soirée du séjour, autour du feu, plusieurs participants ont partagé avec humilité certaines expériences, difficultés et défis significatifs relevés. Ce fut l'un des rares moments où certains se sont confiés sur leur PEP, trouvant soutien et validation auprès des autres.

5.3.1.4 Solidarité entre les participants

Deux événements marquants ont particulièrement été révélateurs de la solidarité émergente. D'abord, la disparition temporaire d'Olivier du campement a généré un grand émoi dans le groupe : les participants, alors occupés à des activités personnelles, se sont rassemblés et ont partagé leurs inquiétudes. Peu de temps avant la mise en place des mesures d'urgence, Olivier est revenu. Un retour sur l'événement a été fait en groupe. Ce moment a été significatif, dévoilant la solidarité du groupe face (et suite) à l'incertitude. Cela a laissé des traces durables en encourageant l'expression ouverte des émotions au sein du groupe tout au long de l'expédition et au retour. La présence des professionnels a permis de bien encadrer les participants face à ce défi.

Ensuite, le refus de Mathias de participer à une descente en rappel a mené à une discussion tendue avec une intervenante qui l'encourageait fortement malgré ses appréhensions, ce qui a généré un inconfort chez plusieurs participants. La résistance de quatre d'entre eux à prendre part à l'activité suivante, la tyrolienne, souligne l'émergence d'une sensibilité aux besoins individuels et aux émotions de chacun qui s'est exprimée comme « résistance collective et solidaire », malgré les encouragements des intervenantes et guides à compléter les activités.

Ces observations montrent que la solidarité et l'affirmation de soi au sein du groupe ont pu émerger dans la gestion de défis et de désaccords structurants plutôt que désorganisateurs. Malgré des difficultés importantes pour plusieurs d'entre eux sur le plan relationnel, ils ont réussi à surmonter ensemble ces défis et à construire des connexions authentiques. De plus, les discussions en groupe, dirigées et soutenues par

les professionnels, semblent avoir permis aux participants de métaboliser les événements, en favorisant l'expression ouverte des sentiments et conflits, en fournissant des modèles de résolution de problèmes et en renforçant la cohésion groupale.

En somme, ces phénomènes groupaux illustrent la richesse et la complexité des interactions au sein du groupe. À partir de ces observations, nous tenterons maintenant d'effectuer un examen plus approfondi des fonctions du groupe, afin de mieux comprendre comment celles-ci se sont déployées dans le contexte spécifique de cette cohorte.

5.3.2 Les fonctions du groupe

Les résultats exposés dans cette section reposent en majorité sur les observations de la première auteure, dans la mesure où les participants n'y ont pas fait spontanément allusion. Nos réflexions quant aux fonctions de la dynamique groupale sont synthétisées dans le Tableau 5.4.

5.3.2.1 Fonction de contenance

La fonction de contenance renvoie ici au rôle du cadre structurant du programme comme contenant psychique et environnemental, préalable à l'engagement relationnel et émotionnel des participants. À cet égard, les rencontres préparatoires apparaissent avoir joué un rôle crucial en offrant un cadre sécurisant et un plan détaillé de l'expédition. L'horaire préétabli, la répartition des tâches et l'annonce des activités avant l'expédition semblent avoir procuré un sentiment de sécurité aux participants au vu de leurs retours positifs à ce sujet. Certains ont souligné que la programmation et la composante « nature » avaient un effet apaisant, contrastant avec leur routine de vie marquée par le stress et les responsabilités. Les souvenirs évoqués post-expédition touchaient, entre autres, aux repas conviviaux, à la répartition des tâches qui rendait le séjour plus fluide, à l'esprit d'équipe, aux moments informels passés autour du feu et aux baignades dans le lac. La prise en charge offerte par les intervenantes et les guides semble aussi avoir été rassurante. Gardiens de la routine et du temps, ils ont contribué au bon déroulement du programme et ont permis aux participants de se laisser porter par l'expérience. Ces résultats mettent en lumière l'aspect thérapeutique de cette vie en communauté, plus spécialement sa structure encadrante et sécurisante, qui s'est avérée essentielle à l'engagement relationnel et émotionnel des participants.

5.3.2.2 Fonction de régulation

La fonction de régulation concerne quant à elle les processus relationnels et affectifs par lesquels les tensions, les angoisses et les émotions ont pu être modulées et transformées au sein du groupe.

Tableau 5.4 Fonctions du groupe : exemplification des thèmes

Thèmes	Sous-thèmes	Exemples : extraits verbatim ou observations
Contenance	Structure du programme : cadre et sécurité	<i>Extrait journal de bord chercheuse principale (Expédition jour 2) :</i> « Les participants ont beaucoup moins fumé aujourd'hui. J'en ai parlé avec l'un des guides et il m'a partagé son impression que les participants semblaient moins stressés que la veille, plus à l'aise dans le nouvel environnement. »
Régulation	- Intervenants et guides facilitateurs : un point de repère rassurant - Partage des charges émotionnelles	<i>Extrait journal de bord chercheuse principale (Expédition jour 2) :</i> « Lors de la rencontre d'équipe entre intervenants et guides en début de journée, il est discuté que l'un des participants a fait une crise d'anxiété la veille au soir, alors qu'il venait tout juste de prendre sa nouvelle médication. Comme il ne se sentait pas bien, une des intervenants a pris un moment pour discuter avec lui, de même que l'un des guides facilitateurs. [...] [L]es échanges avec l'intervenante et le guide l'ont apaisé, aidé à passer par-dessus ce mauvais moment et motivé à rester. »
Médiation	- Structure du programme : relations sociales - Évolution des rapports entre les participants - Créations de liens	<i>Léa (rencontre bilan, une semaine après le retour d'expédition) :</i> « Avant, avant j'étais trop timide, je me sentais mal dans le groupe grand, mais maintenant que j'ai vu, c'est comme - je suis capable d'aller à l'école maintenant, je suis capable de faire des amies. »
Contemplation	- Habitudes de vie - Relations interpersonnelles	<i>Élianne (rencontre bilan, une semaine après le retour d'expédition) :</i> « Ça m'a prouvé que je pouvais avoir du fun sans consommer. Fait que j'étais pas obligée de... C'est ça là. [...] ça m'a aidée en revenant de comme... J'ai pensé à mes fréquentations pis c'est ça. »

L'expédition a exposé les participants à divers imprévus, initialement perçus comme des « mini-crisis », suscitant des tensions au sein du groupe. Isolés en pleine nature, ils ont dû s'adapter. La mobilisation des ressources internes et des compétences de chacun semble avoir permis de les résoudre, générant chez les participants un sentiment d'agentivité, sentiment susceptible d'être intériorisé et de contribuer à leur autorégulation. Puisque la TA repose principalement sur l'éducation expérientielle, c'est en faisant face à l'adversité que les participants ont eu l'opportunité de développer leurs compétences de régulation émotionnelle. La nécessité de compter sur les autres s'est révélée essentielle, bien que cela n'ait pas toujours été facile pour certains qui ont eu besoin d'un accompagnement plus proactif. Plusieurs participants ont souligné la présence rassurante et la disponibilité des professionnels lors de moments plus difficiles. Les échanges spontanés entre les participants, autour du feu, concernant leur expérience d'un PEP et de ses défis, illustrent l'effet catalyseur de la dynamique groupale sur la régulation émotionnelle, qui a permis la mise en place d'un espace où les angoisses et les préoccupations individuelles pouvaient être partagées et traitées collectivement.

5.3.2.3 Fonction de médiation

Au début de l'expédition, un retrait et un isolement marquaient les comportements de la plupart des participants. Durant les périodes de repos, chacun vaquait seul à ses occupations (p. ex. sieste, baignade, écoute de musique). Au fil du séjour, ils ont commencé à inventer des jeux ensemble et ont partagé des activités (p. ex. deviner les formes des nuages, faire des étirements), renforçant ainsi la cohésion de groupe.

La structure du programme semble avoir été un élément médiateur important dans la formation de tels liens sociaux. En fournissant un cadre sécurisant et flexible, le programme de TA a favorisé un apprivoisement mutuel progressif des membres, permettant à chacun de s'adapter à son propre rythme. Cette structure semble avoir facilité le développement d'une tolérance à la proximité des autres, en plus de soutenir la transformation des dynamiques relationnelles des participants qui sont passées de l'isolement à la coopération et au soutien mutuel. Les activités d'aventure, souvent génératrices d'émotions complexes, suivies de périodes libres, ont offert aux participants l'opportunité de se ressourcer de manière autonome, selon leurs besoins. Ce cycle d'engagement intense et de repos semble aussi avoir joué un rôle médiateur dans l'intégration des expériences émotionnelles, leur permettant de mieux réguler leurs affects et d'acquérir une certaine confiance dans leur capacité à gérer des situations variées.

Ces changements se sont apparemment prolongés au-delà du séjour : les rencontres post-expédition étaient marquées par des blagues et des anecdotes. La satisfaction de se retrouver était palpable. Plusieurs

participants ont exprimé de la curiosité ou de l'inquiétude pour les quelques absents, démontrant une transition vers une préoccupation pour les autres et non seulement pour soi, comme c'était le cas en début de programme. Bien que ces résultats, s'ils avaient été obtenus auprès d'autres types de participants, pourraient sembler plutôt banals, ils méritent d'être soulignés compte tenu du court laps de temps s'étant avéré nécessaire pour que ces changements aient été observés chez nos participants qui, rappelons-le, avaient pour la plupart d'importantes difficultés dans les interactions sociales.

5.3.2.4 Fonction de contemplation

L'immersion dans cette aventure collective semble aussi avoir favorisé l'auto-observation chez les participants. Les discussions quotidiennes en groupe durant l'expédition, entre autres, et les rencontres post-expédition leur ont offert un espace privilégié pour réfléchir activement à leur expérience et habitudes de vie et en tirer des enseignements. Par exemple, certains ont pris conscience qu'ils n'avaient pas apporté suffisamment de vêtements, d'autres ont réalisé avoir besoin de beaucoup de sommeil pour bien participer aux activités, tandis que d'autres ont constaté (parce qu'ils ne pouvaient le faire durant le séjour) qu'ils passaient beaucoup de temps sur leur cellulaire. Éliane a par exemple constaté qu'elle pouvait avoir du plaisir sans consommer, ce qui l'a amenée à remettre en question ses fréquentations. Mathias a aussi considéré le programme comme thérapeutique pour sa consommation de cannabis et pour son utilisation de la technologie. Le cadre structurant de la TA apparaît non seulement avoir suscité des prises de conscience, mais aussi soutenu des changements qui se sont poursuivis au retour d'expédition.

5.4 Discussion

Cette étude visait à explorer l'expérience subjective de huit jeunes adultes psychotiques pendant et à la suite de leur participation à un programme de thérapie par l'aventure (TA). Plus précisément, nous avons documenté les phénomènes groupaux émergents et tenté de mieux comprendre la dynamique groupale et ses fonctions. Nous avons combiné plusieurs méthodes, dont l'observation participante et la conduite d'entrevues (de groupe et individuelles), afin de contrecarrer les limites identifiées dans des études précédentes touchant aux capacités d'élaboration verbale de cette clientèle. Les analyses ont révélé huit thèmes clés, dont quatre liés aux phénomènes groupaux (entraide et initiative en contexte interpersonnel, effet motivationnel, effet déstigmatisant, solidarité) et quatre aux fonctions de la dynamique groupale (contenance, régulation, médiation, contemplation).

La discussion proposée s'inscrit dans une perspective visant à réfléchir aux aspects thérapeutiques susceptibles de sous-tendre la TA, à partir des phénomènes groupaux observés. Dans ce cadre, certains

processus transversaux sont mobilisés comme hypothèses de compréhension, sans nécessairement constituer des thèmes distincts ayant émergé explicitement de nos analyses.

5.4.1 Phénomènes groupaux

Les résultats mettent d'abord en évidence l'émergence de phénomènes groupaux marqués par l'entraide, l'initiative en contexte interpersonnel, la solidarité et un effet motivationnel, au cœur de l'expérience vécue par les participants. La TA se démarque ici des interventions groupales plus traditionnelles offertes en milieu clinique, généralement limitées à une ou quelques heures par semaine, par la possibilité d'une intervention continue sur plusieurs jours, favorisant les défis collectifs et les expériences partagées.

Ces résultats rejoignent ceux de travaux récents portant sur des interventions par la nature et l'aventure auprès de personnes vivant avec des troubles psychotiques, qui soulignent que des activités partagées en milieu naturel favorisent l'émergence de relations de soutien, de solidarité et de sentiment d'appartenance, contribuant ainsi à réduire l'isolement social et la stigmatisation chez cette population (Cuthbert et al., 2021; Girard et al., 2021; Pellerin et Gargano, 2023; Picton et al., 2020; Rapsey et Pilner, 2022).

Un élément central de ces phénomènes réside dans la temporalité même du programme. L'expédition d'une durée de quatre jours assurant des interventions en continu, combinée aux rencontres préparatoires et à la rencontre bilan, semble avoir offert un temps suffisant pour que les participants puissent s'engager progressivement dans le groupe, à leur rythme. Tolérer la proximité avec les autres semblait être une tâche extrêmement difficile et potentiellement terrifiante pour la plupart des participants en début de programme. Les moments partagés, dont autour des repas, semblent avoir permis le contact et aider à surmonter les difficultés d'interactions sociales initiales. Ce processus d'approvisionnement graduel de l'autre semble ainsi poser les bases d'un climat sécurisant, condition nécessaire à l'émergence des phénomènes groupaux observés. La structure même du programme et les défis physiques et relationnels rencontrés semblent leur avoir permis d'apprivoiser « l'être ensemble » et d'ainsi passer d'un isolement complet à une ouverture aux relations.

Les activités réalisées au cours du programme, dont celles relevant de la vie quotidienne et foncièrement relationnelles, telles les tâches reliées au camping ainsi que la préparation et la dégustation de repas en commun, ont occupé une place significative. Maud Mannoni a d'ailleurs insisté sur

l'importance, dans le soin des psychotiques, de partager des « choses simples » de la vie de tous les jours. Manger ensemble, échanger des propos simples de la vie quotidienne, c'est aussi une manière de soigner. Se montrer à table dans nos conduites sociales et nos

échanges alimentaires est un moment beaucoup plus riche qu'il peut sembler à première vue. (citée dans Mornet, 2006, p. 152)

Le temps passé dans les activités quotidiennes, comme les repas, nous semble permettre une rencontre cruciale pour la réinsertion sociale des participants. Initialement isolés, voire désaffiliés pour certains, ils réintègrent progressivement les dynamiques humaines à travers la construction de liens interpersonnels au sein d'un groupe stable, sécuritaire, structuré et prévisible.

Comme le souligne Cavin Piccard (2007, p. 525), le travail en groupe exige de chacun « qu'il trouve sa place au sein de l'ensemble, tout en respectant celle de l'autre », ce que la structure du programme de TA semble favoriser. Selon nos résultats, cette structure offre un cadre propice à l'expression de soi et à l'acceptation de ses propres expériences, tout en favorisant l'autonomie, la responsabilisation, la capacité de faire des choix et la communication, ce qui rejoint les propos de Cavin Piccard quant à la finalité des groupes thérapeutiques. Les expériences de réussites collectives nourrissent la confiance en soi des participants et le sentiment d'appartenance au groupe, d'où les phénomènes d'entraide et d'initiative en contexte interpersonnel, de motivation, de déstigmatisation et de solidarité observés.

Une dernière composante propre au programme concerne les espaces consacrés à l'élaboration verbale de l'expérience vécue, où le groupe tente de faire sens autrement de ce qui a été vécu collectivement et individuellement. Le vécu personnel sensoriel et relationnel peut alors être utilisé comme support à la parole. En cohérence avec les écrits au sujet de la portée thérapeutique des interventions groupales auprès d'individus en rupture de fonctionnement (Forissier, 2016; Hervé, 2014; Mornet, 2006), nous croyons que les discussions en groupe ont offert la possibilité que ce qui, jusque-là, n'avait pu être mis en mots puisse être pensé et porté par le groupe. Le groupe devient une aire d'élaboration où la recherche de sens, la construction de la pensée et l'expression d'affects sont désormais possibles. En partageant leurs expériences des activités accomplies et des défis vécus avec le groupe, et ce, tout en étant accueillis sans jugement, les participants ont l'opportunité de reconnaître et de surmonter leurs difficultés.

Les intervenantes et les guides, à la fois semblables et différents de par leurs parcours de vie et expériences professionnelles, nous semblent avoir renforcé cette dynamique de groupe en offrant un soutien varié et inclusif. Cette diversité aurait permis aux participants, selon eux, de se sentir entendus et soutenus. La structure du programme et les compétences des professionnels apparaissent donc essentielles dans la construction d'un cadre sécurisant favorisant l'exploration personnelle et la reconnaissance mutuelle, transformant le groupe en un « espace de changement et de transformation personnelle [où la]

personne s'enrichit des expériences et des élaborations des autres participants et [où] elle leur fait don du travail personnel qu'elle effectue avec la participation du groupe » (Hervé, 2014, p. 226).

Certaines hypothèses cliniques peuvent être formulées afin de mieux comprendre les processus sous-jacents à l'expérience groupale vécue dans le cadre de ce programme de TA. Dans son article « Corps, psychose et groupe », Mornet (2006) fait certaines remarques quant aux différents temps du groupe et aux limites de dispositifs thérapeutiques groupaux basés principalement sur la parole auprès d'une clientèle psychotique, dont les capacités réflexives et d'élaboration sont souvent limitées. Il insiste sur l'importance du travail thérapeutique axé sur « le corps en mouvement, en activité d'échange avec autrui, en manipulation d'objet, en jeu, en découverte de lui-même, en relaxation [...] » (p. 152). En transposant cette proposition à nos résultats, nous formulons l'hypothèse que le programme de TA offert, particulièrement l'expédition en nature, permet un travail sur la sensorialité, indispensable au travail de symbolisation qui s'ensuit et qui contribuerait à faciliter la réinsertion sociale des participants. Ces réaménagements internes apparaissent visibles dans l'évolution des interactions sociales, d'où les phénomènes groupaux observés.

Les activités (camping, feu de camp, jeux, tyrolienne, etc.) représenteraient une opportunité pour les participants d'éprouver du plaisir à travers différentes modalités sensorielles. Comme le souligne Mornet (2006), c'est en vivant des expériences corporelles positives, qui permettent de se sentir et d'être bien dans son corps, autrement que dans la contrainte et la souffrance, que la part « malade » ou « éteinte » semble laisser place à la vitalité. Réunis pour éprouver du plaisir ensemble, dans l'ici et maintenant, au-delà de leurs difficultés personnelles, les participants peuvent se revitaliser. Ce travail sur la sensorialité pourrait avoir favorisé chez nos participants un réaménagement de l'image corporelle contribuant à l'établissement d'une nouvelle relation à soi et éventuellement à autrui.

Nos résultats suscitent des réflexions sur les mécanismes sous-jacents à ces phénomènes, qui seront approfondies dans la section suivante consacrée aux fonctions spécifiques de la dynamique groupale.

5.4.2 Fonctions du groupe

La fonction de contenance est apparue comme l'un des piliers de l'efficacité thérapeutique de la TA dans notre étude. Anzieu (2022) a défini l'« illusion groupale » comme la capacité du groupe à être vécu comme « tout bon » grâce à un mécanisme de clivage permettant de projeter le « mauvais » à l'extérieur. Le groupe est alors perçu comme un lieu protégé où tous les membres qui le composent sont bien ensemble. Ce phénomène s'est exprimé plus clairement au cours de la deuxième journée d'expédition, où

plusieurs participants ont exprimé le bien-être qu'ils ressentait à être ensemble, en nature, isolés de toute interaction extérieure. Cette illusion groupale, *nécessaire* à la constitution d'une enveloppe psychique groupale qui permet d'assurer cohérence et organisation au sein du groupe (Forissier, 2016), nous incite à penser, tout comme Vollon et Duchet (2020), qu'elle permet de diminuer les angoisses des participants et de remettre la pensée de chacun en mouvement. Dès lors, le groupe devient un lieu de partage favorisant l'expression des affects, où « [ce] qui était trop intolérable en chacun est ainsi exploré sans trop de risque dans l'autre, à travers l'autre et les autres ("autre que nous-même") dans un mouvement de cocréation groupale. » (Gimenez, 2006, p. 90). Les dévoilements spontanés des participants à propos de certaines expériences de vie difficiles (comme la psychose) et l'accueil du groupe, soutiennent ce phénomène.

La constitution et la contenance de cette enveloppe groupale n'auraient pu être possibles sans la présence rassurante des intervenantes et des guides. Leur présence semble avoir contribué à la construction d'une enveloppe suffisamment solide et protectrice pour que les participants se sentent à l'abri des attaques extérieures, mais aussi en sécurité à l'intérieur pour pouvoir y déposer leurs angoisses et amorcer une transformation de l'expérience en mots « digestes » apportant un sens à l'expérience vécue et favorisant une régulation des affects (Gimenez, 2006).

La création de liens sociaux au sein de ce programme peut sembler anodine, mais elle revêt une grande importance pour ces jeunes adultes psychotiques. En deux mois (durée du programme), ils ont développé des connexions significatives à leur rythme, notamment grâce au cadre collectif, à l'environnement naturel, et à l'alternance entre les activités et les temps libres. Contrairement à un suivi individuel où la relation thérapeutique est souvent perçue comme menaçante (Gabrovšek, 2009), le groupe, composé de différents membres aux rôles distincts, rend le contact avec l'autre plus tolérable et dilue la menace que peuvent représenter les professionnels soignants (Stotsky et Zolik, 1965). Il agit donc comme un médiateur, facilitant le rapprochement entre les participants et contribuant à la création de liens significatifs.

Enfin, soulignons l'importance de la présence et de la place des « autres » dans ce programme de TA. Partenaires d'activités, figures inspirantes ou modèles, les autres apparaissent jouer un rôle fondamental dans le devenir des participants. La structure du programme, qui intègre cette altérité, semble permettre à chaque membre du groupe la création d'un espace transitionnel où réfléchir, s'auto-observer, mettre la pensée en mouvement et se (re)définir en tant qu'être humain est possible. Les contacts avec autrui et la création de liens semblent avoir contribué au fait que les participants se (ré)investissent et par extension, (ré)investissent leurs projets de vie.

5.5 Limites

Les résultats de cette étude doivent être interprétés à la lumière de certaines limites. La taille de l'échantillon était restreinte et relativement homogène, ce qui peut limiter la transférabilité des résultats à d'autres populations. De plus, l'étude portait spécifiquement sur de jeunes adultes en processus de rétablissement à la suite d'un premier épisode psychotique (PEP), ce qui restreint l'applicabilité des résultats à des groupes d'âge différents ou à des personnes vivant des difficultés chroniques.

Par ailleurs, bien que l'étude ait inclus un suivi jusqu'à six mois après l'expédition, l'examen du maintien des effets à plus long terme dépasse le cadre de la présente recherche. Le matériel de recherche recueilli à six mois post-expédition offre néanmoins un premier aperçu de l'évolution des effets de ce programme de TA dans le temps¹², sans toutefois permettre de tirer des conclusions quant à leur persistance au-delà de six mois post-expédition.

Toutefois, compte tenu de la nature qualitative de la présente étude, l'objectif principal était d'approfondir la compréhension des expériences subjectives des participants et plus spécifiquement la dynamique groupale, ainsi que ses fonctions, au sein de ce programme de thérapie par l'aventure (TA). Nous estimons que la richesse du matériel recueilli, soutenue par la mobilisation de plusieurs sources de données et par des analyses rigoureuses, contribue à renforcer la validité et la profondeur interprétative des résultats.

Enfin, la posture de la première auteure, en tant que chercheuse impliquée dans la collecte de données, peut constituer une source potentielle de biais interprétatifs, inhérente aux approches qualitatives reposant sur l'observation participante. Toutefois, les stratégies de triangulation des données et de discussions intersubjectives mises en place ont contribué à en limiter les effets.

5.6 Conclusion

La présente étude permet de mettre en lumière la manière dont un programme de thérapie par l'aventure (TA) pour les jeunes ayant vécu un PEP peut constituer un espace propice pour une mise en action progressive, une ouverture aux autres et un (ré)engagement dans les interactions sociales, dimensions centrales de leur rétablissement. Les résultats suggèrent que la temporalité du programme, incluant la préparation en amont, l'expédition sur plusieurs jours et les espaces d'élaboration subséquents, notamment

¹² Les entretiens réalisés après l'expédition ont par exemple permis d'observer et de documenter chez certains participants une évolution dans leur manière d'interagir avec les autres membres du groupe ainsi que dans leur vie personnelle, notamment par un (ré)engagement social.

la rencontre bilan, joue un rôle important dans l'émergence de ces changements. Cette inscription dans la durée semble offrir aux participants le temps nécessaire pour apprivoiser l'autre, tolérer la proximité et s'engager graduellement dans des expériences relationnelles. La structure du programme, la nature, les activités physiques permettant un travail sur la sensorialité, la présence continue de professionnels en santé mentale, et de pairs ayant un parcours de vie similaire semblent, ainsi combinés, offrir un cadre sécurisant propice à la prise de risques relationnels, à l'affrontement de certaines peurs et angoisses, et au (ré)investissement des liens humains et des projets de vie.

En soulignant l'importance des interactions sociales, du soutien mutuel et de l'engagement dans un groupe structuré, stable, sécurisant et prévisible, cette étude met en lumière le potentiel thérapeutique de la TA auprès de cette clientèle, particulièrement lorsque le processus de rétablissement bloque malgré des interventions conventionnelles. Ces résultats ouvrent de nouvelles perspectives dans le développement de programmes d'intervention contribuant à l'amélioration globale des soins et du soutien offerts à cette population vulnérable. Des recherches futures pourraient explorer comment le milieu de soins peut se nourrir de ces expériences et changements pour poursuivre le travail post-expédition.

Références

- Anzieu, D. (2022). *Le groupe et l'inconscient* (3^e éd.). Dunod.
- Austin, S. F., Hjorthøj, C., Baagland, H., Simonsen, E. et Dam, J. (2022). Investigating personal and clinical recovery processes in people with first episode psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 16(10), 1102-1111. <https://doi.org/10.1111/eip.13258>
- Bastien, S. (2007). Observation participante ou participation observante? Usages et justifications de la notion de participation observante en sciences sociales. *Recherches qualitatives*, 27(1), 127-140. <https://doi.org/10.7202/1085359ar>
- Bertulies-Esposito, B. et Abdel-Baki, A. (2019). Éléments essentiels pour l'implantation à grande échelle de programmes d'intervention précoce pour premiers épisodes psychotiques en francophonie : l'exemple du Québec. *L'information psychiatrique*, 95(2), 95-101. <https://doi.org/10.1684/ipe.2019.1912>
- Bryson, J., Feinstein, J., Spavor, J. et Kidd, S. A. (2013). An examination of the feasibility of adventure-based therapy in outpatient care for individuals with psychosis. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 32(2), 1-11. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2013-015>
- Catalan, A., Richter, A., De Pablo, G. S., Vaquerizo-Serrano, J., Mancebo, G., Pedruzo, B., Aymerich, C., Solmi, M., González-Torres, M. Á., Gil, P., McGuire, P. et Fusar-Poli, P. (2021). Proportion and predictors of remission and recovery in first-episode psychosis: Systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry*, 64(1), 1-9. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.2246>
- Cavin Piccard, M. C. (2007). L'atelier d'écriture, un outil pour développer le processus d'autonomie chez des adolescents en rupture. *Thérapie familiale*, 28(4), 523-531. <https://doi.org/10.3917/tf.074.0523>
- Correll, C. U. et Schooler, N. R. (2020). Negative symptoms in schizophrenia: a review and clinical guide for recognition, assessment, and treatment. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 16, 519-534. <https://doi.org/10.2147/NDT.S225643>
- Corbière, M. et Larivière, N. (2014). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (2^e éd.). Presses de l'Université du Québec.
- Cramer, J. et Wanner, P. (2022). Wilderness therapy programs: A systematic review of research (publication n° 22-06-1901). Washington State Institute for Public Policy. https://www.wsipp.wa.gov/ReportFile/1748/Wsipp_Wilderness-Therapy-Programs-A-Systematic-Review-of-Research_Report.pdf
- Cuthbert, S., Sharp, H. et Berry, C. (2021). Green care in first-episode psychosis: Short report of a mixed-methods evaluation of a 'woodland group' in an early intervention service. *BJPsych Bulletin*, 45(4), 235-237. <https://doi.org/10.1192/bjb.2021.54>

- Davidson, L., O'Connell, M. J., Tondora, J., Lawless, M. et Evans, A. C. (2005). Recovery in serious mental illness: A new wine or just a new bottle? *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(5), 480-487. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.5.480>
- Enjalbert, J. (2006). Le groupe, le sujet et le schizophrène. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n° 46, 137-144. <https://doi.org/10.3917/rppg.046.0137>
- Forissier, C. (2016). Fonction contenante dans un groupe utilisant le conte comme médiation avec des patients adultes souffrant d'autisme et de psychose infantile. *Cliniques*, n° 11, 164-178. <https://doi.org/10.3917/clini.011.0164>
- Gabrovšek, V. P. (2009). Inpatient group therapy of patients with schizophrenia. *Psychiatria Danubina*, 21(1), 67-72. <https://hrcak.srce.hr/file/76200>
- Gimenez, G. (2006). La construction d'une chaîne associative groupale dans le travail psychanalytique avec les patients psychotiques en groupe : du chaos dissociant à une possible polyphonie. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n° 47, 79-91. <https://doi.org/10.3917/rppg.047.0079>
- Girard, C., Dubé, J. É., Abdel-Baki, A. et Ouellet-Plamondon, C. (2021). Off the beaten path: Adventure Therapy as an adjunct to early intervention for psychosis. *Psychosis*, 13(4), 338-348. <https://doi.org/10.1080/17522439.2021.1901301>
- Hervé, É. (2014). Le groupe thérapeutique : un groupe de psychothérapie analytique et existentielle. Dans M. Vinot-Coubetergues et E. Marc (dir.), *Les fondements des psychothérapies : de Socrate aux neurosciences* (p. 210-228). Dunod.
- Iyer, S.N. et Malla, A.K. (2014). Intervention précoce pour la psychose : concepts, connaissances actuelles et orientations futures. *Santé mentale au Québec*, 39(2), 201-229. <https://doi.org/10.7202/1027840ar>
- Kaës, R. (2021). *Les théories psychanalytiques du groupe* (7^e éd.). Presses universitaires de France.
- Kelley, M. P., Coursey, R. D. et Selby, P. M. (1997). Therapeutic adventures outdoors: A demonstration of benefits for people with mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20(4), 61-73.
- Leclerc, C. et Lecomte, T. (2012). TCC pour premiers épisodes de psychose : pourquoi la thérapie de groupe obtient les meilleurs résultats? *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 22(3), 104-110. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jtcc.2012.07.006>
- Lionet, B. (2021). L'analyse phénoménologique interprétative. Dans A. Bioy (dir.), *Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie* (p. 145-157). Dunod.
- Lockwood, C., Page, T. et Conroy-Hiller, T. (2004). Effectiveness of individual therapy and group therapy in the treatment of schizophrenia. *JBH Reports*, 2(10), 309-338. <https://doi.org/10.1111/j.1479-6988.2004.00016.x>

- Martineau, S. (2005). L'observation en situation : enjeux, possibilités, limites. *Recherches qualitatives* [Actes de colloque], *Hors-série*, n° 2, 5-17.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2022). Programmes pour premiers épisodes psychotiques : cadre de référence (publication n° 25-914-03W).
https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003370/?&txt=Programmes%20pour%20premiers%20%C3%A9pisodes%20psychotiques&msss_valpub&date=DESC
- Mornet, J. (2006). Corps, psychose et groupe. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n° 46, 145-160. <https://doi.org/10.3917/rppg.046.0145>
- Orfanos, S., Banks, C. et Priebe, S. (2015). Are group psychotherapeutic treatments effective for patients with schizophrenia? A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 84(4), 241-249. <https://doi.org/10.1159/000377705>
- Owen, M., Speight, T., Sarsam, M. et Sellwood, W. (2015). Group CBT for psychosis in acute care: A review of outcome studies. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 8, e2.
<https://doi.org/10.1017/S1754470X15000021>
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2021). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (5^e éd.). Armand Colin.
- Pellerin, J. et Gargano, V. (2023). La nature en soutien au rétablissement : retombées et constats d'une intervention de groupe en contexte de nature auprès de jeunes adultes ayant vécu un premier épisode psychotique. *Intervention*, n° 157, 101-117. <https://doi.org/10.7202/1105594ar>
- Picton, C., Fernandez, R., Moxham, L. et Patterson, C. F. (2020). Experiences of outdoor nature-based therapeutic recreation programs for persons with a mental illness: A qualitative systematic review. *JBI Evidence Synthesis*, 18(9), 1820-1869. <https://doi.org/10.11124/JBISIR-D-19-0026>
- Polese, D., Fornaro, M., Palermo, M., De Luca, V. et De Bartolomeis, A. (2019). Treatment-resistant to antipsychotics: A resistance to everything? Psychotherapy in treatment-resistant schizophrenia and nonaffective psychosis: A 25-year systematic review and exploratory meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 10, article 210. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00210>
- Provencher, H. L. (2002). L'expérience du rétablissement : perspectives théoriques. *Santé mentale au Québec*, 27(1), 35-64. <https://doi.org/10.7202/014538ar>
- Rapsey, E. H. S. et Pilcher, N. M. (2024). "The world is a beautiful place—I want to explore that a bit": The experience of taking part in an adventure therapy sailing project by a group of individuals who have experienced psychosis. *Psychosis*, 16(2), 144-154.
<https://doi.org/10.1080/17522439.2022.2145347>

- Saksa, J. R., Cohen, S. J., Srihari, V. H. et Woods, S. W. (2009). Cognitive behavior therapy for early psychosis: A comprehensive review of individual vs. group treatment studies. *International Journal of Group Psychotherapy*, 59(3), 357-383. <https://doi.org/10.1521/ijgp.2009.59.3.357>
- Smith, J. A. et Fieldsend, M. (2021). Interpretative phenomenological analysis. Dans P. M. Camic (dir.), *Qualitative research in psychology: Expanding perspectives in methodology and design* (2^e éd., p. 147-166). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000252-008>
- Stotsky, B. A. et Zolik, E. S. (1965). Group psychotherapy with psychotics: 1921-1963—A review. *International Journal of Group Psychotherapy*, 15(3), 321-344. <https://doi.org/10.1080/00207284.1965.11642847>
- Thibaudeau, E., Raucher-Chéné, D., Lecardeur, L., Cellard, C., Lepage, M. et Lecomte, T. (2021). Les interventions psychosociales destinées aux personnes composant avec un premier épisode psychotique : une revue narrative et critique. *Santé mentale au Québec*, 46(2), 217-247. <https://doi.org/10.7202/1088184ar>
- Tracy, S. J. (2010). Qualitative quality: Eight “big-tent” criteria for excellent qualitative research. *Qualitative inquiry*, 16(10), 837-851. <https://doi.org/10.1177/1077800410383121>
- Vollon, C. et Duchet, C. (2020). Mise en chantier des notions de « cadre clinique » et de « dispositif » à la lumière des formations groupales. *Psychothérapies*, 40(2), 95-103. <https://doi.org/10.3917/psys.202.0095>
- Vollon, C., Gimenez, G. et Bonnet, C. (2015). Mise en groupe, psychose et porosité des enveloppes psychiques. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n° 64, 203-214. <https://doi.org/10.3917/rppg.064.0203>
- Voruganti, L. N., Whatham, J., Bard, E., Parker, G., Babbey, C., Ryan, J., Lee, S. et MacCrimmon, D. J. (2006). Going beyond: An adventure- and recreation-based group intervention promotes well-being and weight loss in schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(9), 575-580. <https://doi.org/10.1177/070674370605100905>

CHAPITRE 6

DISCUSSION GÉNÉRALE

Cette thèse avait pour objectif principal d'enrichir, selon une perspective psychodynamique, la compréhension de la thérapie par l'aventure (TA) comme modalité d'intervention complémentaire dans le processus de rétablissement de jeunes adultes psychotiques. Pour ce faire, nous avons adopté une méthodologie de recherche qualitative combinant l'observation participante et des entrevues semi-dirigées.

Notre étude poursuivait une double visée, soit descriptive et interprétative. Le pôle descriptif cherchait à documenter l'expérience des jeunes adultes psychotiques durant leur participation au programme d'une durée de deux mois (rencontres préparatoires, expédition et rencontre bilan) et au cours des six mois suivant la fin du programme. Le pôle interprétatif, quant à lui, explorait le groupe constitué des jeunes adultes, intervenantes accompagnatrices et guides facilitateurs en tant qu'entité, afin de mieux comprendre la dynamique groupale, ainsi que ses fonctions.

Dans ce chapitre, nous reviendrons d'abord sur les principaux résultats en lien avec nos objectifs de recherche, en intégrant les éléments discutés dans le cadre des articles présentés aux chapitres 4 et 5. Nous proposerons ensuite une réflexion théorique et clinique, ancrée dans l'approche psychodynamique, sur l'utilisation de la thérapie par l'aventure en tant que modalité d'intervention complémentaire aux traitements usuels dans le processus de rétablissement de jeunes adultes psychotiques. Enfin, nous discuterons des apports et limites de notre étude et proposerons des pistes pour des recherches futures.

6.1 Synthèse des principaux résultats de recherche

6.1.1 Expérience subjective des participants : retour sur le premier article

La complexité inhérente à l'invitation faite aux participants de mettre en mots leur expérience de ce programme de TA dans le cadre des entrevues post-expédition, où la parole constituait le principal moyen de communication, est apparue centrale dans la collecte du matériel de recherche. Retracer et structurer leur vécu s'est avéré particulièrement exigeant, bien que cette difficulté ait été anticipée lors de la planification du protocole. Elle s'explique en partie en raison des troubles cognitifs fréquemment observés à la suite d'un premier épisode psychotique (PEP), qui entravent les capacités d'élaboration. Conformément à cette anticipation, à la suite de la passation des entrevues groupales et individuelles, un examen approfondi du matériel de recherche a été réalisé afin de reconstituer la trame des événements significatifs pour chaque participant et le sens qui s'en dégage (Chapitre 3). Pour ce faire, nous nous

sommes appuyée sur trois sources de données complémentaires : les données longitudinales collectées au fil du programme (questionnaire sociodémographique et cahier du participant), les observations effectuées par nous-même en tant que chercheuse participante tout au long du programme, et enfin, les entrevues groupales et individuelles. Cette démarche a constitué un fondement méthodologique essentiel pour approfondir la compréhension du parcours de chacun des participants et ainsi répondre aux trois objectifs de recherche descriptifs : 1) dresser un portrait de l'expérience vécue par les jeunes adultes psychotiques au cours de leur participation au programme de TA; 2) documenter l'évolution des participants au fil du programme de TA, à partir des observations participantes de la chercheuse principale et des éléments du discours rapporté par les jeunes adultes eux-mêmes; 3) s'intéresser de plus près à ce qu'il reste de cette expérience, aux yeux des jeunes adultes, au cours des six mois suivant leur participation à ce programme de TA.

Dans notre premier article intitulé « *Adventure therapy for young adults with psychosis: An overview of their experience and its impacts on their recovery process* », notre analyse qualitative du matériel de recherche concernant quatre des huit participants ayant pris part au programme, a mis en lumière quatre thèmes liés à une *expérience de connexion identitaire* : découverte de nouvelles forces; expérience multisensorielle; corps habité; et affects mobilisés; ainsi que trois thèmes liés à une *expérience « d'être avec » l'autre* : apprivoiser l'« être avec » (rencontres préparatoires); création et développement de liens (expédition); et réaménagement du quotidien et des liens (retour d'expédition).

D'abord, l'expérience de connexion à soi semble s'être traduite, pour les participants, par une prise de conscience et un renforcement de leurs capacités. Plusieurs se sont découvert de nouvelles forces, que ce soit une endurance physique accrue, une plus grande facilité à entrer en contact et à interagir avec les autres, ou un meilleur sens de la débrouillardise face aux imprévus. Certains ont surmonté des défis personnels, comme l'anxiété sociale ou encore la crainte de sortir de leur zone de confort, tandis que d'autres ont développé une perception plus positive d'eux-mêmes en reconnaissant leur capacité d'adaptation face à la nouveauté. Dans l'ensemble cette expérience semble avoir favorisé un processus de redéfinition de soi, permettant aux participants de mieux saisir leurs forces et limites et, pour certains, de porter un regard nouveau sur leur propre identité.

L'expérience de connexion à soi semble également avoir été renforcée par une perception plus accrue de leur corps et de leurs sensations physiques pour la plupart générées par l'interaction avec la nature et les activités d'aventure. Plusieurs participants ont souligné leur appréciation et l'impact bénéfique des stimuli sensoriels offerts par la nature, évoquant la beauté des paysages à maintes reprises ou les sons apaisants de

la faune et des cours d'eau. Cette immersion multisensorielle semble avoir contribué à une forme de présence à soi et à l'instant présent, difficilement accessible dans leur quotidien.

Bien que le lien entre le corps et l'expérience vécue n'ait pas été explicitement verbalisé par les participants lors des entrevues post-expédition, les cahiers de ces derniers, ainsi que les observations de la chercheuse principale sur le terrain, témoignent d'une conscience plus développée de leurs sensations physiques et des stratégies mises en place pour surmonter les défis liés à l'effort physique. Davantage connectés à leur corps, ils ont dû composer avec la chaleur, la fatigue et l'effort soutenu, ce qui a mené à des ajustements pour persévérer dans les activités proposées. Les moments de répit, tels que la baignade, les collations et les périodes libres après une activité exigeante, ont été particulièrement valorisés, soulignant l'importance de cette alternance entre effort et récupération dans leur expérience de ce programme de TA.

Enfin, les affects mobilisés, principalement lors du séjour en nature, ont contribué à approfondir l'expérience de connexion à soi. Dans l'ensemble, les émotions positives ont dominé le récit des participants : le plaisir, le rire et le sentiment d'avoir vécu une expérience marquante ont été évoqués, et ce, même plusieurs mois après l'expédition. Certains ont rapporté des émotions plus désagréables, telles que la peur, la fatigue ou encore le sentiment d'être passés à côté d'une opportunité en refusant de prendre part à certaines activités. La présence d'émotions variées dans le discours des participants met en lumière comment ce programme leur a permis d'accéder à leur monde interne et d'être davantage connectés à leurs ressentis. De plus, ces derniers ont fait face à plusieurs défis physiques les amenant à repousser leurs limites personnelles, voire, à certains moments, à composer avec l'inconfort, notamment lorsqu'ils étaient confrontés à des situations nouvelles ou à leurs peurs (peur des hauteurs, peur de l'eau, etc.). Par ailleurs, le contexte immersif et structurant de ce programme de TA, ainsi que la présence de professionnels ont semblé les aider à mieux tolérer et réguler leurs affects. Ce changement a été notamment visible dans la diminution de la consommation de cigarettes chez les participants au fil du séjour, ceux-ci semblant plus confiants et à l'aise sur le site et dans la complétion des activités. Rappelons également qu'une abstinence complète de drogues et alcool était requise lors de l'expédition, défi que tous ont relevé. Cette expérience a permis à l'un d'entre eux de constater les effets positifs d'un arrêt temporaire de sa consommation sur son niveau d'énergie et l'a encouragé à diminuer graduellement sa consommation dans les mois suivant l'expédition.

Ensuite, ce programme de TA semble avoir soutenu les participants dans un mouvement vers l'autre et avoir ultimement favorisé le développement de liens sociaux. Lors des premières rencontres préparatoires,

les participants manifestaient une certaine réserve, marquée par l'évitement du contact visuel et un malaise à être en contact avec les autres. Peu à peu, ces rencontres ont permis un apprivoisement progressif de l'« être avec » soutenu, entre autres, par les activités physiques, favorisant l'émergence d'échanges spontanés et d'une certaine complicité. Ce mouvement vers l'autre s'est intensifié au cours de l'expédition, alors que les conditions immersives de ce séjour en nature ont favorisé des moments d'entraide, des fous rires et des partages personnels, notamment lors de la réalisation des tâches quotidiennes et autour du feu de camp. Pour plusieurs, cette expérience de faire partie d'un groupe composé de personnes ayant un parcours de vie similaire leur a permis de briser l'isolement lié à un PEP et de se sentir compris dans leur vécu. Au retour d'expédition, une familiarité s'était installée, les échanges entre les participants étant plus chaleureux et le désir de maintenir les liens formés mentionné par plusieurs. Toutefois, le retour à la vie quotidienne a rapidement entraîné une baisse de participation aux rencontres de groupe post-expédition, suggérant que certains obstacles structurels (lieu, format, organisation) ont pu freiner cet élan. Avec le recul, nous ne pouvons que noter que, comme l'ont proposé deux participants, il aurait été pertinent que les rencontres de groupe aient lieu à l'extérieur de l'établissement hospitalier, autour d'un bon repas. Néanmoins, au final, plusieurs d'entre eux ont poursuivi des démarches de réinsertion scolaire ou professionnelle dans les mois suivants, témoignant d'un effet mobilisateur de leur participation à ce programme de TA sur leur trajectoire de rétablissement.

L'ensemble des résultats exposés jusqu'ici se concentrait sur l'expérience subjective des jeunes adultes psychotiques en lien avec le rapport à soi et à l'autre, dans le cadre de leur participation à un programme de TA. Ces résultats, bien que découlant de vécus individuels, se sont néanmoins déployés au sein d'un espace groupal, qui semble avoir grandement contribué à l'émergence des processus de transformation abordés par les participants et observés par la chercheuse principale.

6.1.2 Dynamique groupale : retour sur le deuxième article

Afin d'approfondir notre compréhension du rôle joué par le groupe dans cette modalité d'intervention, le quatrième objectif de recherche visait à mieux comprendre la dynamique groupale, ainsi que ses fonctions, au sein de ce programme de TA.

Dans notre deuxième article intitulé « Le groupe un soin : dynamiques et fonctions groupales de la thérapie par l'aventure auprès de jeunes adultes psychotiques », notre analyse qualitative du matériel de recherche a révélé quatre thèmes centrés sur les *phénomènes groupaux* ayant émergé au cours de l'expédition : entraide et initiative; effet motivationnel; effet déstigmatisant; et solidarité entre les participants; ainsi que quatre thèmes centrés sur les *fonctions du groupe* : fonction de contenance; fonction

de régulation; fonction de médiation; et fonction de contemplation. Ces résultats s'appuient principalement sur nos observations en tant que chercheuse participante réalisées tout au long du programme. En effet, les phénomènes décrits n'ont pas été abordés explicitement par les participants lors des entrevues de groupe et individuelles menées dans les six mois suivant le retour d'expédition.

D'abord, dès les premiers jours de l'expédition, une entraide spontanée s'est développée entre les participants, particulièrement lors des tâches liées à l'installation du campement et à la logistique quotidienne (p. ex. préparation des repas, vaisselle, entretien du feu de camp). Plusieurs participants ont pris des initiatives pour aider les autres membres du groupe. L'activité brise-glace, conçue pour favoriser le développement d'une cohésion groupale, a été perçue très positivement, plusieurs participants ayant verbalisé leur appréciation du travail d'équipe ayant pris forme au cours de cette activité. La collaboration entre les divers membres du groupe a contribué à la création d'un environnement sécurisant, qui semble avoir été un facteur déterminant dans le bon déroulement du séjour.

De plus, les encouragements mutuels, lors des activités physiques proposées, ont soutenu les participants dans leurs efforts, renforçant, pour certains, leur motivation à persévérer. Cet effet motivationnel semble avoir eu des répercussions au-delà de l'expédition, en soutenant l'adoption de nouvelles routines et en concrétisant certains projets de vie (p. ex. retour aux études et au travail).

Ensuite, un effet déstigmatisant entourant le diagnostic de PEP a été observé, le thème de la santé mentale ayant été relégué au second plan au profit du plaisir partagé dans l'instant présent. Le contexte naturel, les activités proposées et les interactions informelles entre les divers membres du groupe semblent avoir contribué à la création d'un rapport plus égalitaire entre les participants, intervenantes accompagnatrices et guides facilitateurs. Des dévoilements personnels, tant de la part des professionnels que des participants, semblent avoir permis la construction graduelle d'un espace où les expériences individuelles de chacun pouvaient être partagées et accueillies sans jugement. Au cours de la troisième soirée de l'expédition, la veille du départ, certains participants ont partagé leur expérience d'un PEP et ont été accueillis dans leur récit par les autres participants qui faisaient preuve d'écoute et de respect.

Enfin, une solidarité a émergé au sein du groupe, plus particulièrement lors de situations de crise ou de désaccords, ce qui a permis au groupe de se mobiliser et de se soutenir. Ces moments clés ont révélé chez plusieurs participants une capacité nouvelle à prendre en considération les besoins d'autrui et à affirmer leur point de vue. L'accompagnement des professionnels, particulièrement lors des discussions de groupe

en fin de journée, apparaît avoir joué un rôle essentiel dans la régulation des tensions au sein du groupe et dans la consolidation des apprentissages relationnels.

Quatre fonctions exercées par le groupe sont ressorties de nos analyses : une fonction de contenance, une fonction de régulation, une fonction de médiation et une fonction de contemplation. Ces fonctions permettent, selon nous, de mieux comprendre comment le groupe a soutenu les processus psychiques et relationnels des participants au fil de leur expérience de ce programme de TA. Comparable à un contenant sécurisant, le groupe s'est avéré capable d'accueillir et de soutenir les vécus émotionnels, parfois intenses, générés par les activités physiques à haute intensité, les situations inattendues (comme la disparition de l'un des participants) et les désaccords. Le cadre structuré, les repères quotidiens, la présence constante des intervenantes et guides, ainsi que la solidarité entre les participants, ont semble-t-il permis de créer un environnement suffisamment sécurisant pour que chacun puisse se déposer et intégrer les expériences vécues. Dans les moments de fatigue, d'anxiété ou de découragement, ils ont pu prendre appui les uns sur les autres, afin de persévérer malgré les difficultés vécues. Cet espace de soutien mutuel semble avoir permis à plusieurs de rester engagés malgré les défis rencontrés.

À plusieurs reprises, le groupe paraît avoir agi comme un régulateur, à la fois des vécus émotionnels de chacun et des tensions relationnelles. Le fait d'être en groupe dans un campement isolé en pleine nature les a contraints, parfois malgré eux, à faire preuve d'adaptabilité et à accueillir l'imprévu comme partie intégrante de l'expérience. Les discussions de groupe à la fin de chacune des journées d'expédition, animées par les intervenantes accompagnatrices, ont offert un espace de mise en mots et de mise en sens des expériences et événements marquants vécus au cours de la journée, contribuant notamment à désamorcer les tensions accumulées au sein du groupe. Certains participants ont requis davantage de soutien de la part des professionnels présents, afin de les aider à mieux réguler leur expérience affective et à tolérer les inconforts et parfois même la détresse que certaines situations ont pu générer, contrairement à d'autres participants qui disposaient déjà de bonnes capacités. De plus, le groupe s'est avéré suffisamment soutenant pour que plusieurs d'entre eux exposent leur vulnérabilité et partagent leur expérience d'un PEP.

Le groupe a également agi comme un médiateur des relations humaines, aidant les participants à sortir de leur isolement et à tranquillement s'intéresser aux autres. Les moments de repos initialement solitaires ont ainsi laissé place à des interactions spontanées entre les participants. Certains ont inventé des jeux, alors que d'autres ont pratiqué des sports ensemble. L'alternance entre les activités exigeantes génératrices d'émotions intenses et les temps libres semble avoir favorisé une adaptation progressive à l'autre, soutenant le développement de leurs compétences relationnelles dans un contexte sécuritaire, en plus de

leur permettre d'intégrer les expériences vécues et de réguler leurs affects, et ce, à leur propre rythme. Les compétences relationnelles acquises lors du séjour en nature semblent s'être transposées dans leur quotidien par la suite, plusieurs démontrant un intérêt et un souci pour les projets de vie de ceux avec qui ils ont partagé cette expérience.

Enfin, le fait d'être en groupe semble avoir généré des réflexions et prises de conscience chez les participants quant à leurs propres habitudes de vie et manières d'être. Les moments de discussion en groupe lors des journées d'expédition ont également offert un espace réflexif quant aux expériences vécues et apprentissages effectués, en plus de favoriser des partages personnels. Le retour d'expédition a permis, pour certains participants, de constater qu'ils ont été en mesure d'éprouver du plaisir en groupe sans consommer. Au final, cette expérience en groupe semble avoir provoqué des prises de conscience chez les participants et engendré des changements positifs plus marqués chez certains d'entre eux.

Dans cette perspective, le thème « contemplation » a été retenu afin de rendre compte de ces moments d'arrêt, de mise à distance et d'ouverture à l'expérience, sans présumer de la nature ou de l'ampleur des processus psychiques sous-jacents potentiellement mobilisés chez les participants. Ce choix s'inscrit dans la posture phénoménologique adoptée dans cette recherche, privilégiant une description au plus près de l'expérience vécue par les participants plutôt que de l'inférence de processus intrapsychiques non directement observés.

6.2 Premier épisode psychotique et processus de rétablissement : synthèse des éléments discutés dans le cadre des articles

Afin de mettre en lien les résultats présentés dans les deux articles, cette section propose différentes pistes de réflexion sur l'expérience des jeunes adultes psychotiques ayant pris part à ce programme de thérapie par l'aventure (TA), ainsi que sur les effets potentiels de leur participation dans leur processus de rétablissement.

6.2.1 Expérience de connexion identitaire : changements dans la relation à soi

La psychose bouleverse la vie de la personne qui en souffre et entraîne, à divers degrés, des conséquences importantes sur son fonctionnement. Ce diagnostic, souvent associé à des préjugés défavorables, contribue à une perception négative de soi et de ses capacités, ce qui entrave le processus de rétablissement. Plusieurs études ont démontré les effets délétères de l'identification au diagnostic sur la perception de soi et l'estime de soi, soulignant l'importance d'adapter les soins offerts (Ouellet-Plamondon et Abdel-Baki, 2011; Vass et al., 2017).

Nos résultats indiquent que plusieurs participants ont exprimé un sentiment renouvelé de présence à eux-mêmes, en lien avec les effets apaisants de la nature, le dépassement de soi dans les activités d'aventure de haute intensité, ainsi que la découverte et la reconnaissance de leurs forces et ressources internes. Ces changements positifs dans la relation à soi convergent avec les travaux de Cuthbert et al. (2021), de Girard et al. (2021), de Pellerin et Gargano (2023) et de Rapsey et Pilner (2022), qui soulignent que les programmes de TA offrent un espace propice à la découverte de soi et au développement de la confiance en soi.

Nos résultats rejoignent également les écrits sur le processus de rétablissement suivant un trouble de santé mentale sévère, comme un PEP (Bourdeau et al., 2014; Davidson et al., 2005; Martin et Franck, 2013; Provencher, 2002), en ce qu'ils mettent en lumière les bienfaits de la TA dans le remaniement de la perception de soi chez les participants. Les nombreux défis auxquels ils ont été confrontés, notamment durant l'expédition, leur ont permis d'améliorer leur connaissance d'eux-mêmes, d'identifier leurs limites personnelles, de reconnaître leurs forces et faiblesses et, ultimement, de développer une vision plus positive d'eux-mêmes. Selon Provencher (2002) et Martin et Franck (2013), ces différentes sphères du rétablissement sont toutes essentielles dans la consolidation d'un nouveau soi plus complexe, ce que la TA semble avoir soutenu.

De plus, les défis qu'ont surmontés les participants, riches en sensations et émotions, semblent avoir enclenché une mobilisation de leurs ressources personnelles. La variété d'émotions ressenties par les participants au cours de l'expédition est d'autant plus significative qu'elle contraste avec l'émoussement émotionnel fréquemment observé à la suite d'un PEP, principalement caractérisé par une réduction de la capacité à éprouver du plaisir, de la motivation et des affects positifs (Foussias et Remington, 2010). Le plaisir partagé, les nombreux fous rires et la fierté d'avoir accompli les activités proposées et surmonté des peurs pour certains apparaissent ainsi comme des moments particulièrement significatifs. Ces émotions positives ressenties semblent avoir (ré)activé un élan vital, nourri la confiance en soi, favorisé une présence à soi ainsi qu'une plus grande disponibilité et ouverture à accueillir l'expérience. Ces effets pourraient avoir un impact positif sur l'engagement des participants dans leur rétablissement. Iwasaki et al. (2014) soulignent d'ailleurs les bienfaits des loisirs et activités agréables dans la promotion du bien-être, d'une vie agréable et pleine de sens.

Le contexte unique de cette modalité d'intervention, qui se déroule en nature, hors du quotidien et des repères usuels, semble aussi permettre une rencontre avec soi-même. L'immersion dans un environnement naturel, conjuguée aux activités de haute intensité, favorise la stimulation des divers sens et oblige, dans

une certaine mesure, à demeurer dans l'instant présent, facilitant ainsi une meilleure connexion à soi sur les plans physique et affectif. Plusieurs études ont documenté les bienfaits découlant des interventions thérapeutiques en milieu naturel, cet environnement étant reconnu comme propice à la guérison. De façon générale, l'exposition à la nature favoriserait l'amélioration du bien-être émotionnel, de la santé physique et de certaines problématiques liées à la santé mentale, et elle contribuerait à la réduction du stress (Summer et Vivian, 2016; Taylor et al., 2010). Du côté des programmes d'intervention par la nature, l'étude de cas de Johansson et al. (2023), portant sur l'expérience de deux femmes aux prises avec des difficultés liées au stress, souligne également les bienfaits d'interventions en nature sur l'activation des divers sens, la capacité à être dans le moment présent, l'opportunité de relever de nouveaux défis et le développement de nouvelles compétences. Dans une méta-analyse récente, Bettman et al. (2024) montrent à leur tour que l'exposition à la nature, chez les adultes ayant un trouble de santé mentale, a un effet significatif sur la symptomatologie, les affects, l'anxiété, les habiletés cognitives, la dépression, l'humeur et la qualité de vie. Ces chercheurs soutiennent que les effets des interventions d'exposition à la nature sont semblables à ceux de certains antidépresseurs utilisés pour traiter la dépression. Il importe toutefois de noter que les études incluses dans leur méta-analyse se concentraient uniquement sur les effets immédiats d'une exposition à la nature. Nos résultats se distinguent des travaux antérieurs, en documentant les effets d'un programme de TA jusqu'à six mois suivant le retour d'expédition. Nos analyses montrent que, pour plusieurs participants, les effets positifs du programme sur plusieurs dimensions de la relation à soi, telles qu'une perception de soi positive et le développement de la confiance en soi, semblent se maintenir au fil du temps, bien que des nuances s'imposent quant à la variabilité des trajectoires individuelles.

Au-delà de l'environnement naturel, le cadre thérapeutique de la TA semble avoir soutenu un processus réflexif chez les participants. En effet, les discussions de groupe à la fin de chaque journée d'expédition, centrées sur les apprentissages, les défis rencontrés, les stratégies mises en place pour les surmonter et les réussites personnelles, tout comme celles des autres membres du groupe, semblent avoir contribué à certaines prises de conscience chez plusieurs, soutenant le développement d'une perception de soi plus positive. Davidson et al. (2005), Koeing (2017) et Provencher (2002) insistent d'ailleurs sur l'importance, dans le processus de rétablissement, de se redéfinir en tant qu'humain, au-delà de la maladie, et de nourrir l'espoir en un avenir meilleur. Ces auteurs soulignent d'autant plus l'effet transformateur que peut jouer le regard de l'autre, particulièrement lorsque ce dernier perçoit et valorise le potentiel d'une personne en difficulté. Dans cette perspective, nos résultats amènent à penser que la transformation de la relation à soi chez les participants a aussi été soutenue dans et par le lien à l'autre. La vie en groupe apparaît ici déterminante : le groupe ne joue pas seulement un rôle de soutien, il agit comme un miroir, un reflet

valorisant dans lequel les participants se (re)découvrent autrement, au-delà de leurs difficultés et du diagnostic reçu. Être perçu comme utile, compétent, soutenant que ce soit en aidant spontanément les autres à installer le campement, à cuisiner, à faire la vaisselle, à entretenir le feu de camp ou à encourager leurs pairs dans l'accomplissement des activités, a contribué à modifier positivement la perception que les participants avaient d'eux-mêmes.

En somme, cette redéfinition identitaire, amorcée au contact de la nature et soutenue par le cadre thérapeutique de cette modalité d'intervention, s'est nourrie de l'expérience d'appartenir à un groupe. Nos résultats mettent en lumière que se reconnecter à soi demeure indissociable du fait d'avoir été reconnu et soutenu par l'autre.

6.2.2 Expérience de connexion à l'autre : briser l'isolement social

Le processus de rétablissement suivant un PEP ne peut être envisagé sans prendre en considération la dimension relationnelle. Les perturbations importantes au niveau du contact avec la réalité ne sont pas sans conséquences sur les relations sociales, les personnes vivant avec ce trouble ayant souvent tendance à s'isoler (Iyer et Malla, 2014). Les effets délétères des hospitalisations de longue durée, ainsi que les préjugés défavorables associés au diagnostic de psychose, sont également associés au renforcement de la stigmatisation, la discrimination et l'exclusion sociale (Xanthopoulou, 2022). Ces deux vecteurs d'isolement peuvent ainsi entraîner un retrait social encore plus marqué, renforçant ainsi l'isolement déjà présent et contribuant à l'exacerbation de la symptomatologie.

Nos résultats indiquent que la TA a eu un effet thérapeutique tangible pour les participants en répondant à un besoin fondamental de connexion à autrui. Tous les participants avaient indiqué, dans leur journal de bord, avoir pour objectif de socialiser et faire de nouvelles rencontres au cours du programme. Il semble que la TA ait répondu à ce besoin, en offrant un espace propice à la rencontre de l'autre et au développement de nouvelles relations. Pour plusieurs participants, ce programme de TA leur a permis de briser l'isolement social, de sortir de leur zone de confort, de surmonter leur anxiété sociale et de créer des liens significatifs. De plus, les dévoilements personnels de la part des intervenantes accompagnatrices et guides facilitateurs, ainsi que les partages entre les participants à propos de leurs expériences de vie, notamment de leur PEP, semblent avoir normalisé leur vécu et suscité de l'espoir.

L'immersion dans cette intervention thérapeutique, ponctuée de défis collectifs, semble avoir favorisé une (re)connexion au monde social, ainsi qu'une réactivation des compétences relationnelles qui, pour plusieurs participants, ont été affectées à la suite de leur PEP. Les phénomènes groupaux observés, que ce

soit l'entraide spontanée, les encouragements mutuels, la solidarité ou le soutien émotionnel dans les moments plus difficiles, témoignent des changements intra-individuels soutenus par l'expérience groupale qui se sont opérés chez les participants durant le séjour en nature. Le groupe est ainsi apparu comme un espace soutenant, sécurisant et dénué de jugement favorisant une certaine ouverture chez les participants, leur permettant d'être en lien, de se reconnaître mutuellement et de prendre exemple sur les autres. Ce résultat est corroboré par les recherches de Lecomte et al. (2014), Saska (2009) et Thibaudeau et al. (2014).

Nos résultats s'inscrivent dans la lignée de ceux de Cuthbert et al. (2021), Girard et al. (2021), Pellerin et Gargano (2023), Picton et al. (2020) et Rapsey et Pilner (2022), qui ont démontré que les interventions promouvant des activités récréatives en milieu naturel permettent aux personnes aux prises avec un trouble de santé mentale de vivre des expériences relationnelles significatives et de développer des liens sociaux. Selon Picton et al. (2020), les interactions positives contribuent au développement et au renforcement de l'estime de soi, de la confiance en soi et du sentiment d'appartenance, en plus d'aider à atténuer les effets négatifs liés à l'isolement et à la stigmatisation. Les interactions positives observées dans notre étude semblent avoir joué un rôle similaire, notamment en soutenant le développement de liens d'amitié entre plusieurs participants et en valorisant les réussites individuelles et collectives.

L'expérience de connexion avec autrui soutenue par la TA rejoint également les écrits de Davidson et al. (2005) et ceux de Provencher (2002) quant au rôle fondamental des relations interpersonnelles dans le processus de rétablissement. Ces auteurs soulignent combien la présence de pairs ayant un parcours de vie similaire permet non seulement de valider des compétences personnelles, mais aussi de soutenir le processus de (re)construction de l'identité sociale et le développement d'un sentiment d'appartenance envers la communauté. Il est possible de penser que la vie en groupe sur un site isolé, combinée à la réalisation de défis collectifs, ait suscité chez les participants une motivation renouvelée à s'engager dans leur trajectoire de rétablissement, en plus de susciter de l'espoir envers leur avenir.

Cette expérience relationnelle positive soulève des pistes de réflexion quant à la pertinence de la pair-aidance dans les pratiques d'intervention en santé mentale et plus spécifiquement dans les programmes d'intervention pour premiers épisodes psychotiques. Plusieurs études ont mis en évidence les bienfaits liés à la présence de pairs-aidants au sein de dispositifs cliniques (pour une revue, voir Pires de Oliveira Padhila et al., 2023), notamment en ce qui concerne l'instauration d'un lien de confiance avec l'équipe traitante, la réduction de la stigmatisation entourant le diagnostic et le sentiment d'espoir chez les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale. Nos résultats suggèrent que le lien à l'autre constitue *en soi* une modalité thérapeutique puissante, d'autant plus lorsqu'il s'inscrit dans un environnement structuré

et sécurisant, à l'extérieur de l'établissement de soins. La possibilité de se reconnaître en l'autre, de s'appuyer sur l'autre, ou encore de devenir soi-même une source d'inspiration ou de réassurance, apparaît essentiel dans la consolidation d'un nouveau rapport à soi et aux autres et souligne la pertinence d'intégrer des pairs-aidants dans les dispositifs de soins auprès de jeunes adultes psychotiques.

Par ailleurs, un effet digne d'intérêt observé au cours de cette recherche concerne la consommation de substances. Bien que cet aspect n'ait pas été ciblé explicitement dans les objectifs de recherche, les témoignages de certains participants laissent entrevoir un impact indirect, mais notable, du programme de TA sur leurs habitudes de consommation. L'abstinence requise durant le séjour en nature, ainsi que l'intensité du vécu émotionnel et relationnel vécu par les participants, semble avoir favorisé des prises de conscience chez quelques-uns d'entre eux. L'un des participants a rapporté avoir diminué sa consommation de cannabis dans les mois suivant l'expédition, réussissant même à maintenir des périodes d'abstinence complète, malgré les défis rencontrés. Une autre participante a mentionné avoir remis en question certaines de ses fréquentations, après avoir constaté qu'il lui était possible d'éprouver du plaisir sans recourir à la consommation. Ces résultats suggèrent que l'expérience immersive en nature offerte dans ce programme de TA, soutenue par un groupe agissant comme un contenant sécurisant, un régulateur des vécus affectifs de chacun et un support aux constats et réflexions individuels, pourrait avoir agi comme déclencheur d'un processus de changement plus vaste. La TA pourrait constituer une piste d'intervention prometteuse pour soutenir ces jeunes dans l'exploration d'alternatives à la consommation de substances, de par les nombreuses expériences gratifiantes porteuses de sens qu'elle permet et le support offert par les pairs.

Enfin, il convient de souligner que pour que cette expérience relationnelle positive émerge ainsi que les bienfaits qui en découlent, une stabilité symptomatique minimale chez les participants semble nécessaire. La participation à un programme de TA exige un engagement physique, émotionnel et relationnel significatif, dans un nouvel environnement, à l'extérieur de l'établissement de soins, ce qui peut s'avérer particulièrement exigeant. Le cas d'Olivier illustre bien cette réalité : malgré le fait qu'il ait été jugé suffisamment stable pour prendre part au programme, sa symptomatologie s'est avérée plus importante qu'initialement évaluée. Certains propos délirants, de même que sa disparition du site de campement, ont déstabilisé et inquiété le groupe. Cette situation met en évidence les défis particuliers liés à l'inclusion de personnes hospitalisées, pour qui le passage d'un milieu très structuré à un contexte de stimulation intense, même encadré, comporte une part d'imprévisibilité. Elle rappelle que, lorsque des symptômes positifs envahissants ou une désorganisation marquée persistent, cela peut non seulement limiter la capacité du participant à bénéficier pleinement de cette expérience, mais aussi affecter la dynamique groupale. Un tel

décalage peut entraver l'émergence d'un sentiment de sécurité ou d'appartenance partagé et potentiellement fragiliser davantage l'état psychique de la personne concernée. Il apparaît pertinent de recommander une certaine prudence dans la sélection de participants hospitalisés pour de futures cohortes.

6.3 Réflexions sur l'utilisation de la thérapie par l'aventure auprès de jeunes adultes psychotiques à la lumière de l'approche psychodynamique des médiations thérapeutiques

Afin de mieux comprendre les effets de la TA sur le processus de rétablissement de jeunes adultes ayant vécu un PEP, nous nous appuyons maintenant sur les modèles théoriques psychodynamiques, qui offrent un cadre théorique pour réfléchir au fonctionnement psychique des jeunes adultes ayant pris part à cette étude et aux défis rencontrés dans leur processus de rétablissement.

6.3.1 Perturbation dans le rapport à soi, à l'autre et au monde : obstacles dans le processus de rétablissement

Une personne se perçoit généralement comme un « Je » doté d'un point de vue personnel ancré dans une expérience continue du monde réel. Les pensées, les sentiments et les perceptions sont ressentis comme étant les siennes, sans qu'elle doive recourir à une réflexion consciente pour établir un lien entre les expériences qu'elle est en train de vivre et le soi. Le sentiment de soi et l'expérience du monde sont donc intimement liés. Dans certains états psychotiques aigus, notamment ceux marqués par une désorganisation importante de l'expérience subjective, cette relation naturelle entre le monde intérieur et le monde perçu peut se trouver perturbée. Le « Je » pleinement incarné s'estompe et est remplacé par une sensation diffuse, inconfortable et insaisissable d'être (Lingiardi et McWilliams, 2017). Cette désorganisation s'accompagne d'une altération des frontières psychiques, rendant indistinctes les limites entre le soi, les autres et l'environnement. La perception d'où la personne commence et finit, de ce qui fait que son identité ne se confond pas avec celle d'autrui, est brouillée et suscite de la confusion. Elle peut alors avoir l'impression qu'elle devient transparente, vulnérable, comme un livre ouvert, facilement envahie par l'autre : « je ne sais pas qui je suis, je n'existe pas, j'ai peur des autres et de moi-même, je ne me sens en sécurité que dans mes idées et je n'habite pas mon corps » (Enjalbert, 2002, p. 240). La perte des frontières entre la pensée et la perception peut également la conduire à entendre ses propres pensées à voix haute, ce qui crée l'illusion que les autres peuvent entendre ses pensées, et donc lire et contrôler son esprit. L'autre peut alors être vécu comme une menace, de par son potentiel intrusif et persécutoire (Enjalbert, 2002; Lingiard et McWilliams, 2017).

Les perturbations du fonctionnement psychique vécues par certaines personnes aux prises avec un trouble psychotique entravent souvent l'accès à l'autonomie subjective. Elles témoignent de failles importantes au

niveau des capacités d'élaboration et de symbolisation, ainsi que dans la mise en sens de l'expérience subjective et la construction de soi (Boulay, 2023). Comme la majeure partie des dispositifs cliniques traditionnels s'appuient principalement sur le langage verbal et se déroulent en face-à-face dans une relation dyadique, ces patients éprouvent souvent de la difficulté à bénéficier pleinement du cadre thérapeutique qui leur est proposé, le fait de penser pouvant s'avérer particulièrement éprouvant (Saint-André et al., 2011). Comme ils éprouvent généralement beaucoup de difficulté à verbaliser leurs pensées et leurs émotions, ainsi qu'à utiliser la métonymie et la métaphore (Segredou et al., 2016), les dispositifs de soins basés principalement sur l'usage de la parole peuvent être source de nombreux malentendus dans la relation thérapeutique (Mornet, 2006). La proximité du thérapeute dans le lien rend également le contact difficilement tolérable, ces patients ayant tendance à se sentir menacés (Saint-André et al., 2011; Stotsky et Zolik, 1965).

Les impasses thérapeutiques rencontrées amènent à interroger les processus de soins mis en place pour accompagner les personnes aux prises avec un trouble psychotique dans leur processus de rétablissement. La psychanalyse propose plusieurs voies thérapeutiques, telles que les dispositifs groupaux à médiation, permettant un travail en deçà du langage verbal. Le soin par le groupe à médiations se démarque par « sa capacité à contenir la vie émotionnelle et pulsionnelle des sujets regroupés, mais aussi sa capacité à favoriser les processus de changement et de transformations des représentations » (Vivier-Vacheret, 2002, p.148). La diversité des figures présentes dans le groupe rend le contact avec l'autre plus tolérable, permet de diluer les angoisses psychotiques primitives et massives qui émergent habituellement dans la relation thérapeutique dyadique. Le groupe semble ainsi faciliter la possibilité d'élaborer, de transformer et de symboliser (Légo, 2015, Treich et Godjo, 2016). En tant que laboratoire d'expérimentation de la rencontre et de la séparation (Duquesne, 2015), l'espace groupal offre les conditions propices à la restauration du lien à soi et à l'autre. C'est en ce sens, que la TA nous semble s'inscrire dans le champ des médiations thérapeutiques, en offrant un espace où les expériences corporelles et le groupe soignent.

6.3.2 La thérapie par l'aventure comme médiation thérapeutique : un espace tiers contenant

L'utilisation de médiations thérapeutiques, telles que la peinture, le modelage, le collage, la musique, le conte, la danse ou le théâtre, est de plus en plus répandue auprès des personnes aux prises avec un trouble psychotique. L'une de leurs fonctions principales est de médiatiser, c'est-à-dire de servir d'intermédiaire dans le lien thérapeutique, ce qui permettrait au patient d'exprimer ses vécus et souffrances au thérapeute par l'entremise d'une matière ou d'un support (Brun, 2019a). De cette manière, l'autre, qui menace l'équilibre narcissique de par sa proximité dans le lien thérapeutique et son potentiel d'abandon/d'intrusion, peut être maintenu à une juste distance. Une rencontre est alors possible entre le

patient et le thérapeute, étape préalable au travail thérapeutique qui s'ensuivra (Chouvier, 2011; Enjalbert, 2002).

Les médiations thérapeutiques permettraient également de soutenir la mise en représentation symbolique de l'expérience vécue (Brun, 2011, 2019b; Roussillon et al., 2018). Les expériences primitives qui n'ont pu s'inscrire dans l'appareil de langage, et donc n'ont pu être pensées ni symbolisées, peuvent être réactivées à partir d'un autre type d'associativité, soit celle propre au langage du corps et de l'acte (Brun, 2011; Roussillon et al., 2018). C'est à l'aide du médium thérapeutique qu'une forme d'associativité par le non-verbal se développe et devient un support essentiel pour accéder à la symbolisation (Roussillon et al., 2018). Les médiums corporels, tels que la danse, soutiendraient un processus de changement en favorisant notamment des connexions entre les sensations, affects et représentations, ainsi qu'un travail sur l'image du corps fragilisée ou morcelée, en plus de soutenir une restructuration psychomotrice (Cologne, 2010). Les médiations thérapeutiques offrent un cadre dans lequel la mise en forme du vécu subjectif est possible en présence du soignant, ouvrant la voie à une appropriation symbolique de l'expérience non appropriée.

Les réflexions proposées dans les paragraphes suivants s'inscrivent dans les écrits portant sur les médiations thérapeutiques mentionnés ci-haut et doivent être comprises comme des hypothèses visant à approfondir le matériel de recherche recueilli tout au long du programme de TA. Elles proposent ainsi une lecture possible de l'expérience vécue dans le cadre de la TA, sans prétendre en épuiser la signification.

Concernant la TA, il est possible de penser qu'elle joue un rôle d'objet médiateur à deux niveaux. D'une part, l'environnement naturel et les activités à haute intensité proposées soutiennent l'émergence de sensations corporelles et d'affects, créant ainsi du mouvement permettant aux participants de (re)contacter leur élan vital et de se (ré)approprier leur corps. Comme mentionné par plusieurs participants dans leurs journaux de bord respectifs, les activités physiques ont généré de nombreuses sensations physiques telles que de la fatigue, des douleurs musculaires, des bouffées de chaleur ou encore de la sudation. Il est possible que ces sensations variées aient mené à une plus grande conscience de leur corps et ultimement de leurs limites corporelles. Comme le registre sensori-moteur est grandement sollicité dans la TA via les éléments naturels (eau, soleil, végétation, faune, paysages, etc.) et les activités à haute intensité, les participants ont l'opportunité de se sentir autrement, d'être davantage connectés à eux-mêmes, aux autres et à l'environnement qui les entoure, ce qui pourrait contribuer à une meilleure différenciation entre ce qui appartient au dedans et au dehors, au soi et au non-soi.

D'autre part, ces mêmes éléments peuvent agir comme médiateurs dans la relation à l'autre, en créant des expériences communes servant de point d'ancrage dans l'expérience d'« être avec » l'autre. Les échanges, et tout particulièrement ceux prenant forme dans les discussions de groupe planifiées à la fin de chacune des journées d'expédition, participent ensuite à l'intégration de l'expérience vécue et semblent contribuer à la (re)mise en action des processus psychiques de symbolisation qui, jusque-là, semblaient en panne pour plusieurs participants. Ces moments représentent une opportunité d'élaboration et de mise en sens de l'expérience vécue pour les participants grâce aux réflexions et prises de conscience que les partages peuvent susciter et à la possibilité d'entendre les autres raconter leurs expériences et de résonner avec eux. Ils semblent nourrir le monde interne des participants et permettre de mobiliser et de contenir ce qui, dans un autre cadre thérapeutique, comme en situation individuelle, aurait le potentiel de faire violence en suscitant des angoisses massives d'intrusion (Saint-André et al., 2011). Le travail en groupe, lorsqu'il est suffisamment cadré, a le potentiel d'offrir un espace où les parts chaotiques de chacun peuvent être explorées sans trop de risque. Ainsi, ce qui d'habitude apparaît terrifiant, morcelant et abimant peut être accueilli et contenu, et parfois même transformé et apprivoisé (Gimenez, 2006). L'espace groupal unique offert par la TA, de par la diversité et la complémentarité des activités proposées semble constituer un espace tiers, à la fois non menaçant et contenant. Il semble rendre possible la rencontre avec l'autre, la création de liens authentiques, ainsi qu'un travail de subjectivation soutenu par le collectif. Cet espace semble aussi pouvoir soutenir le développement d'une meilleure contenance psychique, essentielle pour accroître leur autonomie et leur capacité à tolérer, voire réguler, des angoisses déstabilisantes et parfois destructrices (Bass, 2014; Saint-André et al., 2011).

Enfin, l'expérience vécue par les jeunes adultes, dans le cadre de la TA, s'inscrit dans un rythme et une organisation du temps qui apparaissent structurants. Cette dimension temporelle, qui semble jouer un rôle clé dans l'élaboration psychique des participants, fera l'objet d'une analyse plus approfondie dans la section suivante.

6.3.3 Temporalité psychotique et structure du temps dans la thérapie par l'aventure

La psychose altère l'expérience de la réalité et, de ce fait, l'expérience du temps. Paul-Claude Racamier met en lumière l'une des particularités du fonctionnement psychique des personnes atteintes de schizophrénie, à savoir le défaut de l'inscription de l'historicité et de la temporalité : « [...] suspendu dans un temps sans durée, le schizophrène n'a point d'histoire. Ni la sienne ne compte, ni celle de la race et de la culture » (Racamier, 2001, p. 19). Les aménagements psychiques permettant de symboliser sont mis à mal chez la personne psychotique, ce qui empêche la construction de représentations symbolisées et, par conséquent, d'une mémoire, d'un passé (Di Rocco, 2020). Une étude récente a montré que les expériences

psychotiques peuvent entraîner des trous de mémoire, entravant la narration de certaines périodes de vie et, par conséquent, le processus de construction de sens. La personne se retrouve alors privée d'une continuité narrative, ce qui affecte le sens de sa vie (O'Keefe et al., 2026). Comme le souligne Azoulay (2013) : « [La] rupture des liens avec la source pulsionnelle des représentations entraîne une désertification de la psyché qui mortifie le temps, l'arrête, l'empêche de s'écouler. » (p.35) Pris dans des turbulences émotionnelles, la personne n'arrive pas à contenir ni organiser son vécu, ses expériences.

Or, la rythmicité des soins joue un rôle de régulation essentiel dès le début de la vie : elle constitue une « base de sécurité » à partir de laquelle la personne peut commencer à organiser les expériences de discontinuité auxquelles elle est confrontée (Ciccone, 2005). Elle permet au bébé de penser l'alternance présence/absence et d'anticiper la retrouvaille, tant que l'objet ne s'absente pas un temps au-delà duquel il est capable d'en garder le souvenir. Le rythme donne une forme au temps et le rend mesurable (Ciccone, 2005). Il inscrit la personne dans une temporalité interne, structurée par la répétition et la prévisibilité. En l'absence de rythmicité, le bébé (puis la personne) se retrouve plongé dans une confusion, un chaos, une discontinuité. À défaut de continuité, l'expérience du temps et de l'espace ont tendance à s'agglutiner (Ciccone, 2005). Si elle s'avère donc essentielle à l'intégration d'une temporalité psychique continue, la rythmicité semble avoir fait souvent défaut ou se perdre dans le fonctionnement psychotique. Dans les épisodes aigus, une désorganisation de la continuité se produit et bouscule le sentiment continu d'exister. Clarisse Baruch explique ainsi ce phénomène :

Lors des psychoses, clivage oblige à nouveau, la continuité est malmenée, les liens sont défaits, en même temps que les émergences pulsionnelles vont balayer les constructions temporelles et les défenses précaires. Et le temps est troué, discontinu, ballotté entre pulsions et défenses. La « dalle identitaire » est fragile, repose sur du sable qui s'effrite, l'identité est toujours perdue, puis retrouvée, nécessitant un travail épuisant toujours à recommencer [...]. (Baruch, 2024, p. 214)

Dans ce contexte, comment une modalité d'intervention groupale comme la TA peut-elle contribuer à restaurer une forme de continuité temporelle? Nous émettons l'hypothèse que la structure même de la TA, qui est planifiée, anticipée et anticipable, qui intègre des aspects de la vie quotidienne et des activités à haute intensité dans un environnement naturel et qui est vécue en groupe, favoriserait un processus de restauration de la temporalité chez les participants.

La programmation (comme élément du cadre thérapeutique offert par la TA) semble assurer une rythmicité sur laquelle les participants peuvent s'appuyer, afin de (ré)intégrer une certaine continuité dans leur quotidien. Dans le cas de nos études, la régularité des séances préparatoires, qui ont eu lieu deux fois

par semaine, les mêmes jours, à la même heure et au même endroit, apparaît créer un rythme prévisible qui contribue à instaurer un cadre stable et permanent. Ces invariants rythmiques et géographiques constitueraient ainsi des « organisateurs psychiques » susceptibles de mobiliser les processus à l'œuvre dans la capacité de symbolisation (Légo, 2015). De plus, la préparation méticuleuse de l'expédition de quatre jours semble avoir favorisé un sentiment de sécurité quant aux étapes à venir. Dès la première rencontre préparatoire, les participants ont reçu un calendrier détaillé du programme auquel ils allaient prendre part durant deux mois. Le déroulement de chaque séance préparatoire, ainsi que de chaque journée d'expédition, était inscrit dans leurs journaux de bord respectifs, afin qu'ils puissent s'y référer à tout moment. Plusieurs séances préparatoires ont également servi à préparer le bon déroulement des journées d'expédition à venir (p. ex. choix des repas, répartition des tâches quotidiennes, activités, etc.). Pour les participants, dont la temporalité interne apparaît marquée par des ruptures, cette prévisibilité semble avoir favorisé la construction d'une trame temporelle. Le fait de pouvoir anticiper les événements pourrait leur permettre de tisser des liens entre les événements vécus, soutenant ainsi une forme de continuité psychique (Vivier-Vacheret et al., 2009). La présence des intervenantes accompagnatrices et des guides facilitateurs est apparue essentielle dans l'instauration et le maintien de cette continuité. Gardiens du cadre thérapeutique et temporel, ces derniers, par leur présence constante et sécurisante, sont devenus des points de référence pour les participants qui ont posé à de multiples reprises les mêmes questions : qu'est-ce qu'on fait aujourd'hui? Quand est-ce qu'on mange? Quand est-ce qu'on prend la pause? En répondant patiemment aux mêmes questions et en ponctuant les activités d'annonces ritualisantes (départ, repas, repos, discussions), il semble que leur présence et leur soutien aient contribué à l'instauration d'un temps linéaire partagé par le groupe et composé de séquences prévisibles.

Comme le soulignent Mornet (2006), Treich et Godjo (2016) et Vivier-Vacheret et al. (2009), la mise en place d'un cadre spatio-temporel stable au sein d'un groupe à visées thérapeutiques agit comme un contenant psychique. L'expédition, qui avait lieu dans un environnement naturel, qui était organisée et ritualisée (campement fixe, horaires réguliers suivant une même séquence, heures de repas et de collations fixes, espaces de parole récurrents, etc.) semble avoir permis aux participants de progressivement s'appuyer sur des repères extérieurs pour construire des repères internes et réinvestir une trame temporelle. Plusieurs participants se repéraient dans la séquence des journées, par exemple en anticipant avec hâte certains moments, comme les repas et collations, et en revenant sur des moments marquants qui s'étaient déroulés plus tôt dans la journée.

Outre la présence d'un cadre structurant et de repères quotidiens, trois formes de temporalités distinctes et complémentaires de la TA, inhérentes aux médiations thérapeutiques groupales, révèlent des potentialités

dans l'amorce d'une temporalité : le temps du corps en mouvement, le temps partagé de la vie quotidienne et le temps de parole.

L'espace-temps alloué au corps en mouvement, que ce soit lors des marches en forêt, de la tyrolienne, de la descente en rappel dans les chutes ou encore lors des baignades improvisées, engage les participants dans une expérience sensorielle immédiate. Cette présence à soi est accentuée par les sensations physiques, l'effort physique déployé et le contact avec les éléments naturels qui permettent de « se sentir » autrement. Sabine Sportouch illustre ainsi cette mobilisation du corps : « [...] quand je bouge, je fais l'expérience que c'est moi qui bouge : je le perçois dans mes muscles, ma chair, mes os. J'expérimente les limites de mon corps grâce aux résistances corporelles (muscles, os, tendons...) » (Sportouch, 2024, p. 176). Cette mobilisation du corps contribuerait ainsi à ancrer les participants dans l'instant présent dans une relation renouvelée à soi. Le mouvement, le groupe et la nature contribueraient de surcroît au « remantèlement des enveloppes corporelles et du sentiment d'unité qui consolide le noyau de la conscience de soi » (Sportouch, 2024, p. 179).

Le temps partagé de la vie quotidienne permet quant à lui d'inscrire les participants dans une temporalité collective. Les rituels quotidiens — préparation des repas, soins d'hygiène corporelle, entretien du feu de camp, complétion d'activités — soutiennent la rencontre avec autrui, l'« être avec »; ils créent des références communes et des souvenirs partagés, éléments témoignant de l'amorce d'une historicité groupale (Soto et Camps, 2023). Caïtucoli (2006) et Mornet (2006) reprennent tous deux les réflexions de Maud Mannoni sur les impasses dans la clinique auprès des patients psychotiques, qui rappelle l'importance d'« être avec » eux dans l'instant présent des moments du quotidien. S'intéresser à leur vécu non pas en tant qu'objet d'étude et d'attention entre les quatre murs d'une institution, mais plutôt dans la banalité du quotidien, par exemple en mangeant ou en buvant un café ensemble, permettrait d'entrer en relation autrement et de soigner autrement. Ces moments de vie, d'apparence banale, structurent les journées, le temps et permettent de coconstruire une histoire commune. Ils semblent favoriser de nouvelles représentations de soi, des autres et des affects chez les participants, contribuant ainsi au renforcement du sentiment d'exister en continu (Soto et Camps, 2023).

Enfin, le temps de parole, prenant principalement forme lors des discussions de groupe planifiées à la fin des journées d'expédition, permet une narration, une mise en récit des expériences vécues qui ouvre à l'historicité. Les expériences sensorielles et relationnelles vécues dans les temps précédents peuvent alors être utilisées comme support à la parole. L'espace groupal devient ainsi un lieu tiers où peuvent se construire la pensée, le sens, la mémoire. Un lieu où la symbolisation de ce qui, autrefois, était non

représentable apparaît possible. La structure offerte par les dispositifs groupaux à médiation tels que la TA, en imposant un « temps donné dans un espace donné qui génère des limites et des passages, un avant et un après, un dedans et un dehors, un espace commun et singulier » (Saint-André et al., 2011, p. 172), permet d'amorcer une temporalité. Le groupe devient ce lieu où des liaisons entre les diverses temporalités (passé, présent, futur) prennent forme, structurent et organisent la vie psychique et la vie réelle (Vivier-Vacheret et al., 2009). Pour certains participants, il semble que leur participation à ce programme de TA ait permis de remobiliser une forme de continuité temporelle, au-delà du programme. Certains d'entre eux ont rapporté avoir intégré quelques aspects du cadre de la TA dans leur quotidien, tel que marcher régulièrement, se lever tôt et planifier leur emploi du temps. Ces initiatives soulignent un processus d'appropriation du rythme et de la structure de l'expédition et d'autonomisation chez certains participants. Elles suggèrent également que certains éléments du cadre expérientiel ont pu être transférés dans la vie quotidienne, au-delà de l'expédition elle-même, un phénomène encore peu documenté qui mériterait d'être exploré plus systématiquement dans les recherches futures. Si la temporalité initialement imposée de l'extérieur semble avoir été investie et réappropriée, demeure néanmoins la question de la pérennité de cette réappropriation. Notre étude apporte à cet égard des données originales : la collecte de matériel de recherche jusqu'à six mois après l'expédition a montré que, pour certains participants, les acquis temporels semblaient se maintenir au-delà du cadre expérientiel immédiat. Étant donné que peu d'études ont documenté les effets de la TA sur une telle durée, cette recherche contribue à enrichir la compréhension des mécanismes d'action propres à la TA dans le processus de rétablissement de jeunes adultes psychotiques.

L'un des apports majeurs de cette recherche réside dans la mise en lumière des multiples composantes bénéfiques du programme de TA et de leur articulation dynamique. Cette richesse constitue une force clinique importante, permettant aux participants d'y trouver des points d'appui singuliers dans leurs processus de rétablissement. Toutefois, cette même complexité rend son étude plus exigeante, en rendant plus difficile l'identification de mécanismes d'action spécifiques. Dans ce contexte, il apparaît pertinent d'examiner la rigueur méthodologique ayant soutenu cette recherche.

6.4 Rigueur méthodologique

La rigueur de la présente recherche peut être examinée à la lumière des critères proposés par Tracy (2010) afin d'évaluer la qualité des recherches qualitatives. D'abord le caractère pertinent, actuel et encore peu documenté du sujet d'étude, soit l'exploration d'une modalité d'intervention complémentaire aux traitements usuels offerte à de jeunes adultes ayant vécu un premier épisode psychotique (PEP), semble

s'inscrire dans le critère de sujet digne d'intérêt, en s'inscrivant à la croisée d'enjeux cliniques liés à l'innovation des modalités d'interventions à la suite d'un PEP.

La richesse du dispositif méthodologique, reposant sur une immersion sur le terrain et la triangulation des différentes sources de matériel de recherche (observation participante, entretiens, cahiers des participants et notes bilan des intervenantes accompagnatrices), apparaît contribuer à la qualité et la profondeur de la présente recherche. La posture réflexive adoptée tout au long de la démarche de recherche participe également à la sincérité de l'étude.

La crédibilité des analyses apparaît soutenue par une description détaillée du contexte de l'étude et des expériences vécues par les participants, ainsi que par la mise en dialogue des différentes sources de matériel de recherche recueillies. Notre posture en tant que chercheuse participante, explicitée dès l'avant-propos et soutenue par un travail réflexif continu, contribue également à cette crédibilité.

L'ancrage des analyses dans l'expérience subjective des participants, de même que le choix de consacrer un chapitre aux portraits détaillés des ceux-ci, semblent favoriser une résonance clinique et humaine, permettant au lecteur d'envisager la transférabilité des résultats à des contextes similaires.

Cette recherche semble ainsi contribuer à enrichir la compréhension de modalités d'interventions complémentaires aux traitements usuels telles que la TA auprès de personnes ayant vécu un PEP, tant sur les plans conceptuel que clinique, tout en s'inscrivant dans un cadre éthique rigoureux. Enfin, la cohérence entre les objectifs de recherche, les choix méthodologiques et nos réflexions portant sur les résultats à la lumière des théories psychodynamiques témoignent à notre sens d'une cohérence significative de l'ensemble de la démarche de recherche.

6.5 Limites et avenues de recherche

Cette thèse visait à contribuer à la reconnaissance et à l'utilisation de la modalité d'intervention complémentaire aux traitements usuels que constitue la thérapie par l'aventure (TA) dans le processus de rétablissement suivant un premier épisode psychotique (PEP). Elle comporte néanmoins certaines limites qui se doivent d'être soulignées.

D'abord, la présente recherche, se déclinant en deux études distinctes, s'inscrivait dans une démarche exploratoire de nature qualitative, ancrée dans une perspective intersubjective et interprétative. Une telle démarche, ici principalement basée sur l'observation participante, permet une immersion approfondie dans

la réalité des personnes observées et offre un accès privilégié à la complexité de leur expérience subjective. Ce choix méthodologique a permis de relever des subtilités dans le phénomène à l'étude qui auraient très probablement échappé autrement à notre attention, notamment en n'utilisant que des questionnaires et échelles autorapportés. Cependant, la posture interprétative implique une lecture du matériel de recherche teintée par les référents théoriques et cliniques du chercheur. En ce sens, nous reconnaissons que notre posture intersubjective se reflète dans l'ensemble de cette recherche et a teinté notre perception de l'objet d'étude. D'autres référents théoriques et cliniques pourraient conduire à une compréhension différente et tout aussi pertinente.

Ensuite, les transformations rapportées par les participants, de même que celles que nous avons observées en tant que chercheuse participante, bien que significatives, doivent être envisagées comme des amorces d'un travail subjectif plus vaste et non comme une finalité en soi. Le retour au quotidien, qui peut être vécu comme confrontant, vient reposer la question de l'intégration durable des acquis effectués lors du séjour en nature. La collecte de matériel de recherche au cours des six mois suivant l'expédition constitue déjà un apport substantiel et distinctif au regard de travaux antérieurs, qui se limitent généralement à l'évaluation immédiate des effets et retombées de la TA. Néanmoins, l'absence de données longitudinales au-delà des six mois post-expédition restreint la portée des conclusions quant aux impacts de ce programme de TA. Bien que notre analyse ait permis de dégager des pistes prometteuses quant au potentiel thérapeutique de cette intervention par la nature et l'aventure, un suivi à plus long terme pourrait confirmer ou nuancer les effets observés sur le processus de rétablissement des participants.

De plus, la petite taille de l'échantillon, bien que conforme avec les lignes directrices de la phénoménologie interprétative (Smith et Fieldsend, 2021), doit aussi être prise en considération dans la généralisation des résultats de la recherche. Cette contrainte découle de deux facteurs principaux. D'une part, le nombre de participants pouvant prendre part à l'expédition demeure restreint chaque année, afin de maintenir des conditions sécuritaires et un encadrement thérapeutique adéquat, inhérents à ce type de programme. Dans le cas présent, les résultats de recherche reposent sur une seule cohorte. Toutefois, cette thèse s'inscrit dans un programme de recherche plus vaste sur la thérapie par l'aventure, qui permet l'amalgame de plusieurs cohortes et atténue en partie cette limite. D'autre part, l'absence de certains participants aux rencontres post-expédition peut être envisagée sous deux angles : comme un inconvénient pour l'étude réduisant le matériel de recherche recueilli, mais aussi, possiblement, comme un effet heureux du programme, certains participants étant maintenant suffisamment rétablis pour s'engager dans de nouvelles activités, tel un retour à l'emploi, ce qui a pu les empêcher de se présenter. Au final, si l'exploration plus en profondeur de l'expérience subjective des participants justifie le recours à un petit

échantillon, les résultats obtenus devront néanmoins être corroborés par des études supplémentaires; pour l'instant, il y a lieu de les généraliser avec prudence à l'ensemble de la population ayant vécu un PEP et pris part à un programme de TA.

Il importe également de souligner que le matériel de recherche recueilli ne reflète pas uniformément l'expérience de l'ensemble des participants ayant pris part au programme. Certains participants présentaient au moment de leur participation une symptomatologie plus active, ce qui a pu limiter leur capacité à s'engager pleinement dans le programme et à en bénéficier. Cette réalité a également influencé leur participation aux différents temps de collecte du matériel de recherche. Ainsi, bien que les participants partageaient des caractéristiques sociodémographiques et diagnostiques similaires, les différences quant à leur état psychique au moment de leur participation au programme viennent nuancer la portée des conclusions. Ces observations suggèrent que certains profils de participants, notamment ceux présentant une stabilité symptomatique suffisante pour soutenir l'engagement relationnel et expérientiel, semblent davantage en mesure de tirer profit de cette modalité d'intervention.

Il convient également de préciser que le matériel de recherche recueilli au temps de mesure n° 6, soit six mois après l'expédition, a eu lieu dans le contexte particulier de l'arrivée de la pandémie de la COVID-19. Il est donc possible que l'indisponibilité et l'absence de réponse de certains participants à notre proposition d'un entretien individuel en début d'année 2020, en remplacement de l'entretien de groupe initialement prévu, aient été influencées par ce contexte empreint d'incertitude. Peut-être qu'en d'autres circonstances, ils auraient accepté de participer à cet entretien.

L'absence de participants au troisième entretien de groupe, prévu trois mois après l'expédition, nous amène par ailleurs à remettre en question le choix de lieu ainsi que la forme des rencontres post-expédition. Il semble très probable que la tenue de ces entretiens en milieu institutionnel, sous forme d'entretiens semi-dirigés, ait refroidi les participants, alors même que le programme de TA visait justement à les sortir de leur quotidien et à leur offrir une intervention dans un cadre thérapeutique différent de celui offert en milieu hospitalier. Ce programme de TA avait pour objectif de remobiliser les participants dans leur processus de rétablissement, qui était particulièrement exigeant, en les invitant à prendre part à des activités plaisantes, riches en sensations, qui brisent la stigmatisation et soutiennent la socialisation, à l'extérieur de l'hôpital. Les ajustements méthodologiques effectués en cours de route, notamment le passage d'entretiens de groupe à des entretiens individuels met en lumière comment le cadre de la recherche peut influencer l'engagement des participants et plus largement, leur capacité à demeurer mobilisés dans un processus réflexif. Le contraste observé entre l'investissement au cours de l'expédition

et la baisse de participation lors des rencontres post-expédition suggère que les modalités de collecte du matériel de recherche gagnent à s'arrimer aux conditions qui soutiennent déjà la mobilisation des participants, à savoir des formats de rencontres expérientiels ancrés dans l'action ou le corps en mouvement plutôt que des formats sollicitant principalement la parole. Comme l'ont proposé deux participants, il aurait été pertinent de planifier les rencontres post-expédition à l'extérieur du cadre institutionnel, dans un lieu plus convivial, pour partager un repas ou prendre part à une activité. Cet aspect serait à prendre en considération dans une prochaine recherche, afin de favoriser un meilleur taux de participation et de créer les conditions propices à une collecte du matériel de recherche permettant de documenter les effets du programme à moyen et long terme. Par ailleurs, le souhait exprimé par plusieurs participants de prolonger le séjour en nature ou de pouvoir revivre une expérience similaire, même six mois après le retour d'expédition, soulève la question de la durée optimale d'une telle intervention par la nature et l'aventure. Peut-être que des rencontres de groupe post-expédition intégrant des activités de plein air répondraient à ce désir de prolonger l'expérience et assureraient justement un meilleur taux de participation permettant de mieux documenter ses effets au fil du temps.

La manière dont l'expérience de la TA est intégrée dans le parcours de soins ultérieur mérite également une attention particulière. À ce jour, la littérature demeure limitée quant aux modalités concrètes de cette intégration ou de son absence dans le suivi clinique, ainsi qu'aux facteurs susceptibles d'en expliquer la variabilité. Il serait pertinent d'examiner comment les équipes cliniques soutiennent la mise en sens et la continuité de cette expérience au retour de l'expédition, afin d'en potentialiser les effets thérapeutiques et de consolider les acquis. Cela permettrait possiblement d'atténuer l'impression que cette expérience était trop courte et de faire perdurer certains effets de la TA.

Par ailleurs, cette recherche comporte également certaines limites relatives aux informations disponibles concernant les participants avant leur participation au programme de TA. Bien que les jeunes adultes aient été recrutés au sein d'un programme spécialisé pour les premiers épisodes psychotiques, le matériel de recherche recueilli dans le cadre de cette thèse repose principalement sur nos observations en tant que chercheuse participante réalisées tout au long du programme, ainsi que sur les entretiens au cours des six mois suivant l'expédition. Il aurait été possible de documenter plus finement la trajectoire clinique des participants à partir des informations contenues dans leurs dossiers au sein de la clinique JAP. Une meilleure connaissance de ces trajectoires aurait permis de mieux situer l'évolution des jeunes adultes depuis leur participation au programme de TA et de mieux comprendre de quelle manière cette expérience s'inscrit dans leurs processus de rétablissement respectifs. L'intégration du point de vue des intervenants impliqués dans le suivi clinique des participants pourrait également constituer une avenue pertinente pour

de futures recherches, ces derniers disposant d'une connaissance plus approfondie du cheminement de ces jeunes adultes et pouvant contribuer à éclairer l'apport spécifique de la TA dans leur processus de rétablissement.

De plus, considérant la taille de l'échantillon et la diversité des parcours des jeunes adultes, le recours à des études de cas pourrait également constituer une avenue méthodologique intéressante. Une telle approche permettrait d'examiner plus en profondeur les trajectoires individuelles, notamment en documentant les apprentissages effectués dans le cadre de la TA et par la suite transposés dans le quotidien pour certains participants alors que d'autres semblent en avoir tiré des bénéfices plus limités.

Enfin, un résultat inattendu de cette recherche concerne la diminution de la consommation de substances chez certains participants, suivant leur participation au programme de TA. Bien que cet aspect n'ait pas été explicitement ciblé par le programme, ce constat invite à envisager l'intérêt d'une étude plus spécifique sur les effets de la TA, qui implique une abstinence temporaire, sur les comportements et habitudes de consommation, dans une perspective de réduction des méfaits et de soutien au changement. Une recherche récente menée par Cresswell (2024) souligne la pertinence d'intégrer la TA dans le traitement de personnes présentant un trouble lié à l'usage de substances, en leur permettant, entre autres, de vivre des expériences plaisantes alternatives à la consommation.

CONCLUSION

Cette thèse visait à explorer et mieux comprendre l'expérience subjective de jeunes adultes psychotiques ayant participé à un programme de thérapie par l'aventure (TA), à l'été 2019. Plus précisément, nous souhaitions dresser un portrait de leur expérience, documenter leur évolution au fil du programme à partir de leur perspective et de celle de la chercheuse principale en tant qu'observatrice participante, explorer ce qu'il leur restait de cette expérience dans les six mois suivant la fin du programme et, enfin, explorer et mieux comprendre la dynamique groupale, ainsi que ses fonctions au sein de ce type de modalité d'intervention par la nature et l'aventure. Pour ce faire, une démarche qualitative a été adoptée, incluant une analyse thématique des entretiens de groupe et individuels réalisés auprès de huit jeunes adultes suivis à la clinique Jeunes adultes psychotiques du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), ainsi qu'une analyse complémentaire relevant de la phénoménologie interprétative. Les participants à ce programme de TA présentaient tous une difficulté à s'engager dans leur processus de rétablissement, et ce, malgré le traitement usuel reçu basé sur les meilleures pratiques. Nos résultats soulignent la pertinence de la TA en tant que modalité d'intervention complémentaire auprès de jeunes adultes présentant un processus de rétablissement complexe à la suite d'un premier épisode psychotique (PEP). Nos résultats suggèrent que l'environnement naturel, ainsi que les activités à haute intensité physique et émotionnelle favorisent une (re)mobilisation des sens, une activation et un engagement du corps chez les participants, menant à une expérience renouvelée des liens à soi et aux autres. Ils soulignent par ailleurs l'importance du groupe en tant qu'espace soutenant, sécurisant et dénué de jugement, permettant la mise en sens des expériences vécues et assurant une contenance psychique.

L'une des contributions de cette thèse réside dans l'attention portée aux effets de la TA durant l'expédition et au cours des six mois suivant la fin du programme, peu d'études s'étant attardées aux retombées perdurant au-delà de l'expérience immédiate. D'autres recherches demeurent nécessaires afin d'approfondir la compréhension des effets à long terme de la TA, sur le processus de rétablissement de jeunes adultes psychotiques et des conditions nécessaires à la pérennisation des acquis.

En somme, cette thèse met en lumière la pertinence d'offrir des interventions alternatives et complémentaires, telles que la TA, dans l'accompagnement de jeunes adultes psychotiques. Elle invite à repenser certaines pratiques actuelles en santé mentale, en soulignant l'importance de proposer des contextes d'intervention humanisants et engageants, favorisant des expériences corporelles positives, permettant une (re)connexion à soi, aux autres et au monde. Dans un quotidien souvent marqué par l'isolement et la stigmatisation, l'expérience de faire partie d'un groupe et de vivre ensemble durant

quelques jours, dans un environnement naturel, hors du cadre habituel de soins, nous apparaît essentielle pour (re)mobiliser ces jeunes et les soutenir dans le développement d'une posture active et engagée au sein de leur processus de rétablissement.

ANNEXE A
PROGRAMME DE LA THÉRAPIE PAR L'AVENTURE

STRUCTURE DU PROGRAMME

Semaines 1 à 4 (8 au 31 juillet 2019) : Rencontres préparatoires (deux fois par semaine)

Les rencontres préparatoires, d'une durée variant généralement entre 60 et 90 minutes, se déroulaient principalement dans les locaux de la clinique JAP, ainsi que dans les aires gazonnées environnantes. Lorsque les conditions météorologiques le permettaient et selon les thèmes abordés et les objectifs de la rencontre, une portion variable, allant d'un quart à la totalité de la rencontre, était réalisée à l'extérieur. À la première rencontre, le programme de thérapie par l'aventure (TA) était présenté aux participants. Ils ont également complété le contrat thérapeutique, le formulaire d'acceptation des risques et d'acceptation d'intervention en cas d'urgence ainsi qu'une fiche santé. Cette étape du programme visait à les responsabiliser face à leur participation au programme de TA et à respecter les normes d'Aventure Écotourisme Québec (AEQ) encadrant ce type d'activités.

Ces rencontres étaient constituées de capsules éducatives et d'activités physiques visant la mise en forme, le développement d'une cohésion groupale et la préparation progressive à l'expédition. Les capsules portaient principalement sur des thématiques liées au séjour en nature (p. ex. équipement requis, entretien d'un feu de camp, hygiène en milieu naturel, respect de l'environnement). Les participants étaient invités à préparer et présenter une courte capsule sur un thème choisi, favorisant ainsi leur implication active et appropriation du programme. Les activités physiques proposées (p. ex. jeux de ballons variés, frisbee, courte randonnée), quant à elles, avaient à la fois une visée préparatoire spécifique pour l'expédition et une fonction plus générale de mobilisation corporelle et relationnelle.

Les participants étaient également invités à identifier des objectifs thérapeutiques personnels à partir d'une liste préétablie exhaustive, qu'ils pouvaient préciser selon leur situation. Ces objectifs étaient révisés en cours de programme.

La planification du menu et la distribution des tâches liées à l'expédition étaient effectuées collectivement. La dernière rencontre préparatoire était consacrée à la logistique de l'expédition et à la révision des objectifs thérapeutiques personnels.

Les rencontres étaient planifiées et organisées par les intervenantes accompagnatrices en collaboration

avec les guides facilitateurs de FAV pour certaines activités sportives.
Semaine 4 et 5 (1 au 4 août 2019): Expédition (quatre jours)
L'expédition s'est déroulée à la Vallée Bras-du-Nord, un site de plein air situé au Québec, reconnu pour la diversité des activités qu'il propose et offrant un environnement naturel boisé semi-sauvage, à proximité d'un centre urbain. Les participants dormaient dans des tentes communes (deux participants par tente). Le site de campement comprenait des installations sanitaires rudimentaires, mais fonctionnelles, notamment des toilettes sèches aménagées sous abris. Les participants utilisaient le lac à proximité pour leur hygiène personnelle. Les guides facilitateurs fournissaient l'ensemble du matériel nécessaire au séjour, incluant l'équipement individuel de plein air, ainsi que les installations collectives (abri-cuisine, matériel de cuisson, vaisselle, tentes, etc.). Les abris disponibles consistaient principalement en les tentes et l'espace couvert de la cuisine, accessibles en dehors des périodes d'activités. Les activités de plein air proposées —la randonnée pédestre, la tyrolienne et la descente en rappel dans des chutes— étaient modulées en fonction des capacités du groupe. Le programme exigeait un niveau minimal de condition physique permettant une participation sécuritaire aux activités physiques prévues, préalablement évalué par l'équipe clinique. Des pauses étaient prévues lors des activités et des périodes libres étaient planifiées entre celles-ci afin de permettre aux participants de se reposer, de s'alimenter ou de se ressourcer. Les tâches quotidiennes liées au campement étaient réparties entre les participants. Afin de favoriser une participation active tout en assurant un encadrement sécuritaire, ceux-ci pouvaient être jumelés à une intervenante accompagnatrice ou à un guide facilitateur lors de certaines tâches. Une discussion de groupe avait lieu à la fin de chacune des journées d'expédition, afin d'évaluer l'état du groupe et soutenir l'intégration des expériences vécues. Les participants étaient invités à consigner leurs constats et réflexions dans leur journal de bord respectif.
Semaine 6 (12 août 2019) : Rencontre bilan de groupe
Une rencontre bilan de groupe, d'une durée approximative de 60 minutes, animée par les intervenantes accompagnatrices a eu lieu une semaine après l'expédition, dans un local de la clinique JAP. Cette rencontre visait à effectuer un retour sur l'expédition et sur les objectifs personnels fixés en début de programme. Les photographies prises par les participants durant l'expédition ont été revisitées

collectivement, servant de support à l'évocation des expériences vécues et à leur mise en sens. Une collation était également partagée, dans l'idée de maintenir une ambiance conviviale. Les participants étaient invités à exprimer ce qu'ils retiennent de cette expérience et à réfléchir à la manière dont celle-ci pourrait être transférée dans leur quotidien.

Semaines 10-36 : Entretiens de groupe (Recherche)

Semaine 10 (9 septembre 2019) : 1^{er} entretien de groupe.

Semaine 14 (7 octobre 2019) : 2^e entretien de groupe.

Semaine 18 (4 novembre 2019): 3^e entretien de groupe (aucun participant ne s'est présenté).

Semaines 32 à 36 (février – mars 2020) : Remplacement du 4^e entretien de groupe initialement prévu par des entretiens individuels selon les disponibilités des participants.

ANNEXE B

CANEVAS ENTRETIEN #1

Entrevue de groupe - un mois post-expédition

Introduction

Cette rencontre a pour but de vous entendre sur ce qui s'est passé pour vous depuis notre dernière rencontre et de revenir sur votre expérience du groupe plein air. Nous vous encourageons fortement à partager votre opinion et vos perceptions à propos de tout ce qui sera discuté dans le cadre de la rencontre.

Nous vous proposons donc de commencer en nous parlant de ce qui se passe pour vous en ce moment ?

Thèmes de relance :

- Symptômes/médication
- Activités quotidiennes
- Scolarité/Travail
- Réussites/difficultés du moment

Expérience personnelle de la thérapie par l'aventure :

Nous aimerions maintenant revenir sur votre expérience du groupe plein air. Lorsque vous y repensez, qu'est-ce qui vous vient en tête spontanément ?

(N.B. Les photographies prises par les participants durant l'expédition ne sont pas présentées lors de cette première question, afin de favoriser une évocation libre de l'expérience).

Exercice avec les photos :

(N.B. Les photographies prises par les participants, préalablement identifiées et numérotées, sont déposées au centre de la table et rendues accessibles à l'ensemble du groupe. Chaque participant peut les manipuler et sélectionner celles qu'il souhaite commenter. L'usage des photos vise à soutenir l'élaboration, notamment chez les participants pour qui la mise en mots spontanée peut s'avérer plus difficile.)

- Identifiez trois photos qui vous apparaissent les plus importantes/significatives de votre expérience de la TA.
- Pourquoi avez-vous choisi ces photos ?
- Que représentent-elles pour vous ?
- Que vous rappellent-elles ?

Questions de relance :

- Quel genre d'impact ce ou ces moments significatifs ont-ils eu dans votre vie ou ont-ils encore dans votre vie ?
- Repensez-vous à votre expérience du groupe plein air ? Ou encore au (x) moment (s) significatif (s) que vous avez vécu ? Si oui, pourquoi ? Si non, pourquoi ?

En quelques mots, comment avez-vous trouvé la rencontre d'aujourd'hui?

ANNEXE C

CANEVAS ENTRETIEN #2

Entrevue de groupe - deux mois post-expédition

Introduction

Cette rencontre a pour but de vous entendre sur ce qui s'est passé pour vous depuis notre dernière rencontre et de revenir sur votre expérience du groupe plein air. Nous vous encourageons fortement à partager votre opinion et vos perceptions à propos de tout ce qui sera discuté dans le cadre de la rencontre.

Nous vous proposons donc de commencer en nous parlant de ce qui se passe pour vous en ce moment ?

Thèmes de relance :

- Symptômes/médication
- Activités quotidiennes
- Scolarité/Travail
- Réussites/difficultés du moment

Expérience personnelle de la thérapie par l'aventure :

Nous aimerions maintenant revenir sur votre expérience du groupe plein air. Lorsque vous y repensez, qu'est-ce qui vous vient en tête spontanément ?

Exercice avec les photos :

(N.B. Les photos prises par les participants, préalablement identifiées et numérotées, sont fournies aux participants. Il s'agit des mêmes photographies utilisées lors du premier entretien de groupe, dans une visée de continuité et d'approfondissement de la réflexion).

Consignes :

- Choisissez une photo qui représente un moment significatif/important pour vous.
- Choisissez une photo qui représente un moment qui a été plus difficile pour vous.
- Choisissez une photo qui représente un moment où vous avez fait une découverte sur vous-même

Si vos photos ne vous permettent pas d'élaborer davantage sur ces questions, nous vous invitons à y réfléchir et à le verbaliser.

Questions de relance :

- Décrivez pourquoi vous avez choisi ces photos ou moments précisément
- Quel titre donneriez-vous à cette photo ou ce moment?
- Pourquoi avez-vous choisi ce titre?

Retour sur les objectifs :

(N.B. : Comme écrit dans le cahier des participants.) Revisitez les objectifs que vous vous étiez fixés avant de participer au programme de thérapie par l'aventure.

- Où en êtes-vous aujourd'hui par rapport à ces objectifs ?
- Pouvez-vous parler de la réalisation ou de la modification de ces objectifs ?
- Vos objectifs actuels sont-ils liés à votre expérience dans la thérapie par l'aventure ?

En quelques mots, comment avez-vous trouvé la rencontre d'aujourd'hui?

ANNEXE D

CANEVAS ENTRETIEN #3

Entrevue individuelle - six mois post-expédition

Cet entretien individuel à six mois post-expédition remplace le quatrième entretien de groupe initialement prévu dans le devis de recherche.

Introduction

Cette rencontre a pour but de vous entendre sur ce qui s'est passé pour vous depuis notre dernière rencontre et de revenir sur votre expérience du groupe plein air. Nous vous encourageons fortement à partager votre opinion et vos perceptions à propos de tout ce qui sera discuté dans le cadre de la rencontre.

Nous vous proposons donc de commencer en nous parlant de ce qui se passe pour vous en ce moment?

Thèmes de relance :

- Symptômes/médication
- Activités quotidiennes
- Scolarité/Travail
- Réussites/difficultés du moment

Expérience personnelle de la thérapie par l'aventure :

Nous aimerions maintenant revenir sur votre expérience du groupe plein air. Lorsque vous y repensez, qu'est-ce qui vous vient en tête spontanément?

Exercice avec les photos :

(N.B. Les photos prises par les participants, préalablement identifiées et numérotées, sont fournies aux participants). Que vous évoquent vos photos?

Questions de relance :

- Que pensez-vous de vos photos?
- Que représentent-elles pour vous?
- Que pensez-vous des appareils photo jetables et de l'exercice de prendre des photos pendant le séjour en plein air?

Réflexion sur les objectifs :

(N.B. : Comme écrit dans le cahier du participant.) Revisitez les objectifs que vous vous étiez fixés pour le programme de thérapie par l'aventure.

- Où en êtes-vous aujourd'hui par rapport à ces objectifs?
- Pouvez-vous parler de la réalisation ou de la modification de ces objectifs?
- Vos objectifs actuels sont-ils liés à votre expérience dans la thérapie par l'aventure?

Conclusion :

- Avec du recul, que pensez-vous que cette expérience vous a apporté ?
- Estimez-vous que cette expérience a eu un impact sur votre vie ? Si oui, de quelle manière ?
Sinon, pourquoi?
- En quelques mots, comment avez-vous trouvé la rencontre d'aujourd'hui ?

ANNEXE E

QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

Code du participant: _____

Données sociodémographiques

Date de naissance : _____ Âge : _____ Genre : H F

Durée de suivi à JAP (mois) : _____

Statut migratoire : non migrant 1ère génération 2e génération

Statut marital

Célibataire	Conjoint (en relation amoureuse)	Marié ou conjoint de fait	Séparé ou divorcé
-------------	----------------------------------	---------------------------	-------------------

Scolarité le plus haut niveau complété

	Primaire	Secondaire	Collégial	Université
Complété				
Non complété				

Hébergement

Seul ou avec famille	Maison de chambre	Appartement supervisé	Foyer de groupe	Famille d'accueil
----------------------	-------------------	-----------------------	-----------------	-------------------

Source de revenu principal

Sécurité du revenu	Assurance chômage	Prêts et bourses	Revenu du travail	À la charge de la famille
--------------------	-------------------	------------------	-------------------	---------------------------

Occupation

Travail temps plein	Travail temps partiel	Étude temps plein	Étude temps partiel	Sans occupation	Autre (spécifiez)
---------------------	-----------------------	-------------------	---------------------	-----------------	-------------------

ANNEXE F

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT (GÉNÉRAL)

Titre: Projet de thérapie d'aventure pour jeunes adultes atteints de troubles
 psychotiques.

Chercheuse responsable : Dre Clairéline Ouellet-Plamondon M.D., M. Sc. FRCPC, Psychiatre à la
Clinique JAP du CHUM

Co-chercheurs: Audrey Lemelin, ergothérapeute, candidate M. Sc., Cynthia Delfosse, ergothérapeute, candidate M. Sc., Dre Amal Abdel-Baki M.D., FRCPC, M. Sc., psychiatre à la clinique JAP J. Éric Dubé, professeur, département de psychologie de l'UQÀM, directeur de Camille Girard et Catherine Séguin-Green, Camille Girard, candidate au doctorat en psychologie à l'UQÀM, Catherine Séguin-Green, candidate au doctorat en psychologie à l'UQAM.

Financement: Fonds de recherche du co-chercheur J. Éric Dubé

No de projet CHUM: 13.088

PRÉAMBULE

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche, car vous participerez au projet « La thérapie par l’aventure » organisé par la clinique JAP du CHUM dans le cadre de vos soins cliniques. Avant d’accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d’information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Le présent document peut contenir des termes que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugez utiles aux chercheurs et à leurs assistants.

NATURE ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

La Clinique Jeunes Adultes Psychotiques (JAP) du CHUM offre un traitement précoce et intensif de la psychose qui suit les recommandations internationales sur le traitement spécialisé d'intervention précoce pour la psychose. Malgré les résultats positifs pour la majorité de la clientèle, une proportion des jeunes a plus de difficulté à se rétablir au niveau symptomatique et fonctionnel. La thérapie par l'aventure est une modalité de traitement avant-gardiste qui utilise les activités d'aventure et leurs défis afin de favoriser le rétablissement et la croissance personnelle des participants. Le présent projet vise à évaluer l'impact de la thérapie par l'aventure chez les jeunes adultes atteints de troubles psychotiques en début d'évolution suivis à la Clinique JAP, à la fin de l'expédition d'envergure et au cours des six mois qui suivent.

NOMBRE DE PARTICIPANTS ET DURÉE DE LA PARTICIPATION

Cette étude, menée à la clinique JAP du CHUM recrutera environ 60 patients sur une période de cinq (5) ans.

Votre participation à l'étude durera six mois et consistera à compléter des questionnaires et/ou diverses échelles, ainsi qu'à participer à une rencontre bilan et quatre entretiens de groupe post-expédition au cours des six mois suivant votre participation à l'activité d'envergure et à nous autoriser à consulter votre dossier médical.

DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

L'étude comporte six temps de mesure. Vous serez invité à répondre à diverses échelles (questionnaires) au début du groupe d'aventure thérapeutique (groupe plein air), à la fin du groupe (après les semaines de rencontres préparatoires et l'activité d'envergure) et six mois après la fin de l'activité d'envergure de plein air. Les échelles à compléter seront les mêmes pour les trois temps de mesure. De plus, il y aura des discussions de groupe où vous aurez l'occasion d'échanger et de discuter autour de différents thèmes reliés à votre participation à ce projet plein air et à votre processus de rétablissement. Le temps requis pour chacune des rencontres est d'environ 60 minutes. Les questions posées concerneront vos symptômes, votre fonctionnement, votre estime personnelle, votre qualité de vie et vos habitudes de consommation d'alcool et de drogues. Ces discussions de groupe auront lieu dans un local de la clinique JAP. Elles seront enregistrées à l'aide d'un enregistreur numérique. Ces données seront conservées sur l'ordinateur de la co-

chercheuse avec un code d'accès, afin d'en assurer la confidentialité. Les entrevues seront par la suite transcrites et anonymisées à des fins d'analyse.

PROCÉDURES RELATIVES AU DÉROULEMENT DU PROJET

Si vous acceptez de participer au projet, et après avoir signé le présent formulaire, vous accomplirez les activités suivantes qui auront lieu à la clinique JAP et à la destination plein air Vallée Bras-du-Nord :

Période	Tâches	Durée	Compensation financière
Première rencontre préparatoire	Signature du formulaire de consentement Remplir 6 questionnaires	00 :30	15\$
Expédition d'envergure	-	-	-
Rencontre bilan - une semaine après l'expédition d'envergure	Retour sur l'expérience vécue (discussion entre les jeunes adultes qui ont participé au projet de Thérapie par l'aventure et les intervenants qui les ont accompagnés)	01 :00	10\$
1 ^{er} entretien de groupe - 1 mois après l'expédition d'envergure	Participer à un groupe de discussion Remplir 6 questionnaires	01 :30	15\$
2 ^e entretien de groupe - 2 mois après l'expédition d'envergure	Participer à un groupe de discussion	01 :00	10\$
3 ^e entretien de groupe - 3 mois après l'expédition d'envergure	Participer à un groupe de discussion	01 :00	10\$
4 ^e entretien de groupe - 6 mois après l'expédition d'envergure	Participer à un groupe de discussion Remplir 6 questionnaires	01 :30	15\$

À noter que tout au long de l'expédition, vous serez invité(e) à capturer à l'aide d'un appareil photo jetable les moments qui vous apparaissent importants. Vos photographies vous seront remises à la fin des rencontres post-expédition.

BÉNÉFICES

Même si cela ne vous apporte pas directement un avantage personnel, en participant à cette recherche, vous pourrez contribuer à l'avancement des connaissances sur l'utilisation de la thérapie par l'aventure comme modalité de traitement auprès d'individus ayant vécu un épisode psychotique. Nous espérons que cela nous permettra éventuellement de démontrer les bénéfices de cette intervention, et ainsi, de l'implanter dans la programmation de la Clinique Jeunes Adultes Psychotiques et, éventuellement, d'autres cliniques.

FINANCEMENT DU PROJET

Le financement de ce projet provient d'un fonds de recherche indépendant du co-chercheur J. Éric Dubé, directeur de doctorat de Camille Girard et Catherine Séguin-Green

COMPENSATION

En guise de compensation pour les frais encourus en raison de votre participation au projet de recherche, vous recevrez une somme forfaitaire de 15.00\$ à la suite de votre participation à chacune des rencontres où vous serez invité(e) à prendre part à un groupe de discussion et à remplir des questionnaires autorapportés. De plus, vous recevrez une somme forfaitaire de 10.00\$ par rencontre à la suite de votre participation aux rencontres où vous serez invité(e) à prendre part à un groupe de discussion seulement (total possible de 75.00\$). Enfin, les caméras jetables et les photos prises durant le projet vous seront offertes gratuitement.

RISQUES ET INCONVÉNIENTS

Nous croyons que votre participation à la recherche ne devrait pas comporter d'inconvénient significatif pour vous. Par contre, il est possible que vous trouviez la durée de passation des questionnaires et des entrevues trop longue ou certaines questions trop personnelles. Si tel est le cas, il est toujours possible de demander des pauses, de poursuivre les questionnaires à un autre moment ou simplement de ne pas répondre aux questions qui vous gênent.

CONFIDENTIALITÉ

Les données de recherche, qui incluent les renseignements qui figurent sur les questionnaires que vous aurez remplis ou lors de la consultation de votre dossier médical, demeureront confidentielles dans les limites prévues par la loi.

Afin de préserver la confidentialité de ces données, chaque participant à la recherche se verra attribuer un numéro qui permettra de relier les informations personnelles aux données de la recherche. Seule la chercheuse responsable aura la liste des noms des participants et des numéros qui leur auront été attribués. Elle sera responsable d'en assurer la confidentialité en la gardant dans un endroit différent de celui où elle conservera les données de la recherche. Tous les renseignements (questionnaires) seront conservés dans un classeur sous clé situé dans un bureau fermé. La chercheuse responsable et les membres de son équipe s'engagent à respecter la confidentialité de tous ces renseignements. Les données seront conservées pendant 10 ans.

Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier. Les renseignements personnels seront détruits 10 ans après la fin du projet.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche ainsi que vos dossiers médicaux pourront être consultés par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche du CHUM ou par l'établissement. Toutes ces personnes adhèrent à une politique de confidentialité.

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

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer et vous pouvez vous retirer de l'étude en tout temps, sur simple avis verbal. Si vous décidez de vous retirer de l'étude avant la fin, vos renseignements identificatoires seront détruits. La chercheuse responsable s'engage à vous faire savoir tout nouveau développement qui pourrait influencer votre décision de participer à l'étude. Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous en

retirer n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins et des services auxquels vous avez droit ou sur votre relation avec la chercheuse responsable du projet et les autres intervenants.

EN CAS DE PRÉJUDICE

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, ou l'établissement de leurs responsabilités légales et professionnelles.

PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec la chercheuse responsable du projet de recherche, Dre Clairéline Ouellet-Plamondon au (514) 890-8242, ou avec les co-chercheurs aux numéros suivants:

Dre Amal Abdel-Baki au (514) 890-8242

Catherine Séguin-Green, candidate au doctorat au (514) 987-3000, poste 0982 ou encore à l'adresse courriel suivante : seguin-green.catherine@courrier.uqam.ca

Si vous avez des questions ou des commentaires à propos de vos droits en tant que participant à une recherche ou la qualité des services reçus, vous pouvez appeler le commissaire adjoint à la qualité des services du CHUM au 514-890-8000, poste 26047.

SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES

Le comité d'éthique de la recherche du CHUM a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

SIGNATURE

Avant de signer et dater le présent formulaire de consentement, j'ai reçu des explications complètes sur la nature de ma participation à l'étude ainsi que sur les désagréments, les risques et les inconvénients qui pourraient y être associés. J'ai lu et j'ai eu suffisamment de temps pour comprendre pleinement les

renseignements présentés ci-dessus concernant cette étude. J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions et on y a répondu à ma satisfaction. Je suis libre de poser d'autres questions à n'importe quel moment.

J'accepte de plein gré de signer ce formulaire de consentement. Je recevrai un exemplaire de ce formulaire après l'avoir signé et daté. En apposant ma signature sur ce formulaire, je ne renonce cependant à aucun de mes droits légaux ni ne libère le chercheur et l'hôpital de leur responsabilité civile et professionnelle.

Nom du participant (en lettres moulées) _____

Signature _____

Date _____

SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI OBTIENT LE CONSENTEMENT, SI DIFFÉRENTE DU
CHERCHEUR RESPONSABLE DU PROJET DE RECHERCHE

J'ai expliqué au/à la participant(e) le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il/elle m'a posées.

Nom de la personne qui obtient le consentement (en lettres moulées) _____

Signature _____

Date _____

ENGAGEMENT DE LA CHERCHEUSE RESPONSABLE

Je certifie qu'on a expliqué au participant à la recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions que le participant à la recherche avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation.

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

Nom de la chercheuse responsable (en lettres moulées) _____

Signature _____

Date _____

ANNEXE G

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT (ENREGISTREMENT DES ENTRETIENS POST-EXPÉDITION)

Titre:	Projet de thérapie d'aventure pour jeunes adultes atteints de troubles psychotiques
Chercheuse principale:	Dre Clairéline Ouellet-Plamondon M.D., M. Sc. FRCPC, Psychiatre à la Clinique JAP du CHUM
Co-chercheurs:	Audrey Lemelin, ergothérapeute, candidate M. Sc., Cynthia Delfosse, ergothérapeute, candidate M. Sc., Dre Amal Abdel-Baki M.D., FRCPC, M. Sc., psychiatre à la clinique JAP, J. Éric Dubé, professeur, département de psychologie de l'UQÀM, directeur de Camille Girard et Catherine Séguin-Green, Camille Girard, candidate au doctorat en psychologie à l'UQÀM, Catherine Séguin-Green, candidate au doctorat en psychologie à l'UQAM.
Financement:	Fonds de recherche du co-chercheur J. Éric Dubé
No de projet CHUM:	13.086

DÉROULEMENT DES GROUPES DE DISCUSSION

La présente étude comporte six temps de mesure. Il vous sera demandé de participer à quatre rencontres prenant la forme de groupes de discussion, après l'activité d'envergure. Ces groupes de discussion porteront sur différents thèmes reliés à votre participation à ce projet plein-air et à votre processus de rétablissement. Ces rencontres seront enregistrées sur bande vidéo afin d'être visionnées par la suite par l'équipe de recherche, de manière à étudier les interactions entre les différents membres du groupe.

CONSENTEMENT

Avant de signer et dater le présent formulaire de consentement, j'ai reçu des explications complètes sur la nature de ma participation à l'étude ainsi que sur les désagréments, les risques et les inconvénients qui pourraient y être associés. J'ai lu et j'ai eu suffisamment de temps pour comprendre pleinement les renseignements présentés ci-dessus concernant cette étude. J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions et on y a répondu à ma satisfaction. Je suis libre de poser d'autres questions à n'importe quel moment. J'accepte de plein gré de signer ce formulaire de consentement. Je recevrai un exemplaire de ce formulaire après l'avoir signé et daté. En apposant ma signature sur ce formulaire, je ne renonce cependant à aucun de mes droits légaux ni ne libère le chercheur et l'hôpital de leur responsabilité civile et professionnelle.

☐

J'accepte que la présente rencontre soit enregistrée sur bande vidéo.

☐

Je refuse que la présente rencontre soit enregistrée sur bande vidéo.

Nom du participant (en lettres moulées) _____

Signature _____

Date _____

SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI OBTIENT LE CONSENTEMENT, SI DIFFÉRENTE DU
CHERCHEUR RESPONSABLE DU PROJET DE RECHERCHE

J'ai expliqué au/à la participant(e) le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il/elle m'a posées.

Nom de la personne qui obtient le consentement (en lettres moulées) _____

Signature _____

Date _____

ENGAGEMENT DE LA CHERCHEUSE RESPONSABLE

Je certifie qu'on a expliqué au participant à la recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions que le participant à la recherche avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation.

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

Nom de la chercheuse responsable (en lettres moulées) _____

Signature _____

Date _____

RÉFÉRENCES

- Ahler, J. R., Busk, H., Holm, P. M., Bricca, A., Poulsen, D. V., Skou, S. T. et Tang, L. H. (2024). Benefits and harms of structured outdoor physical activity for people with somatic or mental diseases: A systematic review and meta-analysis. *Preventive Medicine*, 183, article 107966. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2024.107966>
- Alvarez, A. G. et Stauffer, G. A. (2001). Musings on adventure therapy. *Journal of Experiential Education*, 24(2), 85-91. <https://doi.org/10.1177/105382590102400205>
- American Psychiatric Association. (2023). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e éd., texte révisé; DSM-5-TR). Elsevier Masson.
- Anadón, M. (2006). La recherche dite « qualitative » : de la dynamique de son évolution aux acquis indéniables et aux questionnements présents. *Recherches qualitatives*, 26(1), 5-31.
- Andreasen, N. C. (1982). Negative symptoms in schizophrenia: Definition and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 39(7), 784-788. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1982.04290070020005>
- Anthony, W. A. et Liberman, R. P. (1986). The practice of psychiatric rehabilitation: Historical, conceptual, and research base. *Schizophrenia Bulletin*, 12(4), 542-559. <https://doi.org/10.1093/schbul/12.4.542>
- 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. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Anzieu, D. (2022). *Le groupe et l'inconscient* (3^e éd.). Dunod.
- Apollon, W., Bergeron, D. et Cantin, L. (1990). *Traiter la psychose*. GIFRIC.
- Arciniegas, D. B. (2015). Psychosis. *Continuum: Lifelong Learning in Neurology*, 21(3), 715-736. <https://doi.org/10.1212/01.CON.0000466662.89908.e7>
- Arseneault, L., Cannon, M., Poulton, R., Murray, R., Caspi, A. et Moffitt, T. E. (2002). Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: Longitudinal prospective study. *BMJ*, 325, article 1212. <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7374.1212>
- Assad, L. (2014). L'expérience du rétablissement en santé mentale : un processus de redéfinition de soi. *Le sujet dans la cité*, 5(2), 76-84. <https://doi.org/10.3917/lsdlc.005.0076>
- Aulagnier, P. (2003). *La violence de l'interprétation : Du pictogramme à l'énoncé*. (7^e éd.). Presses Universitaires de France.
- Austin, S. F., Hjorthøj, C., Baagland, H., Simonsen, E. et Dam, J. (2022). Investigating personal and clinical recovery processes in people with first episode psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 16(10), 1102-1111. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Azoulay, C. (2013). Temporalité psychique et psychologie projective. *Le carnet psy*, n° 169, 34-37. <https://doi.org/10.3917/lcp.169.0034>

- Azoulay, J. (1998). Le psychiatre-analyste et la rencontre avec le patient psychotique. *Revue française de psychanalyse*, 62(1), 41-50. <https://doi.org/10.3917/rfp.g1998.62n1.0041>.
- Baribeau, C. (2005). Le journal de bord du chercheur. *Recherches qualitatives* [Actes de colloque], Hors-série, n° 2, 98-114.
- Barbès-Morin, G. et Lalonde, P. (2006). La réadaptation psychiatrique du schizophrène. *Annales médico-psychologiques : revue psychiatrique*, 164(6), 529-536. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2006.05.014>
- Baruch, C. (2024). Le temps du Préconscient. *Revue française de psychanalyse*, 88(1), 207-218. <https://doi.org/10.3917/rfp.881.0207>
- Bass, H. P. (2014). De l'objet au groupe : les médiations thérapeutiques. *Le journal des psychologues*, n° 319, 52-58. <https://doi.org/10.3917/jdp.319.0052>
- Bastien, S. (2007). Observation participante ou participation observante ? Usages et justifications de la notion de participation observante en sciences sociales. *Recherches qualitatives*, 27(1), 127-140. <https://doi.org/10.7202/1085359ar>
- Beck, N. et Wong, J. S. (2022). A meta-analysis of the effects of wilderness therapy on delinquent behaviors among youth. *Criminal Justice and Behavior*, 49(5), 700-729. <https://doi.org/10.1177/0093854822107800>
- Beck, R., Heffernan, S., Law, H., McCusker, M., Bentall, R. P. et Morrison, A. P. (2012). Subjective judgements of perceived recovery from psychosis. *Journal of Mental Health*, 21(6), 556-566. <https://doi.org/10.3109/09638237.2012.710765>
- Benedetti, G. (1998). *Le sujet emprunté : la vie psychotique du patient et du thérapeute*. Erès.
- Bergeret, J. (2013). *La personnalité normale et pathologique* (3^e éd.). Dunod.
- Berney, S., de Roten, Y., Söderström, D. et Despland, J. (2009). L'étude des mécanismes de défense psychotiques : un outil pour la recherche en psychothérapie psychanalytique. *Psychothérapies*, 29(3), 133-144. <https://doi.org/10.3917/psys.093.0133>
- Bertulies-Esposito, B. et Abdel-Baki, A. (2019). Éléments essentiels pour l'implantation à grande échelle de programmes d'intervention précoce pour premiers épisodes psychotiques en francophonie : l'exemple du Québec. *L'information psychiatrique*, 95(2), 95-101. <https://doi.org/10.1684/ipe.2019.1912>
- Bertulies-Esposito, B., Sicotte, R., Iyer, S., Delfosse, C., Girard, N., Nolin, M., Villeneuve, M., Conus, P. et Abdel-Baki, A. (2021). Détection et intervention précoce pour la psychose : pourquoi et comment? *Santé mentale au Québec*, 46(2), 45-83. <https://doi.org/10.7202/1088178ar>
- Bettmann, J. E., Russell, K. C. et Parry, K. J. (2013). How substance abuse recovery skills, readiness to change and symptom reduction impact change processes in wilderness therapy participants. *Journal of Child and Family Studies*, 22(8), 1039-1050. <https://doi.org/10.1007/s10826-012-9665-2>
- Bettmann, J. E., Speelman, E., Blumenthal, E., Couch, S. et Schmalz, D. L. (2024). Nature exposure, even as little as 10 minutes, is likely to yield short-term benefits for adults with mental illness: A meta-analysis. *Ecopsychology*, 16(3), 174-190. <https://doi.org/10.1089/eco.2023.0063>

- Bettmann, J. E., Speelman, E., Blumenthal, E., Couch, S. et McArthur, T. (2024). How does nature exposure affect adults with symptoms of mental illness? A meta-analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 33(6), 1889-1907. <https://doi.org/10.1111/inm.13400>
- Bhugra, D. (2004). Migration and mental health. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(4), 243-258. <https://doi.org/10.1046/j.0001-690X.2003.00246.x>
- Bielinis, E., Jaroszewska, A., Lukowski, A. et Takayama, N. (2019). The effects of a forest therapy programme on mental hospital patients with affective and psychotic disorders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1), 1-10. <https://doi.org/10.3390%2Fijerph17010118>
- Bilheran, A., Barthélémy, S. et Pedinielli, J. L. (2008). La temporalité dans la psychose: une temporalité mythique? Rythmicité circulaire et sacralité. *L'Évolution psychiatrique*, 73(4), 629-638. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2008.04.002>
- Bion, W. R. (1962). The psychoanalytic study of thinking. *International Journal of Psycho-analysis*, 43, 306-310.
- Bion, W. R. (1964). Théorie de la pensée. *Revue française de psychanalyse*, 28(1), 75-84.
- Birchwood, M., Todd, P. et Jackson, C. (1998). Early intervention in psychosis: The critical period hypothesis. *British Journal of Psychiatry*, 172(S33), 53-59. <https://doi.org/10.1192/S0007125000297663>
- Bouchard, L. (2006). Orienter la recherche sur le rétablissement en santé mentale et sa théorie vers la pratique. *Le partenaire*, 15(1), 16-19.
- Boulay, C. (2023). La destructivité dans le processus créateur en médiation thérapeutique : une nécessité? Illustration clinique à partir d'un atelier à médiation par le jeu de rôle. *Psychothérapies*, 43(3), 117-127. <https://doi.org/10.3917/psys.233.0117>
- Bourdeau, G., Lecomte, T., Lecardeur, L. et Lysaker, P. H. (2014). Premier épisode psychotique et rétablissement. *Pratiques en santé mentale*, 60(2), 41-46. <https://doi.org/10.3917/psm.142.0041>
- Bourdin, D. (2002). « Agonie, clivage et symbolisation » de René Roussillon. *Revue française de psychanalyse*, 66(1), 265-269. <https://doi.org/10.3917/rfp.661.0265>.
- Bowen, D. J. et Neill, J. T. (2013). A meta-analysis of adventure therapy outcomes and moderators. *The Open Psychology Journal*, 6(1), 28-53. <https://doi.org/10.2174/1874350120130802001>
- Bowen, D., Neill, J. et Crisp, S. (2016). Wilderness adventure therapy effects on the mental health of youth participants. *Evaluation and Programme Planning*, 58, 49-59. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2016.05.005>
- Brun, A. (2011). *Les médiations thérapeutiques*. Érés.
- Brun, A. (2019a). Histoire de l'utilisation des médiations dans le soin. Dans A. Brun, B. Chouvier et R. Roussillon (dir.), *Manuel des médiations thérapeutiques* (2^e éd., p. 10-41). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.brun.2019.02.0010>
- Brun, A. (2019b). *Médiations thérapeutiques et psychose infantile* (3^e éd.). Dunod.

- Bryson, J., Feinstein, J., Spavor, J. et Kidd, S. A. (2013). An examination of the feasibility of adventure-based therapy in outpatient care for individuals with psychosis. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 32(2), 1-11. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2013-015>
- Cabaniss, D., Cherry, S., Douglas, C. et Schwartz, A. R. (2022). Comment agit la psychothérapie psychodynamique? Dans *Psychothérapie psychodynamique : manuel clinique étape par étape* (P. Dumoulin Golstein, trad., p. 37-43). De Boeck Supérieur. (Publication originale en 2017)
- Caïtucoli, D. (2006). Clinique des psychoses en institution, à l'éclairage de l'expérience de l'école expérimentale de Bonneuil. *Figures de la psychanalyse*, 14(2), 83-100. <https://doi.org/10.3917/fp.014.0083>
- Caldairou-Bessette, P., Vachon, M., Bélanger-Dumontier, G. et Rousseau, C. (2017). La réflexivité nécessaire à l'éthique en recherche : l'expérience d'un projet qualitatif en santé mentale jeunesse auprès de réfugiés. *Recherches qualitatives*, 36(2), 29-51. <https://doi.org/10.7202/1084436ar>
- Canet, G. (2021). Capacités transformatives du groupe art-thérapeutique en institution éducative ou psychiatrique : des contenances groupale et institutionnelle comme appui dans la reconstruction du sujet souffrant. Dans M. Meziani (dir.), *Les espaces formatifs et transformatifs : approche interdisciplinaire* (p. 172-186). Champ social. <https://doi.org/10.3917/chaso.mazia.2021.01.0172>
- Cantor-Graae, E. et Selten, J. P. (2005). Schizophrenia and migration: A meta-analysis and review. *American Journal of Psychiatry*, 162(1), 12-24. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.1.12>
- Caspi, A., Moffitt, T. E., Cannon, M., McClay, J., Murray, R., Harrington, H., Taylor, A., Arseneault, L., Williams, B., Braithwaite, A., Poulton, B. et Craig, I. W. (2005). Moderation of the effect of adolescent-onset cannabis use on adult psychosis by a functional polymorphism in the catechol-O-methyltransferase gene: Longitudinal evidence of a gene X environment interaction. *Biological Psychiatry*, 57(10), 1117-1127. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.01.026>
- Catalan, A., Richter, A., De Pablo, G. S., Vaquerizo-Serrano, J., Mancebo, G., Pedruzo, B., Aymerich, C., Solmi, M., González-Torres, M.Á., Gil, P., McGuire, P. et Fusar-Poli, P. (2021). Proportion and predictors of remission and recovery in first-episode psychosis: Systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry*, 64(1), e69. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.2246>
- Cavin Piccard, M. C. (2007). L'atelier d'écriture, un outil pour développer le processus d'autonomie chez des adolescents en rupture. *Thérapie familiale*, 28(4), 523-531. <https://doi.org/10.3917/tf.074.0523>
- Chabert, C. (dir.). (2019). *Traité de psychopathologie de l'adulte : les psychoses* (3^e éd.). Dunod.
- Chaumette, B., Kebir, O. et Krebs, M. O. (2017). Génétique et épigénétique de la schizophrénie et des psychoses. *Biologie aujourd'hui*, 211(1), 69-82. <https://doi.org/10.1051/jbio/2017015>
- Chouvier, B. (2011). La médiation dans le champ psychopathologique. Dans A. Brun (dir.), *Les médiations thérapeutiques* (p. 37-47). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.brun.2011.01>
- Cologne, S. (2010). Corps, jeu et émotion dans un groupe thérapeutique à médiation artistique. *Enfances & PSY*, n° 49, 89-99. <https://doi.org/10.3917/ep.049.0089>
- Conus, P., Bonsack, C., Conus, K. M. et Bovet, P. (2005). Intervention précoce dans les troubles psychotiques : quel rôle pour les praticiens de premier recours? *Revue médicale suisse*, 33, 2149-2153.

- Conus, P., Polari, A. et Bonsack, C. (2010). Intervention dans la phase précoce des troubles psychotiques : objectifs et organisation du programme TIPP (Traitement et intervention dans la phase précoce des troubles psychotiques) à Lausanne. *L'information psychiatrique*, 86(2), 145-151. <https://doi.org/10.1684/ipe.2010.0591>
- Conus, P. (2017). Intervention précoce dans les troubles psychotiques : faut-il encore douter? *L'information psychiatrique*, 93(9), 775-776. <https://doi.org/10.1684/ipe.2017.1710>
- Conus, P. (2018). Premier traitement pour une psychose : quels défis et quels enjeux? *L'information psychiatrique*, 94(4), 301-306. <https://doi.org/10.1684/ipe.2018.1794>
- Corbière, M. et Larivière, N. (2014). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (2^e éd.). Presses de l'Université du Québec.
- Correll, C. U. et Schooler, N. R. (2020). Negative symptoms in schizophrenia: a review and clinical guide for recognition, assessment, and treatment. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 16, 519-534. <https://doi.org/10.2147/NDT.S225643>
- Cotton, S. et Butselaar, F. (2013). Outdoor adventure camps for people with mental illness. *Australasian Psychiatry*, 21(4), 352-358. <https://doi.org/10.1177/1039856213492351>
- Cramer, J. et Wanner, P. (2022). Wilderness therapy programs: A systematic review of research (publication no 22-06-1901). Washington State Institute for Public Policy. https://www.wsipp.wa.gov/ReportFile/1748/Wsipp_Wilderness-Therapy-Programs-A-Systematic-Review-of-Research_Report.pdf
- Cresswell, H. (2024). *A qualitative phenomenological study examining the experiences of substance use disorder clients engaging in adventure therapy* [thèse de doctorat, National-Louis University]. Digital Commons. <https://digitalcommons.nl.edu/diss/80>
- Cuthbert, S., Sharp, H. et Berry, C. (2021). Green care in first-episode psychosis: short report of a mixed-methods evaluation of a 'woodland group' in an early intervention service. *BJPsych Bulletin*, 45(4), 235-237. <https://doi.org/10.1192/bjb.2021.54>
- Davidson, L., O'Connell, M. J., Tondora, J., Lawless, M. et Evans, A. C. (2005). Recovery in serious mental illness: A new wine or just a new bottle? *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(5), 480-487. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.5.480>
- Deegan, P. E. (2001). Le rétablissement en tant que processus autogéré de guérison et de transformation. *Le partenaire*, 15(1), 13-18.
- Delamillieure, P., Couleau, M. et Dolfus, S. (2009). Approches cliniques et diagnostiques des premiers épisodes psychotiques. *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 167(1), 79-85. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2008.11.014>
- Diaz, F. (2005). L'observation participante comme outil de compréhension du champ de la sécurité : récit d'un apprentissage de l'approche ethnographique pour tenter de rendre compte de la complexité du social. *Champ pénal/ Penal field*, II [En ligne]. <https://doi.org/10.4000/champpenal.79>
- Di Rocco, V. (2020). *Clinique des états psychotiques chez l'adulte*. Dunod.

- Drweski, P., Voyatzis, J. et Robert, P. (2014). Proposition d'une méthode d'observation et de prise de notes dans un groupe. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 63(2), 53-64. <https://doi.org/10.3917/rppg.063.0053>
- Duquesne, J. L. (2015). Une possible lecture winnicottienne du travail groupal. *Empan*, n° 99, 64-70. <https://doi.org/10.3917/empa.099.0064>
- Enjalbert, J.-M.(2002). La psychose et les groupes de psychothérapie analytique en institution. Dans J. Falguière (dir.), *Analyse de groupe et psychodrame* (p. 237-274). Éres. <https://doi.org/10.3917/eres.falgu.2002.01.0237>
- Enjalbert, J.-M. (2006). Le groupe, le sujet et le schizophrène. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 46(1), 137-144. <https://doi.org/10.3917/rppg.046.0137>
- Early Psychosis Guidelines Writing Group and EPPIC National Support Program (2016). *Australian clinical guidelines for early psychosis* (2^e éd.). Orygen, The National Centre of Excellence in Youth Mental Health. <https://www.orygen.org.au/Campus/Expert-Network/Resources/Free/Clinical-Practice/Australian-Clinical-Guidelines-for-Early-Psychosis/Australian-Clinical-Guidelines-for-Early-Psychosis.aspx>
- Ewert, A. et McAvoy, L. (2000). The effects of wilderness settings on organized groups: A state-of-knowledge paper. Dans S. F. McCool, D. N. Cole, W. T. Borrie et J. O'Loughlin (dir.), *Wilderness science in a time of change conference* (Proceedings, vol. 3, p. 13-26). USDA Forest Service.
- Ey, H., Bernard, P. et Brisset, C. (1989). *Manuel de psychiatrie* (6^e éd.). Masson.
- Fekih-Romdhane, F., Hakiri, A., Fadhel, S. B. et Cheour, M. (2019). Usage de cannabis chez les sujets à ultra-haut risque de psychose. *La Presse Médicale*, 48(11), 1229-1236. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2019.09.030>
- Filstead, W. J. (1979). Qualitative methods: A needed perspective in evaluation research. Dans T. D. Cook et C. S. Reichardt (dir.), *Qualitative and quantitative methods in evaluation research* (p. 33-48). Sage.
- Forissier, C. (2016). Fonction contenante dans un groupe utilisant le conte comme médiation avec des patients adultes souffrant d'autisme et de psychose infantile. *Cliniques*, n° 11, 164-178. <https://doi.org/10.3917/clini.011.0164>
- Foussias, G. et Remington, G. (2010). Negative symptoms in schizophrenia: Avolition and Occam's razor. *Schizophrenia Bulletin*, 36(2), 359-369. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn094>
- Fromm, E. (2005). Les besoins psychiques de l'homme et la société. *Le coq-héron*, n° 182, 84-89. <https://doi.org/10.3917/cohe.182.0084>
- Gabrielsen, L. E., Eskedal, L., Mesel, T., Aasen, G. O., Hirte, M., Kerlefsen, R. E., Palucha, V. et Fernee, C. R. (2018). The effectiveness of wilderness therapy as mental health treatment for adolescents in Norway: A mixed methods evaluation. *International Journal of Adolescence and Youth*, 24(3), 282-296. <https://doi.org/10.1080/02673843.2018.1528166>
- Gabrovšek, V. P. (2009). Inpatient group therapy of patients with schizophrenia. *Psychiatria Danubina*, 21(1), 67-72. <https://hrcak.srce.hr/file/76200>

- Gargano, V. (2022). Les pratiques centrées sur la nature et l'aventure et le travail social: perspectives disciplinaires et théoriques. *Intervention*, n° 155, 151-165. <https://doi.org/10.7202/1089312ar>
- Gargano, V. et Turcotte, D. (2017). L'intervention en contexte de nature et d'aventure: Une application de l'approche centrée sur les forces. *Canadian Social Work Review/Revue canadienne de service social*, 34(2), 187-206. <https://doi.org/10.7202/1042888ar>
- Gargano, V. et Turcotte, D. (2018). L'intervention en contexte de nature et d'aventure : différences et similitudes entre les programmes éducatifs et les programmes thérapeutiques. *Canadian Journal of Education/Revue canadienne de l'éducation*, 41(1), 194-222. <https://journals.sfu.ca/cje/index.php/cje-rce/article/view/3130>
- Gass, M. A. (1993). Programming applications of adventure therapy. Dans M. A. Gass (dir.), *Adventure therapy: Therapeutic applications of adventure programming* (p. 73-82). Kendall/Hunt.
- Gass, M. A., Gillis, H. L. L. et Russell, K. C. (2012). *Adventure therapy: Theory, research, and practice*. Routledge/Taylor & Francis.
- Geschwind, D. H. et Flint, J. (2015). Genetics and genomics of psychiatric disease. *Science*, 349(6255), 1489-1494. <https://doi.org/10.1126/science.aaa8954>
- Gillis, H. L. (1992). *Therapeutic uses of adventure-challenge-outdoor-wilderness: Theory and research*. ERIC Clearinghouse.
- Gimenez, G. (2006). La construction d'une chaîne associative groupale dans le travail psychanalytique avec les patients psychotiques en groupe: du chaos dissociant à une possible polyphonie. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n° 47, 79-91. <https://doi.org/10.3917/rppg.047.0079>
- Girard, C., Dubé, J. É., Abdel-Baki, A. et Ouellet-Plamondon, C. (2021). Off the beaten path: Adventure Therapy as an adjunct to early intervention for psychosis. *Psychosis*, 13(4), 338-348. <https://doi.org/10.1080/17522439.2021.1901301>
- Girard, C., Ouellet-Plamondon, C., Dubé, J. É. et Abdel-Baki, A. (2023). La thérapie par l'aventure avec des jeunes adultes psychotiques : les composantes actives du programme. *Revue québécoise de psychologie*, 44(2), 17-34. <https://doi.org/10.7202/1109738ar>
- Goeree, R., Farahati, F., Burke, N., Blackhouse, G., O'Reilly, D., Pyne, J. et Tarride, J. -E. (2005). The economic burden of schizophrenia in Canada in 2004. *Current Medical Research and Opinion*, 21(12), 2017-2028. <https://doi.org/10.1185/030079905X75087>
- Gori, R. (2017). Psychanalyse et rétablissement : entretien avec Roland Gori. *Rhizome*, n° 65-66, 28-29. <https://doi.org/10.3917/rhiz.065.0028>
- Gottesman, I. I., Laursen, T. M., Bertelsen, A. et Mortensen, P. B. (2010). Severe mental disorders in offspring with 2 psychiatrically ill parents. *Archives of General Psychiatry*, 67(3), 252-257. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.1>
- Granjon, E. (2001). Guy Gimenez, Clinique de l'hallucination psychotique, Paris, Dunod, 2000 [Note de lecture]. *Le Divan familial*, n° 6, iv. <https://doi.org/10.3917/difa.006.0197d>
- Greacen, T. et Jouet, E. (2012). *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie : rétablissement, inclusion sociale, empowerment*. Érès.

- Grondin, P. (2021). L'accès à l'associativité sensori-motrice à partir des processus intersubjectifs dans un groupe d'enfants psychotiques et autistes : une expérience de CO-thérapie. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 77(2), 191-199. <https://doi.org/10.3917/rppg.077.0191>
- Hervé, É. (2014). Le groupe thérapeutique : un groupe de psychothérapie analytique et existentielle. Dans M. Vinot-Coubetergues et E. Marc (dir.), *Les fondements des psychothérapies : de Socrate aux neurosciences* (p. 210-228). Dunod.
- Hingley, S. M. (1997). Psychodynamic perspectives on psychosis and psychotherapy I: Theory. *British Journal of Medical Psychology*, 70(4), 301-312. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1997.tb01908.x>
- Hoag, M. J., Massey, K. E., Roberts, S. D. et Logan, P. (2013). Efficacy of wilderness therapy for young adults: A first look. *Residential Treatment for Children & Youth*, 30(4), 294-305. <https://doi.org/10.1080/0886571X.2013.852452>
- Houle, A.-A., Bacque-Dion, C., Pauzé, R. et Lepage, J. (2018). *Définition du premier épisode psychotique (PEP), prévalence, recension des écrits sur les facteurs de risque associés et les conséquences possibles sur les patients et leur famille*. Centre RBC d'expertise universitaire en santé mentale, Université de Sherbrooke.
- Hu, G., Luo, Q., Zhang, P., Zeng, H. et Ma, X. (2025). Effects of urban green exercise on mental health: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Public Health*, 13, article 1677223. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1677223>
- Hutchinson, S. L. et Fenton. (2017). Promising practices for making recreation programming matter for people who experience mental illness. *Community Mental Health Journal*, 54(4), 496-505. <https://doi.org/10.1007/s10597-017-0157-0>
- Iwasaki, Y., Coyle, C., Shank, J., Messina, E., Porter, H., Salzer, M., Baron, D., Kishbauch, G., Naveiras-Cabello, R., Mitchell, L., Ryan, A. et Koons, G. (2014). Role of leisure in recovery from mental illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 17(2), 147-165. <https://doi.org/10.1080/15487768.2014.909683>
- Iyer, S. N. et Malla, A. K. (2014). Intervention précoce pour la psychose : concepts, connaissances actuelles et orientations futures. *Santé mentale au Québec*, 39(2), 201-229. <https://doi.org/10.7202/1027840ar>
- Johansson, G., Engström, Å. et Juuso, P. (2023). Experiences of a nature-based intervention program in a northern natural setting: A longitudinal case study of two women with stress-related illness. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 18(1). <https://doi.org/10.1080/17482631.2022.2146857>
- Johnson, E. G., Davis, E. B., Johnson, J., Pressley, J. D., Sawyer, S. et Spinazzola, J. (2020). The effectiveness of trauma-informed wilderness therapy with adolescents: A pilot study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(8), 878-887. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000595>
- Kacha, N. (2017). L'enveloppe groupale : facteur essentiel de réparation de l'effraction psychique?. Dans J.-J. Grappin et J.-J. Poncelet (dir.), *Groupes et traumatismes* (p. 165-178). Érés.
- Kaës, R. (2010). *L'appareil psychique groupal* (3^e éd.). Dunod.

- Kaës, R. (2021). *Les théories psychanalytiques du groupe* (7^e éd.). Presses universitaires de France.
- Kaplan, R. et Kaplan, S. (1989). *The experience of nature: A psychological perspective*. Cambridge University Press.
- Kelley, M. P., Coursey, R. D. et Selby, P. M. (1997). Therapeutic adventures outdoors: A demonstration of benefits for people with mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20(4), 61-73.
- Kesby, J. P., Eyles, D. W., McGrath, J. J. et Scott, J. G. (2018). Dopamine, psychosis and schizophrenia: The widening gap between basic and clinical neuroscience. *Translational Psychiatry*, 8(1), 1-12. <https://doi.org/10.1038/s41398-017-0071-9>
- Kirkbride, J. B. et Hollander, A. C. (2015). Migration and risk of psychosis in the Canadian context. *Canadian Medical Association Journal*, 187(9), 637-638. <https://doi.org/10.1503/cmaj.150494>
- Kirshner, L. A. (2015). Trauma and psychosis: A review and framework for psychoanalytic understanding. *International Forum of Psychoanalysis*, 24(4), 216-224. <https://doi.org/10.1080/0803706X.2013.778422>
- Koenig, M. (2017). Le rétablissement dans la schizophrénie : une transformation longtemps silencieuse. *Rhizome*, n° 65-66, 8-9. <https://doi.org/10.3917/rhiz.065.0008>
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Prentice Hall.
- Krebs, M. O. (2018). Détection et intervention précoce: un nouveau paradigme. *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 176(1), 65-69. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2017.11.009>
- Lalonde, P. (2007). Traitement, réadaptation, réhabilitation, rétablissement. *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 165(3), 183-186. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2007.01.005>
- Large, M., Sharma, S., Compton, M. T., Slade, T. et Nielssen, O. (2011). Cannabis use and earlier onset of psychosis: A systematic meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 68(6), 555-561. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.5>
- Leclerc, C. et Lecomte, T. (2012). TCC pour premiers épisodes de psychose : pourquoi la thérapie de groupe obtient les meilleurs résultats? *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 22(3), 104-110. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jtcc.2012.07.006>
- Lecomte, T., Leclerc, C., Wykes, T. et Lecomte, J. (2003). Group CBT for clients with a first episode of schizophrenia. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 17(4), 375-383. <https://doi.org/10.1891/jcop.17.4.375.52538>
- Lecomte, T., Leclerc, C., Wykes, T., Nicole, L. et Abdel Baki, A. (2014). Understanding process in group cognitive behaviour therapy for psychosis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88(2), 163-177. <https://doi.org/10.1111/papt.12039>
- Lecomte, T., Potvin, S. et Samson, C. (2019). Comment comprendre l'apparition des psychoses?. Dans L. Lecardeur (dir.), *Troubles psychotiques : protocoles d'intervention précoce : le guide du clinicien*. Elsevier Masson.

- Lego, G. (2015). De la médiation groupale conte à l'émergence du sujet. *Empan*, n° 99, 73-79. <https://doi.org/10.3917/empa.099.0073>
- Leroy-Viémon, B. et Gal, C. (2008). Utilisation du contact comme ouverture à la rencontre : l'exemple du psychodrame existentiel de groupe pour la psychothérapie des personnes psychotiques. *Psychothérapies*, 28(1), 19-36. <https://doi.org/10.3917/psys.081.0019>
- Levaux, M., Offerlin-Meyer, I., Larøi, F., Van der Linden, M. et Danion, J. (2009). Déficits cognitifs et difficultés d'insertion professionnelle chez des personnes présentant une schizophrénie. *Revue française des affaires sociales*, 1, 237-255. <https://doi.org/10.3917/rfas.091.0237>
- L'Heureux, S., Abdel-Baki, A., Ouellet-Plamondon, C., Olivier, D., Villeneuve, M. et Rho, A. (2017). Fumer un peu, beaucoup, à la folie ou pas du tout. *Journal de l'AMPQ*, 20(4), 13-16.
- Lieberman, R. P. (2002). Future directions for research studies and clinical work on recovery from schizophrenia: Questions with some answers. *International Review of Psychiatry*, 14(4), 337-342. <https://doi.org/10.1080/0954026021000016987>
- Lincoln, Y. S. et Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry* (vol. 75). Sage Publications.
- Lingiardi, V. et McWilliams, N. (dir.). (2017). *Psychodynamic diagnostic manual: PDM-2* (2^e éd.). Guilford Press.
- Lionet, B. (2021). L'analyse phénoménologique interprétative. Dans A. Bioy (dir.), *Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie* (p. 145-157). Dunod.
- Little, M. I. (1991). *Des états limites : l'alliance thérapeutique* [Collection d'articles parus en anglais] (M. Trần Van Kai, G. Nagler et L. Abensour, trad.). Éditions des Femmes.
- Lockwood, C., Page, T. et Conroy-Hiller, T. (2004). Effectiveness of individual therapy and group therapy in the treatment of schizophrenia. *JBH Reports*, 2(10), 309-338. <https://doi.org/10.1111/j.1479-6988.2004.00016.x>
- Malla, A., Roy, M., Abdel-Baki, A., Conus, P. et McGorry, P. (2021). Intervention précoce pour les premiers épisodes psychotiques d'hier à demain : comment relever les défis liés à son déploiement pour en maximiser les bénéfices? *Santé mentale au Québec*, 46(2), 391-415. <https://doi.org/10.7202/1088190ar>
- Malzberg, B. (1964). Mental disease among foreign-born in Canada, 1950-1952, in relation to period of immigration. *American Journal of Psychiatry*, 120(10), 971-973. <https://doi.org/10.1176/ajp.120.10.971>
- Martin, B. et Franck, N. (2013). Rétablissement et schizophrénie. *EMC-Psychiatrie*, article 37-290-A-20. [https://doi.org/10.1016/S0246-1072\(13\)63171-5](https://doi.org/10.1016/S0246-1072(13)63171-5)
- Martin, J. (2019). Comment détecter le premier épisode psychotique? Dans L. Lecardeur (dir.), *Troubles psychotiques : protocoles d'intervention précoce : le guide du clinicien* (p. 37-48). Elsevier Masson.
- Martineau, S. (2005). L'observation en situation : enjeux, possibilités, limites. *Recherches qualitatives* [Actes de colloque], *Hors-série*, n° 2, 5-17.

- Matheson, S. L., Shepherd, A. M., Laurens, K. R. et Carr, V. J. (2011). A systematic meta-review grading the evidence for non-genetic risk factors and putative antecedents of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 133(1-3), 133-142. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2011.09.020>
- Maurer, K. et Häfner, H. (1995). Methodological aspects of onset assessment in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 15(3), 265-276. [https://doi.org/10.1016/0920-9964\(94\)00051-9](https://doi.org/10.1016/0920-9964(94)00051-9)
- McGorry, P. D., Killackey, E. et Yung, A. (2008). Early intervention in psychosis: Concepts, evidence and future directions. *World Psychiatry*, 7(3), 148-156. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2008.tb00182.x>
- McGorry, P. D., Nelson, B., Amminger, G. P., Bechdolf, A., Francey, S. M., Berger, G., Riecher-Rössler, A., Klosterkötter, J., Ruhrmann, S., Schultze-Lutter, F., Hickie, I., McGuire, P. et Yung, A. R. (2009). Intervention in individuals at ultra high risk for psychosis: A review and future directions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70(9), 1206-1212. <https://doi.org/10.4088/JCP.08r04472>
- McGorry, P. D. (2015). Early intervention in psychosis: Obvious, effective, overdue. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(5), 310-318. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000284>
- McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process* (2^e éd.). Guilford Press.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2022). *Programmes pour premiers épisodes psychotiques : cadre de référence* (publication n° 25-914-03W). https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003370/?&txt=Programmes%20pour%20premiers%20%C3%A9pisodes%20psychotiques&msss_valpub&date=DESC
- Mondelli, V. (2014). From stress to psychosis: Whom, how, when and why? *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 23(3), 215-218. <https://doi.org/10.1017/S204579601400033X>
- Monville, F., Tambour, S., Watrice, E. et Luyten, A. C. (2017). Contexte et développement d'un programme de prise en charge des psychoses émergentes : Ecotone. *L'information psychiatrique*, 93(5), 375-380. <https://doi.org/10.1684/ipe.2017.1641>
- Montag, C., Haase, L., Seidel, D., Bayerl, M., Gallinat, J., Herrmann, U. et Dannecker, K. (2014). A pilot RCT of psychodynamic group art therapy for patients in acute psychotic episodes: Feasibility, impact on symptoms and mentalising capacity. *PLoS ONE*, 9(11), e112348. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0112348>
- Moore, T. H., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T. R., Jones, P. B., Burke, M. et Lewis, G. (2007). Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: A systematic review. *The Lancet*, 370(9584), 319-328. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61162-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61162-3)
- Moran, M. (2008). Psychosis risk doesn't drop in second-generation immigrants. *Psychiatric News*, 43(24), 12. <https://doi.org/10.1176/pn.43.24.0012>
- Morin, C., Briand, C. et Lalonde, P. (1999). De la symptomatologie à la résolution de problèmes : approche intégrée pour les personnes atteintes de schizophrénie. *Santé mentale au Québec*, 24(1), 101-120. <https://doi.org/10.7202/031587ar>

- Mornet, J. (2006). Corps, psychose et groupe. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 46(1), 145-160. <https://doi.org/10.3917/rppg.046.0145>
- Morrow, S. L. (2005). Quality and trustworthiness in qualitative research in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 250-260. <https://doi.org/10.1037/00220167.52.2.250>
- Mueser, K. T. et Gingerich, S. (2013). Treatment of co-occurring psychotic and substance use disorders. *Social Work in Public Health*, 28(3-4), 424-439. <https://doi.org/10.1080/19371918.2013.774676>
- Nadler, R. S. et Luckner, J. L. (1992). *Processing the adventure experience*. Kendall/Hunt.
- National Collaborating Centre for Mental Health (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults: The NICE guidelines on treatment and management*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/evidence/full-guideline-490503565>
- Newes, S. et Bendoroff, S. (2004). What is adventure therapy? Dans S. Bendoroff et S. Newes (dir.), *Coming of age: The evolving field of adventure therapy* (p. 1-30). Association for experiential education.
- Nguyen, J., Goldsmith, L., Rains, L. S. et Gillard, S. (2022). Peer support in early intervention in psychosis: A qualitative research study. *Journal of Mental Health*, 31(2), 196-202. <https://doi.org/10.1080/09638237.2021.1922647>
- Nicole, L., Abdel-Baki, A et Ouellet-Plamondon, C. (2012). Intervention précoce et psychose. Dans T. Lecomte et C. Leclerc (dir.), *Manuel de réadaptation psychiatrique* (2^e éd., p. 191-208). Presses de l'Université du Québec.
- Norton, C. L., Tucker, A., Russell, K. C., Bettmann, J. E., Gass, M. A. et Behrens, E. (2014). Adventure therapy with youth. *Journal of Experiential Education*, 37(1), 46-59. <https://doi.org/10.1177/1053825913518895>
- O'Keeffe, D., Keogh, B. et Higgins, A. (2026). Meaning-making in psychotic experiences and its impact on meaning in life in first-episode psychosis. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 43(1), 69-77. <https://doi.org/10.1017/ipm.2025.22>
- Orfanos, S., Banks, C. et Priebe, S. (2015). Are group psychotherapeutic treatments effective for patients with schizophrenia? A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 84(4), 241-249. <https://doi.org/10.1159/000377705>
- Ouellet-Plamondon, C. et Abdel-Baki, A. (2011). Jeune, urbain... mais psychotique : l'importance du travail de proximité. *Santé mentale au Québec*, 36(2), 33-51. <https://doi.org/10.7202/1008589ar>
- Owen, M., Speight, T., Sarsam, M. et Sellwood, W. (2015). Group CBT for psychosis in acute care: A review of outcome studies. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 8, e2. <https://doi.org/10.1017/S1754470X15000021>
- Özer, D. et Dişsiz, M. (2024). The effect of online group based acceptance and commitment therapy on psychotic symptoms and functioning levels individuals with early psychosis. *Schizophrenia Research*, 267, 55-64. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2024.03.018>
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2021). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (5^e éd.). Armand Colin.

- Pellerin, J. et Gargano, V. (2023). La nature en soutien au rétablissement: retombées et constats d’une intervention de groupe en contexte de nature auprès de jeunes adultes ayant vécu un premier épisode psychotique. *Intervention*, n° 157, 101-117. <https://doi.org/10.7202/1105594ar>
- Picton, C., Patterson, C., Moxham, L., Taylor, E. K., Perlman, D., Brighton, R. et Heffernan, T. (2018). Empowerment: The experience of Recovery Camp for people living with a mental illness. *Collegian*, 25(1), 113-118. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2017.04.005>
- Picton, C., Fernandez, R., Moxham, L. et Patterson, C. F. (2020). Experiences of outdoor nature-based therapeutic recreation programs for persons with a mental illness: A qualitative systematic review. *JBIS Evidence Synthesis*, 18(9), 1820-1869. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-D-19-0026>
- Pires de Oliveira Padilha, P., Gagné, G., Iyer, S. N., Thibeault, E., Levasseur, M. A., Massicotte, H. et Abdel-Baki, A. (2023). La pair-aidance pour soutenir le rétablissement en intervention précoce pour la psychose : enjeux autour de son implantation au Québec et dans la francophonie. *Santé mentale au Québec*, 48(1), 167-206. <https://doi.org/10.7202/1106400ar>
- Polese, D., Fornaro, M., Palermo, M., De Luca, V. et De Bartolomeis, A. (2019). Treatment-resistant to antipsychotics: A resistance to everything? Psychotherapy in treatment-resistant schizophrenia and nonaffective psychosis: A 25-year systematic review and exploratory meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 10, article 210. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00210>
- Ponterotto, J. G. (2005). Qualitative research in counseling psychology: A primer on research paradigms and philosophy of science. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 126-136. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.2.126>
- Priest, S. et Gass, M. A. (1999). *Effective leadership in adventure programming* (2^e éd.). Human Kinetics.
- Provencher, H. L. (2002). L’expérience du rétablissement : perspectives théoriques. *Santé mentale au Québec*, 27(1), 35-64. <https://doi.org/10.7202/014538ar>
- Provencher, H. et Keyes, C. L. M. (2010). Une conception élargie du rétablissement. *L’information psychiatrique*, 86(7), 579-589. <https://doi.org/10.1684/ipe.2010.0659>
- Pryor, A., Carpenter, C. et Townsend, M. (2005). Outdoor education and bush adventure therapy: A socio-ecological approach to health and wellbeing. *Journal of Outdoor and Environmental Education*, 9, 3-13. <https://doi.org/10.1007/BF03400807>
- Racamier, P. C. (2001). *Les schizophrènes* (3^e éd.). Payot & Rivages.
- Racamier, P. C. (1976). L’interprétation psychanalytique des schizophrénies. *Encyclopédie médico-chirurgicale - Psychiatrie*, n° 37 291 A10, 1-12.
- Rapsey, E. H. S. et Pilcher, N. M. (2024). “The world is a beautiful place—I want to explore that a bit”: The experience of taking part in an adventure therapy sailing project by a group of individuals who have experienced psychosis. *Psychosis*, 16(2), 144-154. <https://doi.org/10.1080/17522439.2022.2145347>
- Ritchie, S. D., Patrick, K., Corbould, G. M., Harper, N. J. et Oddson, B. E. (2016). An environmental scan of adventure therapy in Canada. *Journal of Experiential Education*, 39(3), 303-320. <https://doi.org/10.1177/105382591665544>

- Rojo, S., Plante, A., Bilodeau, M. et Tremblay, M. (2017). Les fondements de l'intervention par la nature et l'aventure. Dans S. Rojo. et G. Bergeron (dir.), *L'intervention psychosociale par la nature et l'aventure : fondements, processus et pistes d'action* (p. 49-82). Presses de l'Université du Québec.
- Rojo, S. et Bergeron, G. (2021). Les médiations dans l'intervention psychosociale par la nature et l'aventure. *Sociographe, Hors-série*, n° 14, 39-60. <https://doi.org/10.3917/graph1.hs014.0039>
- Rosenbaum, B. (2019). Psychosis and individual psychodynamic psychotherapy. Dans D. Kealy et J. S. Ogrodniczuk (dir.), *Contemporary psychodynamic psychotherapy* (p. 177-189). Academic Press.
- Roussillon, R. (1999). *Agonie, clivage et symbolisation*. Presses universitaires de France.
- Roussillon, R., Brun, A., Chabert, C., Ciccone, A., Ferrant, A., Georgieff, N., Ravit, M., Roman, P. et Talpin, J. M. (2018). *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale* (3^e éd.). Elsevier Masson.
- Roy, M. A., Olivier, D. et Cambon, A. (2021). De Kraepelin à McGorry : vision scientifique et récit expérientiel autour d'un changement de paradigme majeur. *Santé mentale au Québec*, 46(2), 23-43. <https://doi.org/10.7202/1088177ar>
- Rudnick, A. et Lundberg, E. (2012). The stress-vulnerability model of schizophrenia: A conceptual analysis and selective review. *Current Psychiatry Reviews*, 8(4), 337-341. <https://doi.org/10.2174/157340012803520450>
- Russell, K. C. (2008). Adolescent substance-use treatment: Service delivery, research on effectiveness, and emerging treatment alternatives. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 2(2-4), 68-96. <https://doi.org/10.1080/15560350802081264>
- Saint-André, S., Richard, Y., Doukouré, M., Caraes, P., Porchel, G. et Lazartigues, A. (2011). Activités à médiation : de l'occupationnel au thérapeutique. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 59(3), 169-175. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2009.09.007>
- Saksa, J. R., Cohen, S. J., Srihari, V. H. et Woods, S. W. (2009). Cognitive behavior therapy for early psychosis: A comprehensive review of individual vs. group treatment studies. *International Journal of Group Psychotherapy*, 59(3), 357-383. <https://doi.org/10.1521/ijgp.2009.59.3.357>
- Scheinfeld, D. E., Rochlen, A. B. et Buser, S. J. (2011). Adventure therapy: A supplementary group therapy approach for men. *Psychology of Men & Masculinity*, 12(2), 188-194. <https://doi.org/10.1037/a0022041>
- Schell, L., Cotton, S. et Luxmoore, M. (2012). Outdoor adventure for young people with a mental illness. *Early Intervention in Psychiatry*, 6(4), 407-414. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2011.00326.x>
- Selten, J. P., Cantor-Graae, E., Nahon, D., Levav, I., Aleman, A. et Kahn, R. S. (2003). No relationship between risk of schizophrenia and prenatal exposure to stress during the Six-Day War or Yom Kippur war in Israel. *Schizophrenia Research*, 63(1-2), 131-135. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(02\)00375-4](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(02)00375-4)

- She, P., Zeng, H. et Yang, B. (2016). Effect of self-consistency group intervention for adolescents with schizophrenia: An inpatient randomized controlled trial. *Journal of Psychiatric Research*, 73, 63-70. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.11.006>
- Shearer, R. M. (1975). Camping as a therapeutic experience for depressed and schizophrenic patients. *Hospital & Community Psychiatry*, 26(8), 494-497. <https://doi.org/10.1176/ps.26.8.494>
- Shehade, O. et Kyriakopoulos, A. (2021). Exploring the experiences of non-statutory homeless individuals who engaged in an adventure therapy intervention. *Counselling and Psychotherapy Research*, 21(2), 348-358. <https://doi.org/10.1002/capr.12399>
- Shields, J. et Gottesman, I. I. (1972). Cross-national diagnosis of schizophrenia in twins: The heritability and specificity of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 27(6), 725-730. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1972.01750300005001>
- Smith, J. A. et Fieldsend, M. (2021). Interpretative phenomenological analysis. Dans P. M. Camic (dir.), *Qualitative research in psychology: Expanding perspectives in methodology and design* (p. 147-166). American Psychological Association.
- Soto, G. et Camps, F.-D. (2023). Historicisation, temporalité et capacité nostalgique chez les sujets traversés par des processus psychotiques : l'apport d'une médiation photo. *Psychothérapies*, 43(1), 11-21. <https://doi.org/10.3917/psys.231.0011>
- Souffir, V. (2005). Vues psychanalytiques sur la schizophrénie. Dans *Harold Searles* (p. 30-49). Presses universitaires de France.
- Spaniol, L., Wewiorski, N. J., Gagne, C. et Anthony, W. A. (2002). The process of recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 14(4), 327-336. <https://doi.org/10.1080/0954026021000016978>
- Sportouch, S. (2024). Danser à l'hôpital de jour : corps, espace et temps entre psychanalyse et phénoménologie. *Revue française de psychanalyse*, 88(2), 173-183. <https://doi.org/10.3917/rfp.882.0173>
- Sprong, M., Schothorst, P., Vos, E., Hox, J. et Van Engeland, H. (2007). Theory of mind in schizophrenia: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 191(1), 5-13. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.035899>
- Stefanidou, T., Wang, J., Morant, N., Lloyd-Evans, B. et Johnson, S. (2021). Loneliness in early psychosis: A qualitative study exploring the views of mental health practitioners in early intervention services. *BMC Psychiatry*, 21(134), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03138-w>
- Stotsky, B. A. et Zollik, E. S. (1965). Group psychotherapy with psychotics: 1921-1963— A review. *International Journal of Group Psychotherapy*, 15(3), 321-344. <https://doi.org/10.1080/00207284.1965.11642847>
- Sullivan, E. (2011). *The impact of adventure-based interventions for adults with mental illness and its implications for OT practice* [Analyse critique de la littérature non évaluée par les pairs, College of Health Professions, Pacific University]. Ubiquity Repositories. <https://commons.pacificu.edu/works/publication/2v02d-2k568>

- Summers, J. K. et Vivian, D. N. (2018). Ecotherapy-a forgotten ecosystem service: A review. *Frontiers in Psychology*, 9, article 1389. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01389>
- Tandon, R., Keshavan, M. S. et Nasrallah, H. A. (2008). Schizophrenia, “just the facts” What we know in 2008. 2. Epidemiology and etiology. *Schizophrenia Research*, 102(1-3), 1-18. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2008.04.011>
- Taylor, D. M., Segal, D. et Harper, N. J. (2010). The ecology of adventure therapy: An integral systems approach to therapeutic change. *Ecopsychology*, 2(2), 77-83. <https://doi.org/10.1089/eco.2010.0002>
- Thibaudeau, E., Raucher-Chéné, D., Lecardeur, L., Cellard, C., Lepage, M. et Lecomte, T. (2021). Les interventions psychosociales destinées aux personnes composant avec un premier épisode psychotique : une revue narrative et critique. *Santé mentale au Québec*, 46(2), 217-247. <https://doi.org/10.7202/1088184ar>
- Thompson, C. (1978) Sullivan and psychoanalysis. *Contemporary Psychoanalysis*, 14(4), 488-501. <https://doi.org/10.1080/00107530.1978.10745556>
- Tournier, M. (2013). Premiers épisodes psychotiques : actualités cliniques et épidémiologiques. *L'encéphale*, 39(Suppl. 2), S74-S78. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(13\)70099-X](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(13)70099-X)
- Torrey, E. F., Bartko, J. J., Lun, Z-R. et Yolken R. H. (2007). Antibodies to toxoplasma gondii in patients with schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 33(3), 729-736. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl050>
- Tracy, S. J. (2010). Qualitative quality: Eight “big-tent” criteria for excellent qualitative research. *Qualitative Inquiry*, 16(10), 837-851. <https://doi.org/10.1177/1077800410383121>
- Troubé, S., Potier, R. et Putois, O. (2018). Remarques épistémologiques et cliniques sur la notion de vulnérabilité psychotique. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 66(4), 256-262. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2018.02.001>
- Trubetskoy, V., Pardiñas, A. F., Qi, T., Panagiotaropoulou, G., Awasthi, S., Bigdeli, T. B., Bryois, J., Chen, C.-Y., Dennison, C. A., Hall, L. S., Holmans, P. A., Lam, M., Watanabe, K., Trzaskowski, M., Walters, J. T. R., Ge, T., Chen, Q., Huang, H., Huckins, L. M., . . . Sullivan, P. F. (2022). Mapping genomic loci implicates genes and synaptic biology in schizophrenia. *Nature*, 604, 502–508. <https://doi.org/10.1038/s41586-022-04434-5>
- Tsuda, M., Jones, J., Broomley, S., Choi, M. et Herman, Y. (2022). *La psychose précoce : guide d'information*. Centre de toxicomanie et de santé mentale. <https://www.camh.ca/-/media/health-info-files/publications-french/early-psychosis-information-guidefr-pdf.pdf>
- Tucker, A. R., Javorski, S., Tracy, J. et Beale, B. (2013). The use of adventure therapy in community-based mental health: Decreases in problem severity among youth clients. *Child & Youth Care Forum*, 42(2), 155-179. <https://doi.org/10.1007/s10566-012-9190-x>
- Turcotte, D. et Lindsay, J. (2019). *L'intervention sociale auprès des groupes* (4^e éd.). Gaëtan Morin.
- Ulrich, R. S., Simons, R. F., Losito, B. D., Fiorito, E., Miles, M. A. et Zelson, M. (1991). Stress recovery during exposure to natural and urban environments. *Journal of Environmental Psychology*, 11(3), 201-230. [https://doi.org/10.1016/S0272-4944\(05\)80184-7](https://doi.org/10.1016/S0272-4944(05)80184-7)

- Vandendriessche, F., Lecompte, D., De Hert, M., Hulselmans, J., Mertens, C., Peuskens, J., De Bleeker, E., Janssen, F. et Wampers, M. (2010). Le rôle des facteurs environnementaux dans l'apparition de la psychose schizophrénique. *Neurone*, 15(10, suppl.), 1-13.
<https://lirias.kuleuven.be/retrieve/352805>
- Vanier A. (2004). Psychanalyse et antipsychiatrie. *Topique*, 88(3), 79-85.
<https://doi.org/10.3917/top.088.0079>
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieverse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., Read, J., van Os, J. et Bentall, R. P. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: A meta-analysis of patient-control, prospective-and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 661-671. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs050>
- Vass, V., Sitko, K., West, S. et Bentall, R. P. (2017). How stigma gets under the skin: The role of stigma, self-stigma and self-esteem in subjective recovery from psychosis. *Psychosis*, 9(3), 235-244.
<https://doi.org/10.1080/17522439.2017.1300184>
- Vivier-Vacheret, C. (2002). *Pratiquer les médiations en groupes thérapeutiques*. Dunod.
- Vivier-Vacheret, C., Gaillard, G., Grange-Ségéral, É., Joubert, C. et Ravit, M. (2009). Les temps du groupe et la transformation de l'affect. *Cliniques méditerranéennes*, n° 80, 339-352.
<https://doi.org/10.3917/cm.080.0339>
- Vivier-Vacheret, C. (2011). Le Photolangage, une médiation thérapeutique : un bref historique des théories groupales. Dans A. Brun (dir.), *Les médiations thérapeutiques* (p. 61-72). Érès.
- Verma, S., Subramaniam, M., Abidin, E., Poon, L. Y. et Chong, S. A. (2012). Symptomatic and functional remission in patients with first-episode psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 126(4), 282-289. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2012.01883.x>
- Vollon, C. et Duchet, C. (2020). Mise en chantier des notions de « cadre clinique » et de « dispositif » à la lumière des formations groupales. *Psychothérapies*, 40(2), 95-103.
<https://doi.org/10.3917/psys.202.0095>
- Vollon, C., Gimenez, G. et Bonnet, C. (2015). Mise en groupe, psychose et porosité des enveloppes psychiques. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 64(1), 203-214.
<https://doi.org/10.3917/rppg.064.0203>
- Voruganti, L. N., Whatham, J., Bard, E., Parker, G., Babbey, C., Ryan, J., Lee, S. et MacCrimmon, D. J. (2006). Going beyond: An adventure-and recreation-based group intervention promotes well-being and weight loss in schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(9), 575-580.
<https://doi.org/10.1177/070674370605100905>
- Williams, I. (2004). Adventure therapy or therapeutic adventure? Dans S. Bendoroff et S. Newes (dir.), *Coming of age: The evolving field of adventure therapy* (p. 195-208). Association for Experiential Education.
- Winkler, K., Lincoln, T. M., Wiesjahn, M., Jung, E. et Schlier, B. (2024). How does loneliness interact with positive, negative and depressive symptoms of psychosis? New insights from a longitudinal therapy process study. *Schizophrenia Research*, 271, 179-185.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2024.07.024>

- Winnicott, W. D. (1960). The theory of the parent-infant relationship. *International Journal of Psychoanalysis*, 41(6), 585-595.
- Winnicott, D.W. (1987). Lettre à Donald Meltzer (25 octobre 1966). Dans *Lettres vives* (M. Gribinski, trad., p. 216-217). Gallimard.
- Winnicott, D. W. (2006). *La mère suffisamment bonne* (3^e éd., J. Kalmanovitch, M. Michelin et L. Rosaz, trad.). Payot & Rivages.
- Xanthopoulou, P. D., Mbanu, J., Chevalier, A., Webber, M. et Giacco, D. (2022). Social isolation and psychosis: Perspectives from people with psychosis, family caregivers and mental health professionals. *Community Mental Health Journal*, 58(7), 1338-1345.
<https://doi.org/10.1007/s10597-022-00941-x>
- Xavier, S. M. et Iyer, S. N. (2025). Reflections on the explanations of higher psychosis rates among migrant and ethnic minority populations: A critical discourse analysis. *Transcultural Psychiatry*, 62(1), 11-32. <https://doi.org/10.1177/13634615251326020>
- Young, D. K., Ng, P. Y. et Cheng, D. (2020). Destigmatized group intervention on promoting hope of recovery : A quasi-experiment study. *Research on Social Work Practice*, 30(1), 54-64.
<https://doi.org/10.1177/1049731519841432>
- Yung, A. R. et McGorry, P. D. (1996). The prodromal phase of first-episode psychosis: Past and current conceptualizations. *Schizophrenia Bulletin*, 22(2), 353-370.
<https://doi.org/10.1093/schbul/22.2.353>
- Zubin, J. et Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(2), 103-126. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.86.2.103>
- Zwicker, A., Denovan-Wright, E. M. et Uher, R. (2018). Gene–environment interplay in the etiology of psychosis. *Psychological Medicine*, 48(12), 1925-1936.
<https://doi.org/10.1017/S003329171700383X>