

Université de Montréal

**Les conceptions du rétablissement chez des femmes  
fréquentant une ressource communautaire en santé mentale**

par Geneviève Lacroix

École de travail social

Arts et Sciences

Mémoire présenté

en vue de l'obtention du grade de maîtrise

en service social

Décembre 2018

© Geneviève Lacroix, 2018

*Ce mémoire intitulé*

**{Titre d Les conceptions du rétablissement chez des femmes fréquentant une ressource communautaire en santé mentale**

*Présenté par*

**Geneviève Lacroix**

*A été évalué par un jury composé des personnes suivantes*

**Céline Bellot**

Présidente-rapporteuse

**Marie-Laurence Poirel**

Directeur de recherche

**Bernadette Dallaire**

Membre du jury

# RÉSUMÉ

Depuis la désinstitutionnalisation, beaucoup d'approches et de manières d'intervenir pour traiter et soutenir les personnes qui vivent avec des troubles de santé mentale ont émergé. Certaines ont évolué, d'autres ont disparu et de nouvelles approches sont apparues. À partir de l'époque de la réadaptation psychiatrique, on a voulu surtout promouvoir l'autonomie et les habiletés relationnelles des personnes puisque ces éléments facilitent l'insertion des personnes dans la société. Plus tard, avec la réadaptation psychosociale, nous avons aussi promu l'autodétermination dans la formation, le travail et les projets de vie. Ainsi, nous avons commencé à tenir compte du point de vue des personnes, utilisatrices des services en santé mentale, par rapport aux traitements qu'elles reçoivent. Est né alors le courant du rétablissement en santé mentale. Parfois galvaudé, le concept de rétablissement est perçu tantôt comme une philosophie, tantôt comme une approche. Pour certains, le rétablissement est vu comme un mouvement qui pousse les personnes à entreprendre un travail intérieur, pour pouvoir projeter à l'extérieur de soi, dans le monde, le fruit de ce travail intérieur. Pour d'autres, le rétablissement devrait plus s'orienter vers des valeurs de réadaptation psychosociale. Ce mémoire s'intéresse à ce qu'en pensent les principaux intéressés, c'est-à-dire les personnes ayant elles-mêmes des troubles de santé mentale. C'est une recherche qualitative sur les conceptions du rétablissement des personnes aux prises avec des troubles mentaux, elle trace le parcours du rétablissement de onze femmes ayant vécu des épreuves et tente de comprendre comment elles ont surmonté ces épreuves pour se rétablir. Ces témoignages, recueillis à l'aide d'entrevues semi-dirigées, montrent aussi l'importance de la réalisation de soi, de l'acquisition de sentiments d'accomplissement et de l'autodétermination dans les conceptions que se font les femmes de leur rétablissement. En ce sens, cette recherche vise à mieux cerner les besoins des personnes et mieux comprendre comment elles vivent et mettent en œuvre leur rétablissement.

**Mots clés :** troubles de santé mentale, conceptions du rétablissement, point de vue des personnes, réalisation de soi et autodétermination

## **Abstract**

Since deinstitutionalization, many approaches and ways to treat mental health issues has emerged, as well as methods to support the ones affected by such illnesses. Some have evolved, others have disappeared and some new approaches appeared. From the time of psychiatric rehabilitation, we have wanted to promote autonomy and people's relational abilities, because those were skills that facilitate social reinsertion. We believed this for a while, and some of us still believe, to this day, in your society. It's only later, when no one had any interest in keeping mentally ill, patient inside of psychiatric facilities, that new values and attitudes started to emerge. We were then still encouraging autonomous and social skills, as well as aiming improvement in self-determination, formations work, life projects and acquisition of all competences that promote personal and social well-being. Then, we have started taking the patient's opinion regarding the care received into account. Then, arrived the idea of recovery hint mental health. The concept was, at first seen as a new era, then as a philosophy then as an approach. For many authors, recovery is seen as a movement that incites people to initiate introspection, allowing them to experience success in the world. Those the movements are described in the book: *Les deux mouvements de l'être* (Corin, Poirel et Rodriguez Del Barrio, 2011). For those who, like me, agree with this was of seeing alternative approach will without a doubt consider that it is the best way of promoting rehabilitation. For others, rehabilitation should aim towards psychosocial rehabilitation. This memoir, without telling us how to promote rehabilitation, is focused on the opinion of those who are the most involved, the people living with mental illnesses. It is a study on mentally ill people's points of view regarding their own recovery. Although we already have studied some insight focuses on those people's opinions, this study focuses on the recovery of eleven women that went through challenging situations and explains how they overcame them and eventually recovered. Those testimonials exhibit the importance of self-realization, feelings of accomplishment and self-determination within the conception they have of their own recovery. So, we can better identify people's needs and understand their own individual recovery, and how it takes place in the individual's life.

**Keywords:** mental health issues, the concept of recovery, people's point of view, realization, self-determination

# TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ .....	iii
Abstract .....	iv
TABLE DES MATIÈRES .....	v
LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES.....	xi
REMERCIEMENTS.....	ii
INTRODUCTION .....	3
<b>CHAPITRE I : PROBLÉMATIQUE .....</b>	<b>6</b>
<b>Partie 1. : De la désinstitutionnalisation vers le rétablissement dans la communauté —</b>	
<b>Recension des écrits .....</b>	<b>6</b>
<b>1.1. Qu'est-ce qu'une bonne santé mentale ?.....</b>	<b>6</b>
<b>1.1.1. Définition .....</b>	<b>6</b>
<b>1.1.2. La normativité et la subjectivité .....</b>	<b>7</b>
<b>1.1.3. Un trop-plein de souffrance .....</b>	<b>8</b>
<b>1.2. L'évolution des services et des traitements.....</b>	<b>9</b>
<b>1.2.1. La réadaptation.....</b>	<b>10</b>
<b>1.2.1.1. La désinstitutionnalisation et la réadaptation psychiatrique.....</b>	<b>10</b>
<b>1.2.1.2. Humanisation des soins .....</b>	<b>12</b>
<b>1.2.1.3. Une réadaptation psychiatrique ou psychosociale .....</b>	<b>13</b>
Quelques caractéristiques de la réadaptation psychosociale .....	13
Types de suivis, approches dans la réadaptation.....	14
Interventions, outils et traitements .....	15
<b>1.2.2. Le rétablissement .....</b>	<b>17</b>
<b>1.2.2.1. Naissance d'un mouvement.....</b>	<b>17</b>
<b>1.2.2.2. Définir le rétablissement.....</b>	<b>18</b>
Un retour impossible à l'état antérieur : l'apprentissage d'une nouvelle vie .....	18
Une définition du rétablissement faisant consensus .....	19
Une panoplie d'approches pour mettre en œuvre le rétablissement .....	20
Valeurs et dimensions du rétablissement.....	21

1.2.2.3. Le point de vue des personnes dans quelques recherches qualitatives sur le rétablissement.....	24
<b>Partie 2. : Questions et objectifs de recherche .....</b>	<b>29</b>
<b>2.1. Question principale et objectif général .....</b>	<b>29</b>
<b>2.2. Questions et objectifs secondaires .....</b>	<b>30</b>
2.2.1. Les sentiments d’accomplissement, la réalisation de soi et les conceptions du rétablissement.....	30
2.2.2. Activités pour favoriser le rétablissement .....	31
2.2.3. Une synthèse des conceptions du rétablissement chez les personnes rencontrées .....	32
<b>2.3. Pertinence de la recherche .....</b>	<b>32</b>
<b>CHAPITRE II : CADRE ANALYTIQUE.....</b>	<b>34</b>
2.1. Une approche à distinguer des autres approches du rétablissement .....	34
2.2. L’approche alternative : plus qu’un prolongement de « l’antipsychiatrie » .....	35
2.3. Quelques particularités de l’approche alternative.....	36
2.3.1. Une approche plus proche des personnes .....	36
2.3.2. Une approche qui permet d’opérer des changements dans sa vie.....	37
2.3.3. Une approche favorisant l’appropriation de pouvoir .....	38
2.4. Les paramètres de la pratique alternative pour comprendre les personnes.....	39
2.4.1. Premier axe : « travailler avec ce qu’il y a d’humain dans l’humain » (Corin et al. 2011) .....	39
2.4.2. Deuxième axe : Permettre le travail sur soi pour favoriser une renaissance de la personne .....	40
2.2.2.1. Les moyens utilisés pour favoriser cette renaissance .....	41
<b>CHAPITRE III : MÉTHODOLOGIE.....</b>	<b>43</b>
3.1. Préparation et déroulement des entrevues.....	43
3.1.1. Choix des ressources communautaires .....	43
3.1.2. Échantillonnage : bref portrait des participants .....	44
3.1.3. Construction du questionnaire d’entrevue .....	46
3.1.4. Aspects éthiques à considérer .....	48
3.2. Stratégies d’analyse .....	49

3.2.1. Première lecture flottante des discours par l'approche alternative .....	49
3.2.2. Deuxième lecture : analyse en profondeur des résultats .....	50
3.2.3. Analyse croisée des résultats .....	51
3.2.4. Synthèse des résultats et discussion .....	52
3.3. Les limites de la recherche .....	52
CHAPITRE IV : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS .....	54
4.1. Pour comprendre les conceptions du rétablissement .....	54
4.1.1. Pourquoi classer le rétablissement en trois phases .....	55
4.1.2. Le sentiment d'accomplissement présent dans chacune de ces phases de réalisation de soi .....	55
4.1.3. Un rétablissement itératif .....	56
4.2. Première phase : Réussir à se déposer et à s'apaiser .....	57
4.2.1. Thème 1 : Trouver la sécurité .....	57
4.2.1.1. Le chez-soi et le sentiment d'accomplissement .....	58
Un logement pour Stéphanie : un point de départ pour son rétablissement .....	58
Le logement de Cynthia : sa plus grande fierté .....	59
Darlène et Suzanne : un logement pour leur indépendance .....	60
Georgette : un logement pour son bien-être .....	61
4.2.1.2. La sécurité financière : essentielle pour toutes .....	61
Sécurité alimentaire .....	62
Rechercher la fin de l'insécurité financière .....	62
Prendre le risque de travailler .....	63
4.2.2. Thème 2 : La routine, pour une stabilité .....	65
4.2.2.1. Une fréquentation plus assidue à une ressource .....	65
Comme un travail .....	65
Pour ne pas perdre ses repères .....	66
4.2.2.2. Une « routine » solitaire et personnelle .....	66
Une saine solitude .....	66
Une grande discipline pour se structurer .....	68
Des outils spirituels pour construire sa routine .....	69
Une routine avec les animaux de compagnie .....	70

4.2.3. Thème 3 : Apaiser une trop grande souffrance .....	71
4.2.3.1. Survivre aux grandes pertes : Sandra et Stéphanie .....	71
Sandra .....	71
Stéphanie.....	73
4.2.3.2. Les périodes de crise et les hospitalisations.....	74
L'utilité de la crise .....	74
L'hôpital ; pas nécessairement une contrainte .....	75
4.3.3.3. L'importance de penser à soi .....	76
4.3.3.4. La question de la médication .....	76
4.3. Deuxième phase : Se connaître et être .....	78
4.3.1. Thème 4 : Un travail sur soi.....	79
4.3.1.1. Revisiter les blessures et injustices du passé .....	79
4.3.1.2. Une faible reconnaissance de soi et de ses forces.....	82
4.3.1.3. Les forces déployées dans l'adversité.....	84
4.3.2. Thème 5 : Les relations interpersonnelles .....	87
4.3.2.1. Un plongeon dans la « folie » à cause de la perte de la garde des enfants .....	88
Georgette : une douleur trop forte.....	88
Cynthia.....	89
Suzanna.....	90
4.3.2.2. Les relations de couple.....	91
Denise : une violence conjugale qui l'affecte encore .....	91
4.3.2.3. Ce qu'apporte l'amitié dans le rétablissement.....	92
Une sécurité affective et un soutien dans les moments difficiles .....	92
Sortir de l'isolement.....	93
4.4. Troisième phase : Créer, faire des projets et s'engager pour se rétablir .....	96
4.4.1. Thème 6 : S'accomplir dans les petites choses.....	96
4.4.1.1. Dans la simplicité des gestes de la vie .....	97
4.4.1.2. Sortir de chez soi et s'accomplir.....	98
4.4.1.3. Cultiver la fierté de soi par le soin de sa santé.....	98
4.4.2. Thème 7 : Les grands projets et leur mise en œuvre.....	99
4.4.2.1. Les arts .....	100



4.4.2.2. Carrière, formation, travail et projets professionnels.....	101
4.4.3. Thème 8 : L'ouverture au monde.....	103
4.4.3.1. L'engagement à la ressource d'appartenance .....	104
À la ressource 1.....	104
À la ressource 2.....	105
À la ressource 3.....	105
4.4.3.2. La fréquentation d'autres organismes communautaires .....	107
Respect et compréhension mutuelle.....	107
Une volonté d'aller « ailleurs » qu'à la ressource d'appartenance .....	108
<b>CHAPITRE V : DISCUSSION. RETOUR SUR LES RÉSULTATS ET IMPLICATIONS. 112</b>	
5.1. Synthèse des conceptions du rétablissement chez les femmes rencontrées.....	112
5.1.1. Explications des phases.....	i
5.1.1.1. Première phase.....	i
5.1.1.2. Seconde phase.....	ii
5.1.1.3. Troisième phase .....	ii
5.1.2. La mise en œuvre du rétablissement.....	iii
5.1.3. Thèmes récurrents dans les conceptions du rétablissement.....	v
5.1.3.1. L'autonomie comme un élément de fierté .....	v
5.1.3.2. Avoir des projets et passer à l'action .....	vi
5.1.3.3. L'utilité de certaines souffrances .....	vi
5.1.3.4. Le travail sur soi.....	vii
5.1.3.5. Les relations interpersonnelles.....	viii
5.1.4. Ce qui étonne .....	viii
5.1.4.1. Le mérite donné à la ressource d'appartenance .....	ix
5.1.4.2. La perte de la garde des enfants.....	ix
5.2. L'avancement de la recherche par rapport au point de vue des usagers sur le rétablissement en santé mentale.....	ix
5.2.1. Convergences.....	x
5.2.2. Divergences.....	xii
5.3. Implications des résultats.....	xiii
5.3.1. Implications pour les ressources communautaires en santé mentale .....	xiii

5.3.1.1. Par rapport aux endroits protégés .....	xiv
5.3.1.2. Par rapport à la durée des services .....	xvi
5.3.2. Implications pour l'intervention en santé mentale.....	xviii
5.3.2.1. Rupture familiale et émergence des troubles de santé mentale .....	xviii
5.3.2.2. L'autodétermination et l'autonomie .....	xix
Au sujet des Pass-Action .....	xx
5.4. Pour terminer la discussion.....	xxi
CONCLUSION.....	xxiii
Promouvoir l'autodétermination pour une plus grande réalisation de soi .....	xxiv
ANNEXE 1 : AFFICHE DE RECRUTEMENT .....	xxvi
ANNEXE 2 : FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT .....	xxvii
ANNEXE 3 : CANEVAS D'ENTRETIEN.....	xxxi
Informations générales.....	xxxii
Concernant les conceptions du rétablissement .....	xxxii
Description du « sentiment d'accomplissement » et de la « réalisation de soi ».....	xxxii
Fin de l'entretien.....	xxxiv
ANNEXE 4 : GRILLE D'ANALYSE THÉMATIQUE.....	xxxv
ANNEXE 5 : TABLEAU DU NOMBRE D'HEURES D'ACTIVITÉS SELON LA RESSOURCE .....	xxxvii
BIBLIOGRAPHIE .....	xxxviii

# **LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES**

OCSM : Organismes communautaires en santé mentale

OMS : Organisation mondiale de la santé

CIUSSS : Centre Intégré Universitaire Santé et Services sociaux

MSSS : ministère de la Santé et des Services sociaux

SIV : suivi intensité variable

SI : suivi intensif

GMF : Groupe de médecins de famille

TCL, Training in community living

ACT: Assertive Community treatment

AGIDD: Association des groupes d'intervention en défense des droits

DSM, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DPJ : Direction de la protection de la jeunesse

RRASMQ : Regroupement ressources alternatives en santé mentale du Québec

REV: Regroupement des entendeurs de voix

CÉRAS : Comité d'éthique de la recherche en arts et en sciences

*À ceux et celles qui vivent avec des troubles mentaux*

## REMERCIEMENTS

Je voudrais remercier d'abord les onze femmes avec qui j'ai réalisé les entretiens. Elles m'ont permis de voir que les troubles de santé mentale peuvent arriver à n'importe qui, que ce n'est pas nécessairement le résultat d'une fragilité personnelle. Au contraire, les troubles de santé mentale sont souvent reliés à des causes multiples et à une panoplie de difficultés, cumulées à de grandes souffrances. La profondeur des témoignages de ces femmes de même que la simplicité avec laquelle elles se sont livrées à moi m'ont profondément émue. Merci.

Je voudrais aussi remercier les directeurs et directrices des trois ressources qui ont tout de suite ouvert leurs portes à mon projet de recherche.

Merci aussi à ma directrice de recherche : Marie-Laurence Poirel, pour ses conseils avisés, son écoute, son temps et sa patience pour les corrections. Elle m'a permis d'améliorer grandement mon travail et m'a fait développer une plus grande rigueur.

Enfin, merci à ma famille, à mon conjoint Michel et à ma fille Marie-Geneviève, pour leur patience devant mon stress peut-être un peu difficile à vivre et pour leur précieux soutien émotif. Vous m'apportez la joie de vivre et le bonheur.

# INTRODUCTION

Nous nous demandons souvent comment faire pour nous sentir bien et nous cherchons alors la recette du bonheur. Nous cherchons tellement que parfois, c'est cette recherche, sans trouver, qui nous rend « malades », psychologiquement, justement parce que nous cherchons trop, sans aboutir à une réponse. Comment être heureux ? Je n'en sais rien. Mais j'ai toujours eu une conviction en moi, celle que ceux qui avaient connu une très grande souffrance et qui s'en étaient sortis étaient ceux qui avaient obtenu les meilleures réponses.

Déjà, plus jeune, je m'étais dit que, peut-être, les personnes de mon milieu qui vivent avec un trouble grave de santé mentale et qui s'étaient rétablies, même partiellement, pourraient me fournir quelques réponses.

Personnellement, j'ai toujours cru que le bonheur résidait dans l'authenticité et dans la réalisation des objectifs et des buts que nous nous fixions. Puis, j'ai été en contact avec des personnes ayant des troubles de santé mentale et j'ai, tout naturellement, pensé que la première étape, pour qu'elles s'en sortent, c'était qu'elles mettent de l'ordre dans leur vie. Mais rapidement, je me suis rendu compte qu'il fallait d'abord apaiser la trop grande souffrance. Ce n'était qu'après avoir fait cela que les personnes pouvaient aspirer à « mettre de l'ordre » dans leur vie, commencer à « cultiver leur jardin » et devenir elles-mêmes.

Par « mettre de l'ordre » dans sa vie, ce que je voulais dire, tout simplement, c'est d'acquérir la sécurité pour répondre à ses besoins de base, ce qui incluait aussi ses besoins affectifs. Je me rappelais alors la pyramide de Maslow de mes cours de psychologie d'avant. Bref, je pensais à cela quand je me disais qu'il fallait « mettre de l'ordre » dans sa vie.

Par « cultiver son jardin », je pensais à cultiver la fierté de soi, au sentiment d'accomplissement et à la réalisation de soi, ce qui n'est pas sans rappeler, encore une fois, la pyramide de Maslow.

Puis, j'ai constaté dans le milieu de la santé mentale que ma conviction première était bonne. J'ai vu cela là où j'ai fait mon stage de baccalauréat, les personnes ayant des troubles de santé mentale savaient, intuitivement, pour la plupart, comment s'en sortir et retrouver leur bien-être.

Un peu plus tard, sachant que près d'une personne sur cinq souffrira d'un trouble mental au cours de sa vie (Agence de la santé publique du Canada, 2015), je me suis demandé ce qui

provoquait les troubles de santé mentale. Est-ce que cela pouvait être dû à une trop grande souffrance ? Peut-être aussi que le trouble de santé mentale était dû à une condition préexistante à cette trop grande souffrance et que cette dernière venait alors déclencher le trouble de santé mentale. Je ne voulais pas croire que l'apparition du trouble était due, à elle seule, aux prédispositions génétiques.

Alors, ce serait des éléments contextuels, en plus des prédispositions génétiques, qui provoqueraient l'apparition de troubles mentaux. Ce serait ceux qui ont le plus de difficultés à composer avec la souffrance, parce qu'elle est trop grande ou pour toutes sortes d'autres raisons, qui développeraient des troubles mentaux. Et en même temps, je me disais que certaines difficultés et certaines histoires de vie étaient tellement difficiles qu'elles auraient amené n'importe qui à développer un trouble de santé mentale. Bref.

Le trouble étant là chez une personne, nous cherchons à le traiter, à le soigner, à aider la personne, parfois pour remédier au trouble, mais, pour la plupart du temps, pour aider la personne à apprendre à vivre avec son trouble de la meilleure façon possible.

C'est à la suite de ces réflexions que j'ai voulu une réponse à savoir : ce que pensaient les principaux intéressés au sujet de leur propre rétablissement. Je voulais comprendre comment ils se rétablissent, quelles activités ils font, quelles dispositions d'esprits ou attitudes ils adoptent pour mettre en œuvre ce rétablissement.

C'est ce à quoi je me propose maintenant de répondre dans ce mémoire de recherche. Pour ce faire, je compte procéder de la manière qui suit. Premièrement, je ferai une recension des écrits pour savoir comment d'autres auteurs auraient pu déjà répondre à mes questions. Je regarderai comment les différents acteurs ont déployé différentes approches, traitements ou types d'interventions, comme j'en parlerai dans la problématique.

Mais ce que je veux surtout dans ce travail de maîtrise, c'est découvrir le point de vue des personnes aux prises avec des troubles mentaux sur le rétablissement. Je veux savoir ce que signifie, pour elles, le rétablissement. Je veux aussi savoir si ce rétablissement rime avec une recherche de bonheur et avec une réalisation de soi.

Après avoir fait ma recension des écrits, j'évaluerai, dans la deuxième partie de ma problématique, comment je devrai procéder pour obtenir des réponses auprès des personnes de

ma recherche. Ensuite, je présenterai mon cadre d'analyse, celui de l'approche alternative. Je construirai mon cadre méthodologique et ferai ma recherche sur le terrain. Finalement, je présenterai mes résultats et les analyserai pour répondre à mes questions et objectifs. Ainsi, je pourrai faire une synthèse des conceptions du rétablissement des personnes rencontrées, pour ensuite mieux discuter des implications de ces résultats. Finalement, je conclurai.



# CHAPITRE I : PROBLÉMATIQUE

Un nombre impressionnant de documents, articles, livres et recherches existent sur le sujet de la santé mentale. La médecine, la psychologie et diverses sciences sociales et humaines telles que le droit, l'histoire et l'anthropologie se sont intéressés à la question des troubles mentaux (Dorvil, 2001). Même en limitant aux dernières années la recherche, un grand nombre de documents sont accessibles sur le sujet. Alors la recension des écrits de cette première partie de la problématique se limitera aux documents parus après la désinstitutionnalisation.

La deuxième partie discute plus précisément des questions et objectifs de la présente recherche.

## **Partie 1. : De la désinstitutionnalisation vers le rétablissement dans la communauté — Recension des écrits**

La recension des écrits comporte deux parties. La première tente de définir ce qu'est une bonne santé mentale malgré la complexité d'en arriver à une définition claire et consensuelle. La deuxième partie discute de l'évolution des traitements dans les troubles de santé mentale et de ce qui a changé dans le regard et les interventions auprès des personnes.

### **1.1. Qu'est-ce qu'une bonne santé mentale ?**

D'abord, deux définitions d'une bonne santé mentale sont données pour choisir, finalement, celle qui semble la plus inclusive des personnes ayant des troubles graves de santé mentale. Ensuite, la question de la normativité et de la subjectivité de ce concept de santé mentale sont abordées. Troisièmement, le rôle de la souffrance dans l'apparition du trouble de santé mentale est abordé.

Ainsi, il apparaîtra qu'il est très difficile d'établir définitivement des critères d'évaluation de la « bonne santé mentale » étant donné la complexité et l'ampleur de tout ce qui la caractérise.

#### **1.1.1. Définition**

La santé mentale est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), comme « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté »

(Agence de santé publique du Canada, 2015, p. 4). Dans cette définition, reprise par Santé Canada, il est précisé que « santé mentale » et « troubles mentaux » ne s'excluent pas mutuellement (Agence de santé publique du Canada, 2015).

Mais, « accomplir un travail fructueux et contribuer à la communauté » (Agence de santé publique du Canada, 2015, p.4) pourrait sembler plus difficile, à priori, pour les personnes ayant des troubles graves de santé mentale. La nécessité « d'accomplir un travail », pour considérer la personne en bonne santé mentale, paraît exclusive. Or, pour viser l'inclusion des personnes aux prises avec des troubles graves de santé mentale dans la définition d'une bonne santé mentale, il est préférable d'utiliser celle de Jean Furtos, discutée dans son article sur la souffrance psychique dans la société d'aujourd'hui (2007).

---

« Une santé mentale suffisamment bonne est définie par la capacité de vivre avec autrui et de rester en lien avec soi-même, et de pouvoir investir et créer dans cet environnement, y compris des productions atypiques et non normatives » (2007, p. 33).

---

### **1.1.2. La normativité et la subjectivité**

En regardant cette définition de Jean Furtos, la normativité (ce qui renvoie aux normes sociales)<sup>1</sup>, n'est pas un critère qui différencie une « bonne » d'une « mauvaise » santé mentale. Même que dans ce que dit Jean Furtos, la marginalité peut être considérée comme saine, comme une sorte de créativité.

Mais dans la société, « être marginal, c'est tout de même prendre le risque de se voir catégoriser comme fou ou anormal » disait (Zarifian, 1988). Ainsi, même si dans certaines sphères artistiques ou culturelles la marginalité peut être acceptée, de façon générale, « c'est l'adaptation

---

<sup>1</sup> Définition de normativité : Caractère de ce qui correspond aux normes sociales, de ce qui est habituel. Inspiré du *Grand Larousse* (Dubois, Garnier et Casalis, 1982)

à la réalité qui reste le critère de différenciation entre la folie et l'originalité » (Zarifian, 1988, p. 38).

Ainsi il n'est pas rare, comme le remarque Otero, de voir s'associer le concept de la santé mentale avec celui de la normativité (2005). Qui plus est, la bonne santé mentale, telle que la définit Furtos, est presque perdue de vue dans les services. Otero le dit d'ailleurs : autant dans la recherche que dans les milieux de pratique, et plus dans le milieu institutionnel que dans le milieu communautaire, l'adaptation est prônée et ce qui n'est pas vu comme un comportement adapté est mal vu, voire découragé (2005). Cela semble loin de l'autodétermination souhaitée et prônée par les valeurs du travail social<sup>2</sup>.

Alors, pour considérer le concept d'une « bonne santé mentale » avec subjectivité<sup>3</sup>, Otero dit qu'il faut garder à l'esprit que « la normativité ne rend jamais l'individu sain d'esprit » (2005, p. 72).

### **1.1.3. Un trop-plein de souffrance**

La définition d'une bonne santé mentale est subjective. Alors, saisir la signification de ce que c'est de vivre avec des troubles de santé mentale, c'est saisir vraiment l'expérience des personnes. C'est comprendre leur histoire de vie sans avoir de préjugés : le trouble de santé mentale n'est pas le lot de quelques miséreux, accablés par une génétique défavorable.

---

« La folie existe en germe en chacun de nous... ce ne serait qu'une question de quantités d'apparitions des symptômes qui différencie le fou des autres... notre cerveau serait capable, dans des circonstances particulières, de fabriquer des symptômes rencontrés en psychiatrie » (Zarifian, 1988, p. 44-45).

---

---

<sup>2</sup> Depuis le début des traitements visant une réinsertion dans la communauté, l'autonomie est valorisée. L'autonomie symbolise pour beaucoup d'intervenants professionnels de différents milieux, une condition essentielle pour avoir une vie saine et heureuse (Bajoit, 2008; Martuccelli, 2004). Mais cette autonomie ne va pas nécessairement de pair avec l'autodétermination : une valeur fondamentale promue par le travail social (Weick et Pope (1988), cité dans Aubry & Émard, 2004, p. 38).

<sup>3</sup> Définition de subjectivité : Caractère de ce qui appartient au sujet, à l'individu seul. Qui juge la réalité de manière subjective, c'est-à-dire propre à une personne en particulier, à son affectivité. Inspirée du *Grand Larousse* (Dubois et al., 1982)

Les circonstances particulières mentionnées dans la citation peuvent, comme le dit Furtos, provenir tout simplement d'une trop grande souffrance accumulée (2007).

Celui-ci a défini trois types de modalités de souffrance (Furtos, 2007). La première se rencontre autant chez ceux qui ont des troubles de santé mentale que chez ceux qui n'en ont pas. C'est une souffrance qui peut être bénéfique puisqu'elle permettrait de trouver des solutions aux difficultés. La seconde est celle d'une souffrance qui commence à empêcher de bien vivre et, si cette dernière est vécue trop longtemps, elle pourrait mener à des troubles mentaux. La troisième souffrance est extrême, ce serait celle qui paralyse, qui empêche l'expression de soi, celle qui plonge la personne dans les troubles mentaux et celle qui peut même mener à l'auto-exclusion (Furtos, 2007).

La souffrance affecte la personne et son parcours de vie. Comprendre la santé mentale c'est donc aussi comprendre des histoires de vie, des histoires de souffrances, avec subjectivité et humanisme, comme le veut le travail social.

Or, dans les services en santé mentale, le travail social apparaît tiraillé par différentes inspirations, visant soit une normalisation soit une compréhension subjective de la personne et de sa souffrance. Les services et les traitements en santé mentale ont évolué vers des soins plus humains, ce qui sera vu dans la prochaine sous-section.

## **1.2. L'évolution des services et des traitements**

Dans ce qui suit, l'évolution des services et traitements en santé mentale sera détaillée. Deux grandes perspectives seront utilisées. D'abord celle, plus normative, de la réadaptation, psychiatrique ou psychosociale, et celle, plus subjective, du rétablissement.

C'est entre les années 1965 à 1990 que s'est installée progressivement une approche plus humaine des troubles de santé mentale (Bouchard, Lecomte et Nadeau, 1986; Lecomte, 1997). Dans les premiers balbutiements de la réadaptation, c'était les experts, surtout les psychiatres, qui disaient comment traiter les personnes. Puis, à mesure que la désinstitutionnalisation s'est mise en place, de nouveaux acteurs apportant une nouvelle vision des troubles de santé mentale, des traitements et des interventions, ont émergé.

### **1.2.1. La réadaptation**

Dans ce qui suit, la réadaptation est divisée en quatre points. Le premier discute de la désinstitutionnalisation et le second de l'humanisation des traitements. Le troisième point distingue la réadaptation psychiatrique de celle dite psychosociale.

#### **1.2.1.1. La désinstitutionnalisation et la réadaptation psychiatrique**

Les traitements en santé mentale diffèrent selon qu'ils sont situés avant ou après les vagues de désinstitutionnalisation, la première vague débutant dès les années soixante selon Lecomte (1997).

C'est vers la fin des années soixante-dix que les façons de voir et de traiter les personnes ayant un trouble de santé mentale ont changé (Bouchard et al., 1986; Lecomte, 1997). Avant cela, dans les années soixante, la désinstitutionnalisation visait une réduction des coûts. Déjà, à cette époque, certains patients revendiquaient des soins plus humains et certains psychiatres se sont ralliés à leur cause (Lecomte, 1997).

Dès la désinstitutionnalisation amorcée, deux approches des troubles mentaux coexistent : celle de la psychiatrie communautaire, qui a fonctionné jusqu'aux années soixante-dix et celle de la psychiatrie asilaire (Lecomte, 1997). C'est une époque où les « patients » étaient incités à sortir des instituts psychiatriques et où des solutions de remplacement à l'hôpital étaient offertes. C'est à cette époque que sont nées les « cliniques » externes de psychiatrie et où plusieurs réformes et plans d'action gouvernementaux en matière de santé mentale ont vu le jour (Bouchard et al., 1986; Lavallée, Lecomte, Lesage et Côté, 1996; Lecomte, 1997). Deux tendances se dessinent, l'une plus biologique et l'autre plus communautaire.

Avant la désinstitutionnalisation, l'internement, systématique et à long terme bien souvent, était généralement prescrit dès qu'un diagnostic de troubles mentaux était posé. L'avis des principaux concernés importait peu alors, parce qu'à l'époque, « la croyance que les troubles mentaux rimaient nécessairement avec une vie improductive ou vide de sens était tenace » (Bouchard et al., 1986; Liberman, 1991; *Un trou dans les nuages [Enregistrement vidéo]*, 1988). Avec la désinstitutionnalisation, cette croyance s'est éteinte.

---

« La réadaptation psychiatrique — pratiquée par des psychiatres, des psychologues, des travailleurs sociaux, des infirmières, des rééducateurs et les patients eux-mêmes et leurs familles — vise à améliorer autant que possible les capacités à long terme des personnes présentant un handicap dans la vie, l'apprentissage, le travail, les relations sociales et l'adaptation. » (Tiré d'Anthony et Liberman, 1986, cité dans Liberman, 1991, p. 1).

---

Des modèles de traitement de réadaptation psychiatrique se sont mis en place pour éviter la réhospitalisation et favoriser l'acquisition d'habiletés reliées à l'autonomie personnelle et l'amélioration des habiletés sociales (Liberman, 1991). Presly et ses collègues constatent, dès le début des années 80, que la seule chose qui distinguait les gens qui pouvaient vivre dans la communauté de ceux qui ne le pouvaient pas était seulement liée à des différences au niveau des habiletés d'autonomie personnelle (Presly et al., 1988, cité dans Liberman, 1991). Les interventions en réadaptation psychiatrique tentaient alors de favoriser ces habiletés (tiré de *Rehabilitation Schizophr. Bulletin* 12 (4), 1986, Liberman, 1991, p. 8).

Le premier but de la désinstitutionnalisation, en Amérique du Nord puis au Québec, était de favoriser une sortie de l'hôpital des personnes pour diminuer les coûts. L'amélioration de l'autonomie semblait aussi visée, de même que l'amélioration des habiletés sociales, avec l'aide des familles, et ce dans un souci d'intégration et de réinsertion (Lecomte et Leclerc, 2000; Liberman, 1991).

La réadaptation psychiatrique, tout en apportant une évolution par rapport à l'époque de l'institutionnalisation, ne signifiait pas l'autodétermination ou même une prise en compte des personnes (Dorvil, 2001). Au début de la désinstitutionnalisation, la vision d'une personne devant être réadaptée persistait. Celle-ci était encore vue comme si elle avait une tare à corriger, devant s'adapter à des normes et des standards prédéfinis, ce qui semble une approche fonctionnaliste et normalisante (Bouchard et al., 1986; Farkas et Vallée, 1996; Farkas et Sargent College of Allied Health Professions. Center for Psychiatric, 1999; Foucault, 1972; Friedman,

1998; Goffman, 1968; Pagé, 1961). Mais, c'est une époque où s'amorcent de grands changements<sup>4</sup>.

### 1.2.1.2. Humanisation des soins

C'est aussi dans une visée d'humanisation des soins que s'est faite cette désinstitutionnalisation. La réadaptation psychiatrique a ainsi évolué vers la réadaptation psychosociale en même temps qu'ont été revendiqués des changements par différents acteurs.

Cette visée d'humanisation de soins et ces revendications ne venaient pas seulement des « patients » et de leur famille. Il ne coexistait pas, non plus, deux discours opposants : d'un côté, ces « patients » et leur famille et de l'autre, les psychiatres et autres professionnels. Ce sont différents acteurs : usagers, professionnels, chercheurs<sup>5</sup> : autant psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux ou autres, leur famille et certains politiciens, qui sont venus revendiquer ces changements.

Plus particulièrement au Québec, les années soixante marquent le début des revendications surgissant de la part de plusieurs ex-patients qui trouvaient de l'appui auprès de psychiatres (Gagné, 2014). De même, certains avaient même l'appui de décideurs publics, par exemple avec le livre : *Les fous crient au secours*<sup>6</sup>, de Jean Pagé (1961), un témoignage sur les hôpitaux psychiatriques de l'époque.

C'est ainsi que dans les années quatre-vingt et quatre-vingt-dix, plusieurs acteurs font réaliser qu'il était possible pour les personnes atteintes de troubles mentaux de bien vivre dans la communauté même si elles avaient reçu un diagnostic sévère de troubles de santé mentale (Lieberman, 1991). D'ailleurs, « comme la plupart des études le démontraient, la majorité des

---

<sup>4</sup> Voir notamment : (Bouchard et al., 1986; *Des alternatives en santé mentale [Enregistrement vidéo]*, 1983; *Le grand monde [Film cinématographique]*, 1988; *Ma valise, mes pilules et pis après ... [Enregistrement vidéo]*, 1989; Pagé, 1961; *Profession [Enregistrement vidéo] : non-professionnel de la santé mentale*, 1988; *Un trou dans les nuages [Enregistrement vidéo]*, 1988), des documentaires audiovisuels qui donnent un portrait de ces changements et des impacts pour les personnes souffrant de troubles mentaux.

<sup>5</sup> Sue Estroff, par exemple, une anthropologue, réclamait des soins moins stigmatisants. Elle disait aussi que les structures de soins psychiatriques poussaient à la chronicisation des troubles de santé mentale (Dutoit, 1999; Greacen et Jouet, 2012). Elle a écrit : *Le Labyrinthe de la folie, Ethnographie de la psychiatrie en milieu ouvert et de la réinsertion* (1998). Pour se faire, elle a passé deux ans (1976-1977) à vivre avec des gens ayant de graves troubles mentaux.

<sup>6</sup> Le livre mentionné a reçu l'appui de Camille Laurin, un psychiatre et un politicien québécois (Lecomte, Y. 1997).

personnes atteintes de troubles mentaux sévères vivaient désormais dans la communauté et désiraient y rester » (Rochon, J., (1997), cité dans Lecomte, 1997).

### **1.2.1.3. Une réadaptation psychiatrique ou psychosociale**

Réadaptation et réhabilitation vont de pairs. D'ailleurs, Barbès-Morin (2006) et Lalonde (2007) disent qu'en anglais, « réhabilitation » est le mot utilisé pour désigner deux concepts : le processus d'intervention, appelé réadaptation, et réhabilitation, c'est-à-dire l'objectif à atteindre.

Lalonde quant à lui, explique que la réadaptation psychiatrique et la réadaptation psychosociale sont synonymes, que les deux visent la réinsertion sociale. Il explique aussi que : « la réadaptation veut redonner des moyens d'agir, améliorer le savoir-faire, proposer des activités attrayantes et faciles à réussir afin de favoriser le succès et donc l'estime de soi » (2007, p. 183-184). Il dit aussi que la réhabilitation veut développer le contexte social de la personne pour améliorer son savoir-être et redonner à la personne sa dignité. Ce ne serait, selon lui, qu'après l'obtention de sa dignité que la personne se rétablirait (Lalonde, 2007).

Il ne semble pas y avoir de séparation nette entre réadaptation psychiatrique et psychosociale, les deux visant la réinsertion comme finalité (Lalonde, 2007). Mais, même s'il n'y a pas de séparation nette entre les deux, des différences se perçoivent.

#### Quelques caractéristiques de la réadaptation psychosociale

Pour sa part, la réadaptation psychosociale se définit comme « une approche basée sur le développement maximal des capacités personnelles » (Dorvil, 2001, p. 18). Ce qui est sous-entendu, c'est la promotion de l'autonomie et des habiletés sociales, comme dans la réadaptation psychiatrique, en plus du développement de certaines compétences et forces, compétences améliorant la qualité de vie dans la communauté pour la personne.

Comme dans la réadaptation psychiatrique, le but est de favoriser les compétences sociales<sup>7</sup>. De plus apparaît le désir d'améliorer le fonctionnement cognitif avec, par exemple, la remédiation cognitive<sup>8</sup>.

---

<sup>7</sup> Voir au point 1.2.1.3. : interventions, outils et traitements, où est décrit, rapidement, cet outil.

<sup>8</sup> Voir au point 1.2.1.3. : interventions, outils et traitements, où est décrit, rapidement, cet outil.



Ce qui est constaté, comme différence entre la réadaptation psychiatrique et psychosociale, est la multiplication des outils, avec la réadaptation psychosociale, pour promouvoir la réhabilitation et la réinsertion. Plusieurs auteurs<sup>9</sup> ont expliqué ces outils.

Une autre différence se constate par la vision du trouble de santé mentale : plus subjective dans la réadaptation psychosociale. Certains chercheurs considèrent que le trouble mental n'est pas comme des symptômes, mais comme un trouble qui provoque une accumulation de pertes dans quatre domaines principaux : pertes auxquelles il est possible de remédier et qui ne sont pas irréversibles. Ces auteurs parlent de pertes au niveau du soi et de l'identité, au niveau professionnel et relationnel (Baker, Procter et Gibbons, 2009).

De plus, l'autonomie est encore promue dans la réadaptation psychosociale, c'est même une valeur centrale. Comme le mentionne Otero, la réadaptation en santé mentale veut soit normaliser la personne pour qu'elle soit autonome et fonctionnelle, ou bien son but est d'aider la personne à « devenir quelqu'un », à se distinguer et à trouver son unicité<sup>10</sup> (2005). La recherche de l'autonomie est grandement promue<sup>11</sup>. Mais certaines ressources communautaires<sup>12</sup> ont réussi à concilier « autonomie » et « autodétermination » (Otero, 2005), comme il en sera discuté dans la section traitant du rétablissement.

### Types de suivis, approches dans la réadaptation

Différents types de suivis de réadaptation sont offerts aux personnes aux prises avec des troubles de santé mentale. Ces interventions et programmes sont effectués par des professionnels en santé mentale (travailleurs sociaux, médecins, psychologues, infirmières, psychiatres) travaillant quelquefois en équipes multidisciplinaires. Certains suivis ont lieu dans le milieu institutionnel, en clinique externe ou à l'hôpital de jour, et remplacent l'hospitalisation à long terme. D'autres suivis ont lieu dans des milieux affiliés au CSSS ou au CIUSSS ou dans les

---

<sup>9</sup> Voir, par exemple : Bedell, 1994; M. D. Farkas & Sargent College of Allied Health Professions. Center for Psychiatric, 1999; Franck, 2016; Goyet et al., 2013; King et al., 2007; Lalonde, 2007; Martin, Quiles, & Schaer, 2014; Spaulding, 2003, pour en nommer que quelques-uns.

<sup>10</sup> Pour en savoir plus sur la question de l'unicité, voir Ehenberg dans : *La fatigue d'être soi* (1998).

<sup>11</sup> Même les travailleuses sociales, selon Rapp, peuvent parfois étouffer les personnes qu'elles souhaitent aider parce qu'elles veulent trop les protéger (2012).

<sup>12</sup> La réadaptation est encore grandement utilisée dans plusieurs ressources communautaires pour promouvoir le rétablissement. D'ailleurs, les limites entre réadaptation et rétablissement ne sont, non plus, si clairement définies.

différentes cliniques des groupes de médecins de famille (GMF). Ils peuvent être d'intensité variable (SIV) ou intensive (SI). Ces suivis peuvent aussi être des suivis individuels, de groupe ou familiales.

Ces suivis sont d'approches variées, s'inspirant quelquefois des suivis de type « case management »<sup>13</sup>, quelquefois des approches TCL (Training in community living) et ACT (Assertive Community treatment) qui ont aidé, dès les années soixante-dix, les personnes à s'insérer dans la communauté (Aubry et Émard, 2004; Lalonde, 2007).

Certains travailleurs sociaux utilisent aussi des approches systémiques (de Sande, Beauvolsk, & Renault, 2011; Mayer, 2002), quand ils rencontrent la famille d'une personne ayant des troubles mentaux par exemple. D'autres utilisent l'approche des forces (Rapp, 2012), des approches plus centrées sur la personne (Bellier-Teichmann, Fusi et Pomini, 2016; Corrigan et American Psychological, 2015; Gélinas, 1998) ou des approches plus structurelles (Mayer, 2002) quand ils font de la défense de droits.

De plus, des approches et des outils que l'on retrouve dans le milieu communautaire sont aussi parfois utilisés par des travailleurs sociaux qui travaillent dans le milieu institutionnel.

### Interventions, outils et traitements

Tania Lecomte et ses collègues ont documenté, dans une étude parue en 2014, les interventions en réadaptation psychiatrique ayant des résultats probants (Lecomte, Corbière, & Leclerc, 2014). Ces interventions sont, en général, des interventions familiales<sup>14</sup>, des thérapies cognitives comportementales, des entraînements aux habiletés sociales<sup>15</sup>, des thérapies de

---

<sup>13</sup> La gestion de cas, une des approches de la réadaptation psychosociale est, beaucoup plus que dans les approches du rétablissement, centrée sur la gestion de la médication. D'ailleurs, selon Stanhope, une travailleuse sociale américaine, et ses collègues, il faudrait former les gestionnaires de cas à une nouvelle vision des troubles mentaux puisqu'ils assimilent souvent le traitement de ces troubles à la prise de médicaments. (Stanhope, Choy, Tiderington, Henwood et Padgett, 2016)

<sup>14</sup> Voir par exemple le programme de D.B. Liberman, et R.P. Liberman, dans l'article : *Rehab rounds: Involving Families in Rehabilitation through behavioral family management* (2003).

<sup>15</sup> Une étude récente montre l'intérêt à favoriser ces compétences. « Dans cette étude, il est possible d'y constater que plusieurs des personnes schizo-phrènes avaient la conviction qu'elles étaient incapables de conserver une relation amicale ou même d'entrer en contact avec les gens. Or, avec des thérapies cognitives comportementales pour « reprogrammer » leurs croyances négatives et défaitistes, ces personnes ont pu considérablement améliorer le nombre et la qualité de leurs interactions sociales » (traduction libre de l'abstract : (Granholm, Ben-Zeev, Fulford et Swendsen, 2013, p. 121)).

remédiation cognitive, les programmes intégrés pour toxicomanie et troubles mentaux, et les programmes de soutien à l'emploi (Lecomte, Corbière et Leclerc, 2014).

Franck aussi discute d'outils similaires, des outils qui réduisent plus particulièrement certaines manifestations psychiques comme la manie, les symptômes négatifs de la schizophrénie, certains troubles d'intériorisation ou « d'insight » (2016).

Les interventions cognitives comportementales sont souvent utilisées en réadaptation psychosociale. Ce sont des interventions où les usagers y font des exercices abstraits et jeux pédagogiques, de l'analyse d'images illustrant des situations sociales, des exercices de communication, des jeux de rôles, gestion des émotions et résolution de problèmes. Ce sont des interventions dites de types IPT (Integrated Psychological Treatment), un modèle originalement développé par Brenner en 1992, puis par Pomini en 1998. Ce modèle a été implanté dans neuf hôpitaux montréalais (Briand et al., 2005)<sup>16</sup>. C'est un programme de traitements pour les personnes ayant un trouble schizophrénique ou psychotique grave.

L'article de Blondeau, Nicole et Lalonde, indique plus particulièrement les interventions en réadaptation qui ont lieu au Québec, surtout pour la schizophrénie (2006). Les auteurs y dressent un tableau de quelques types d'interventions et outils les plus utilisés. Ils parlent notamment de l'entretien motivationnel<sup>17</sup>, du programme « Patient Outcome Research Team » (PORT)<sup>18</sup> pour les familles et du programme PACT (Program of Assertive Community Treatment)<sup>19</sup>. Ce ne sont pas là, les seuls interventions et outils qui sont utilisés en réadaptation de la schizophrénie au Québec, mais celles-ci sont les plus connues.

---

<sup>16</sup> Cet article discute plus des points forts et ceux à améliorer lors de l'implantation de ce programme, du moins selon les usagers et selon les intervenants. Pour avoir une idée plus détaillée de ce modèle IPT, consulter les travaux de Brenner, H. D., et Pomini, V. Voir notamment : Müller, D. R., Roder, V., Brenner, H. D., 2003, *Effectiveness of the Integrated Psychological Treatment (IPT) for schizophrenia patients: A meta-analysis covering 25 years of research*, Schizophrenia Research, 60, 326 et Pomini, V., Neis, L., Brenner, H. D., Hodel, B., Roder, V., 1998, *Thérapie psychologique des schizophrénies*, Mardaga éditeurs, Sprimont.

<sup>17</sup> Thérapie brève d'une à six rencontres pour favoriser le changement chez l'usager.

<sup>18</sup> Ce programme offre du soutien, de la psychoéducation, de l'apprentissage de techniques d'intervention en cas de crise et de la résolution de problèmes.

<sup>19</sup> C'est un programme construit dans les années 80 aux États-Unis pour favoriser l'action et l'inclusion, au quotidien, dans des activités sociales et communautaires.

En ce qui concerne les recherches en réadaptation psychosociale, il est à noter que le champ s'est agrandi depuis le début de la réadaptation psychiatrique. Les recherches veulent par exemple mieux comprendre les besoins des personnes par rapport au travail et aux loisirs<sup>20</sup>, au logement<sup>21</sup> et avec certains chercheurs, comprendre les phénomènes de l'exclusion et de la stigmatisation (McCubbin et al., 2010).

À la lecture de ces écrits sur la réadaptation, qu'elle soit psychiatrique ou psychosociale, il apparaît qu'elle vise une meilleure réinsertion de la personne à sa communauté. Désormais, elle est plus humaine qu'à ses débuts même si elle ne promeut pas encore une pleine autodétermination de la personne : celle qui est promue dans les approches dites de rétablissement.

### **1.2.2. Le rétablissement**

---

« Le rétablissement n'est possible que dans un contexte où l'individu peut être acteur de sa propre vie... » (Greacen & Jouet, 2012, p. 9)

---

Dans ce qui suit, le rétablissement sera expliqué à la fois comme un mouvement, comme un concept large défini par plusieurs approches et ayant différentes valeurs et dimensions. S'en suivra ensuite un survol de quelques recherches qualitatives s'intéressant aux conceptions du rétablissement du point de vue des usagers des services en santé mentale.

#### **1.2.2.1. Naissance d'un mouvement**

Comme la réadaptation psychosociale, le mouvement du rétablissement est né grâce, entre autres, à l'écriture de plusieurs récits contestataires. D'ailleurs, ce sont ces récits, publiés dans diverses revues scientifiques, qui ont contribué à l'utilisation du terme « rétablissement » (Gagné, 2014).

---

<sup>20</sup> Voir notamment : Arveiller, 1991; Aubin, Hachey, & Mercier, 2002; Cara, 2005; Parr, 2008.

<sup>21</sup> Voir notamment : Morin et al., 2009; J.-F. Pelletier, 2009 (Pelletier, 2009)

C'est un mouvement social qui a été initié par des revendications de personnes appelées « survivors » : des ex-psychiatrisés qui faisaient encore face à des préjugés et à de la discrimination et qui sont devenus, pour certains, des intervenants professionnels (Gagné, 2014). Ces revendications étaient, comme pour la réadaptation, à propos des traitements, qui étaient, selon plusieurs, encore considérés comme inhumains (Farkas, 2018).

C'est aussi un mouvement regroupant des usagers des services en santé mentale qui veulent vivre une vie satisfaisante qu'eux-mêmes choisissent, réclamant le contrôle de leurs traitements et de leurs manières de vivre dans la communauté. Ils disent vouloir un partenariat égal, entre eux et ceux qui leur donnent des traitements, ce que Deegan a appelé : la prise de décisions partagée (2005). Partagée parce que : « les usagers veulent choisir pour eux et qu'ils ont la volonté d'aider au renouvellement des pratiques, qu'ils disent vouloir enrichir de leur expérience et qu'ainsi, chacune des parties apprend l'une de l'autre » (Arveiller, Durand et Martin, 2017).

Le mouvement du rétablissement est aussi revendicateur d'une participation sociale à la société, comme l'est par ailleurs, le mouvement des personnes handicapées<sup>22</sup> (Gagné, 2014).

### **1.2.2.2. Définir le rétablissement**

Dans la littérature sur le sujet, le rétablissement se conçoit différemment selon les auteurs et les acteurs. Dans ce qui suit, il sera d'abord vu comme étant l'apprentissage d'une nouvelle façon de vivre. Ensuite, une définition, la plus consensuelle sera donnée puis il sera regardé plus précisément dans les valeurs et les dimensions qu'il sous-entend.

Un retour impossible à l'état antérieur : l'apprentissage d'une nouvelle vie

En se fiant seulement aux définitions de la plupart des dictionnaires, le mot rétablissement signifie l'action pour rétablir ce qui s'était altéré. Dans le cas des troubles de santé mentale, revenir à l'état antérieur, avant l'apparition du trouble, est plus complexe, le trouble de santé mentale semblant toujours avoir un impact ou une influence<sup>23</sup>.

---

<sup>22</sup> Voir notamment Fougeyrollas (1998).

<sup>23</sup> Corin s'était déjà fait cette réflexion dans son texte : *Se rétablir après une crise psychotique : ouvrir une voie? Retrouver sa voix?* (2002, p. 66)

Certains auteurs voient d'ailleurs le rétablissement comme l'apprentissage d'une nouvelle façon de vivre avec les troubles mentaux (Anquetil-Callac, 2006; Audin; Corin, 2002; Corin, Poirel et Rodriguez Del Barrio, 2011; Corrigan et American Psychological, 2015; Greacen et Jouet, 2012; Hardcastle, 2007; Jouet, 2011; Procter, 2014; Provencher, 2002; Solomon et Giola, 2016; Spaniol, Koehler et Sargent College of Allied Health Professions. Center for Psychiatric, 1994).

L'idée que c'est la personne qui doit faire l'apprentissage de cette nouvelle vie semble centrale dans le rétablissement (Gagné, 2014). Cette idée met l'accent sur le nouveau sens et le nouveau but que la personne donne à sa propre vie (Gagné, 2014). C'est d'ailleurs l'idée d'une des définitions qui semble la plus communément admise.

#### Une définition du rétablissement faisant consensus

Une définition semble avoir un certain consensus. C'est une définition de William Anthony qui signifie « vivre sa vie au-delà de la maladie » (Gagné, 2014, p. 1). Plus précisément, cette définition est :

---

« Un processus profondément personnel et singulier de changement d'attitudes, de valeurs, de ressentis, d'objectifs, de compétences ou de rôles. C'est une manière de mener une vie satisfaisante, utile et sous le signe de l'optimisme, même avec des limites imposées par la maladie. Le rétablissement veut dire donner, peu à peu, un nouveau sens et un nouveau but à sa vie, à mesure qu'on dépasse les effets désastreux de la maladie psychique » (Anthony, 1993, cité dans Greacen et Jouet, 2012, p. 115).

---

Ainsi, le rétablissement semble être, pour certains chercheurs, l'objectif à atteindre et donc le résultat des interventions en réadaptation psychosociale (Davidson, Harding et Spaniol, 2005; Holloway, 2015; Latimer et Rabouin, 2011). Pour d'autres, il marque une nette différence d'avec la réadaptation à cause de l'aspect « autodétermination » qui est promu (Arveiller et al., 2017; Corrigan et American Psychological, 2015; Farkas et Vallée, 1996; Farkas et Sargent

College of Allied Health Professions. Center for Psychiatric, 1999; Greacen et Jouet, 2012; Jouet, 2011; Juvva et Newhill, 2011).

Il apparaît qu'à la fois le rétablissement et la réadaptation veulent, à leurs manières, améliorer les capacités et compétences favorisant la réinsertion sociale. Il n'y a que la réadaptation qui vise toujours une meilleure autonomie tandis que le rétablissement, par différentes approches, tient davantage compte des besoins de la personne et de ses objectifs personnels (Anthony, Rogers et Farkas, 2003; Arveiller et al., 2017; Brice et Franck, 2012; Corrigan et American Psychological, 2015; Davidson et al., 2005; Farkas et Sargent College of Allied Health Professions. Center for Psychiatric, 1999; Greacen et Jouet, 2012).

Mais aucun principe précis ne semble permettre de distinguer une philosophie exclusive au rétablissement. Une approche du rétablissement est, selon Holloway, similaire à une approche de réadaptation psychosociale, mais plus « personnalisée », sans toutefois indiquer par quelles balises s'opère cette personnalisation (Holloway, 2015). Ainsi, plusieurs approches peuvent se dire être une approche de rétablissement.

Une panoplie d'approches pour mettre en œuvre le rétablissement

Ainsi, il existe plusieurs approches<sup>24</sup> centrées sur le rétablissement. Ces approches peuvent être les mêmes que celles vues précédemment dans les approches de réadaptation ou elles peuvent être d'une approche alternative (Corin, Poirel, Rodriguez Del Barrio, 2011). Corin décrit le rétablissement comme une approche ciblant le potentiel des personnes et qui tient compte du point de vue des personnes.

Il apparaît aussi que les recherches menées à ce jour suggèrent : « qu'il n'existe pas de voie unique vers le rétablissement et que les objectifs du rétablissement et le processus pour le mettre en œuvre peuvent être différents d'une personne à l'autre » (Traduction libre, cité dans Anthony et al., 2003, p. 105-106).

Ainsi, plusieurs approches peuvent être utilisées, simultanément parfois, pour promouvoir le rétablissement avec la personne qui veut le mettre en œuvre.

---

<sup>24</sup> Brice et Franck en dressent un portrait et en expliquent plusieurs dans leur article intitulé : *Facteurs subjectifs et rétablissement dans la schizophrénie* (2012).

## Valeurs et dimensions du rétablissement

Les mêmes valeurs et dimensions retrouvées dans les approches de réadaptation à savoir : promotion de l'autonomie, promotion des habiletés sociales et amélioration des compétences facilitant la réinsertion dans la communauté sont aussi vues comme faisant partie des valeurs ou dimensions du rétablissement (Gagné, 2014). Mais certaines dimensions viennent faire du rétablissement une approche distincte, et plus complète, de l'approche de la réadaptation.

### L'autodétermination et l'appropriation de pouvoir

L'autodétermination est une valeur qui est promue dans le mouvement du rétablissement (Corrigan et American Psychological, 2015; Farkas et Vallée, 1996; Farkas et Sargent College of Allied Health Professions. Center for Psychiatric, 1999; Gagné, 2014; Gagné, Vaillancourt, Fréchette et Baril, 1996; Stanhope et al., 2016).

Le rétablissement vise aussi le développement de la personne par l'appropriation de pouvoir, grâce, entre autres, à l'expérience partagée par des usagers qui veulent aider au renouvellement des principes et par des activités de participation sociale dans la communauté (Arveiller et al., 2017).

De plus, le fait que d'anciens usagers soient devenus des intervenants professionnels a permis la promotion de nouvelles valeurs comme l'entraide entre pairs, l'authenticité, la constance, la responsabilisation de la personne et la confiance en soi (Gagné, 2014).

### L'influence des relations sociales

Dans la littérature récente sur le rétablissement, celui-ci est décrit comme profondément personnel et unique. Mais, selon certains auteurs, il faut aussi promouvoir l'environnement social et relationnel pour promouvoir le rétablissement. Par exemple, Topor, Borg, Di Girolamo et Davidson, de même que Tew (2012), affirment que le rétablissement implique les contributions des autres, de l'environnement social et de la société (2011).

Les pairs, la famille et la communauté sont d'ailleurs des facteurs très positifs et d'une grande importance pour le rétablissement (Bonnet, 2014; Caron et Guay, 2005; Davidson et al., 2005; Greacen et Jouet, 2013; Grenier, Fleury, Stip, Caron et Delorme, 2014; Holloway, 2015; Repper, 2003).



De plus, la fréquentation d'un organisme communautaire en santé mentale (OCSM) a été démontrée comme étant très positive dans la vie des usagers des services. Plusieurs auteurs<sup>25</sup> expliquent comment ces organismes ont aidé les personnes à se transformer et à expérimenter ce que c'était que d'être soi.

D'autres montrent que l'influence des pairs peut améliorer le rétablissement par rapport aux habitudes alimentaires, au tabagisme et à la communication avec un médecin (Cabassa, Camacho, Velez-Grau et Stefancic, 2017; Chinman et al., 2014).

### Reconstruction identitaire

La reconstruction identitaire aussi est mentionnée, par les intervenants et aussi par les usagers, comme faisant partie du rétablissement de la personne<sup>26</sup>. Provencher, par exemple, voit d'ailleurs le rétablissement comme l'apprentissage d'un « nouveau soi » (2002).

Cet apprentissage est vu par plusieurs auteurs comme une reconstruction identitaire, possible grâce à une revisite, par la personne, des souvenirs du passé, visite effectuée avec une personne de confiance qui se trouve à être, souvent, l'intervenante ou la travailleuse sociale. C'est d'ailleurs pourquoi plusieurs auteurs considèrent comme importante la construction d'un lien de confiance entre l'aidant et l'aidé qui utilise des services en santé mentale (Rodriguez Del Barrio, 2005, 2011; Rodriguez del Barrio et Poirel, 2011; Rodriguez, Bourgois et Landry, 2006; Rodriguez et al., 2002).

La reconstruction identitaire est aussi mentionnée par Copeland qui discute : « d'accueil de soi, de plaidoyer pour soi-même ou de pardon pour soi » ((1997), cité dans Greacen et Jouet, 2012). Brice et Franck parlent aussi d'une reconstruction identitaire qui permet de retrouver une confiance en soi et qui permet de se réapproprier sa vie (2012). De même, Loumpa (2012) discute de reconstruction identitaire en expliquant comment la thérapie narrative<sup>27</sup> est utile pour promouvoir le rétablissement.

---

<sup>25</sup> Voir notamment (Bonnet, 2014; Corin et al., 2011; Gagné et al., 1996; Lemire Auclair, 2013; Paquet, 2016; Provencher, 2002; Roberge et White, 2009; Rodriguez del Barrio, 2011; Rodriguez del Barrio et Poirel, 2011; Rodriguez, Corin, Guay, Lecompte et Gagné, 2000; Rodriguez, Corin, Poirel et Drolet, 2002)

<sup>26</sup> Voir notamment : (Brice et Franck, 2012; Caron et Guay, 2005; Corin, 2002; Corin et al., 2011; Davidson et al., 2005; Provencher, 2002; Rodriguez et al., 2000)

<sup>27</sup> Notamment par l'écriture et le témoignage en groupe thérapeutique.

## Retrouver l'espoir

Pour aider au rétablissement, plusieurs auteurs ont dit que ce qui est aidant pour les personnes c'est de trouver un sens ou une signification aux épreuves vécues de même que trouver un apaisement et une paix (Anquetil-Callac, 2006; Arveiller et al., 2017; Brice et Franck, 2012; Corin, 2002; Corin et al., 2011; Corrigan et American Psychological, 2015; Davidson et al., 2005; Rodriguez Del Barrio, 2005).

Un autre aspect souvent mentionné comme faisant partie du rétablissement par les usagers est l'espoir. Young et Ensing ((1999), cité dans Aubry et Émard, 2004), dans leur étude auprès de dix-huit personnes, ont constaté que ce qui était le plus important pour elles dans leur rétablissement était le fait d'avoir retrouvé l'espoir et l'inspiration. Ils expliquent que cela était nécessaire pour développer leur inspiration et leur envie de passer à l'action, de créer et de construire ses projets.

## La spiritualité

Il apparaît aussi que parmi les personnes présentant un trouble mental, il y a une « forte prépondérance du spirituel et du religieux » (Koenig (2009), cité dans Béguet, Turgeon, Meintel et Mossière, 2011, p. 221). D'ailleurs, « un grand nombre d'écrits psychologiques considèrent la religion et la spiritualité comme des stratégies adaptatives aux troubles mentaux »<sup>28</sup> (Béguet et al., 2011). Cela s'explique par le fait que la spiritualité permet de trouver un sens aux épreuves vécues, en plus de permettre un apaisement qui serait aidant pour l'ajustement psychologique de la vie avec des troubles mentaux.

D'ailleurs, Park suggère clairement que l'espoir stimulé par la spiritualité permet l'adaptation à l'épreuve, plus spécifiquement chez les personnes souffrant d'état de stress post-traumatique<sup>29</sup> (2017). La spiritualité, l'espoir et le rétablissement semblent donc aller de pair. C'est aussi ce que relève l'étude de Stamino, qui mentionne que dans les pratiques orientées vers le rétablissement, il serait bien d'incorporer la spiritualité (2016).

---

<sup>28</sup> Béguet montre le rôle de cette dimension dans les groupes d'entendeurs de voix (2011) Le rétablissement passe alors par l'expression de l'expérience mystique et cela laisse place à toutes sortes d'interprétations : religieuses, mystiques, parapsychologiques, karmiques, métaphysiques.

<sup>29</sup> L'article de Park suggère clairement que ce pourrait être le cas avec les troubles mentaux.

## La création et les arts, l'action et le travail

Beaucoup de personnes considèrent l'ergothérapie comme très bénéfique et qui aurait avantage à être introduite encore plus dans les services en santé mentale. C'est le cas dans certains programmes d'hôpital de jour d'ailleurs, et dans plusieurs organismes communautaires : l'ergothérapie est offerte à travers plusieurs activités d'arts (Cara, 2005; Chemama-Steiner, 2003; Germé et Attigui, 2011; Krupa et Clark, 2004; Mendez-Negrete, 2013; Nolin, 2008; Synovec, 2015).

D'autres auteurs mentionnent aussi que favoriser la fréquentation d'espaces naturels, comme les jardins urbains et les parcs et la pratique d'activités de plein air sont très bénéfiques pour le rétablissement des personnes souffrant de troubles mentaux (Bernard et Ninot, 2012; Parr, 2008; Pignol, 1998).

Pour d'autres, aider les personnes à « passer à l'action », que ce soit dans le travail, la formation, le bénévolat ou toute autre participation sociale, sont des moyens de promouvoir le rétablissement (Davidson et al., 2005; De Pierrefeu et Pachoud, 2014; Jouet, 2016; Kinn, Holgersen, Aas et Davidson, 2014; Lauzon et Lecomte, 2002; Pachoud, 2012; Pachoud et Corbière, 2014; Roche, 2014; Spaniol et al., 1994)

### **1.2.2.3. Le point de vue des personnes dans quelques recherches qualitatives sur le rétablissement**

Les approches centrées sur le rétablissement sont plus personnalisées et se distinguent des approches de réadaptation par une plus grande prise en compte des personnes. D'ailleurs, quelques recherches qualitatives ont cherché à regarder le point de vue des personnes à propos de leurs conceptions et leurs manières de vivre le rétablissement.

Lecomte et Gagné (2000), par exemple, mentionnent que pour se rétablir, les personnes ont besoin de reconquérir leur dignité, veulent comprendre leurs actes et leurs paroles pour gérer leur souffrance émotionnelle et veulent aussi se réapproprier leur autonomie. Les auteurs mentionnent aussi que les personnes ont besoin de développer leur estime d'eux-mêmes et leur réseau social (Lecomte et Gagné, 2000).

Aussi, dans leur article « La thérapie alternative: se (re) mettre en mouvement », Rodriguez et ses collaboratrices ont analysé que pour les personnes, le rétablissement semble s'associer à la

possibilité de changements dans divers domaines de l'existence et à l'identification de quelque chose permettant de comprendre et de mieux vivre la souffrance. Par l'expression de leur histoire personnelle, les personnes comprennent mieux l'impact de la souffrance et apprennent à mieux faire face aux difficultés alors qu'elles se remettent en mouvement (Rodriguez et al., 2000).

De même, Corin dans son article « Se rétablir d'une crise psychotique : ouvrir une voie ? Retrouver sa voix ? » (2002) discute de la signification du concept de rétablissement pour les personnes qui font l'expérience de la psychose. Dans ses recherches, les personnes percevaient leur rétablissement comme une recherche et une réappropriation d'elles-mêmes, une recherche de bien-être personnel et une recherche pour comprendre ce qui leur arrive par rapport à leurs troubles mentaux (2002).

Corin mentionne aussi que : certaines personnes préfèrent avoir leurs propres lieux où elles peuvent y être anonymes et établir leur routine quotidienne, se sentant bien en restant à la fois en marge et incluse dans la société<sup>30</sup> (2002). Ces personnes vivent ainsi, le temps de retrouver une certaine stabilité ou un certain équilibre, le temps de réapprendre à vivre avec une nouvelle donne : celle des troubles mentaux.

Dans ces mêmes recherches de Corin pour comprendre l'expérience de la psychose, des personnes disent ce que cela signifie, pour elles, de se rétablir. C'est : « trouver des mots pour le dire, apprivoiser le quotidien, retrouver un contrôle sur sa vie, rouvrir un mouvement perçu comme bloqué... » (Corin, 2002). Ces recherches mentionnent aussi la place que prend, pour ces personnes, la reconnaissance d'autrui dans le rétablissement, afin que soit reconnu le caractère « exceptionnel » de leur expérience psychotique (Corin, 2002).

Une autre étude descriptive a aussi été menée pour étudier quelle signification avait les activités quotidiennes pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves (Aubin, Hachey et

---

<sup>30</sup> Cette manière de retrouver son équilibre est en fait un « retrait positif » qui peut se vivre de différentes façons (Corin, E., 2002). Il est qualifié de « positif » puisque la personne peut se reconnecter à elle-même et cheminer selon son propre rythme (Corin, E., 2002). L'auteure précise aussi que ces personnes ne sont pas complètement isolées de la société. Elles fréquentent des endroits, « avec une régularité parfois déconcertante » (Corin, E., 2002), où elles se sentent insérées et où elles sont seules, en même temps, comme dans un café par exemple. Ces endroits sont des endroits où il est possible pour les personnes « de reprendre pied » (Corin, E., 2002, p.73), le temps que « quelque chose s'apaise en eux et que quelque chose... [d'autre] naisse » (Corin, E., 2002, pp.68-69).

Mercier, 2002). Dans cette étude, la signification des activités a été définie à partir de trois déterminants, soient : le sentiment de compétence, l'importance et le plaisir. Dans une entrevue semi-structurée effectuée auprès de quarante-cinq personnes souffrant de troubles mentaux graves, les activités incluses dans les catégories de l'hygiène et des soins, des repas et du sommeil ont permis d'obtenir un plus grand sentiment de compétence, étaient des activités plus importantes que les autres dans leur rétablissement et leur permettaient d'obtenir plus de plaisir. Chez les personnes ayant un emploi par contre, c'est toutefois le travail qui était le plus important dans le rétablissement et les activités sociales n'étaient alors qu'associées au plaisir (Aubin et al., 2002).

Par rapport aux traitements, Rodriguez Del Barrio (2005) a aussi questionné les usagers des services en santé mentale pour savoir ce qu'ils pensaient de la médication. Dans son article « Jongler avec le chaos » (2005), Rodriguez explique ce que signifie, pour les personnes, la prise de médicaments psychotropes. Ces personnes disent que la prise de médicaments signifie qu'elles se considèrent différentes et « anormales » de prendre de la médication, voire même exclues de la société en raison du fait qu'elles se sentent comme « obligées de les prendre ».

Les recherches de Corin, Poirel et Rodriguez Del Barrio, pour établir les paramètres de l'approche alternative du rétablissement en santé mentale, ont aussi, entre autres, cherché à voir quels étaient les changements, dans la vie des usagers, qui avaient été bénéfiques pour eux. Les personnes ont dit que c'était le fait d'avoir fait une recherche de sens à propos de ce qui leur arrivait qui avait été bénéfique pour elles.

Elles ont aussi dit que cette recherche de sens était essentielle pour que les personnes retrouvent le goût à la vie. De plus, elles ont mentionné l'importance pour les personnes de faire une recherche sur elles-mêmes en revisitant leur passé, et ce afin de pouvoir « se remettre en mouvement », c'est-à-dire, recommencer à vivre, à s'exprimer et à être en relation (Corin et al., 2011).

Aussi, l'article intitulé « Who believes most in me and in my recovery : The importance of families for persons with serious mental illness living in structured community housing » (Piat, Sabetti, Fleury, Boyer et Lesage, 2011) discute d'une recherche qualitative mentionnant le rôle

et l'importance de la famille pour les personnes souffrant de troubles de santé mentale. Ces personnes, vivant seules dans des appartements supervisés, ont dit que les membres de leur famille, plus que les professionnels et les amis, étaient les personnes les plus importantes pour leur rétablissement parce qu'elles croyaient le plus en elles et en leur capacité de se rétablir. De plus, la famille leur apporte du soutien affectif dans les moments difficiles et dans leur quotidien, leur donne de l'affection et leur procure un fort sentiment d'appartenance qui est très important pour leur rétablissement (Piat et al., 2011).

Dans leurs recherches auprès de différents acteurs visant à préciser les grands paramètres d'une approche alternative du traitement, Corin, Poirel et Rodriguez ont questionné dix-sept personnes usagères de ressources alternatives en santé mentale du Québec. Il en ressort que selon les personnes, il faut aller aux sources de sa souffrance pour se rétablir, qu'il faut trouver ce qui cause sa souffrance, par un cheminement intérieur. Cette souffrance étant différente d'une personne à l'autre, l'individualité dans la manière d'aller au fond de soi et de se rétablir devient essentielle. Le processus de rétablissement est donc quelque chose de subjectif selon les personnes (Poirel et al., 2011).

Une autre recherche en 2012 a montré, d'abord, que pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale courants tels que la dépression et l'anxiété, la compréhension du concept « rétablissement » est moins élargie que pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale plus graves, telle que la schizophrénie. De plus, les auteurs ont pu documenter le fait que le rétablissement était associé, selon les personnes, au développement d'un équilibre de vie et d'un sentiment de contrôle. Les personnes ont aussi montré l'importance d'apprendre à résoudre leurs problèmes et de poursuivre et réussir leurs objectifs personnels (McEvoy, Schauman, Mansell et Morris, 2012).

De plus, d'autres chercheurs semblent dire que, pour les usagers des services en santé mentale, le rétablissement est facilité par les facteurs sociaux beaucoup plus que par l'aide professionnelle (Teo, 2013).

Une autre recherche de Lietz, Lacasse, Hayes et Cheung (2011) cherchait à savoir ce qui était aidant dans les services pour les personnes. Les usagers des services ont dit que les services les plus utiles pour eux étaient ceux qui permettaient d'obtenir de la sécurité. De plus, une approche

humaine et individualisée favorisant l'autodétermination et l'adoption de pensées positives<sup>31</sup> et cultivant l'estime de soi était aidante.

Cette étude a aussi permis de constater ce qui était nuisible au rétablissement. « Les personnes disaient que c'est lorsqu'elles se sentaient devant de la coercition et qu'elles sentaient qu'elles devraient simplement faire ce qu'on leur disait... alors qu'elles interagissaient avec des professionnels du système de santé mentale, que c'est dans ces moments-là que leur rétablissement n'allait pas bien » (traduction libre, 2014, p. 172).

Une autre recherche discute des perceptions de douze personnes, impliquées dans le mouvement des « survivors », par rapport à leur rétablissement (Chassot et Mendes, 2015). Trois grands thèmes concernant la manière dont l'implication dans les mouvements sociaux, celui des « survivors » surtout, a affecté leur expérience par rapport à leur détresse. Il s'avère que s'impliquer dans un mouvement donne un sens à leur détresse, leur permet de se connaître et d'aider les autres, ce qui leur permet de mieux se rétablir (Chassot et Mendes, 2015).

Dans une autre recherche, huit usagers d'un centre de santé mentale communautaire ont été interrogés sur leurs attentes en matière de traitement, leurs objectifs et leurs espoirs de rétablissement au début de la fréquentation de l'organisme (Biringer, Davidson, Sundfør, Ruud et Borg, 2016). Deux ans après, c'est sur leurs expériences qu'ils ont été questionnés. Les résultats de recherche font ressortir cinq points essentiels dans la façon de comprendre le rétablissement par les usagers : développer une compréhension de soi et de ses problèmes de santé mentale; apprendre à changer les sentiments et les comportements par différentes techniques et moyens; sortir de l'isolement et fréquenter de nouveaux lieux où faire des rencontres sociales, trouver la bonne médication pour soi et avoir des conseils au niveau de la vie au quotidien (Biringer et al., 2016).

Les recherches qualitatives, sur le point de vue des personnes, mentionnent donc : une connaissance de soi, l'apprentissage de la vie avec des troubles mentaux, la compréhension et une recherche de sens à ce qui leur arrive, l'apprentissage de moyens permettant de faire face à la souffrance, l'autodétermination, une stabilité et une sécurité dans leur quotidien, l'importance

---

<sup>31</sup> Par exemple, par des techniques de thérapies cognitives-comportementales et par l'apprentissage de jeux de rôles, les personnes apprennent à vivre une saine émotivité.

d'autrui dans la reconnaissance de leur expérience et dans l'importance de se créer un réseau social, la participation sociale à des projets, l'action et la remise en mouvement, l'importance de leur famille pour la dimension affective, le soutien et la reconnaissance de leur potentiel de rétablissement, comme des éléments importants du rétablissement.

Ces recherches qualitatives sur le point de vue d'utilisateurs permettent d'orienter et de définir les questions et objectifs de recherche exposés dans la prochaine partie de la problématique qui suit.

## **Partie 2. : Questions et objectifs de recherche**

Cette deuxième partie de la problématique est une explication des questions et objectifs principaux et secondaires. Cela se fera en trois points. Premièrement, les questions et des objectifs principaux sont exposés puis, les questions et objectifs secondaires. Troisièmement, la pertinence de la présente recherche est posée.

### **2.1. Question principale et objectif général**

La question principale de recherche est la suivante : « Quelles sont les conceptions du rétablissement chez les personnes aux prises avec des troubles mentaux ? » Répondre à cette question est donc l'objectif général. Plus précisément, l'objectif principal est de documenter les conceptions du rétablissement des personnes et regarder ce qu'elles considèrent important de mettre en œuvre pour avoir le sentiment de se rétablir et d'aller mieux. C'est à partir des conceptions du rétablissement de personnes fréquentant une ressource communautaire en santé mentale que se fera la présente recherche. Celle-ci nous amènera ainsi à dégager si leurs conceptions du rétablissement vont dans le même sens que les valeurs et les dimensions déjà explorées du rétablissement en santé mentale, notamment à travers des recherches qualitatives s'intéressant au point de vue des personnes<sup>32</sup>. Cette recherche s'intéresse aussi à la manière dont ces conceptions du rétablissement se traduisent dans le quotidien des personnes.

---

<sup>32</sup> Ce point de vue des personnes est exposé dans les recherches qualitatives discutées dans le point 1.2.2.4.



## 2.2. Questions et objectifs secondaires

Cette recherche veut répondre à des questions qui tournent à l'entour de trois objectifs secondaires. Le premier objectif est de faire des liens entre des sentiments d'accomplissement et une réalisation de soi avec les conceptions du rétablissement de personnes souffrant de troubles de santé mentale. Le deuxième objectif est d'identifier de quelles manières et par quelles activités ces personnes mettent en œuvre leur rétablissement. Le troisième objectif secondaire est de constater, avec l'aide d'une synthèse des résultats, s'il y a des conceptions du rétablissement et des manières de les mettre en œuvre qui sont récurrentes ou particulières chez les personnes rencontrées.

### 2.2.1. Les sentiments d'accomplissement, la réalisation de soi et les conceptions du rétablissement

Le premier objectif secondaire est de voir s'il existe des liens entre les conceptions du rétablissement et le développement et l'acquisition de sentiments d'accomplissement et de réalisation de soi.

Ces liens semblent exister parce que beaucoup de méthodes, outils et modèles liés au rétablissement, de même que beaucoup de plans d'intervention semblent pousser les personnes à mettre en œuvre des objectifs qui permettent la réalisation de soi.

Le rétablissement étant défini précédemment, définissons aussi les termes « sentiment d'accomplissement » et « réalisation de soi » qui sont deux concepts intimement liés. Le sentiment d'accomplissement se définit, selon les presses universitaires du *Oxford English Dictionary*, comme : « The action or fact of accomplishing something; fulfilment, completion; achievement, success. Also: an instance of this » (Press University of *Oxford English Dictionary*, consulté le 20 octobre 2018). Cela signifie<sup>33</sup> une action ou le fait d'accomplir quelque chose, c'est-à-dire une réalisation ou une réussite.

Et pour la réalisation de soi, toujours selon les presses universitaires du *Oxford English Dictionary*, cela se définit comme : « Realization of one's true nature or ideal self; fulfilment of

---

<sup>33</sup> Traduction libre

one's potential by one's own efforts » (Press University of Oxford English Dictionary, consulté le 20 octobre 2018). Cela signifie<sup>34</sup> une réalisation de sa vraie nature ou de son « moi » idéal ou une réalisation de son potentiel par ses propres efforts.

Sentiment d'accomplissement et réalisation de soi sont donc visiblement liés.

Par ailleurs, il existe beaucoup de recherches et d'ouvrages (Cara, 2005; Cottraux, 2007; Deci et Ryan, 2008; Macqueron, 2009; Welch, 1987) qui nous renseignent sur le sentiment d'accomplissement humain, mais ces recherches restent dans le domaine de la psychologie. Les concepts « sentiment d'accomplissement » et « réalisation de soi » ont donc été étudiés, mais non dans le domaine du travail social. De plus, ces concepts n'ont pas été clairement identifiés comme faisant partie des conceptions du rétablissement des personnes : ce que la présente recherche propose de faire.

Le premier objectif secondaire tente de voir si les conceptions du rétablissement des personnes rencontrées s'associent à une réalisation de soi ou à des sentiments d'accomplissement.

### **2.2.2. Activités pour favoriser le rétablissement**

Le deuxième objectif secondaire est de savoir dans quels domaines d'activités sont choisies les manières de mettre en œuvre le rétablissement. Les modalités de pratique de ces activités c'est-à-dire la durée de pratique (depuis combien de temps), la fréquence et aussi : savoir si c'est une activité autodéterminée ou si c'est une activité proposée dans le cadre d'un plan d'intervention.

Savoir si les autres organismes communautaires, ceux ouverts à tous, par opposition à ceux ouverts exclusivement aux personnes vivant des problèmes de santé mentale, viennent aussi aider au rétablissement des personnes aux prises avec des troubles de santé mentale fait partie de cet objectif secondaire.

De même, savoir si les activités choisies par les personnes sont des activités solitaires ou de groupe est aussi un objectif secondaire. Constaté une panoplie d'activités différentes offertes pour répondre à ce que les personnes veulent faire pour se rétablir permettra, dans la discussion,

---

<sup>34</sup> Traduction libre

d'élargir la compréhension des besoins des personnes par rapport à leur fréquentation des ressources communautaires réservées à la clientèle santé mentale ou non.

Aussi, un des buts est de montrer qu'une panoplie d'activités est offerte dans les organismes communautaires en santé mentale soit : activités artistiques (danse, chant, musique, écriture, peinture et arts plastiques), activités de détente (yoga, méditation), activités sociales (sorties, fêtes) et sportives.

Donc, constater les bienfaits de la pratique de ces activités pour les personnes et voir aussi la place que prennent ces activités dans leurs conceptions du rétablissement font partie du deuxième objectif secondaire.

### **2.2.3. Une synthèse des conceptions du rétablissement chez les personnes rencontrées**

Finally, le dernier objectif secondaire est de rassembler les données provenant des analyses croisées afin de synthétiser dans une image les conceptions du rétablissement des personnes rencontrées et les façons qu'elles ont de le mettre en œuvre. Cela donnera accès à une image synthétisée du rétablissement et mettra en lien le sentiment d'accomplissement, la réalisation de soi et les conceptions du rétablissement des personnes aux prises avec des troubles de santé mentale.

De plus, grâce à cette synthèse, des convergences et des divergences avec les conceptions du rétablissement chez les personnes des recherches qualitatives passées pourront s'établir.

### **2.3. Pertinence de la recherche**

L'accès au point de vue des personnes concernées, à leurs manières de concevoir et de mettre en œuvre leur rétablissement, donc à une vision de l'intérieur du rétablissement, qui est rendu possible par une démarche de recherche qualitative, constitue un apport pour la pratique et l'intervention, de plus en plus reconnue.

De plus, documenter les différentes conceptions du rétablissement et les façons de le mettre en œuvre, montrera à quel point il est important de rester diversifié dans l'offre d'activités et de services et permettra peut-être d'améliorer les pratiques et de s'assurer de l'adéquation de ce qui est mis en place pour aider les personnes. En particulier, à partir du regard des personnes, la

recherche permettra de mettre en relief la contribution des ressources communautaires en santé mentale dans l'accompagnement à la mise en œuvre du rétablissement tel que les personnes le conçoivent.

En outre, faire ressortir de cette recherche que le sentiment d'accomplissement et la réalisation de soi ont une place importante dans le rétablissement pourrait être bénéfique en stimulant les intervenantes à promouvoir l'autodétermination des personnes qu'elles aident. D'ailleurs, comme le mentionne Rapp<sup>35</sup>, c'est souvent les trois mêmes objectifs d'intervention qui reviennent constamment dans les plans d'intervention (Rapp, 2012), ce qui aurait avantage à être davantage questionné.

Finalement, la synthèse des résultats permettra d'obtenir une image condensée des conceptions du rétablissement selon les personnes qui fréquentent les ressources communautaires en santé mentale et de quelques repères à propos de ce que les personnes veulent faire pour se rétablir. Cela pourrait ainsi aider les travailleuses sociales et les intervenantes à construire, avec elles, un plan d'intervention plus proche de la réalité des personnes

---

<sup>35</sup> Rapp mentionne, dans le prologue de son livre *The strengths model : a recovery-oriented approach to mental health services* (2012), une recherche où il a fait le tour de plusieurs organismes communautaires et, en analysant plus d'une centaine de plans d'intervention, il a trouvé toujours les trois mêmes objectifs de traitement.

## CHAPITRE II : CADRE ANALYTIQUE

Précédemment, plusieurs approches du rétablissement ont été nommées pour regarder comment sont mises en œuvre les dimensions du rétablissement. Parmi ces approches du rétablissement, l'approche alternative a été choisie comme cadre d'analyse.

Pour mieux comprendre les conceptions du rétablissement des personnes, cette approche semble pertinente, car ce point de vue des personnes, beaucoup plus que dans n'importe quelles autres approches du rétablissement, est non seulement valorisé, mais recherché. C'est d'abord toute la question du pouvoir des personnes qui est concerné dans le choix de l'approche alternative; et c'est aussi la prise en compte de la subjectivité.

Ce chapitre se divise en quatre parties. La première permet de distinguer l'approche alternative des autres approches du rétablissement. La seconde positionne l'approche par rapport au mouvement « antipsychiatrique » puis la troisième discute de quelques particularités de l'approche alternative. Finalement, les paramètres de pratique de l'approche seront présentés.

### **2.1. Une approche à distinguer des autres approches du rétablissement**

Dans la problématique, les approches de réadaptation ont été explorées, de même que celles du rétablissement. À l'époque de la réadaptation psychiatrique, les travailleuses sociales avaient comme but d'aider les personnes aux prises avec des troubles mentaux à ne pas retourner à l'hôpital en soutenant le développement de l'autonomie et les habiletés sociales. Et, par les approches du rétablissement, les travailleuses sociales tentent d'aider les personnes à retrouver une place dans la communauté.

Puis, la compréhension des besoins des personnes s'est accrue, mais le but était encore de stimuler l'autonomie et les compétences sociales favorisant l'adaptation. De plus, avec les approches du rétablissement, l'autodétermination des personnes était vraiment prise en compte, surtout avec l'approche alternative.

Mais, ce ne sont pas toutes les approches du rétablissement qui peuvent se dire d'une approche alternative, même si ces approches sont une « alternative » aux approches plus biologiques et psychiatriques. Ainsi, il y a une distinction à faire entre l'approche alternative et une approche

utilisant une philosophie du rétablissement bien que certaines valeurs coexistent dans ces deux approches.

D'abord, l'approche alternative ne vise pas une normalisation de la personne alors que plusieurs approches du rétablissement sont des approches de réadaptation seulement plus personnalisées, comme l'ont mentionné certains auteurs (Anthony et al., 2003; Holloway, 2015).

De plus, l'approche alternative favorise l'autodétermination et l'appropriation de pouvoir, plus que le fait la philosophie du rétablissement et l'approche alternative renvoie peu aux approches de réadaptation psychosociale (Corin et al., 2011; Gagné, 2014; Gagné et al., 1996; Lecomte et Gagné, 2000; René et Perron, 2006). D'ailleurs, Rhéaume et Sévigny disaient déjà, dès 1987, que l'adaptation aux normes sociales dominantes était exclue de l'approche alternative (1987).

Ainsi, dans les ressources alternatives, les différents professionnels, dont les intervenants sociaux, prônaient déjà, dans les années 80, un droit à la différence, voire même à une certaine marginalité, et elles n'essayaient pas de « promouvoir les valeurs de la société comme la nécessité du travail, le respect de l'autorité et l'importance de la consommation » (Rhéaume et Sévigny, 1987).

Ce sont pour ces raisons que, dans le cadre de la présente recherche, l'approche alternative est utilisée comme lunette pour faciliter la compréhension des personnes rencontrées.

## **2.2. L'approche alternative : plus qu'un prolongement de « l'antipsychiatrie »**

À ses débuts, l'approche alternative était « l'alternative » aux approches biomédicales traditionnelles. C'était une solution de rechange à l'hospitalisation et ainsi, la personne se faisant alors traiter dans la communauté (Dorvil, 2001). Plusieurs considéraient même que cette approche était une critique de la psychiatrie et de l'approche biologique (Clément, Gagné, Lévesque et Barrio, 2013; Greacen et Jouet, 2012; Poirel et al., 2011; Provencher, 2002; Provencher et Keyes, 2010; Roberge et White, 2009; Vaillancourt, Deslauriers, Dorvil et Gagné, 1992).

Rhéaume et Sévigny ont même mentionné que : « L'approche alternative a contrebalancé la domination des psychiatres et c'est pourquoi ce mouvement a souvent été vu comme une suite au mouvement antipsychiatrique » (1987, p. 133).

Mais aujourd'hui, l'approche alternative a évolué et elle est beaucoup plus qu'une suite au mouvement antipsychiatrique. Le numéro spécial, intitulé: *Les ressources alternatives de traitement* (Lecomte et Gagné, 2000), dit d'ailleurs « que ces ressources ont une définition d'elles-mêmes... qui s'est décentrée de la seule critique des pratiques hospitalières » (2000, p. 10).

Aussi, certains organismes communautaires en santé mentale faisant partie du RRASMQ (Regroupement des Ressources Alternatives en Santé Mentale du Québec) travaillent en fait avec la philosophie de l'approche du rétablissement, ce qui peut être confondant (Corin et al., 2011; *Des alternatives en santé mentale [Enregistrement vidéo]*, 1983; Gagné, 2014; Gagné et al., 1996)

Or, l'approche alternative a d'autres particularités que celle d'être seulement le prolongement du mouvement des « survivors » (Gagné, 2014). Ces particularités seront exposées dans ce qui suit, ce qui permettra de mieux distinguer l'approche alternative par rapport aux autres approches de rétablissement.

### **2.3. Quelques particularités de l'approche alternative**

Dans ce qui suit, trois principales particularités de l'approche alternative seront détaillées : une approche se voulant plus proche des personnes, une approche permettant d'opérer des changements dans sa vie et une approche soutenant l'appropriation de pouvoir.

#### **2.3.1. Une approche plus proche des personnes**

De prime abord, l'approche alternative semble plus proche de la personne, de ce qu'elle veut pour elle-même et cela, plus que ne le font les approches de réadaptation du milieu institutionnel (Lecomte et Gagné, 2000) dont certaines approches du rétablissement s'inspirent.

---

Dans l'approche alternative en santé mentale, « les personnes peuvent y formuler un projet de vie dans un organisme où elles se sentent bien et en sécurité et où elles vivent une expérience enrichissante avec eux-mêmes et les autres. Elles peuvent même exprimer leur souffrance afin de renaître à la vie » (Corin et al., 2011, p. 119-120).

---

Ainsi, avec l'approche alternative, l'histoire personnelle et de la souffrance que vivent les personnes sont prises en compte. Les personnes se sentent donc reconnues dans ce qu'elles sont. Bien que cette reconnaissance s'obtienne aussi par la fréquentation d'endroits comme des groupes d'entraide, des centres de crise, des ressources de traitement thérapeutique, des lieux d'hébergement et des maisons de transition, des centres de jour ou de soir, des ressources de réintégration au travail, des services d'écoute téléphonique, des services de répit, des services de soutien dans la communauté, etc. (Grenier, Fleury, Lecomte et Saucier, 2009), c'est dans les ressources utilisant l'approche alternative que la personne l'obtient le plus. Parce que les ressources alternatives « sont des espaces de créativité, d'expérimentation [et] un espace pour bâtir ensemble » (Corin et al., 2011, p. 9).

De plus, certaines de ces ressources ont aussi permis de promouvoir des valeurs comme l'entraide, l'aide entre pairs et l'appropriation de pouvoir (Gagné, 2014; Gagné et al., 1996; Lecomte et Gagné, 2000)

Ainsi, c'est une approche qui apparaît plus près de ce que veulent les personnes pour elles-mêmes. Et c'est dans cette perspective que l'approche alternative permet aux personnes de faire des changements dans leur vie.

### **2.3.2. Une approche qui permet d'opérer des changements dans sa vie**

Une autre particularité de l'approche alternative, c'est qu'elle encourage les personnes à choisir des changements qu'elles veulent mettre en place dans leur vie, afin qu'elles aillent mieux, comme en discutent les recherches de Rodriguez, Corin, Guay, Lecomte et Gagné (2000).



C'est par un travail sur soi-même, un travail vu comme une « remobilisation de l'être » c'est-à-dire un travail volontaire et conscient sur son intériorité et son image de soi, que se mettent en place ces changements. Ce travail sur soi, passant d'abord par l'introspection, passe ensuite par la parole et l'expression de soi. C'est ainsi que la personne se mobilise pour changer, pour aller mieux. Elle exprime donc ce qu'elle a vécu, se réapproprie son histoire et apprend aussi à mieux se connaître. Cette connaissance de soi s'acquiert au rythme de la personne, dans une démarche thérapeutique moins structurée que celle d'autres approches (Corin et al., 2011).

D'autres changements recherchés par les personnes peuvent se faire dans les rapports qu'elles ont avec les autres. Par exemple, la personne fréquente de nouveaux lieux et se fait de nouvelles relations. Elle peut aussi faire un « ménage » dans son cercle social et familial. Ces nouvelles expérimentations sociales lui permettent alors de mieux exprimer ses limites dans ses relations et peuvent aussi lui permettre de sortir de l'isolement.

D'autres changements se constatent dans de nouvelles activités. Ces activités permettent, comme les autres changements, le rétablissement, en augmentant la qualité de vie en général. Ainsi, les gens ont l'impression de faire plus que simplement survivre. Elles permettent de retrouver un rythme de vie propre et de se remettre en mouvement dans des projets.

### **2.3.3. Une approche favorisant l'appropriation de pouvoir**

Ce sont tous ces changements qui permettent, entre autres, l'appropriation de pouvoir. Cette appropriation de pouvoir, communément appelée « empowerment », signifie « faire sien un pouvoir. C'est aussi de s'attribuer la propriété de quelque chose, devenir propriétaire d'une faculté et c'est se rendre maître de soi dans une situation »<sup>36</sup>. C'est donc acquérir des compétences qui sont utiles pour se rétablir et pour construire sa vie.

Déjà, dans la philosophie du rétablissement, l'acquisition de compétences et de connaissances pour la réalisation d'objectifs était aussi présente. La différence avec l'approche alternative réside dans le fait que les objectifs personnels à réaliser vont plus dans le sens d'une normalisation dans la philosophie du rétablissement.

---

<sup>36</sup> Définition inspirée du dictionnaire *Le Grand Larousse* (Dubois et al., 1982).

Qui plus est, l'approche alternative propose des manières moins traditionnelles de se rétablir, et cela, même si les buts de la personne peuvent être atypiques ou marginaux, considérés alors comme ce qui démontre l'unicité. Cette unicité est même alors encouragée par toutes sortes de moyens. Bref, l'appropriation de pouvoir est encore plus visible dans l'approche alternative.

Ces trois particularités de l'approche alternative permettent de saisir en quoi ce cadre d'analyse choisi est plus pertinent pour saisir les conceptions du rétablissement des personnes. Ce cadre d'analyse est plus proche des personnes, permet de comprendre que ce sont les personnes qui choisissent leurs manières de se rétablir et qui s'approprient du pouvoir en se rétablissant.

Les paramètres de pratique de cette approche qui suivent permettent encore plus de saisir en quoi ce cadre d'analyse permet de mieux laisser place aux conceptions du rétablissement qu'exprimeront des personnes.

#### **2.4. Les paramètres de la pratique alternative pour comprendre les personnes**

Pour analyser le discours des personnes, les mêmes paramètres, que ceux des auteures Corin, Poirel et Rodriguez, dans leur livre : *Le mouvement de l'être* (2011), sont utilisés.

Leurs recherches auprès d'intervenants, usagers et directeurs de ressources alternatives, ont permis à ces auteures de dégager des paramètres de pratique autour de deux axes. Le premier se définit autour du fait que les ressources alternatives « travaillent avec ce qu'il y a d'humain dans l'humain » (Corin et al, 2011). En ce sens, les ressources alternatives de traitement semblent considérer la souffrance comme inhérente à la vie humaine. Elles semblent aussi considérer la personne pour ce qu'elle est et donc, elles n'accordent pas d'importance aux diagnostics, ce qui sera le cas dans la présente recherche.

Le deuxième axe stipule, quant à lui, considérer la ressource alternative, comme étant là pour favoriser un travail de la personne sur elle-même.

##### **2.4.1. Premier axe : « travailler avec ce qu'il y a d'humain dans l'humain » (Corin et al. 2011)**

Cet axe se divise en deux points. Le premier point stipule que le chercheur ou le professionnel travaillant avec une approche alternative doit porter attention à la singularité et l'unicité de la personne par rapport à son rythme de cheminement et par rapport à ses manières

de se rétablir. Avec cette approche, le devenir de la personne n'est pas prévisible ou planifiable à l'avance. Dans l'approche alternative, c'est l'interprétation de la personne de sa situation et de sa souffrance qui compte.

Le deuxième point de ce premier axe des paramètres de pratique est qu'un des buts de l'approche est de « redonner son amplitude » à la personne souffrante, ce qui signifie que l'être humain est regardé dans sa globalité c'est-à-dire dans toutes ses dimensions à la fois. C'est une « conception holistique de la personne [c'est-à-dire comme] formant un tout physique, psychique, affectif et symbolique » (Corin et al., 2011, p. 91).

Les travailleuses sociales qui interviennent avec ces paramètres veulent toucher la personne dans ce qu'elle est, afin de lui donner envie d'être elle-même et de se montrer au monde. Elles veulent aussi donner à la personne l'envie de se regarder avec dignité et s'explorer encore plus en profondeur.

Dans la présente recherche, le premier axe des paramètres de l'approche permet de considérer la personne, ayant des troubles de santé mentale, comme un être, unique et entier, et ayant ses propres conceptions de son rétablissement.

#### **2.4.2. Deuxième axe : Permettre le travail sur soi pour favoriser une renaissance de la personne**

Le deuxième axe des paramètres de pratique sous-entend que la ressource alternative représente un lieu qui permet à la personne de travailler sur elle-même, comme le sous-entend une des particularités de l'approche mentionnée auparavant. Ce travail sur soi est à la fois un travail en profondeur, ce qui peut inclure à la fois l'évocation du passé et à la fois un travail sur « l'ici et le maintenant ».

Pour stimuler ce travail sur soi chez la personne, la travailleuse sociale, utilisant une approche alternative, cherchera à comprendre ce qui est jeu pour la personne qui souffre. Ici, avec l'approche alternative, nous ne parlons pas de chercher à comprendre des symptômes à combattre, mais bien de « saisir ce qui fait souffrir la personne (...), son expérience unique et globale... » (Corin et al., 2011, p. 102).

De plus, ce qu'il nous faut saisir, pour bien comprendre les conceptions du rétablissement des personnes, c'est que ce travail sur soi, influençant certaines conceptions du rétablissement,

évoquera un cheminement de la personne vers ce qu'elle est vraiment et aussi un changement dans ces relations avec les autres. Nous devons donc saisir que ce travail sur soi peut se faire « par rapport à soi-même et par rapport aux autres personnes » (Corin et al., 2011, p. 104). En fait, avec ce travail sur soi, la personne « renaît à la vie » (Corin et al., 2011).

« C'est donc un travail de (ré) élaboration, de (re) construction et de (re) déploiement » (Corin et al., 2011). Plus simplement, nous dirons que c'est en partie grâce à ce travail sur soi que la personne retrouve ses désirs de construire sa vie, de créer et de faire des projets. C'est cette renaissance à la vie que ce mémoire souhaite documenter en analysant les conceptions du rétablissement des personnes.

### **2.2.2.1. Les moyens utilisés pour favoriser cette renaissance**

Dans l'approche alternative, plusieurs moyens sont utilisés pour soutenir le rétablissement. Les ressources alternatives proposent des activités thérapeutiques qui utilisent la parole, l'art, la création et le corps pour aider la personne à s'exprimer et à renaître (Corin et al., 2011).

Et, pour stimuler l'expression de soi, les ressources communautaires en santé mentale proposent des ateliers artistiques comme la danse, l'écriture, la musique et la peinture. Ils proposent aussi des activités comme la participation sociale, par exemple avec un mouvement citoyen faisant des marches de groupe et des activités de bénévolat. Les ressources communautaires en santé mentale organisent aussi des activités diverses comme le yoga, les groupes d'entendeurs de voix, des groupes discutant de cheminement spirituel... (Lecomte et Gagné, 2000).

Quelques pistes, dans les recherches qualitatives discutant du point de vue sur le rétablissement<sup>37</sup>, donnent déjà des indices des conceptions du rétablissement des personnes vivant avec un trouble de santé mentale. Il apparaît que les personnes semblent percevoir leur rétablissement comme se mettant en œuvre par des changements dans leur vie et par un travail sur elles-mêmes leur permettant de mieux se connaître et d'expérimenter les relations en fonction de leur « nouveau soi ». Ces pistes seront utiles pour exposer le cadre méthodologique de la prochaine section.

---

<sup>37</sup> Voir le point 1.2.2.4. de la présente recherche.

Dans le présent mémoire donc, le choix de l'approche alternative semble le plus approprié pour répondre aux objectifs de recherche puisque ce sont les dimensions subjectives du rétablissement, selon le point des personnes qui plus est, qui sont explorées et analysées.

Ainsi, l'approche alternative apparaît plus proche des personnes, leur permettant de faire des changements qu'elles désirent faire dans leur vie, grâce à moyens sous-entendant l'autodétermination et l'appropriation de pouvoir qu'elle stimule. C'est donc cette approche qui sera utilisée sur le terrain, dans l'analyse du discours et la discussion. Le chapitre qui suit expose plus en détail comment se réalisera cette recherche.

## CHAPITRE III : MÉTHODOLOGIE

La présente recherche a été développée dans une perspective qualitative. L'approche qualitative cherche à étudier les phénomènes sociaux sous l'angle de l'expérience subjective des personnes (Dorais & Auclair, 1993). Cette approche de recherche se distingue de la recherche quantitative, en ce sens qu'elle permet d'étudier en profondeur un phénomène humain et social avec toutes ses subtilités. Ici, ce qui est étudié, c'est le phénomène du rétablissement en santé mentale chez des femmes fréquentant une ressource communautaire en santé mentale.

L'approche qualitative permet aussi d'être plus proche du vécu des personnes qui peuvent alors être plus authentiques dans leurs réponses. La recherche quantitative ne permettant pas de saisir l'unicité des personnes dans leur vécu, la présente étude a été faite dans le cadre d'une recherche qualitative. Ainsi, la réalité subjective des personnes vivant avec un trouble de santé mentale a pu être explorée. Plus précisément, des entrevues semi-dirigées, avec des questions ouvertes, posées dans le but d'obtenir à la fois spontanéité et réflexion, furent décidées pour récolter cette subjectivité.

Ce chapitre se divise en trois points. Dans le premier point, la préparation et le déroulement des entrevues sont détaillés. Le deuxième point explique comment ont été faites les stratégies d'analyse. Le troisième point discute des limites de la recherche.

### 3.1. Préparation et déroulement des entrevues

Ce premier point discute plus particulièrement du choix des ressources communautaires ayant participé à la recherche, de l'échantillonnage, de la construction du questionnaire d'entrevue et des aspects éthiques à considérer.

#### 3.1.1. Choix des ressources communautaires

Les ressources communautaires en santé mentale « expriment le souci d'une véritable écoute des gens et valorisent l'expression de leur projet personnel de vie » (Lecomte & Gagné, 2000). C'est donc dans le milieu communautaire que le choix des trois ressources s'est posé. Les trois ressources choisies ont une approche de la philosophie du rétablissement et elles font partie du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ).

Ces trois ressources se nommeront ressource 1, ressource 2 et ressource 3, par souci de confidentialité pour les femmes rencontrées. Ces trois ressources sont des organismes de Montréal, pour une clientèle adulte ayant un trouble de santé mentale. Ce sont des ressources offrant des services dans un milieu de jour depuis environ quarante ans.

Il y a des différences entre les services offerts par ces ressources. Ces différences apporteront une meilleure représentativité des données et permettront de saisir les conceptions de femmes fréquentant des ressources communautaires, qui sont exposées à des pratiques différentes et à des approches qui peuvent être sensiblement différentes. La ressource 1 par exemple ne fait pas de suivi thérapeutique individuel alors que les ressources 2 et 3 en font. La ressource 1 intervient avec l'aide de pairs (des usagers aidant d'autres usagers), ce que ne fait pas la ressource 2 et 3. La ressource 3 a des intervenants qui peuvent se déplacer pour rencontrer les personnes dans leur milieu de vie à elles tandis que la ressource 2 offre des suivis thérapeutiques avec des psychothérapeutes et des travailleuses sociales dans ses locaux.

Ces trois ressources ont néanmoins des points en commun. Ce sont trois milieux de vie où s'y rendre les personnes pour y faire diverses activités, souvent artistiques, mais aussi pour participer simplement à des rencontres amicales et des activités sociales comme des diners, soirées cinéma ou diverses activités de loisirs.

### **3.1.2. Échantillonnage : bref portrait des participants**

Espérant obtenir des personnes, autant des hommes que des femmes, âgées de plus de 18 ans, la sollicitation pour obtenir des participants s'est faite par une rencontre d'informations sur la recherche auprès de chaque ressource.

Mais seules des femmes se sont présentées pour être volontaires dans le projet de recherche, ce qui s'est avéré, finalement, plus simple puisque cela a fourni des conceptions du rétablissement sûrement plus homogènes que ne l'auraient été des conceptions d'hommes et de femmes. On peut supposer en effet que les manières de vivre le rétablissement pourraient à certains égards différer entre les hommes et les femmes. Une plus grande homogénéité des données permettait, de plus, une analyse plus en profondeur. D'ailleurs, avec seulement onze entrevues, il aurait été difficile de distinguer si des différences entre les hommes et les femmes étaient dues à des tendances reliées au genre.

Toutes ces femmes ont au moins un diagnostic en santé mentale. Ce diagnostic a été posé par des psychiatres et toutes ont déjà été hospitalisées en psychiatrie. Elles fréquentaient toutes leur ressource d'appartenance au moins une fois par semaine depuis plus d'un an, en plus de fréquenter d'autres organismes communautaires, exclusifs ou non à la clientèle dite « santé mentale ».

Ce sont des femmes âgées de trente et soixante-cinq ans, d'origine québécoise. Par rapport à l'origine québécoise, il faut noter que le taux de fréquentation des ressources en santé mentale par la population d'origine ethnique autre que québécoise est, visiblement, plus faible.

Toutes les femmes rencontrées ont déjà été en couple, certaines le sont encore et presque toutes les femmes ont eu des enfants.

Toutes les femmes recevaient, pour au moins une partie de leur revenu, de l'aide sociale et étaient donc considérées comme étant à « faibles revenus ». Seules quelques-unes d'entre elles travaillaient à temps partiel et la plupart recevaient le supplément pour « contraintes sévères à l'emploi » de l'aide sociale.

Toutes vivaient en logement, dont une en appartements supervisés.

Toutes les femmes recrutées, même les plus jeunes, avaient un lourd vécu de souffrances à exprimer c'est-à-dire qu'elles avaient vécu de la violence avec un ex-conjoint, avaient eu une enfance ou adolescence difficile, avaient un passé d'abus sexuel ou de violence, avaient vécu l'itinérance ou perdu la garde de leurs enfants.

Les femmes rencontrées avaient quelques caractéristiques hétérogènes (diagnostic, âge, situation maritale et familiale), ce qui fait que cet échantillon pourrait illustrer la diversité de la population des femmes fréquentant une ressource communautaire en santé mentale.

Aussi, deux sous-groupes ont pu être créés par rapport aux projets de vie c'est-à-dire les activités choisies et les projets à plus long terme (travail, formation, enfants) pour se rétablir.

Quelques autres caractéristiques homogènes (revenu, logement, origine ethnique, passé d'hospitalisation et lourd vécu de souffrances personnelles) semblent communes à toutes les femmes fréquentant ce genre de ressources, du moins si l'on se fie à l'expérience des intervenants des ressources concernées avec qui une discussion a été faite.



L'échantillon fournit donc à la fois des données hétérogènes et homogènes qui semblent représentatives de la population des femmes fréquentant une ressource communautaire en santé mentale. Les conceptions du rétablissement de ces femmes ne pourraient représenter les conceptions du rétablissement de la majorité des femmes ou de l'ensemble des personnes ayant un trouble de santé mentale dans la population en général. Et cela puisque les personnes ne fréquentant pas ce type de ressources pourraient posséder des caractéristiques différentes (revenus, travail, logement, origine ethnique et histoire de vie) et pourraient se rétablir avec des moyens et des outils non similaires, ce qui serait plus difficile à analyser.

### Recrutement

Une compensation de dix dollars, additionnée d'un montant pour les frais de transport par autobus, a été offerte afin d'encourager la participation à mon projet de recherche<sup>38</sup>. Un tirage au sort a été nécessaire parce qu'il s'est avéré que trop de personnes, des femmes seulement, voulaient faire partie de la recherche.

Un total de onze personnes s'est avéré suffisant pour constituer l'échantillon. À partir de la dixième entrevue, peu d'éléments suffisamment nouveaux ressortaient en effet et il est ainsi apparu que la saturation des données semblait atteinte (2007).

Finalement, hormis le fait de fréquenter une des trois ressources choisies pour la recherche au moins une fois par semaine, d'être âgées de plus de 18 ans et d'avoir un trouble de santé mentale, il n'y avait pas de critères de sélection pour en faire partie.

#### **3.1.3. Construction du questionnaire d'entrevue**

Un canevas d'entrevue semi structuré a été élaboré. Les questions n'étaient pas trop strictes et le cadre n'était pas trop rigide afin de considérer la subjectivité des conceptions du rétablissement. Le but étant finalement de faire parler librement la personne, les questions posées étaient ouvertes et assez larges.

Les questions ont été pensées pour faire ressortir l'existence de liens potentiels entre la conception du rétablissement, le sentiment d'accomplissement et la réalisation de soi.

---

<sup>38</sup> En annexe 1, nous pouvons voir le contenu de mon affiche de recrutement. De plus, nous pouvons voir le formulaire d'informations et de consentement en annexe 2.

Au lieu d'essayer de leur faire nommer les valeurs qu'elles concevaient comme faisant partie de leur rétablissement, l'intérêt s'est porté sur leurs expériences de rétablissement. Puisqu'il est plus facile d'exprimer spontanément ses expériences que de nommer les valeurs associées au rétablissement, l'authenticité était plus stimulée.

Le questionnaire comportait plusieurs questions exposées dans le canevas de recherche à l'annexe 3.

Les entrevues étaient d'une durée d'environ deux heures. Les premières questions aidaient à connaître un peu mieux la personne. Ensuite, il y avait des questions qui permettaient de mieux répondre aux objectifs généraux et secondaires de recherche. Ensuite, des questions pour avoir plus de détails sur les particularités de leur rétablissement et leur vécu, espérant avoir le plus d'informations possible, étaient posées. Finalement, les dernières questions étaient principalement destinées à clore l'entretien adéquatement.

Pour connaître la personne

La première partie du canevas de recherche, intitulée « informations générales » avait donc pour but de mieux connaître la personne.

Après avoir expliqué le déroulement de l'entretien, une vérification était faite pour savoir si la personne était dans une bonne période de sa vie et si elle se sentait bien, particulièrement aujourd'hui. Ainsi, un discours teinté et influencé par des émotions particulières aurait été identifiable lors de l'analyse de l'entrevue.

Ensuite, la personne était amenée à parler de son quotidien, de ses occupations, de sa famille et de ses amis. Puis, le but était de comprendre comment était apparu le trouble de santé mentale et ce qui s'était passé dans la vie de cette femme à ce moment-là. Le but était aussi de comprendre comment était apparu le trouble de santé mentale selon la femme.

Pour répondre aux questions et objectifs de recherche

La deuxième partie du canevas de recherche comportait des questions qui étaient posées dans le but de répondre au premier objectif général à savoir : de documenter les conceptions du rétablissement chez les femmes rencontrées.

Savoir ce que signifiait pour elles, le rétablissement, était le but. Plus particulièrement, savoir si les conceptions des femmes allaient dans le même sens que ce qui avait été révélé dans les recherches qualitatives passées<sup>39</sup> était souhaité.

Dès le départ, il a été décidé de demander aux femmes quels mots elles utilisaient pour discuter du rétablissement. Ainsi, les femmes ont été incitées à utiliser leurs propres mots pour décrire leur rétablissement.

Plus précisément, le but était de savoir s'il y avait, dans les conceptions, des similitudes, des particularités ou des différences dans les manières de se considérer comme « rétablie » et dans les processus pour mettre en œuvre ce rétablissement.

Savoir ce qu'elles considèrent comme des facteurs aidants et nuisibles à leur rétablissement était aussi l'objectif.

### Troisième partie du canevas

La troisième partie comportait des questions qui essayaient de faire des liens entre les conceptions du rétablissement, le sentiment d'accomplissement et la réalisation de soi. Il est à noter qu'avant de faire les entretiens avec les femmes, l'intuition de départ était que le rétablissement s'opérait grâce à une réalisation de soi, progressive, c'est-à-dire grâce à la réussite de buts fixés par la personne et donc autodéterminés.

Ainsi, les questions de la troisième partie du canevas d'entretien tentaient donc de vérifier cette intuition. Les questions ont aussi été posées pour permettre une récapitulation des éléments du discours de la personne.

#### **3.1.4. Aspects éthiques à considérer**

Les considérations éthiques concernent surtout ce qui touche la vulnérabilité des personnes. Les moyens pour remédier à ces possibles inconvénients ont été discutés dans le

---

<sup>39</sup> Est-ce que les conceptions du rétablissement s'associait à : « une connaissance de soi, un apprentissage de la vie avec des troubles mentaux, une compréhension et une recherche de sens à ce qui leur arrivent, un apprentissage de moyens pour faire face à la souffrance, une autodétermination, une stabilité et une sécurité dans leur quotidien, une importance d'autrui dans la reconnaissance de leur expérience, une importance de se créer un réseau social, une participation sociale à des projets, une action et une remise en mouvement, une importance de leur famille pour la dimension affective ou un soutien et une reconnaissance de leur potentiel de rétablissement ?

formulaire<sup>40</sup> d'information et de consentement, à l'annexe 2, lequel a été préalablement validé par le CÉRAS (Comité d'éthique de la recherche en arts et en sciences). Remédier à ces possibles inconvénients fut nécessaire pour obtenir l'approbation de ce comité pour faire la recherche sur le terrain avec les femmes choisies.

Comme les femmes rencontrées étaient encouragées à discuter de leur parcours de vie et du rétablissement de leurs troubles de santé mentale, il fallait donc croire possible qu'une des femmes se remémore certains moments difficiles de sa vie ou de son cheminement personnel. Il fallait avoir l'assurance que ces femmes n'avaient pas vécu de la honte ou de la dévalorisation en se jugeant inadéquates ou en constatant qu'elles n'avaient pas atteint certains des objectifs personnels de leur vie.

Il a été décidé qu'une discussion avec elles en fin d'entrevue vérifierait si elles se sentaient bien lorsqu'elles quittaient les lieux. De plus, l'assurance qu'elles pouvaient avoir accès, si le besoin se faisait sentir, à un intervenant à la ressource qu'elle fréquente : soit son intervenant habituel ou une personne « de garde », étaient discutés en début d'entrevue. Elles pouvaient alors discuter si jamais une d'elles en ressentait le besoin, mais ce ne fut le cas d'aucune, ni après ni pendant l'entrevue.

### **3.2. Stratégies d'analyse**

Les stratégies d'analyse ont été multiples et se sont effectuées à travers les quatre étapes suivantes : Première lecture flottante, deuxième lecture et analyse en profondeur, analyse croisée des résultats et synthèse des résultats pour la discussion.

#### **3.2.1. Première lecture flottante des discours par l'approche alternative**

Après les entretiens, un verbatim pour chacune des femmes fut transcrit. Il fallait pouvoir interpréter les réponses des femmes de l'échantillon et y revenir aussi souvent que nécessaire pour se replonger dans le discours des femmes. Une transcription entière des verbatims a été

---

<sup>40</sup> Ce formulaire a été porté à la connaissance des femmes et celles qui ont participé à la recherche ont toutes dû le lire en détail et signer le consentement.

faite parce qu'il est très difficile d'interpréter les réponses de quelqu'un si elles ne sont pas dans un discours (Blanchet et Gotman, 2007).

À partir d'une première lecture des transcriptions ont été ressortis les éléments marquants, c'est-à-dire les parcelles d'histoire de vie particulièrement touchantes. C'étaient des éléments étonnants, notables, impressionnants même. Ils exprimaient une expérience vraiment personnelle, quelquefois, même une souffrance profonde et intime.

La première lecture, avec la lunette de l'approche alternative, a permis de se sentir plus proche des femmes et de se mettre à leur place. C'est là une des particularités d'une analyse de données par l'approche alternative. Ainsi, cela a permis d'apprécier d'autant plus le chemin qu'elles ont parcouru et le rétablissement obtenu.

La deuxième particularité de l'approche alternative, celle de permettre d'opérer des changements dans sa vie, a pu se constater à cette première lecture flottante. Avec la lunette de l'approche alternative, les parcelles d'histoire de vie et de rétablissement ont été regardées comme une multitude de changements désirés et mis en œuvre, par chacune des femmes, à leurs manières.

De même, cette lunette de l'approche alternative pour faire cette première lecture a permis d'observer l'appropriation de pouvoir : la troisième particularité de l'approche. Chacune à leurs manières les femmes ont pu, par les changements qu'elles ont faits, s'approprier du pouvoir dans leur vie.

Après cette première lecture flottante, une deuxième lecture a été faite pour analyser plus en profondeur les données.

### **3.2.2. Deuxième lecture : analyse en profondeur des résultats**

Après avoir transcrit les témoignages des femmes et fait une première lecture, une grille d'analyse<sup>41</sup> fut utilisée pour analyser plus en profondeur les données. Cette grille d'analyse a d'abord été divisée en trois rubriques, générales et communes, pour chacun des discours analysés.

---

<sup>41</sup> Consulter l'annexe 4 de ce mémoire.

La première rubrique a regroupé toutes les conceptions du rétablissement signifiant que ce rétablissement s'était réalisé grâce à l'obtention d'une sécurité, matérielle (logement - biens) ou financière. La deuxième rubrique a regroupé toutes les conceptions du rétablissement signifiant que le rétablissement était obtenu en cheminant ou en travaillant sur soi, comme l'a mentionné le premier mouvement de l'être du livre : *Le mouvement de l'être : Paramètres pour une approche alternative de traitement en santé mentale* (Corin et al., 2011). De plus, la troisième rubrique a regroupé toutes les conceptions du rétablissement signifiant qu'il était obtenu grâce à la mise en œuvre de projets et grâce à l'ouverture sur le monde, un peu comme en parle le deuxième mouvement de l'être : celui à l'extérieur de soi (Corin et al., 2011)

Ensuite, pour chaque rubrique, des thèmes furent choisis individuellement pour chacune des femmes, distincte et unique, en fonction d'un élément spécifique de leur discours relatant une des conceptions du rétablissement ou mentionnant un sentiment d'accomplissement et une réalisation de soi. Les extraits étaient notés à côté de chaque thème, choisi individuellement pour chacune, auquel il correspondait.

### **3.2.3. Analyse croisée des résultats**

Après avoir rempli une grille d'analyse individuelle pour chaque femme, il a été plus facile de faire ressortir les similarités et les différences dans les conceptions du rétablissement et dans les manières de le mettre en œuvre. La plupart des thèmes furent similaires d'une femme à l'autre. Et quelques thèmes, même s'ils n'étaient pas encore considérés comme accomplis ou réalisés faisaient partie de ce qu'elles projetaient de faire pour se rétablir.

C'est ainsi qu'une analyse croisée des résultats a pu être réalisée. Les thèmes les plus significatifs, ou les plus récurrents furent choisis pour être regardés plus en profondeur avec l'aide des extraits d'entrevues. En réunissant et en mettant en lien les extraits d'entrevues, il a été possible de voir comment se vivait ce thème chez ces femmes.

### **3.2.4. Synthèse des résultats et discussion**

Une synthèse<sup>42</sup> des conceptions du rétablissement a été faite pour en extraire un tableau<sup>43</sup> montrant le déroulement du rétablissement en santé mentale, déroulement semblable à un chemin vers le sentiment d'accomplissement et la réalisation de soi.

De plus, une autre analyse vérifiait si le sentiment de s'être rétablie était proportionnellement plus fort s'il était associé à un engagement plus grand à la ressource d'appartenance ou ailleurs, c'est-à-dire dans une tâche ou une activité précise ou bien dans l'accomplissement des simples tâches quotidiennes de la vie. Avec l'aide d'un tableau du nombre d'heures d'activités selon la ressource<sup>44</sup>, il a été possible de voir si les femmes qui disaient se sentir complètement rétablies étaient celles qui s'impliquaient le plus dans leur ressource ou ailleurs. Il a aussi été possible de voir si l'endroit où avait lieu cette implication avait de l'importance quant au rétablissement.

Finalement, les convergences et les divergences avec les points de vue des usagers dont il est question dans les recherches qualitatives sur le rétablissement ont été relatées dans la discussion.

### **3.3. Les limites de la recherche**

Une lecture des témoignages des femmes n'a pas permis de concevoir un modèle du rétablissement chez les personnes fréquentant une ressource communautaire en santé mentale. Pour faire cela, un plus grand échantillon serait nécessaire de même que l'utilisation d'une méthode plus quantitative et des sous-groupes d'échantillon divisé selon le genre, l'âge et d'autres critères choisis.

Cependant, la richesse des données a pu permettre la construction d'un tableau synthèse illustrant à la fois un cheminement intérieur et des changements significatifs dans les manières de vivre, depuis qu'elles se rétablissent, chez les femmes rencontrées.

De plus, même si les conceptions du rétablissement de ces femmes n'étaient pas d'un nombre suffisant pour permettre de déduire qu'elles représentaient l'ensemble des conceptions du rétablissement des femmes souffrant de troubles de santé mentale, les similitudes et la

---

<sup>42</sup> Cette synthèse est présentée dans le chapitre de discussion.

<sup>43</sup> Voir à la page 118, au début du chapitre de discussion.

<sup>44</sup> Voir l'annexe 5.

réurrence des thèmes du rétablissement ont permis de dégager des tendances quant aux façons de concevoir et de vivre le rétablissement chez celles qui fréquentent une ressource communautaire en santé mentale.



## CHAPITRE IV : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS

Ce chapitre comporte quatre sous-sections. La première précise quelques points pour comprendre le rétablissement tel qu'il est discuté dans la présente recherche. Les trois sous-sections suivantes représentent les trois manières générales qu'ont les femmes de mettre en œuvre leur rétablissement. Chaque sous-section s'appuie sur plusieurs parties de verbatims provenant du discours des femmes rencontrées.

### 4.1. Pour comprendre les conceptions du rétablissement

Les conceptions du rétablissement sont variables d'une femme à l'autre de la recherche, mais elles semblent toujours mises en œuvre au cours de trois phases. J'explique plus loin pourquoi j'ai choisi de regrouper et d'analyser ces différentes conceptions dans ces trois phases, mais d'abord, je veux préciser ce qui suit par rapport à l'utilisation du mot rétablissement.

Le mot « rétablissement » n'est pas vraiment utilisé par les femmes que j'ai interrogées. Et ce, même si elles fréquentent un milieu où ce terme est utilisé par les intervenants et intervenantes (travailleuses sociales, psychologues ou autres). Les femmes en comprennent le sens, mais elles utilisent d'autres mots pour le décrire. Ces mots sont : « cheminement », « aller bien », « aller mieux », « avoir moins de symptômes », etc.

Si j'utilise tout de même le terme « rétablissement » dans mon mémoire, c'est par souci de cohérence, puisque c'est le terme utilisé depuis le début de mon travail de recherche, et parce que toutes les femmes rencontrées le comprennent et l'associent à leur expérience.

Maintenant, revenons aux trois phases, chacune représentant une manière de mettre en œuvre le rétablissement. J'ai pu regrouper toutes les manières de concevoir et de vivre leur rétablissement dans ces trois phases.

Mais d'abord, dans ce qui suit, je nomme ces trois phases qui suivront cette sous-section. Ensuite, j'explique la présence de la réalisation de soi et du sentiment d'accomplissement dans chacune de ces phases. Je termine la présente sous-section par une explication du caractère itératif de la mise en œuvre du rétablissement.

#### **4.1.1. Pourquoi classer le rétablissement en trois phases**

En faisant un premier survol des résultats, avec l'aide de nos grilles d'analyse, j'ai voulu faciliter la présentation des résultats en divisant les conceptions du rétablissement en trois phases.

La première phase regroupe des conceptions ayant un ou des liens avec l'importance de trouver la sécurité et de réussir à se déposer et à s'apaiser. Cela nous permettra de voir que les femmes s'assurent d'avoir un minimum de bien-être pour leur permettre d'amorcer un rétablissement et de voir comment elles assoient les bases de leur rétablissement.

La deuxième phase regroupe toutes les conceptions ayant un ou des liens avec le fait de se connaître et d'être soi-même, ce qui implique autant une connaissance de soi qu'un besoin d'être soi-même dans ses relations interpersonnelles.

La troisième regroupe des conceptions du rétablissement qui ont un lien avec la création et la mise en œuvre des projets.

Chacune des trois phases se divise en quelques thèmes et sous-thèmes, choisis à l'entour de ce que les femmes considèrent comme le plus important pour leur rétablissement.

Diviser, en trois phases, les conceptions du rétablissement, synthétisera les multiples conceptions du rétablissement et nous permettra de mieux analyser ce qu'est le rétablissement selon ces femmes.

#### **4.1.2. Le sentiment d'accomplissement présent dans chacune de ces phases de réalisation de soi**

Nous constaterons que dans chacune des phases et dans chacun des thèmes qui y sont associés, le sentiment d'accomplissement et la réalisation de soi sont visibles. De plus, nous verrons des différences individuelles dans les manières de se sentir plus accomplie ou réalisée. Ainsi, chez certaines de ces femmes, nous pourrions constater un sentiment d'accomplissement par rapport à tous les phases et thèmes alors que chez certaines autres, le sentiment d'accomplissement sera ressenti seulement par rapport au fait d'avoir réussi à avoir son propre logement et cela, malgré la présence d'autres réussites.

Évidemment, il n'y a pas une manière de se rétablir « meilleure » qu'une autre. De plus, l'acquisition d'un plus grand sentiment d'accomplissement n'est pas, non plus, un jugement pour savoir si une des femmes est plus « rétablie » qu'une autre, le rétablissement ne se mesurant pas quantitativement. D'ailleurs, dans le cadre méthodologique, j'ai déjà discuté de la subjectivité du sentiment d'accomplissement et de la conception du rétablissement, mentionnant alors que je voulais explorer qualitativement ces conceptions.

Pour en revenir au sentiment d'accomplissement présent dans chaque phase et chaque thème, nous verrons qu'une même réalisation peut procurer un sentiment d'accomplissement différent chez ces femmes. C'est-à-dire qu'il peut être profond et très considérable pour une femme alors que pour une autre, le sentiment d'accomplissement ressenti n'est pas très important. Mais, tout de même, mentionnons que toutes les femmes interrogées ont cultivé un sentiment d'accomplissement qui leur a donné l'impression d'avoir réussi à cheminer et aller mieux, partiellement du moins.

Avant de discuter, dans les prochaines sous-sections, de toutes ces particularités, il me faut d'abord préciser quelques points par rapport à l'itérativité du rétablissement.

#### **4.1.3. Un rétablissement itératif**

Nous verrons que parfois, les périodes de crise peuvent être bénéfiques, même celles où la fréquentation du centre de crise ou de l'hôpital était nécessaire. Ce que nous devons comprendre de ces moments, c'est que le rétablissement est quelque chose d'itératif, en ce sens qu'il peut y avoir une période de cheminement suivi d'une autre de recul.

De plus, certaines femmes ont pu vivre des échecs, retomber profondément dans des symptômes et se relever. Nous verrons même que chez certaines femmes, c'est le fait de « tomber » qui leur a permis de rebondir et de repartir sur des bases plus solides. La mise en œuvre du rétablissement est donc différente pour chacune et c'est ce que nous verrons.

Dans les trois phases qui suivent, nous verrons plusieurs conceptions du rétablissement et plusieurs façons de le mettre en œuvre. Nous verrons de quelles manières les femmes se sont réalisées. Nous verrons aussi si ces dernières ont ressenti un sentiment d'accomplissement en se réalisant, bien que ce sentiment d'accomplissement se conçoive différemment d'une femme à

l'autre. Mais notons que le but n'est pas tant de définir ce sentiment que de voir la place qu'il prend dans les conceptions du rétablissement. C'est ce que nous verrons dans ce qui suit.

Les trois phases sont présentées dans un ordre qui n'est pas dû au hasard. Ainsi, la première comporte des aspects du rétablissement qui permettent à la personne de se construire une base qui permet sa stabilisation. Cette stabilité est habituellement nécessaire avant de pouvoir mettre en œuvre les dimensions discutées dans la deuxième et la troisième phase. Évidemment, ces rétablissements ne se mettent pas en œuvre d'une manière strictement linéaire ou chronologique. Il se peut donc que les différents thèmes à l'intérieur de ces phases se chevauchent dans le temps ou se mettent en œuvre de manière simultanée.

Mais, d'une façon générale, le rétablissement suit les trois temps, c'est-à-dire qu'il passe par la première phase d'abord, puis par la seconde phase et finalement, par la troisième phase. De plus, j'ai constaté que le rétablissement, en première phase, semble devoir être mis en œuvre minimalement, avant de pouvoir se poursuivre dans les phases suivantes.

Mais, même s'il y a eu des réalisations dans la deuxième ou troisième phase, cela n'empêche pas la personne d'effectuer un retour à la première phase. C'est de là que provient la compréhension d'une certaine itérativité du rétablissement. Voyons tout cela en détail.

## **4.2. Première phase : Réussir à se déposer et à s'apaiser**

Malgré la manière itérative et non linéaire de réaliser les phases, j'ai remarqué que ces phases se réalisaient tout de même dans un certain ordre, de la première vers la seconde puis, finalement, la troisième. Mais, à l'intérieur de chacune des phases, ce n'est pas le cas des thèmes. L'ordre de présentation de ces thèmes n'est pas choisi en fonction de l'importance de ces thèmes ni par rapport au moment où ils sont mis en œuvre. Ainsi, le thème de « trouver la sécurité », par exemple, n'a pas plus d'importance et n'est pas réalisé prioritairement au deuxième thème « routine, pour une stabilité » ou au troisième, « apaiser une trop grande souffrance ».

### **4.2.1. Thème 1 : Trouver la sécurité**

Ce thème comporte les sous-thèmes du chez-soi et du sentiment d'accomplissement de même que le sous-thème de la sécurité financière nécessaire pour combler ses besoins de base.

#### 4.2.1.1. Le chez-soi et le sentiment d'accomplissement

Les parcours des différentes femmes ayant participé à la recherche comportent, pour la plupart, un ou plusieurs moments dans leur vie où le « logement » n'était pas un acquis. Je parle de sept femmes sur les onze de ma recherche qui ont vécu de grandes difficultés, par exemple une rupture, une perte des enfants ou une situation de violence les ayant obligées à quitter le domicile. S'en suivaient des logements de transition, des foyers de groupe, de longs séjours en institutions psychiatriques, des situations de colocation difficiles et même des situations d'itinérance. Ces situations ont été nuisibles à leur bien-être personnel et à leur sécurité. C'est pourquoi, après ces tumultes et l'instabilité qui en résultaient, le fait d'avoir à nouveau un logement est devenu réparateur, un peu du moins, de ces difficultés.

##### Un logement pour Stéphanie<sup>45</sup> : un point de départ pour son rétablissement

Pour Stéphanie, réussir à avoir sa place où se loger a nécessité une assez longue démarche. Elle a d'abord été admise en foyer de groupe pour être ensuite en appartement supervisé durant deux ans. Actuellement, elle ne se sent plus vraiment supervisée ; des personnes viennent visiter les lieux une fois tous les quatre mois, sans plus. C'est maintenant : « son appartement à elle » et elle est très fière. D'ailleurs, quand je lui ai demandé le point de départ de son rétablissement, elle m'a répondu sans hésiter que pour elle, c'est d'avoir eu son logement, sa place à elle. Ses mots ont été : « *La journée que j'ai décidé de partir de chez moi. ... Si j'avais pas posé c'te geste-là, je ne serais pas rendue où est-ce que je suis.* »

Elle m'a raconté toute sa progression et son cheminement depuis qu'elle est arrivée à la ressource, détaillant sa réussite d'avoir réussi à « gravir les échelons. » Elle m'a dit :

*« ... C'est une place qui, au départ, quand t'arrives, t'es en foyer de groupe. Pis quand ça va bien, ben là tu montes de grade, y te mettent en appartement où tu dors, tu te laves pis tu continues à manger avec le groupe. Pis à mesure que ça va bien, ben, tu commences à être en milieu de vie. Pis en milieu de vie ben, t'as un appartement là-bas, t'apprends à vivre toute seule, tu fais ta commande, toute ça, t'as pu accès vraiment à la maison, faut que t'apprennes ton autonomie pis ton indépendance. Pis moi j'ai fait, on a une période de deux ans là-bas, moi j'ai fait deux ans et deux mois, pis j'ai eu le temps de ramasser toute mon trousseau, mettre de l'argent de côté, ramasser mes meubles, tout ça. Pis entre-temps y'a une intervenante de là-bas qui m'a aidé à trouver une place pour un*

---

<sup>45</sup> Les noms des femmes ont été changés pour m'assurer de la confidentialité. De plus, les détails, comme le nom des ressources, ont été enlevés.

*appartement. Faque là j'ai un appartement [en foyer de groupe], j'ai vraiment un gros cheminement pis c'est vraiment mon appartement... Là où que je suis, t'a Phase 1 pis Phase 2, mais moi je suis dans une passe où c'est pas vraiment supervisé. Aux 4 mois, y vienne faire une inspection générale... mais le reste du temps, t'es autonome ! »*

Consciente de l'importance de garder son logement, de la chance qu'elle a eu d'être aidée, elle prend son temps avant de s'installer avec son ami de cœur.

*« Ben moi c'est parce que j'ai rencontré quelqu'un... en gardant mon appartement pour ma sécurité. ... S'assurer que c'est toujours correct pis après ça on va s'installer ensemble. Moi j'y dis, je peux pas partir au bout de deux mois pis après ça me ramasser dans la rue ! ... Pis la ressource où je suis je suis arrivé vraiment à l'âge maximum faque, j'ai pas vraiment de chances ! Faut vraiment que ça fonctionne ! »*

Le logement de Cynthia : sa plus grande fierté

Pouvoir se maintenir en logement est un grand élément de fierté. Pour plusieurs femmes rencontrées, c'est la réalisation dont elles se sentent les plus fières. Cette fierté est particulièrement significative pour Cynthia. Elle disait qu'avoir son logement, à elle seule, c'était son plus grand sentiment d'accomplissement. Pourtant, son récit de vie regorgeait d'éléments de réussites importantes, ayant, par exemple, ouvert son propre salon de coiffure. Mais, étonnamment, c'est le simple fait d'avoir son logement à elle qui lui a procuré sa plus grande fierté. C'est du moins ce qu'elle m'a mentionné lorsque je lui faisais remarquer ses réussites.

J'ai aussi pu comprendre que sa fierté était liée à l'acquisition de son autonomie lorsqu'elle m'a dit que c'était le fait « *d'être seule, en appartement, et d'être capable de prendre ses rendez-vous médicaux, de se déplacer pour ses rendez-vous* », qui l'avait rendue la plus fière d'elle-même. Cette fierté de soi était associée à ce moment où elle s'était sentie la plus rétablie. Elle m'a dit : « *Ouais, depuis que je suis revenue toute seule. Qui [qu'il] m'aille mis dehors, c'est une bonne chose !* »

Ce fut la rupture d'avec son ex-fiancé, devenu son compagnon de vie puis un simple colocataire, qui a été un tremplin pour elle, un tremplin qui lui a permis de se construire une place à elle pour sa fierté d'elle-même.

## Darlène et Suzanne : un logement pour leur indépendance

Pour Darlène aussi c'est de vivre seule pour la première fois qui était son plus grand sentiment d'accomplissement. Elle s'est choisie pour la première fois de sa vie. Ainsi, quand je lui ai demandé dans quels domaines elle s'est sentie la plus accomplie, elle m'a répondu :

*« Ça l'air drôle à dire, mais pour moi c'est eee, de, eee, de vivre seule ! Moi c'est la première fois que je vis seule de ma vie là ! Je m'en vas sur mes soixante<sup>46</sup> là pis (rire) c'est la première fois je vis seule pis je suis contente ! Parce que je vis seule, pis je suis très bien ! Parce que té, souvent avant, j'avais souvent resté avec des hommes que je connaissais pas pis eee, j'avais peur de vivre seule, juste le côté monétaire, té j'avais peur, parce que j'étais une dépendante affective, moi j'étais ben ben dépendante affective. ... Le quitter a été la plus belle décision de ma vie ! ... Faque pour moi vivre toute seule, je trouve que c'est un bel accomplissement pour moi, pis d'avoir décidé aussi de ne plus avoir un chum à n'importe quel prix aussi ! »*

Paradoxalement, Darlène me disait que pour elle, être en couple était synonyme de bien-être, mais qu'en même temps, c'était lorsqu'elle était célibataire qu'elle se sentait la plus guérie. Elle m'a dit :

*« Té quand tout va bien, c'est sûr tu te sens plus guérie, mais là, quand je me sens plus guérie c'est quand ? Ben c'est ça, c'est quand mettons que je suis ben ben en amour pis tout va bien ou là là, quand je suis célibataire, j'en ai pas de problèmes je te dis, je pense que j'ai acheté deux boîtes de Kleenex depuis 2 ans, je pleure pus ! (Rire) »*

Et pour Suzanne aussi c'était de réussir à avoir un logement à elle seule et d'avoir son indépendance qui était synonyme de réalisation de soi et d'un sentiment d'accomplissement. Bien qu'elle partage sa vie avec un compagnon et cohabite quelquefois avec lui, elle croyait qu'elle devait non seulement garder son propre logement, mais aussi l'habiter pour continuer à se rétablir. Elle m'a raconté ce qui suit.

*« Les fins de semaine arrivent, c'est le fun, mais là je commence à aller chez moi plus souvent dans la semaine... Pis les fins de semaine, je vas le voir, pour m'habituer à être dans mon cheminement, parce que sans ça j'vas toujours vouloir rester là pis je voudrai pas partir, pis ça c'est pas bon... C'est beau chez eux c'est propre, mais c'est pas chez nous pis c'est pas pareil ! »*

---

<sup>46</sup> L'âge a aussi été arrondi pour préserver la confidentialité.

Georgette : un logement pour son bien-être

Pour Georgette, ce n'est pas tant un sentiment d'accomplissement qu'elle ressentait face au fait d'avoir réussi à vivre seule. C'était surtout un bien-être que lui procurait son chez-soi, un chez-soi qui, dans son cas, était une chambre avec des services personnels plutôt qu'un logement. Elle considérait que le fait d'avoir eu un endroit où elle se sentait en sécurité, confortable, bien aménagé et décoré à son goût était une chance pour elle, puisqu'elle avait connu l'itinérance avant son long vécu en institution psychiatrique.

*« La couleur, la chambre que je voulais, pis toute ça pis, ahhhh ! C'était lavé comme tous les jours, ben pas tous les jours, mais y lavait ça toutes les semaines, ben surtout le lit pis tout ça là, pis y changeait les rideaux aussi, y'é lavait, y'é changeait, aaaah ! On était assez ben, j'étais assez ben là, c'tun vrai miracle que j'aie eu ça ! C'ta partir de ce moment-là que j'étais bien ! »*

Enfin ! Elle avait un peu plus de répit et de la facilité pour combler ses besoins de base. Aujourd'hui, maintenant qu'elle est seule en appartement, elle trouve ça difficile de prendre son autonomie. Elle me racontait : *« J'chus chez moi, en appartement, seule, mais tsé, c'est un peu difficile des fois. Mais je m'encourage ! »*

Chez Georgette, je pouvais constater que l'aspect logement n'était pas, comme chez les autres femmes rencontrées, encore associé à une fierté d'être complètement autonome. Nous constaterons plus loin que cette fierté et ce sentiment d'accomplissement sont venus que récemment pour Georgette, bien que cela fait maintenant quelques années qu'elle a quitté la rue. Elle semble avoir eu besoin de « souffler », après avoir connu énormément de difficultés.

#### **4.2.1.2. La sécurité financière : essentielle pour toutes**

Avoir un minimum pour assurer sa subsistance et sa stabilité en logement est important pour tout le monde, mais pour les personnes ayant un trouble de santé mentale, c'est essentiel sans quoi le stress peut devenir un facteur très grand d'anxiété (Lemyre, 1995; Lemyre, Lecomte et Millaud, 1989).

Plusieurs des femmes rencontrées ont d'ailleurs mentionné la sécurité financière comme un élément essentiel de leur rétablissement.

De plus, toutes les femmes rencontrées vivent de l'aide sociale pour au moins une partie de leur revenu. C'est pour elles une sécurité financière minimale pour combler leurs besoins de base,



c'est-à-dire avoir leur logement et assez de nourriture. La sécurité alimentaire est d'ailleurs discutée dans ce qui suit.

### Sécurité alimentaire

La nourriture a été souvent mentionnée comme une préoccupation. Sandra par exemple a dit : « *Ça l'a augmenté de 30 % la bouffe ! C'est grave là !* » De plus, toutes les activités tournant à l'entour de la nourriture ont été mentionnées comme un moyen simple pour se sentir en sécurité et pour se procurer du réconfort et du bien-être.

Se donner le droit à de « petits extras », de temps en temps, organiser son épicerie pour avoir le nécessaire pour bien manger durant tout le mois, prendre un repas chaud à un organisme qui prépare des repas communautaires<sup>47</sup> ou aller chercher des sacs de nourritures à des organismes de distribution alimentaire<sup>48</sup> sont des manières de se construire une « routine » pour prendre soin de soi.

### Rechercher la fin de l'insécurité financière

Cependant, c'est l'argent qui reste au cœur des préoccupations. D'ailleurs, chez toutes ces femmes, j'ai constaté soit une mention de leurs difficultés financières, soit une mention de ce qu'elles ont mis en place pour se sortir de difficultés financières. Le rétablissement semble donc, pour elles, aller de pair avec la sécurité financière. Georgette me le dit d'ailleurs spontanément lorsque je lui demande ce qui est essentiel pour bien aller. Elle répond : « *Eeeee d'l'argent !* »

Denise aussi me l'a dit clairement lorsque je lui ai demandé quelles étaient les périodes où elle s'était sentie la plus vulnérable. Elle m'a répondu spontanément : « Ben qu'est-ce qui m'atteint, c'est le manque d'argent pis les blessures... »

C'était d'une importance plus grande encore chez celles qui en avaient manqué dans leur vie. Par exemple avec Darlène qui s'arrange toujours pour avoir mille dollars de côté pour les imprévus. J'ai ressenti le stress lorsqu'elle s'exprimait :

---

<sup>47</sup> Plusieurs organismes servent des repas complets pour trois dollars. Ils organisent aussi des soupers communautaires et offrent de l'aide alimentaire.

<sup>48</sup> Voir par exemple la St-Vincent de Paul ou Moisson Montréal.

*« Ouais té, c'est des affaires comme ça qui me faisait faire des crises de panique, des évènements précis, pis là j'anticipais. [Je me disais] si y'arrive d'autres affaires au chien ou si y'arrive des affaires à... Ouin, on n'a pas d'argent en banque, pis là je me suis mise [à penser] : si ma laveuse pette, pis si ma sècheuse pette pis si le frigidaire pette, pis là je pensais pus juste au chien, je pensais à d'autres affaires... pis là l'anticipation est embarquée... Ben là, depuis que je suis toute seule, j'ai toujours 1000 \$ à la banque, depuis 2011, j'ai 1000 \$ à banque. »*

Ce n'est pas tant l'autonomie financière qui est recherchée, mais bien de mettre fin à l'insécurité ou la peur d'en manquer.

Georgette nous donne un autre exemple de ce fait. En l'écoutant, je comprenais qu'elle avait vraiment aimé pouvoir vivre dans un foyer où des gens faisaient tout pour elle sans qu'elle aille même à le demander. Les gens faisaient même ses repas, ce qu'elle adorait. Voici ces mots : *« C'est ça j'avais 130 \$ de plus sur mon chèque pour le travail que je faisais ici [à la ressource]... C'teux autres qu'y étaient responsable des chèques par semaine de dépenses, mais y payaient mon loyer, y faisaient toute pour moi ! J'étais pas responsable de mon argent ! »* Et lorsque je lui ai demandé si elle pensait que c'était mieux ainsi, elle m'a répondu : *« Oui, comme ça je me cassais pas la tête ! »*

Avec Georgette, nous pouvons donc constater encore plus clairement que la plus grande importance est d'éviter l'insécurité financière plutôt que de rechercher l'autonomie financière. Nous le voyons surtout dans le fait que le meilleur moment de sa vie fut le moment où elle était prise en charge par ce foyer de groupe.

### Prendre le risque de travailler

L'insécurité financière, comme quelque chose de nuisible au rétablissement est aussi mentionné par Chantale qui discute du dilemme du retour au travail et de la peur de perdre le statut de contraintes sévères à l'emploi. Elle dit : *« Il me montrait des jobs... mais c'était des contrats de 6 mois... c'est toute une histoire de ravoir ton aide sociale après... Est-ce que tu vas être encore « contraintes sévères à l'emploi », pis là refaire une demande au docteur ! »* Pour elle donc, la peur de devoir recommencer toutes les démarches avec un psychiatre, pour avoir le maximum d'aide sociale, l'empêche de retourner travailler.

Darlène vit ce même dilemme. Quand je lui ai demandé si elle était contente de lâcher l'aide sociale pour travailler, elle m'a répondu : *« Ben ça m'insécure un petit peu dans le sens de si*

*eeeeeee je suis obligé d'arrêter de travailler un petit peu, genre un mois ou deux, ben, je retombe avec rien ! Quand tu es avec l'aide sociale, t'as ça ! »*

Mais Darlène mentionne aussi la fierté qu'elle ressent de travailler. Elle m'a dit : *« Ça fait 8 ans... c'est la même place ! La job que j'ai travaillée le plus longtemps ça l'a été 5 ans. Pis là ça fait 8 ans ! ... Oui oui oui oui je suis contente ! »* Le fait de pouvoir travailler semble donc aussi quelque chose d'important pour la fierté de soi et donc pour le sentiment d'accomplissement et le rétablissement. Ce semble donc être un choix difficile de perdre la sécurité de l'aide sociale pour acquérir la fierté de pouvoir travailler.

Donc par rapport à la sécurité financière, ce que j'ai constaté dans le discours des femmes, c'est qu'elle est un élément important de leur conception du rétablissement et que sans cette sécurité financière minimale, ça devient difficile de se rétablir.

Dans le premier thème donc, ce qu'il est important de retenir, c'est qu'acquérir un logement pour soi est l'élément le plus significatif dans l'acquisition de la sécurité chez plusieurs des femmes rencontrées. Rappelons-nous aussi que cette sécurité minimale passe par l'acquisition d'un logement : élément le plus significatif dans la conception du rétablissement de plusieurs femmes que j'ai rencontrées. C'était l'élément le plus significatif à cause de l'indépendance affective et l'autonomie qu'il procure et à cause du simple fait que cette indépendance et cette autonomie étaient le point de départ de leur rétablissement. C'était aussi un élément important parce qu'il était, tout simplement, la cause du bien-être et de l'équilibre qu'il leur procure.

Nous devons aussi retenir que la sécurité, financière et alimentaire, est aussi essentielle pour elles dans leurs conceptions du rétablissement. Retenons aussi que les femmes de ma recherche veulent surtout mettre fin à l'insécurité financière plutôt que de rechercher l'autonomie qui est, tout de même, présente dans leurs conceptions du rétablissement. Finalement, nous devons aussi retenir l'importance de l'acquisition d'un bien-être dans chacun des deux sous-thèmes que je viens de développer. C'est d'ailleurs ce bien-être qui cherche à être acquis par l'acquisition des besoins de base.

## 4.2.2. Thème 2 : La routine, pour une stabilité

La routine, afin d'acquérir la stabilité, fait partie des conceptions du rétablissement chez les femmes que j'ai rencontrées. Cette routine peut s'obtenir par la fréquentation d'une ressource communautaire ou dans la pratique d'une activité plus solitaire et personnelle. Voyons plus en détail ces deux manières qu'ont les femmes de se construire une stabilité.

### 4.2.2.1. Une fréquentation plus assidue à une ressource

Environ la moitié des femmes rencontrées fréquente assidûment une ressource communautaire. Cette ressource peut être leur ressource d'appartenance, où elles s'y rendent comme dans un milieu de jour, ou une autre ressource, qu'elles choisissent pour faire leur « Pass-action »<sup>49</sup>.

Comme un travail

Pour Georgette, avoir une routine lui donne une impression d'être attendue, d'avoir une raison de se lever le matin. Avant, elle venait à sa ressource d'appartenance tous les jours de la semaine pour s'occuper de l'accueil des personnes et de la réception téléphonique. Cela lui donnait plus d'argent sur son chèque d'aide sociale. Elle disait : « *Moi, pour moi, ça m'a donné une routine. Ben, quand je fais quelque chose je le fais moi ! Comprends-tu ce que je veux dire ? Quand je fais quelque chose je le fais, après ça je m'en vais chez moi, j'm'en va manger, je m'en va dormir, pis le lendemain matin, j'm'en reviens icitte. C'est comme une ouvrage ! Té comme quand tu t'en vas travailler !* »

Elle m'a exprimé le fait que, pour elle, l'époque où elle venait chaque jour était une très belle époque l'ayant rendue très heureuse. Elle se sentait en équilibre, ce qu'elle me racontait : « *Ça m'émoi ! Ah j'étais contente ! ... C'est rare que je manquais ! Dans ce temps-là au début, je venais 5 sur 5 ! ... Donc ça ; c'est un maintien d'équilibre à moi, beaucoup beaucoup !* »

---

<sup>49</sup> Un Pass-Action est une entente avec l'aide sociale pour apprendre progressivement à suivre un horaire de travail, en faisant par exemple, des tâches diverses dans des organismes communautaires en échange d'un montant d'argent en plus sur le chèque d'aide sociale.

Pour ne pas perdre ses repères

Suzanna aussi fréquente sa ressource presque tous les jours. Elle me disait : « *Plus je laisse mon cadran plus de bonne heure, plus eee, ça me fait du bien...* ». Et pour Stéphanie aussi la routine est importante. Sans sa routine, elle perd ses repères, à cause de l'ennui qui l'incite à faire de la boulimie. Elle explique :

*« Si j'ai rien à faire, je vais m'emmerder pis ben souvent je vais embarquer dans l'hyperphagie pis souvent je vais me mettre à manger mes émotions pis c'est là que ça m'aide pas. J'ai besoin eee, c'est important Pass-action<sup>50</sup> ! Que j'aille une raison de me lever le matin parce que sinon, je perds mes repères. ... Si j'ai des vacances, comme là j'ai eu un mois, ç'a été le pire mois, là ! »*

Ce que j'ai constaté chez les femmes de ma recherche c'est que la fréquentation assidue d'une ressource exclusive aux personnes souffrant de troubles de santé mentale comporte plein d'avantages. Cela leur a permis de ne pas perdre leurs repères personnels et leur a procuré une routine comme le ferait un travail. De plus, pour certaines femmes que j'ai rencontrées, la ressource remplit leur vie et leur quotidien et elles y vont presque tous les jours. Pour certaines autres, leur quotidien s'est construit à l'entour d'une routine plus personnelle, comme nous le verrons dans ce qui suit.

#### **4.2.2.2. Une « routine » solitaire et personnelle**

J'ai aussi constaté, chez certaines femmes rencontrées, une routine plus personnelle ne tournant pas à l'entour d'une fréquentation assidue de la ressource d'appartenance ou de la participation à un Pass-Action. C'est une routine qu'elles ont parfois construite grâce à une saine solitude et grâce à une grande discipline pour se structurer. Pour se faire, elles utilisent, par exemple, des outils spirituels ou bien elles apportent des soins à leurs animaux de compagnie. Différents exemples sont illustrés dans ce qui suit.

##### Une saine solitude

Certains témoignages amènent à penser qu'une certaine solitude peut être bénéfique et constructive et qu'elle peut permettre à une personne de vivre un « retrait positif salvateur »

---

<sup>50</sup> Voir la note de bas de page 38, à la page précédente, où je décris ce qu'est un « Pass-Action ».

(Corin, 2002)<sup>51</sup>. Cette solitude n'est pas de l'isolement : plus difficile à vivre. J'ai constaté cet effet bénéfique de la solitude chez Cynthia qui possède une grande force lui ayant permis de se faire une routine pour elle-même. Durant une période de trop grande solitude, parce qu'elle vivait en campagne sans voir personne, elle a appris à se faire une routine pour elle-même. Mais elle vivait trop dans l'isolement. Heureusement, elle a dû se séparer d'avec un ex-conjoint, une relation compliquée, et venir s'établir à Montréal. Ce fut une nouveauté pour elle, elle n'est plus seule chez elle et commence à sortir de l'isolement pour s'établir dans une saine solitude, ce que Corin nomme « retrait positif salvateur » (2002).

Ce n'est que récemment que Cynthia a pu se choisir des activités, depuis qu'elle est arrivée à Montréal. Avant, elle était éloignée et ne faisait aucune autre activité que l'entretien de sa maison et quelques jeux de cartes. Elle raconte :

*« La solitude je deale bien avec ça ! Je fais mon lavage, je fais mes commissions, je fais mon manger... J'appelle pas au restaurant jamais. ... Ma priorité c'est le manger, pis un petit peu d'activités. Comme là [nom de la ressource 1], [nom d'une autre ressource], le bingo ! ... Moi avec le bloc où ce que j'habite là, le jeudi matin, on a un autobus qui nous ramasse au bloc, qui nous emmène au Provigo, pis mon Jean-Coutu est à côté pour les pilules, ma Banque Nationale... dans le même centre d'achat, y'a une tabagie pour ma carte opus... pis y'a même un Dollalorama... Té moi je viens ici au café-rencontre faque ça me bouque trois jours semaine. ... Ben j'ai juste le lundi pis le mercredi que j'ai rien ! [Mais elle trouvé quelque chose à faire] Ben lundi j'ai fait de la peinture, j'ai avancé mon tableau ! ... Pis mercredi eeeee, c'est la journée du lavage le mercredi ! »*

Plusieurs femmes ont mentionné une « routine » plus solitaire et personnelle. C'est une solitude où elle a appris à vivre pour elle-même, à se prioriser et retrouver ses envies et désirs de se réaliser. Nous pouvons même dire que parfois, c'est dans une certaine solitude que se construisent les bases du rétablissement.

Cette solitude semble même un besoin pour les femmes rencontrées. Et Yolande me le disait clairement, elle en a besoin de sa solitude : « ... parce que sans ça, ça irait pas, j'ai besoin de cet espace-là à moi ! Ça c'est du temps que je me donne à moi ! ... C'est important ça ! J'ai besoin de me retrouver avec moi-même, faire les choses juste pour moi ! »

---

<sup>51</sup> Ellen Corin nous explique ce qu'est un retrait positif dans son article « Se rétablir après une crise psychotique : ouvrir une voie ? Retrouver sa voix ? » (2002). À ce que j'en ai compris, elle parle d'une saine solitude qui permet d'établir ses repères pour mieux aller, où la personne vit un peu en marge sans être complètement seule ou isolée, et cela le temps de mieux se comprendre elle-même et le temps de retrouver le goût d'être soi et de vivre.

Mais elle fréquente tout de même la ressource d'attache, parce que cela lui apporte une stabilité qui l'empêche de « *piquer du nez* » comme elle disait. Elle me racontait ce qui l'aide à bien aller. C'est l'assiduité et la constance dont elle fait preuve depuis quelques années pour donner son appui à une cause qui lui tient à cœur : celle de la protection des animaux. D'ailleurs, elle me raconte avoir signé toutes les pétitions, toutes, qu'elle prend en note dans un cahier depuis quelques années. Ça peut nous sembler banal à priori, mais cette rigueur lui donne une stabilité et une routine très importantes pour être bien avec sa solitude : une saine solitude. Elle racontait :

*« Mais je signe tellement de pétitions [avec Avaaz]. Tellement ! ... Moi je prends le temps, parce que je suis à la maison, depuis 2010, j'ai pris en note dans un cahier toutes les pétitions que j'ai signées. Je marque toutes ceux que j'ai faites. Pour moi c'est un devoir de le faire, faut je le fasse. »*

Darlène aussi qui me racontait l'importance de cette saine solitude dans sa vie : Elle a aussi raconté la différence qu'elle fait entre la solitude et l'isolement. Voici ces mots :

*« La solitude pis l'isolement, je trouve c'est deux mots différents, pis la solitude, je m'ennuie jamais, je suis pas une fille qui s'ennuie, je suis très bien toute seule, je m'occupe, là je pense que depuis le mois de janvier je suis rendue à mon 6e ou 7e livre là que je lis, je lis beaucoup, j'ai Facebook, internet, je regarde la télévision, j'ai quelques programmes que j'aime beaucoup, je ne m'ennuie pas, je ne m'ennuie pas du tout du tout, pis je m'isole pas. »*

Une grande discipline pour se structurer

J'ai constaté chez Carole que la routine était aussi recherchée pour se rétablir. C'est l'équilibre dans les activités de son quotidien, comme le jardinage, les ateliers d'écriture et l'entretien de son logement, qui lui ont permis de se sentir rétablie. Mais elle me disait aussi qu'il existe une seule condition qui devait être remplie pour qu'elle se sente rétablie : l'entretien de sa maison. Pour arriver à remplir cette condition, elle fait religieusement son bilan de la semaine. Elle fait ce bilan aussi pour s'assurer d'avoir un bon équilibre de vie, mais elle me racontait aussi que faire ce bilan, c'est « à double tranchant ».

Parce que lorsqu'elle le fait, cela la rassure, mais en même temps, si elle ne réussit pas à avoir cet équilibre parfait, elle se déprécie. Par exemple, voici ce qu'elle racontait :

*« Ce qui fonctionne pour moi c'est : avant je me faisais des listes de choses à faire. ... J'me fais des listes pis eeee, pis après ça je me fais comme un horaire là ! Bloc 1, bloc 2, entoucas ! ... Pis là j'écris dans mon agenda tout ce que je fais comme tâches ou activités*

*eeee... Chu très structurée là-dedans ! ... Eee, c'que ça me permet c'est que té, y'a des moments où j'ai l'impression que je fais rien ! [Alors là elle se dit] :] Ah ben là coudon, j'ai quand même fait ça, fait ça ! ... Mais un temps j'étais trop pogné dans ça. Mais ces temps-ci, je trouve que je me sens moins coincé dans mon système... peut-être que je le laisserais tomber, mais on dirait que ça me prend ça pour faire de quoi ! »*

Pour elle, ça lui prend un horaire serré pour réussir à bouger et aussi une grande discipline pour s'y conformer. Ce qui n'est, d'ailleurs, sûrement pas très différent pour une partie de la population.

### Des outils spirituels pour construire sa routine

Yolande aussi me disait que sa routine fait, pour elle aussi, partie de son rétablissement. Elle disait que son trouble de santé mentale était dû à un manque d'équilibre dans sa vie et c'est pourquoi elle avait décidé de méditer tous les jours. Yolande pratique la méditation avec une grande régularité. Elle fréquente aussi une école de bouddhisme depuis quelques années. Alors quand je lui ai demandé de m'expliquer un peu la cause de son trouble de santé mentale, elle m'a répondu, que c'est un peu à cause de la non-adhésion à ce principe bouddhisme : « *Je suis toute un [ou] toute l'autre, jamais dans le milieu !* »

Justement, le bouddhisme, c'est d'apprendre à trouver « la voie du milieu »<sup>52</sup>, c'est-à-dire apprendre à éviter les états émotionnels extrêmes et se déposer dans un état de sagesse, de bien-être et de compassion. Je me disais alors, en entrevue, que ça devait l'aider de méditer pour établir une routine de vie, ce que je lui ai mentionné. Elle m'a alors dit : « *Si tu savais comment ! J'essaye d'être plus équilibré un peu là ! Ça m'aide énormément ! Je médite peut-être 5 minutes, 10 minutes ou 15 minutes. Si jamais je passe une journée parce que j'ai quelque chose (une activité), je vais pas bien.* » Elle médite donc tous les jours, ou presque, pour son bien-être. C'est sa routine.

Denise aussi a mentionné un outil spirituel pour bien aller : la cohérence cardiaque. Elle me disait que cela l'aidait dans les moments difficiles et que c'était un outil qui la sécurisait. « *Ben j'en fais à chaque jour... Ça fait 3 ans. J'ai pas beaucoup sauté de journées. Faque c'est à ma*

---

<sup>52</sup> C'est ce que j'en ai compris en pratiquant un peu de bouddhisme. Pour plus de renseignements, l'école de bouddhisme Nalandabhodi donne des formations et des ateliers.



*disposition. Faque peu importe la situation. C'est juste l'assurance que ça peut t'aider à tout moment ».*

Ce que j'ai compris de son discours c'est que la cohérence cardiaque lui permet d'avoir une routine sans que son passé vienne prendre toute la place dans son quotidien. Elle m'expliquait qu'à force de vivre une belle journée à la fois, elle obtenait de grandes périodes de temps où elle se sentait rétablie et qu'ainsi, elle réalisait être passée à autre chose qu'aux difficultés.

Quelques femmes que j'ai rencontrées, soit quatre sur onze, ont mentionné utiliser des outils spirituels pour s'installer dans une routine. L'utilisation d'outils spirituels n'est donc pas quelque chose de négligeable.

### Une routine avec les animaux de compagnie

Il est aussi intéressant de constater que les animaux de compagnie font partie des choses importantes utilisées par les femmes pour établir leur « routine » et conserver leur équilibre. Toute une organisation tourne à l'entour des soins qu'elles apportent à leurs animaux. D'ailleurs, plus de la moitié des femmes rencontrées ont mentionné avoir déjà eu un ou plusieurs animaux à s'occuper, que cela leur apportait beaucoup. Cela a fait et fait encore partie de leur rétablissement. C'est une responsabilité qui les stabilise et organise leur quotidien en plus de combler partiellement un besoin affectif et d'amener une présence réconfortante dans leur chez-soi.

Nous le voyons avec Carole par exemple. En répondant à ma question, pour savoir ce qu'elle faisait pour bien aller, elle m'a répondu sans hésiter que c'était l'organisation de sa maison, mais aussi les soins et l'affection donnés à ses animaux. Elle disait : *« Ben mes chats aussi ! ... J'ai 3 chats. Comme hier je m'endormais pas là, je regardais la télé, j'ai lu, pis a dû être couché sur moi pendant au moins 5 heures de temps... Je le sens, depuis que je suis plus active cette année, depuis septembre, que sa maman lui manque ! »* Ses chats font partie de sa vie, de son quotidien, comme ça l'a été le cas pour Yolande, Cynthia et Darlène.

Avec ce second thème donc, j'ai constaté qu'une routine consolidait le sentiment de sécurité discuté au premier thème. Ainsi, que ce soit par la fréquentation assidue à une ressource ou par une routine plus personnelle, acquise soit par une saine solitude, par l'utilisation d'outils

spirituels ou les soins aux animaux, c'est la constance et la régularité des gestes au quotidien qui consolide le sentiment de sécurité.

Voyons maintenant le dernier thème qui complètera la compréhension de la première phase du rétablissement, du moins selon les femmes que j'ai rencontrées.

### **4.2.3. Thème 3 : Apaiser une trop grande souffrance**

Ici, il me semble important de rappeler qu'une crise ou une hospitalisation n'empêchent pas le rétablissement. C'est plutôt la présence d'une trop grande souffrance qui rendait difficile l'acquisition d'un sentiment de bien-être et de sécurité. J'ai aussi noté que chez les femmes rencontrées, c'était souvent des situations de souffrance trop vive qui avaient apporté le début des troubles de santé mentale ou qui les avaient, du moins, exacerbés.

Dans le présent thème, j'illustrerai l'importance de résoudre une situation trop criante, avec l'aide de l'exemple de Sandra, dont l'enfant est décédé, et par l'exemple de Stéphanie, qui a décidé de confier sa fille à l'adoption et de se reconstruire une vie malgré cette perte.

#### **4.2.3.1. Survivre aux grandes pertes : Sandra et Stéphanie**

Nous pouvons tous nous imaginer la difficulté de se rétablir après le drame du décès de son enfant. C'est ce qui est arrivé à Sandra. En entrevue, elle témoignait de sa souffrance, une souffrance encore présente. Elle était tellement grande qu'il a été difficile pour elle de se reconstruire et de se rétablir.

Et pour Stéphanie aussi, qui a vécu l'adoption de sa fille, ce fut difficile. Même si l'adoption semble moins définitive que le décès d'un enfant, ce fut tout de même une grande perte pour elle, bien qu'elle mentionne avoir fait ce choix.

Sandra

Sandra a perdu sa fille, morte d'une embolie dans la trentaine. Pour Sandra, avant de se rétablir, il a fallu qu'elle arrête de penser au suicide constamment. Même après 10 ans, elle pense encore avec douleur à sa fille. Elle m'expliquait :

*« J'ai toujours des ennuis à cause de ça. Je me sens toujours coupable, j'aurais dû, j'aurais dû faire mieux, ça là, c'est flagrant, là la période des fêtes arrive... Je vais te dire*

*que ça m'a mis deux ans à m'en remettre. Y'a des périodes où c'est plus flagrant que d'autres. Un manque ! Le manque ! [Elle me montre ce manque comme si elle le ressentait encore physiquement] Té si quelqu'un est malade, tu souhaites que sa souffrance arrête. Tu souhaites ça, quand tu vois quelqu'un souffrir, mais ça [silence, la souffrance est ressentie] ».*

Cette souffrance, sourde, poignante, qui la ramène toujours à la même souffrance sous-jacente de la mort : la sienne, parce qu'elle a envie de mourir depuis sa première tentative de suicide après la mort de son père. Elle a fait plusieurs tentatives de suicide. Selon elle, sa vie fût comme une boucle infinie de trop grande souffrance : décès de son père, tentative de suicide, décès de sa fille, culpabilité, tentative de suicide..., plusieurs fois : cette boucle de souffrances. Elle m'a dit : *« Rationnellement je le sais que j'ai pas tué mon père, j'ai pas tué mon père, j'ai pas tué ma fille. Je sais tout ça. ... Je rationalise. Pas de problèmes. Pis ça reste avec les années-là ! T'as beau rationaliser les émotions ! [Ça ne passe pas qu'elle m'exprime avec ses mains] ».*

Je me suis donc dit que si sa souffrance revenait sans cesse, que c'était peut-être dû au fait qu'elle n'avait pas réussi à exprimer l'émotion par rapport à la mort de son père. Alors délicatement, je lui ai demandé si elle avait déjà exprimé ses émotions par rapport à tout ça. Elle m'a répondu : *« Je les exprime, mais c'est comme pogné là ! ... Ça fait 60 ans ! »* Heureusement, j'ai compris, dans la suite de son discours, qu'elle avait commencé à s'exprimer sur ce sujet. Grâce à la ressource à laquelle elle est rattachée aujourd'hui, elle a pu s'exprimer et retrouver une envie de vivre. Voici ses mots :

*« ... Oui, faque... J'ai de la misère ! ... Malgré que... avec X [le nom de son intervenante] tout ça, je serais pas là sinon ! Ça fait longtemps que je vivais juste pour mourir ! ... J'ai passé à l'acte souvent ! ... Maintenant, je vois plus de beau ! ... Je vois plus de beau, OK ? C'est pas toujours beau, mais je ne pense que personne a une vie toujours belle où tout est parfait ! Mais je tiens à la vie ! Maintenant, le suicide ne fait plus partie de ma vie. Fais pu parti de ma vie. »*

C'est donc seulement à partir du moment où elle a exprimé sa souffrance qu'elle a pu s'apaiser assez pour retrouver le goût de vivre. Ainsi le rétablissement a pu s'amorcer même si la tristesse de perte de sa fille reste là, comme l'a mentionné Sandra.

Stéphanie

Stéphanie aussi vivait une situation de souffrance trop criante. Elle vivait avec sa fille chez sa mère qui l'exploitait financièrement et qui faisait vivre à sa petite fille des situations la ramenant à sa propre enfance à elle. Elle m'a raconté :

*« Parce que là, c'est pas juste ma maladie c'est parce que ma mère faisait du mal à ma fille. Pis des fois, ma fille me ressemblait tellement ! C'est comme si ma mémoire avait bloqué des souvenirs dans mon passé quand j'étais petite pis que là, j'm'en souvenais quand je la voyais. Faque ce qu'a faisait à elle c'est comme si a le faisait à moi. »*

Ce que j'ai compris de son discours, c'est que tant que Stéphanie n'a pas pu se distancer du joug de sa mère, elle n'a pas pu mettre fin à la réactivation de ses propres blessures. De plus, selon elle, ce n'est pas tant la perte de sa fille qui l'aurait plongée dans les troubles de santé mentale, mais plutôt la réactivation de ces blessures d'enfance. Elle m'expliquait que c'était cela qui l'avait plongé dans les psychoses.

Mais, au moins, sa psychose lui a permis de sortir de l'emprise de sa mère. Parce qu'à ce moment-là, on lui avait enlevé sa fille et qu'elle avait donc pu, après son hospitalisation, partir de chez mère. Elle m'a expliqué :

*« Je te dirais que c'est le fait qu'ils aillent emmener ma petite qui m'a aidée parce que quand je suis partie de chez ma mère, parce que je ne savais pas comment m'en aller avec un enfant, je savais pas si y avait des maisons qui pouvaient nous aider pis toute ça. Faque le fait qui sont venus la chercher, ça m'a donné la force de pouvoir partir. »*

Donc Stéphanie a, selon ce qu'elle racontait, fait ce qu'elle croyait le mieux pour sa fille à l'époque, c'est-à-dire qu'elle a accepté de la laisser aller en adoption. Mais je sentais, à son discours rationnel et au ton de sa voix, qu'elle essayait encore de se convaincre qu'elle avait pris la bonne décision.

*« Ça l'a été un choix personnel que j'ai fait étant donné que j'meeee étant donné que... Oui, j'ai un appartement, mais j'ai un 1 et demi. J'étais stable oui, mais j'pas capable m'occuper d'un enfant 24 heures sur 24. Pis le père a jamais été présent té je veux dire y m'a laissé quand j'étais enceinte. C'était un choix pour le bien-être de ma fille. Je savais qu'en faisant ça j'y donnais une enfance que moi j'ai pas eue. C'était plus important pour moi qu'a soit heureuse pis qu'a l'aille une belle enfance parce que moi j'en ai pas [eue] d'enfance chez ma mère. »*

La décision de la faire adopter a été difficile, complexe en émotions, d'autant plus que c'était la naissance de sa fille qui lui avait enlevé l'envie de se suicider. Mais elle a réussi à la laisser

partir, c'était là « *un cadeau d'une vie qu'elle lui faisait* ». Malgré les jugements des gens, les jugements de sa propre famille, elle a fini par être fière de sa décision. Mais elle a tout de même besoin de s'accrocher à son désir de revoir sa fille un jour lorsque celle-ci sera en âge de la revoir. J'ai pu le sentir dans ses mots : « *C'est ça qui me maintient en vie le plus !* »

D'autres femmes rencontrées avaient, elles aussi, vécu une séparation d'avec leurs enfants qui avaient sûrement exacerbé, à l'époque, leurs troubles de santé mentale. Bien que leur souffrance soit très grande pour elles aussi, j'ai décidé d'en discuter séparément. Et cela puisque j'ai constaté que pour elles, leur souffrance s'était résorbée avec la reconstruction du lien brisé et que je pourrais donc en discuter dans le thème des relations interpersonnelles.

Pour l'instant, rappelons-nous que la souffrance extrême ou trop grande peut empêcher de faire face aux émotions du présent et rendre difficile la mise en œuvre du rétablissement. Elle peut même enlever l'envie de vivre et ainsi, nuire grandement au rétablissement.

Notons aussi qu'une souffrance temporaire, reliée à une crise par exemple, ne nuit pas nécessairement au rétablissement, comme nous le verrons dans le prochain thème.

#### **4.2.3.2. Les périodes de crise et les hospitalisations**

Dans les deux points qui suivent, nous verrons que l'hospitalisation ou le temps d'arrêt dans un centre de crise, souvent considéré négativement, n'est en fait qu'une pause nécessaire pour mieux « *repartir* » et mieux se rétablir à la sortie.

##### **L'utilité de la crise**

Les données montrent que même si le rétablissement est amorcé depuis longtemps et que la personne est relativement stable depuis plusieurs années, cela ne signifie pas que la personne ne connaît plus des moments de crise. L'hospitalisation ou la fréquentation d'un centre de crise peuvent quelquefois s'avérer nécessaires. Lorsque survient, par exemple, une souffrance difficile qui exacerbe les troubles de santé mentale, alors le centre de crise ou l'hôpital peuvent être aidants pour retrouver l'équilibre.

Je l'ai constaté chez Denise par exemple. Elle me racontait qu'elle avait vécu, il y a quelque temps, des épreuves et qu'à l'époque tout allait mal. Parce qu'elle venait de vivre une agression physique, en plus de manquer d'argent, et qu'elle venait de vivre un accident de la route qui lui

causait des douleurs physiques. Elle a même pensé au suicide à l'époque et a été en centre de crise. Là-bas, elle a parlé de ses difficultés et avec le temps, ça s'est amélioré. Elle m'a aussi expliqué que malgré les difficultés, le rétablissement se poursuit grâce aux « *petits succès* » qui s'accumulent et au fait qu'il y a des « *affaires qui se règlent, au fur et à mesure* ».

Ainsi, après une grande période de crise, Denise a réalisé que le rétablissement c'était, pour elle, de pouvoir se réaliser dans ses projets malgré l'épreuve. « *Me réaliser, faire des projets, comme ça... : projets d'élections, c'est quelque chose pour l'argent pis c'est quelque chose pour mon estime. C'est pour me prouver qu'après ma chute... pis après avoir été battue... je suis encore capable de faire des choses* ».

L'envie de vivre est revenue, d'abord parce qu'elle voulait se prouver à elle-même que ceux qui lui ont fait du mal n'avaient pas réussi à la détruire. Prouver cela lui a redonné sa fierté et la réussite dans ses « *petits succès* » lui a redonné son envie de vivre.

Nous pouvons voir dans l'exemple de Denise une utilité à la crise. Comme quoi il ne faut pas voir tous les types de souffrance comme étant nuisibles, certaines étant même un tremplin pour le changement.

L'hôpital ; pas nécessairement une contrainte

Comme pour la crise, l'hospitalisation est parfois un temps d'arrêt nécessaire pour mieux cheminer vers son bien-être. Parfois, loin d'être vécue comme une contrainte, la personne vit cela comme quelque chose de très aidant et de positif pour son rétablissement. Ce fut le cas avec Georgette, Linda, Cynthia, Denise, Stéphanie. Denise, qui a vécu 9 hospitalisations, me racontait même qu'elle voyait cela comme des « *expériences* ».

Mais l'hospitalisation n'est pas non plus un passage obligé. Une des femmes rencontrées, Darlène, n'a d'ailleurs jamais été hospitalisée. Pour elle, c'est après avoir reçu un diagnostic confirmant pourquoi elle ressentait constamment un mal-être, qu'elle commence à cheminer vers son mieux-être et cela sans jamais connaître l'hospitalisation ou les centres de crise.

Bref. Ce que nous devons retenir en ce qui concerne les périodes de crise et les hospitalisations c'est qu'elles sont parfois utiles pour apaiser une trop grande souffrance. C'est ainsi que les

femmes rencontrées ont pu retrouver un bien-être qui leur a permis de poursuivre leur rétablissement.

#### **4.3.3.3. L'importance de penser à soi**

Nous pourrions croire que, pour la plupart des personnes, il va de soi de se prioriser avant de s'occuper des autres. Pourtant, chez les femmes rencontrées, j'ai constaté que certaines se sont tellement oubliées pour prendre soin des autres qu'elles se sont rendues jusqu'à un très grand mal-être. Ce fut alors impératif pour elles de renverser la vapeur.

Suzanna par exemple, m'expliquait qu'elle avait dû apprendre à se prioriser. Elle racontait qu'elle avait autrefois perdu l'équilibre et ne voulait plus que cela arrive. Cette perte d'équilibre avait exacerbé son trouble de santé mentale. Elle me racontait :

*« Faut pas que j'en fasse trop, comme quatre cinq jours. Parce qu'avant je filais sept jours par semaine, activité de bénévole... Pour les personnes âgées. Du bénévolat pour les personnes âgées... j'en ai fait pendant 10 ans de temps ! ... Pis là, y m'ont dit d'arrêter ça ! Pis l'infirmière qui était là-bas m'a dit : tu prends une année sabbatique. Y'ont jamais voulu je retourne. ... Là c'est là j'ai compris... C'était vraiment une fatigue là ! ... C'était trop ! »*

Pour Denise aussi, réapprendre à vivre et retrouver un peu de bien-être, pour elle d'abord, dans son quotidien ont été essentiel pour son rétablissement. Et c'est dans un centre pour femmes en difficultés qu'elle a appris cela, après avoir vécu de la violence conjugale durant longtemps. *« C'est vraiment important [de prendre soin de soi], ça fait toute une différence. Tu repars à neuf... Ben à vivre simplement, pis à se faire des petits plaisirs »*. C'est d'ailleurs à partir de là qu'elle a appris à prendre soin d'elle, à se faire des *« plans top shape »* comme elle me le disait, c'est-à-dire des moments où elle va *« faire plus de méditation, plus de relaxation... pour être en pleine forme... »*.

#### **4.3.3.4. La question de la médication**

Pour admettre qu'une médication est nécessaire, pour certaines du moins, *« tomber malade »*, à la suite d'un arrêt des médicaments, parfois même à quelques reprises a été nécessaire. Cynthia par exemple, me disait : *« Ça va bien. Parce que je prends mes médicaments aussi ! Quand j'ai tombé malade, c'est parce que je me pensais guérie ! J'arrêtais mes médications pis je retombais malade. »*

D'ailleurs, Cynthia, qui a eu besoin de trois hospitalisations pour accepter la médication, considère que c'est seulement à partir de là qu'elle a pu se rétablir. C'est parce que la médication lui a permis de diminuer sa souffrance, la souffrance, elle aussi, de la perte de ses enfants et d'une rupture familiale. Ainsi, après trois hospitalisations, elle a compris que sans sa médication, elle retomberait dans une période de délire parce qu'elle était « incapable de gérer une souffrance si grande ». Elle m'expliquait qu'à l'époque, elle tentait de prier pour gérer la souffrance, mais qu'elle avait tellement prié qu'elle était tombée dans un délire religieux.

Denise aussi nous dit avoir accepté de prendre une médication. Elle dit : « ... *Un bon médecin... je l'ai revu après... Y m'avait aidée, y m'avait convaincue de prendre de la médication pis eee, c'est un bon choix je pense.* »

Georgette, pour sa part, me racontait qu'elle aurait peut-être envisagé, il y a quelques années, alors qu'elle commençait à aller mieux, d'arrêter la médication, mais que son médecin lui déconseillait fortement puisqu'il craignait une rechute. Elle a donc continué à prendre une médication et aujourd'hui, elle continue, parce que : « ... *eee... Ça apaise un peu ! Ça fait du bien. Ça fait du bien moralement* ».

Et quelques autres femmes, la plupart en fait, mentionnaient cela.

Donc, en ce qui concerne la question de la médication, la plupart des femmes rencontrées m'ont mentionné qu'elles ont fini par accepter de prendre une médication. Elles disaient aussi que c'était important pour leur rétablissement parce qu'en plus de les avoir apaisés dans leurs trop grandes souffrances, cela leur avait apporté du bien-être.

Dans ce que nous avons vu, apaiser une trop grande souffrance est important pour être capable d'amorcer un rétablissement. Une souffrance trop criante semble monopoliser toutes les ressources de la personne, la plongeant dans la détresse et l'exacerbation des troubles de santé mentale. Cependant, nous avons vu aussi que la souffrance semble souvent faire partie de la vie et qu'elle n'est pas incompatible avec le rétablissement, qu'elle peut même devenir aidante. Finalement, nous avons vu aussi l'importance de se prioriser et l'importance de la médication pour ces femmes.

En somme, la première phase contient des manières de mettre en œuvre le rétablissement qui tournent à l'entour du besoin de se déposer. Avoir un chez-soi, une sécurité financière minimale,



une routine bien à soi et apaiser une trop grande souffrance sont des manières d'asseoir leur rétablissement.

En quelque sorte, ce que j'ai compris de mes rencontres avec ces femmes, c'est que l'acquisition de ces bases du rétablissement leur avait permis d'amorcer, par la suite, deux mouvements. Un mouvement à l'intérieur d'elles-mêmes et un autre à l'extérieur d'elles-mêmes. Cette phase 1 permettant l'acquisition de ces bases du rétablissement était essentielle pour mettre en œuvre les deux « *mouvements de l'être* » décrit par Corin, Poirel et Rodriguez (2011), tels que nous les avons vus dans le cadre analytique du chapitre II.

Ces deux mouvements se retrouvent dans les deux phases qui suivent qui sont, pour la deuxième, « se connaître et être » et, pour la troisième, « créer et faire : l'engagement ».

#### **4.3. Deuxième phase : Se connaître et être**

Dans le discours des femmes que j'ai rencontrées, j'ai constaté qu'après s'être déposées, c'est-à-dire après qu'elles ont trouvé un peu de sécurité, mis en place une routine et ont, partiellement du moins, apaisé les trop grandes souffrances, elles arrivent à une phase subséquente de leur rétablissement. C'est alors la phase 2, la phase où la souffrance semble déjà moins paralysante, permettant alors d'amorcer un cheminement intérieur. La survie semble moins grande, les femmes recommencent un peu à vivre. Bien sûr, une souffrance très criante peut revenir, de même que des crises temporaires. Mais en général, c'est à ce moment-là, après les grandes souffrances, qu'elles sont arrivées à leur ressource et qu'elles peuvent donc trouver un peu de soutien si elles en ont besoin.

C'est à ce moment que la plupart des femmes de ma recherche ont amorcé un travail plus en profondeur sur elles-mêmes. Ce n'est pas toujours la première fois que ce travail est effectué. Certaines ont connu diverses thérapies, divers centres de traitements ou organismes communautaires où elles ont déjà effectué ce travail. Pour certaines autres, c'est bien la première fois. Elles ont revisité les blessures et les injustices subies dans leur passé pour essayer de s'en remettre ou de s'en rétablir. Ce travail sur soi leur a permis de se regarder, de se reconnaître et de reconnaître leurs forces. Ce travail sur soi leur a aussi donné l'envie de rêver à des projets et l'envie de s'accomplir en tant qu'humain.

Ce travail ne se fait pas dans un isolement total. J'ai bel et bien vu certaines femmes vivre ce que Corin décrivait comme un « retrait positif »<sup>53</sup> (2002). Ce retrait leur semblait bénéfique, mais, il me semble tout de même important, d'après les résultats de la présente recherche, d'avoir un contact minimal avec les autres, surtout pour mettre en œuvre la phase suivante du rétablissement, selon les conceptions des femmes, dont je discuterai ensuite.

D'abord, discutons de la phase 2 et de ses thèmes. D'abord, il y a le thème 4 intitulée : « un travail sur soi » qui contient trois sous-thèmes. Le premier thème est une « revisite » des blessures et des injustices de l'enfance, le second c'est celui de la reconnaissance de soi et de ses forces et le troisième, celui des moyens et outils mis en œuvre pour faire ce travail sur soi.

Dans le thème 5, intitulé « les relations interpersonnelles », nous parlerons de trois sous-thèmes. Le premier discutera de l'impact des enfants sur le rétablissement. Le deuxième discute de la complexité des relations de couple et le troisième discute de l'amitié selon les conceptions du rétablissement chez les femmes que j'ai rencontrées.

#### **4.3.1. Thème 4 : Un travail sur soi**

Corin et ses collègues (2011) mentionnaient que le rétablissement passerait par un travail sur soi. D'ailleurs, selon les femmes de ma recherche, un bien-être et une paix avec soi-même s'obtiendraient avec le temps, en même temps que le rétablissement. Voyons comment cela s'opère.

##### **4.3.1.1. Revisiter les blessures et injustices du passé**

Le rétablissement semble souvent passer par la réparation des blessures de l'enfance. Et certaines blessures semblent plus dures et plus longues que d'autres à guérir. Par exemple, les blessures d'abus sexuels vécues par Chantale, et celles « *d'inceste psychologique* » (ce sont ses mots) vécues par Louise ont laissé de grandes séquelles visibles encore aujourd'hui.

Avec Chantale, je l'ai constaté lorsqu'elle m'a dit : « *J'ai des choses à travailler au niveau des abus, me respecter en tant que femme, dans mes valeurs...* » Avec Louise, je l'ai constaté lorsqu'elle disait faire un lien entre la durée de son délire et son enfance. Elle me racontait :

---

<sup>53</sup> Voir à la page 24 où nous avons discuté du bienfait de ce retrait afin de retrouver son équilibre.

*« J'étais dans un délire parce que eeee. Pourquoi ça l'a duré si longtemps (?) Je te dirais que c'est parce que dans l'enfance j'ai eu des problèmes avec mon père quand j'étais jeune. Y'était violent moralement pis psychologiquement... »*

D'autres genres de blessures peuvent être tout aussi destructrices. Par exemple chez Stéphanie, l'impact du dénigrement continu de sa mère l'affecte encore aujourd'hui. Elle a été tellement dénigrée qu'elle a fini par croire qu'elle ne valait rien. Heureusement, elle a été aidée. Voilà ces mots :

*« Ben c'est les gens autour de moi qui m'ont fait voir que je ne voyais rien avant ! Parce que quand y'a quelqu'un qui te dénigre, tu finis par croire que c'est vrai que tu ne vaux rien. ... C'est beaucoup l'aide qu'on m'a apportée en sortant de chez ma mère. Parce que c'est des gens qui m'ont jamais dénigrée pis qui m'ont toujours encouragée. Pis encore c'est comme ça qu'un professeur me disait : « arrête de penser que t'es pas intelligente, tu vois que tu es intelligente ! ... » Ça, ça aide beaucoup la confiance en soi. »*

Denise aussi a dû réparer son estime d'elle-même. Elle réalise qu'il n'y a eu personne, près d'elle, dans son enfance, qui croyait en elle. Et heureusement, la reconnaissance des autres dans son entourage actuel l'aide pour réparer ses blessures d'estime de soi et de confiance en elle. Elle me racontait :

*« Mon beau-père... Il croit en moi. Il me soutient dans mes affaires. Je ressors tout le temps grandi de mes rencontres avec lui. Y dit : vois-tu qu'est-ce que tu as réussi à faire ? Ça donne de la confiance en soi... Pis je n'ai peut-être pas eu beaucoup té dans ma famille... Je pense que je l'ai pas d'eux autres, sincèrement là ! »*

Quelques autres femmes m'ont aussi parlé des relations difficiles qu'elles ont eues dans leur enfance. Certaines disent ressentir un besoin de sortir des « *patterns* » négatifs qu'elles ont encore, malgré la fin des situations qui les ont poussées à développer ces « *patterns* ». Par exemple, Stéphanie, qui avait l'habitude d'acheter la paix, Darlène qui avait de la difficulté à s'engager à cause d'une blessure d'abandon et Denise qui avait tendance à devenir envahissante parce qu'elle avait un besoin incessant d'amour.

Stéphanie nous racontait le moment où elle s'est rendu compte de sa relation difficile avec sa mère « *contrôlante* ». Ce fut un moment charnière important pour elle puisque c'est à ce moment-là qu'elle a décidé que c'était assez, qu'elle ne vivrait plus cela. Elle me racontait :

*« C'est qu'un matin je me suis levée, j'y ai dit : Maman, j'ai envie d'aller prendre de l'air dehors ! J'ai 30 ans, je demande la permission. Pis à me répond : non ! Je veux pas !*

*Comment ça tu veux pas ? A me dit : tu vas faire mes commissions tantôt ! J'y dis : maman j'ai pas dit que je voulais faire tes commissions, je veux aller prendre de l'air dehors, je veux sortir. Pis là èèèèèè refus catégorique pis eee. Faque là dans ma tête ça faite : Sois je reste ici pis je me suicide, y'avait mon frère qui me faisait vivre l'enfer là ! Pis y restait avec nous ou bedon je m'en vas pis ça finit là. Pis là j'y ai dit à ma mère : moi je prends mes affaires pis je m'en vas. Pis là a me dit : haha, tu ne pars pas avec ma télé ! Moi j'y dis : tu ne comprends pas que c'est pas le matériel qui m'intéresse, la télé tu peux la garder. Depuis je suis toute petite c'est de l'amour de la part de ma mère que je demande pis té pas capable m'en donner. T'es même pas capable de me dire que tu m'aimes ! Pis là j'ai pris mes affaires pis je suis partie. »*

Avec le temps, Stéphanie a choisi de maintenir tout de même la relation avec sa mère, mais en apprenant à mettre ses limites, à s'exprimer et surtout, à ne plus être sous son joug. Elle racontait : *« Pis tranquillement pas vite j'ai commencé à travailler ma relation avec elle, à mettre mes limites, parce que j'ai suivi un psychologue beaucoup pour travailler sur moi. À mettre mes limites avec elle, à apprendre à dire non. Pis ça, ça pas été facile ! »*

Darlène, pour sa part, voyait clairement un lien entre le fait de cheminer et la guérison des blessures de son enfance. Elle me disait cheminer beaucoup, grâce à un atelier qu'elle faisait à la ressource. Elle me racontait aussi qu'elle cheminait aussi d'une façon autodidacte en achetant, par exemple, *« les deux petits cahiers de madame Portelance ! »*

Pour Darlène la guérison a été possible grâce à la parole, à l'expression des émotions. Elle nous dit ces mots :

*« C'est pas que j'ai appris à vivre avec [la maladie], c'est que dans ma thérapie au fil d'Ariane qui a duré 2 ans et demi, c'est que j'ai tellement cheminé dans ces 2 ans et demi là, j'ai tellement travaillé sur moi eeeeeee, j'ai pleuré j'ai ragé, j'ai fait toutes les temps, chez moi et dans le groupe, et en privé avec elle que j'ai ben avancé. »*

Elle me parlait aussi de l'importance du pardon, surtout avec la complexité de sa relation avec sa mère. Elle racontait aussi son manque d'amour et d'attention de la part de sa mère, manque qui l'a affecté longtemps dans sa vie, dans les relations avec ses conjoints. Elle racontait :

*« Des fois, je pense que je fais de l'évitement, comme les relations de couple entre autres, les relations personnelles les relations amicales, eeeeeee té quand j'ai une relation amicale-amitié avec une fille, ben quand je vois que ça s'en vient plus intime, ben là je suis sur les brakes, pis quand je rencontre un homme, comme j'en ai rencontré un, la semaine passée, ben là j'ai peur ! J'ai peur ! ... Pis, là, quand j'essaye d'aller plus loin, comme là ça fait trois je rencontre en peur, pis, là, quand j'essaye d'aller plus loin... après 1 mois, je débarque ! ... Ouais, faque au lieu de m'embarquer pis de souffrir, tout de suite je fuis, de peur d'avoir de la peine ou de la souffrance, parce que moi, là où j'ai*

*le plus de la misère, c'est dans mes relations interpersonnelles, et surtout en amour. Pis ça, je vois ça surtout avec ma relation mère-enfant, parce que c'est là que j'ai le plus souffert dans mon enfance, ma relation mère-enfant. »*

#### **4.3.1.2. Une faible reconnaissance de soi et de ses forces**

La plupart des femmes rencontrées n'ont pas pu répondre facilement à la question quelles étaient leurs forces. Certaines semblaient ne pas les connaître, d'autres semblaient plutôt vagues et imprécises. La plupart n'ont pas conscience du cheminement parcouru ni des forces déployées pour arriver à se rétablir et à se sortir des blessures et souffrances qui ne sont pas banales. D'autant plus que, comme je viens de le mentionner, chez quelques-unes, la confiance en elles-mêmes n'était pas acquise. D'autres, par contre, semblaient un peu plus conscientes des outils et moyens qu'elles ont développés, mais ça leur prenait toujours beaucoup de temps et d'efforts pour qu'elles le constatent.

Suzanna, par exemple, ne savait pas ses forces. Quand je lui ai posé la question, elle m'a répondu en riant : *« Non ! C'est vraiment quelque chose j'le sais pas pantoute ! »* Et pourtant, elle a tellement d'altruisme ! Mais elle ne le savait pas, bien qu'elle venait de me raconter tout ce qu'elle faisait pour sa mère en perte d'autonomie.

Darlène, non plus, ne savait pas quelles étaient ses forces. Elle qui, pourtant, était retournée à l'école terminer son secondaire à l'âge de 52 ans.

Georgette aussi, pour sa part, me racontait être présente tous les jours, ou presque, à la ressource qu'elle fréquente. Elle me disait s'occuper de la réception, faire de l'art et même aider à l'animation d'activités. Même si elle disait s'être beaucoup rétablie, c'était, pour elle, grâce à la ressource qu'elle fréquente et à ceux qui l'ont aidé. Elle me racontait : *« Moi de toute façon j'ai eu une ergothérapeute pis une psychologue à l'hôpital, c'est eux autres qui m'ont aidée... mon ergothérapeute, c'est elle qui m'a aidée [à elle] que j'ai toute dit, toute. Elle a compris mon délire, elle a compris tout tout tout tout ce que j'avais à dire, pour en venir à une fin. »*

Elle me parlait de la fin de sa souffrance extrême due à la perte de ses enfants, lors de la rupture d'avec son conjoint qui les lui a enlevés. La seule qualité dont j'ai entendu Georgette s'attribuer le mérite était la procrastination. Et pourtant, nous verrons plus en détail, plus loin, qu'elle s'est sortie de sa très grande souffrance de la perte injuste de ses enfants, qui a provoqué une suite ininterrompue de souffrances. Celle de l'itinérance, de l'hospitalisation à très long

terme, avant de connaître un peu de répit, comme nous le verrons. Ce qu'il faut mentionner c'est que même pour le fait d'avoir réussi à mettre des mots sur sa souffrance afin de se rétablir d'une si grande blessure, Georgette ne s'attribuait aucunement de mérite.

Et en ce qui concerne Louise, elle aussi m'a dit que son rétablissement passait par la parole. Une parole servant à exprimer ce qu'elle ressentait. Elle me disait : « *Parce que j'ai tellement été dans le silence faque... Toute ma vie, toute ma vie...* » C'était « parler » qui avait permis son rétablissement. Elle me mentionnait aussi qu'elle avait besoin de son psychologue non seulement pour « parler », mais pour « ventiler » et « pour être elle-même avec les autres ».

Louise faisait ce lien, entre le fait de « parler » et son rétablissement, mais sans pouvoir s'attribuer des forces au simple fait d'avoir pu mettre des mots sur ce qu'elle nommait « *inceste psychologique* ». Elle ne percevait pas non plus sa capacité de se rétablir comme une force. Elle commençait à peine à se sentir moins coupable (comme si la culpabilité avait à y voir !) de son trouble de santé mentale. Elle m'a nommé tout de même quelques qualités personnelles : « ... *Je suis quelqu'un de bonne humeur, té je saurais pas dire le mot, mais eee... Optimiste. Une bonne joie de vivre. Té, sensible aux autres...* » Mais, les seuls sentiments d'accomplissement qu'elle ressentait étaient pour « *des choses d'avant sa maladie* ».

#### **4.3.1.3. Améliorer sa confiance en soi en aidant les autres**

Les femmes que j'ai rencontrées m'ont mentionné un impact positif des autres personnes sur leur confiance en elles-mêmes. C'est le fait de voir des personnes qui croient en leurs capacités qui les font sentir fière d'elle.

Georgette par exemple savait qu'elle connaissait bien la ressource et qu'elle pouvait aider ses semblables, grâce aux autres qui la lui font remarquer. Georgette me racontait qu'elle allait mieux qu'à son arrivée, qu'elle avait beaucoup appris et qu'elle se sentait appréciée. Elle me racontait qu'elle voulait continuer de fréquenter le centre pour faire profiter aux autres de son expérience et cultiver cette confiance en elle. Elle me disait :

*« Je sais des choses, je sais comment diriger... comment ça marche, comment qu'on fonctionne, comment on travaille, comment on fait des choses. Oh oui, je sais tout ça ! Souvent y'en a qui me le disent ! ... Pis j'ai aidé beaucoup d'autres personnes aussi, y me l'ont dit [qu'elle les a aidés]. Ici c'tune place qu'on fait de l'écoute, pis je faisais beaucoup d'écoute avant aussi... Pis j'ai aidé des gens pis... ça faisait plaisir. »*

Elle racontait aussi que le contact avec les autres lui avait permis d'acquérir son sentiment de compétences. Elle racontait aussi :

*« On faisait tout, j'aidais les autres à dessiner, à faire des choses qui n'étaient pas capables de faire. ... Je montrais des trucs aux autres à faire ça ! Pis c'est ça qui était le but d'ici... [un] groupe partage, ben je veux dire partager, ici c'est « partager », c'est « entraide », c'est « partager avec les autres ». ... Faque je partageais énormément ! Ah ! C'était le fun, j'étais contente ! »*

Suzanna aussi m'a raconté qu'elle aimait aider les autres et qu'elle faisait aussi un peu d'animation. Je la percevais fière d'elle, montrant qu'elle s'était réalisée et accomplie. Aider les autres lui a donné confiance en elle. Par ailleurs, le fait que certaines personnes lui ont confié des responsabilités lui a permis d'améliorer encore plus, elle aussi, cette confiance en elle. Elle racontait : *« Faque y m'ont donné 200 \$, y'avaient confiance en moi, pour acheter tout ce qui me fallait pour l'atelier. ... [Maintenant], y'ont gardé la fille qui fait de la peinture, mais j'y donne quand même un coup de main. ... Ouais ben j'adore ça ! J'adore ça ! Aider les personnes ça m'aide aussi. Ça donne plus confiance en moi ! »*

Aider les autres semble donc, pour certaines, un moyen de stimuler énormément la confiance en soi, le sentiment d'accomplissement et le rétablissement.

#### **4.3.1.3. Les forces déployées dans l'adversité**

Yolande, non plus, ne réalisait pas vraiment les forces qu'elle possède. Elle est passée au travers des moments très difficiles : la prison, et devant l'adversité, elle s'en est sorti grandie. Mais elle ne réalise pas la force déployée dans ce qu'elle a vécu. Pour elle, c'est la ressource, le contact avec les autres et le bouddhisme qui l'ont aidée, et non, elle qui, mettant ses outils en pratique, a réussi à passer au travers ce moment. Certes, sa sortie de prison est encore récente. Mais ce sont les autres qui croient le plus en elle. D'ailleurs, elle a rajouté : *« C'est plus moi qui crois pas en moi. C'est moi qui se mets des bâtons dans les roues. »*

Pourtant, elle m'a dit utiliser des ressources personnelles qui lui permettent de s'apaiser, mais elle m'en parle sans réaliser que c'est une force que d'être capable de s'apaiser par soi-même :

*« Pis je, quand c'est le temps de... [rentrer en prison] je fais des genres de mandalas, avec des livres à colorier là... J'adore faire ça, ça me fait partir ça ! ... J'ai développé ça ; dès qu'y a un petit quelque chose qui va pas ou que je suis énervée, je sors ça pis eee, je m'évade là-dedans. Je suis bouddhiste, je fais de la méditation une ou deux fois par*

*jour, eee, je vais aller prendre une marche, eee, je vais aller sur mon ordi ; je vais voir ce qui se passe, de temps en temps je vais faire du coloriage, pis moi je suis une personne qui adore la lecture. Je vais lire beaucoup, pis de temps en temps je vais écrire ! »*

Elle utilise aussi l'écriture quand elle vit d'autres émotions difficiles. Quelquefois, elle brûle le papier : c'est alors seulement un défouloir. D'autres fois, elle le lit, et relit, pour faire la paix avec un évènement.

Et même si elle dit ne pas croire en elle, Yolande nous fait réfléchir sur la souffrance, par rapport au fait que c'est à travers cette souffrance que nous grandissons. Ainsi, quand je lui ai demandé si pour elle le rétablissement signifiait la fin de la souffrance, elle m'a répondu :

*« Eeee la souffrance a va toujours être là, sauf ça dépend de la façon que tu vas la prendre. Tu vas toujours avoir de la souffrance. Mais dans ton rétablissement, c'est la façon tu vas être capable la prendre, la façon, avec ce que tu as comme outils, la façon dont tu vas les utiliser, face à ta souffrance, c'est ça ton rétablissement. C'est la façon dont tu vas utiliser tes outils pour être capable de passer au travers cette souffrance-là, pour qu'a soit moins souffrante, pour que ce soit moins souffrant. »*

Denise aussi a développé ses forces à cause de l'adversité. C'est au centre pour femmes en difficultés, où elle a été, il y a plus de trente ans, après la rupture avec son ex-conjoint violent, qu'elle a appris à prendre soin d'elle. Elle réalisait un peu plus que les autres, certaines capacités qu'elle possède. Elle disait, par exemple : *« Dans l'art de prendre soin de moi, je suis pas mal bonne ! »* Contrairement aux autres femmes qui ne réalisent pas leurs forces, elle était consciente que les gens la considèrent comme compétente pour les aider. Je l'ai constaté à ses mots : *« Je me fais demander des affaires aussi, je [j'y] pense pas mais pour des personnes je suis un petit peu une référence. »*

Elle m'a mentionné aussi ses autres forces. Elle me disait : *« Je suis capable de faire des démarches, les démarches juridiques, c'était pas évident, mais j'ai réussi à les faire, ça m'a sauvée ! »* Elle a nommé aussi l'organisation et la patience et elle a rajouté : *« Quand je travaille sur un projet je suis capable de le mener à bien, j'y mets beaucoup d'énergie. »*

Une autre de ses forces est sa capacité de faire de la cohérence cardiaque. Elle me racontait : *« C'est un outil qui est tout le temps là... Je vais trainer des Risperdals, des Tylenols, mais je sais que mon outil principal, c'est mon souffle, ma respiration »*. Mais, elle ne ressent pas de fierté particulière ou de sentiment d'accomplissement ou de réalisation de soi. Elle me disait :



*« C'est surtout le bonheur de connaître cet outil-là ! ... C'est juste l'assurance que ça peut t'aider à tout moment ».*

J'ai pu aussi constater que beaucoup de femmes ont appris sur elles-mêmes en surmontant les blessures et les injustices qu'elles ont subies. C'est en ressentant et en nommant l'injustice, qu'elles semblent s'être donné le droit d'être elles-mêmes et semblent pouvoir, ainsi s'attribuer leur valeur.

C'est ainsi que Chantale, même si elle était encore très affectée par son hospitalisation récente, faisait un premier pas dans la reconnaissance d'elle-même. Elle nommait et dénonçait les injustices qu'elle avait subies lors d'une hospitalisation récente en psychiatrie. Son estime personnelle, elle veut la retrouver par la reconquête de sa dignité, en écrivant une lettre au personnel de l'hôpital dont font partie les infirmiers, les préposés et le psychiatre, qui, vraisemblablement, ne lui sont pas venus en aide et n'ont pas compris sa détresse. Ce qu'elle me disait c'est qu'il n'est pas question de faire le procès des personnes, mais bien d'avoir l'impression *« d'avoir pris sa place »*.

Une autre stratégie a été mentionnée par Denise, celle d'aller à Revivre<sup>54</sup> et de prendre des moyens pour s'aider elle-même avec des ateliers et des formations qui semblent lui donner une force pour *« mordre dans la vie »*. Mais, c'est à Revivre, qu'elle attribue le mérite, encore une fois, de ne pas avoir été hospitalisée durant plus de 14 ans. *« Eeee, je vais à Revivre... Je suis avec eux autres depuis 14 ans pis j'ai jamais eu d'hospitalisation. ... Depuis la première minute que je suis avec eux autres. ... Ben y'a des groupes d'entraide pis y'a des formations. ... Comme « autogestion de la médication », « troubles bipolaires » »*.

Finalement, Stéphanie aussi discutait de ce qu'elle avait acquis dans un atelier pour apprendre à tolérer sa détresse. Les ateliers semblaient être un autre des bienfaits de la fréquentation d'organismes communautaires en santé mentale. Et cela, parce que les personnes y apprennent, c'est ce que m'ont mentionné certaines femmes, des compétences pour s'outiller devant les difficultés. Stéphanie mentionnait :

---

<sup>54</sup> Revivre est un organisme communautaire où les personnes peuvent y suivre des ateliers formations complètes sur les troubles de santé mentale, moyennant certains frais ou gratuitement. Ces formations s'adressent autant à la personne avec un trouble de santé mentale qu'à sa famille ou aux intervenants professionnels. Les personnes peuvent aussi assister plusieurs fois par semaine à des réunions où des personnes témoignent de leur vécu.

*« Ben avant j'étais pas capable de faire ça. Pis le pourquoi je suis capable de faire ça ? C'est la ressource, on a eu des groupes de compétences. C'est-à-dire, comment calmer son anxiété, pis ces choses-là, pis les stratégies dysfonctionnelles, y nous font faire une thérapie avec ces groupes-là, qui fait qu'après on est capable de plus contrôler son anxiété, pis... la tolérance à la détresse aussi. ... Mettons t'as besoin d'aide pis y'a pas personne là pour t'aider, faque essaye de te tolérer ! »*

Nous avons déjà vu l'importance de revisiter les blessures du passé pour faire un travail sur soi. Et nous venons de voir que malgré ce travail sur soi, les forces étaient rarement nommées par les femmes rencontrées et même que la plupart les ignoraient presque totalement. Nous venons aussi de voir quelques femmes qui ont développé leurs forces dans l'adversité.

Pour le thème 4 donc, faire ce travail intérieur semblait être une constance qui revenait dans les conceptions du rétablissement des femmes. Dans la thématique suivante, j'aborderai la question des relations interpersonnelles puisque celles-ci semblent importantes dans l'expérimentation de soi, c'est-à-dire dans le besoin de montrer aux autres qui elles sont devenues grâce à ce travail intérieur qu'elles accomplissent. Et cela même si souvent, elles ne s'attribuaient même pas de mérite au fait d'avoir fait ce travail.

#### **4.3.2. Thème 5 : Les relations interpersonnelles**

Nous venons de voir que les personnes faisant partie de l'entourage des femmes rencontrées leur étaient utiles pour leur travail intérieur. C'est parce que c'est dans ces relations interpersonnelles que semblent s'exprimer les blessures et injustices de leur passé. C'est aussi parce que les fruits de ce travail intérieur s'expérimentaient avec les autres.

Mais le rôle des relations interpersonnelles ne se limite pas à cela. Les gens de notre entourage peuvent aussi contribuer à notre sentiment de sécurité affective et cela réciproquement. Les autres nous permettent de mieux vivre la solitude de la vie.

Mais malheureusement, j'ai constaté que ce n'était pas aussi simple pour plusieurs femmes rencontrées. Les relations interpersonnelles semblent, pour elles, souvent complexes et difficiles. Nous venons d'ailleurs de voir dans la première phase et dans le thème qui précède que leurs relations conflictuelles ou brisées de leur passé les ont souvent plongées, ou ont du moins exacerbé leurs troubles de santé mentale.

Nous explorons dans ce thème, les relations interpersonnelles. Nous verrons comment elles sont vécues, ce qu'elles apportent de bien et à quel point elles sont difficiles, parfois, pour les femmes rencontrées. Nous explorons aussi comment le renouvellement et la réparation de ces relations interpersonnelles en ont aidé certaines à se rétablir.

Pour se faire, j'analyserai les sous-thèmes suivants. Le premier discute de l'impact du couple sur le rétablissement, le deuxième de la perte des enfants, une perte quelquefois temporaire, heureusement, le troisième discute de la question de l'importance de l'amitié dans ce rétablissement et finalement, le quatrième discute de l'impact du groupe sur notre confiance et notre reconnaissance de soi.

#### **4.3.2.1. Un plongeon dans la « folie » à cause de la perte de la garde des enfants**

Dans ce qui suit, nous verrons trois femmes dont c'est la perte de leurs enfants qui les ont plongées dans les troubles de santé mentale.

Georgette : une douleur trop forte

Georgette me racontait qu'elle voulait rester célibataire. Elle a été très malmenée dans le passé, par un ou des hommes, je ne le sais pas. Elle veut rester seule et elle le dit clairement : « *Aff! Chu pas capable! [de vivre avec quelqu'un]* » Nous pouvons comprendre, à son histoire, pourquoi. La perte de personnes significatives dans sa vie fut l'élément déclencheur de son trouble de santé mentale. Elle en était très consciente et d'ailleurs ce fut elle qui me l'a mentionné.

Le récit de cette partie de sa vie était très touchant et me faisait bien comprendre l'état d'esprit dans lequel elle a été plongée lorsqu'elle a vécu cette immense perte. Ce fut un désarroi complet, quelque chose qu'elle peinait encore à me raconter quelques dizaines d'années plus tard.

*« Le problème, c'est à partir de quand j'avais pu mes enfants, pis que j'étais jeune... Bon, j'avais 16 ans quand j'ai eu mon premier là. Faque donc, ça ben aller eeee pour un petit bout. C'est sûr ; quand mon ami m'a laissé pis y'est parti avec mes enfants, ç'ta partir de d'là que pftttt! [sifflement]. ... C'est suite à une rupture pis c'est suite à eeee, le temps [que] ça m'a duré, pis je me suis ramassé dans la rue, la police, y m'a emmené dans des centres d'accueil, ça marchait pas, le centre d'accueil me renvoyait à l'hôpital, l'hôpital m'ont gardé, ça a pas passé. C'est de même que ça s'est passé... »*

Ce fut tellement un grand choc pour elle, qu'à l'époque, elle était incapable de parler ou de réagir. Elle m'a expliqué :

*« Ouais pis j'étais à l'hôpital pis c'est lui qui avait eu la garde de mes enfants, y dit : Je te laisse ! ... Dès qu'y m'a laissé y dit : Je te laisse Georgette. Salut ! ... C'était un amour d'adolescent qui m'avait dit ! ... Non ! [Qu'elle dit] ... J'étais même pus capable parler tellement des fois j'étais eee... J'avais envie d'y dire non ! Non ! Tu peux pas faire ça ! J'étais pus capable parler ! Je le regardais simplement, je regardais mes enfants, ça faisait assez mal ! Ça faisait assez mal [que] j'me disais : Voyons, y peux pas t'en aller avec mes enfants, y dit des affaires de même, y va pas s'en aller, y va revenir ! Ben non, yé avaient déjà habillé de suit [les enfants], parce qu'on était en hiver un peu. Pis y'avait dit : Pis maque je revienne je veux que tu sois parti parce que moi je prends toutes les meubles pis je déménage ! J'ai jamais pu eu de sous... Tu veux je m'en aille, OK ! ... Je m'en rappelle pus, des fois je te jure je m'en rappelle pus des bouts, même des bouts que je me rappelle pus ce que j'ai faite, mais je sais que la police m'a ramassé, y m'ont emmené, y m'ont dit : On va te trouver un centre d'accueil là ! Pis que eeeee y m'a trouvé un centre d'accueil, pis là, le centre d'accueil, l'hôpital... »*

C'était un choc émotif trop grand ; elle a perdu contact avec la réalité. *« Ouin, j'ai perdu complètement contact avec la réalité, je voulais voir mes enfants, je voulais ! C'était MES enfants ! Je pensais pas à personne d'autre, c'était mes enfants. »* Elle exprima une autre fois encore la douleur qu'elle avait ressentie :

*« Y m'ont faites mal ! Bon ben, j'ai pas dit un mot, je me suis en allé. Pleure pis pleure pis pleure tout le temps ! Y c'était faite des amis et ci et ça... Après ça je me suis dit : qu'est-ce que... Entoucas ? J'ai dit : « Entoucas, je vais vous appeler ! [Et ils lui ont répondu] Ah ben appelle pas pour rien maman, on n'a pas le temps, on va à l'école, on va ci on va... Aaaaaaaaahhhhhhhh ! »*

Avec le temps, beaucoup de temps, la douleur est passée. Et actuellement, son rétablissement passe par la réparation de cette relation brisée avec ses deux garçons, maintenant devenus des hommes. Je ressentais le bonheur qu'elle ressent aujourd'hui par la réparation de cette relation lorsqu'elle racontait : *« Oui, depuis un bon bout, les enfants, depuis qui sont avec des femmes, les enfants sont à moi ! Sont vraiment à moi ! Les enfants m'adorent. Je leu parlent souvent au téléphone, té pis je vas les visiter, c'est tellement beau, j'vis vraiment heureuse en ce moment !*

Cynthia

Pour Cynthia aussi, son problème de santé mentale s'était manifesté pour la première fois à la séparation d'avec le père de ses enfants. Elle me racontait : *« À la séparation du père*

*de mes enfants... J'ai pété une coche... Y'étaient jeunes à l'époque... ben moi avec Charles, je subissais pas mal de violence verbale là, de la cruauté mentale, pis de l'abus sexuel, eee. » C'est à ce moment-là que je lui ai demandé si ce fut elle qui était partie avec les enfants, sous-entendant que c'était le cas à cause de la violence de son ex-conjoint. J'ai ressenti, à ma question, un malaise. Elle m'a répondu : « Non ! ... Ben c'était le père des enfants ! » La violence verbale, l'abus sexuel et la cruauté mentale se sont donc soldés par l'injustice supplémentaire de la perte de ses enfants.*

Pour elle, ce fut carrément à cette période qu'elle s'est sentie la plus vulnérable. Voici ce qu'elle m'a raconté :

*« Après ça j'ai été hospitalisée. Parce que je suis rentré à l'hôpital, je me suis en allé à la maison des femmes battues, pis ça, c'est en face du Parc du Mont-Royal, je sais pas comment ça s'appelle la maison au juste, mais eeee... celle de Yvon Deschamps pis Jodie Richard ? [Le Chaînon : que je lui dis.] C'est ça. J'ai été cognée au Chaînon, pis là j'étais en crise, pis j'avais peur du diable. Rien de moins. Faque là y'ont dit : veux-tu aller à l'hôpital, j'ai dit oui, faqu'y m'ont embarqué dans l'ambulance pis y m'ont emmené en ambulance. Faque quand y m'ont fait rencontré le médecin y m'ont dit, mais qu'est-ce qui arrive, j'ai dit ben, j'ai peur du diable ! »*

Ce fut sa première psychose.

Aujourd'hui, elle tient à rester célibataire : « Ouin. Mais j'ai faite une croix sur les hommes, je veux pus être en couple, je suis ben toute seule. »

Suzanna

Une des femmes m'a mentionné aussi une relation très significative pour elle : sa fille. Et pourtant, malgré l'amour et malgré le sentiment du devoir d'une mère : devoir qu'elle ressentait fortement, elle a quitté, à l'époque, le domicile familial. Elle racontait :

*« Des fois, y vaut mieux être toute seule, parce que j'ai déjà passé une expérience d'être vraiment avec quelqu'un pis, j'avais besoin d'air, je sais pas, c'était passé comme ça pour le père de ma fille, pendant 7 ans j'ai eu une belle petite fille, pis quand j'ai eu ma fille je suis partie, j'avais besoin de respirer, j'avais besoin de... j'étais trop... faque quand je suis tout seule, je veux partir, je veux faire quelque chose... j'me promenais toujours avec elle, je me disais tout le temps que je serais là, c'est normal avec un couple dans une maison, mais moi j'étais pas eee, ça m'étouffait beaucoup, là je reste seule je suis habituée d'être tout le temps dans mes affaires. »*

Et ce n'était pas de l'indifférence, mais plutôt une incapacité. Sa famille est même ce qu'elle considère comme le plus important. Revisiter les souvenirs par rapport à cette relation lui a permis de ne pas commettre la même erreur : celle de s'oublier dans une relation affective en cohabitant avec un homme qu'elle aime. Elle disait :

*« Oui, ça va bien, j'ai un ami, ça fait 25 ans qu'on est ensemble, mais y'a son chez eux, j'ai mon chez-moi, pis ça, c'est important pour moi, parce que moi j'ai pas le goût d'être avec une personne parce que je suis sur l'aide sociale que lui travaille pis qu'y a une bonne job, ça ça pas d'importance pour moi, moi c'est ma petite vie, j'chu dans mon chez nous dans mes affaires, pis quand on a hâte de se voir ben on est content, c'est comme ça pour moi. »*

Plusieurs des femmes rencontrées qui ont eu des enfants ont perdu temporairement ou de façon permanente leur garde. Est-ce que c'est cette perte qui aurait un lien avec l'apparition de leurs troubles de santé mentale plutôt que l'inverse c'est-à-dire que leurs troubles de santé mentale justifient la perte de leurs enfants ?

#### **4.3.2.2. Les relations de couple**

Environ la moitié des femmes rencontrées souhaiteraient être en couple. Pour Georgette et Cynthia, par contre, comme je viens de le mentionner dans les pages précédentes, ce n'est pas le cas. Pour les autres, soit qu'elles vivent déjà une relation plus intime avec un conjoint (Stéphanie, Sandra, Suzanne), soit qu'elles le souhaitent à nouveau, même si elles disent que cela passe après l'établissement de son bien-être et leur sécurité (Darlène, Louise, Chantale, Yolande et Carole). Denise, quant à elle, est ambivalente. Voyons comment.

Denise : une violence conjugale qui l'affecte encore

Denise, comme Cynthia, apprend toujours à guérir de la violence conjugale. Elle dit : *« Je suis bien entouré dans ma vie, je suis chanceuse. Mais j'ai pas fait des bons choix amoureux... Un homme violent ! »* Ouin *j'ai pas appris à choisir, maintenant je choisis !* Elle a encore de la difficulté à revisiter cette relation très difficile avec le père de ses enfants et elle a beaucoup de difficultés à « le haïr », ce qu'elle voudrait pouvoir faire. Elle s'exprimait en ces termes :

*« Mon conjoint y m'a battue... Pis après ça j'ai faite une dépression tout suite après, je checkais de même [tremblait], pis eee, j'ai faite une dépress. Là j'ai tombé bas ; moi pis mes enfants on a dormi douze jours dans le locker. On avait peur moi pis mes deux enfants,*

*pis après ça j'ai fait une dépress, j'ai été hospitalisé. Un an après y'ont dit que j'avais la maladie bipolaire. ... Faque j'y en veux, mais je l'aimais beaucoup cet homme-là, c'était l'homme de ma vie ! Mais là, je commence à l'haïr, un peu ! Les enfants me mettent la pression pour que je l'haïsse... »*

Aujourd'hui, Denise ne souhaite pas du tout faire des changements dans sa « routine » pour avoir quelqu'un dans sa vie, pour l'instant du moins. Elle disait : « *C'est une nouvelle vie, chu dans du nouveau, j'espère qu'y a pas trop de changements, je veux pas me faire de chum maintenant, y'a deux gars qui me cruissent, pis je veux pas, c'est trop de changement* ».

Donc pour elle aussi, être en couple passe après son bien-être et sa sécurité. Voyons maintenant les autres types de relations interpersonnelles.

#### **4.3.2.3. Ce qu'apporte l'amitié dans le rétablissement**

Être seule ou en couple, c'est un choix personnel. Voir des gens, avoir des amis, un endroit où aller pour simplement ne pas être toujours seule chez soi, cela semble faire partie de la conception du rétablissement des femmes rencontrées. Alors même s'il y a parfois un risque de conflits, de désaccord, voir des gens et entretenir des relations d'amitié apparaît essentiel pour plusieurs d'entre elles. Et cela, pour avoir un soutien et éviter l'isolement. Voyons cela plus en détail.

Une sécurité affective et un soutien dans les moments difficiles

Denise me faisait part de son réseau sécurisant à l'entour d'elle. Elle a la chance d'avoir un bon réseau, des personnes qui l'aident, comme son père, la ressource qu'elle fréquente et le centre de crise,<sup>55</sup> si jamais elle connaît une période plus difficile avec sa famille par exemple. Le simple fait de fréquenter des gens et d'avoir des ressources, même si ces gens en question ne sont que des connaissances, lui apporte une sécurité et du réconfort. Mais elle m'a précisé : « *Ce ne sont pas des amis, mais ici, je m'entends bien avec beaucoup de personnes.* »

---

<sup>55</sup> Ce centre de crise offre une aide d'urgence pour les situations de crise. Durant environ 14 jours, les personnes peuvent y être logées, se nourrir et discuter avec un professionnel qualifié afin de diminuer l'impact de la crise et prendre du temps pour soi, pour mettre en place des stratégies pour résoudre des difficultés.

Yolande aussi accorde énormément d'importance à l'amitié dans son rétablissement. Dans les moments difficiles qu'elle a vécus, elle se dit chanceuse, d'avoir eu des amies pour l'aider à s'en sortir et à accepter les difficultés qu'elle vivait. Elle me racontait :

*« Faque y'a des affaires que je prenais pas, pis ça m'a aidé à pas garder ça en dedans de moi ! Pis à toutes les jours, j'essaye d'appeler mon monde té eee, le réseau que je me suis faite ici... je me suis faite des bonnes amies. Té j'ai essayé de garder mon cercle d'amis que je suis faite ici... Ouais ! C'est des bonnes amies sur qui je peux me fier. »*

L'amitié a été très importante pour elle durant les moments très difficiles où elle vivait une sentence de prison. C'est l'amitié qui lui a permis de transformer cette souffrance. Dans ces moments où elle « *rentrait en dedans* », elle me racontait que l'amitié avec des personnes de sa ressource d'appartenance l'avait aidée à se mobiliser, à mobiliser ses forces. Elle me racontait :

*« Pis quand que je faisais 3 jours-semaines en dedans, y'en a une qui, à tous les jours que je faisais du temps, elle ça y adonnait, a se levait à 6 heures du matin, moi je me levais à 5 h 30. Ce matin-là, elle a m'appelait à toutes les matins que j'allais faire du temps pour me souhaiter une bonne journée. À me disait : « Quand tu ressors, tu m'appelles. » Je vais te dire de quoi là : j'haïs ça là ! [Elle a détesté faire du temps en prison] [mais] ça m'a assez aidé [les appels de cette personne] tu peux pas savoir comment !*

L'amitié est, pour Denise, Yolande et plusieurs autres femmes que j'ai rencontrées, un immense soutien dans les moments difficiles. Voyons maintenant un autre bienfait de l'amitié.

### Sortir de l'isolement

Sortir de l'isolement a été mentionné plusieurs fois comme faisant partie de la conception du rétablissement chez les femmes rencontrées. Sortir de l'isolement ne signifie pas sortir d'une routine solitaire et bénéfique telle que j'en ai discutée au thème 2. Cela signifie plutôt de sortir d'un isolement pouvant être nuisible à une bonne santé mentale.

Chez Yolande par exemple, même si elle ne m'a pas que cela faisait partit de la conception de son rétablissement, elle me racontait quand même qu'il avait débuté lorsqu'elle était sortie de son isolement, et cela grâce à la ressource qu'elle fréquentait. Elle me disait aussi qu'avant de fréquenter la ressource, elle était restée seule avec ses problèmes, ce qu'elle ne considérait pas du tout comme aidant. Voici ces mots : « *Et puis eee, je vais te dire de quoi que la ressource, c'est la première place que je peux dire que ça m'a vraiment aidé à vraiment me sortir de... [elle ne dit pas le mot]. Moi, j'étais renfermé en dernier... faque avec eux autres... ça m'a permis de sortir de chez nous.* »



La ressource lui a permis de faire ce que seule elle n'arrivait pas à faire. Elle m'a raconté : « *Des fois j'me dis ah je vas sortir » pis à la dernière minute je tchauquais, j'y allais pas. ... Ça m'a permis à plus sortir, plus prendre de confiance, à plus prendre soin de moi, pis, à vraiment m'ouvrir aux autres. ... Tandis qu'avec eux autres ça m'a permis à plus eee à plus m'extérioriser ».*

Et pour Georgette, c'était la gêne qui l'empêchait de sortir de son foyer. Grâce à la ressource, elle a pu passer par-dessus cette gêne. D'abord, elle s'occupait, faisant de l'artisanat, sans vraiment parler aux autres. Puis, à force de s'y rendre, ne serait-ce que pour faire de l'artisanat, grâce à son assiduité, elle a fini par connaître les gens, qu'elle a fini par trouver un deuxième chez-soi, un milieu de vie et des amis.

Ce fut très long pour elle de s'en sortir, de se sentir vraiment heureuse et se sentir rétablie. Elle me racontait que l'amitié était, pour elle, une grande part de son rétablissement. Elle me racontait que c'était grâce au fait que ses amis avaient reconnu un changement chez elle qu'elle se sentait rétablie. Pour elle, la reconnaissance d'autrui est donc importante pour pouvoir se sentir rétablie.

Et pour Cynthia aussi, sortir de l'isolement a été crucial. Elle considérait que c'était vraiment une grande amélioration dans sa vie de partir de la campagne pour venir s'installer en ville. Aujourd'hui, elle n'est plus isolée comme avant et elle voit même des gens tous les jours.

Elle me disait aussi que les relations interpersonnelles avec sa famille, ses amis, son voisinage, c'est important, elle qui a toujours gardé ses amis longtemps. Elle disait : « *... Oui on se voit souvent, on s'appelle à tous les jours elle aussi ! Comme ma chum de fille, mon amie d'enfance, à tous les jours ! »*

Et pour Louise aussi, voir des gens et avoir des amis, c'est un besoin. Ce sont des éléments très importants dans son rétablissement, parce que sans ces éléments, elle tombe dans la solitude, ce qui la rend anxieuse et qui est très mauvais pour sa santé mentale. Elle m'expliquait :

*« J'ai encore besoin de eee, pas de solitude, au contraire ! ... J'ai encore besoin de voir du monde, de parler, de me ressourcer... Moi, je vais mieux quand je vois du monde. Si je suis trop toute seule à la maison eee, je peux devenir anxieuse. ... Ça fait que moi j'aimerais ça avoir un copain pour le voir souvent... »*

Elle m'expliquait aussi qu'elle souhaite se faire plus d'amis à la ressource, que c'était essentiel à son rétablissement. Parce que sortir de l'isolement, c'est un but, une démarche même qui fait

partie de son combat contre la souffrance pour se rétablir de son problème de santé mentale. Elle m'expliquait que dans son passé, tout de même assez récent, elle délirait, à cause des fortes psychoses, et elle se sentait fortement persécutée. Elle m'expliquait qu'aujourd'hui elle allait un peu mieux, qu'elle ne délirait plus. Qui plus est, aujourd'hui, c'était l'isolement qui était devenu le nouveau visage de la souffrance et non le sentiment de persécution.

Denise pour sa part, racontait qu'elle ne serait pas passée au travers l'expérience douloureuse de l'agression vécue l'été dernier sans la présence des autres. Maintenant, elle a repris confiance en la vie, je l'ai compris à ses mots : « *On se sent en confiance là. Ça, j'ai appris ça beaucoup cet été, dans les derniers temps, à prendre confiance.* »

Et pour Darlène, sortir de son isolement pour aller rencontrer, dans son groupe de thérapie, toujours les mêmes personnes, lui a permis d'apprendre à connaître les autres et à se faire connaître. Ce qui lui a valu des encouragements, des félicitations et des critiques positives. Elle me racontait :

*« Pis dans le groupe, c'est le fun d'en connaître plusieurs, parce que... c'est le fun t'as toutes les âges, les expériences, faque c'est ben intéressant. ... C'est à force de parler avec eux autres, mais c'est avec le groupe aussi, l'interactivité du groupe aussi ! Des fois, c'est le monde dans le groupe aussi qui me posait des questions, ou qui me faisait parler plus ou qui me donnait une petite claque dans le dos pis là wouypse, ça m'encourageait à parler plus... C'est toute l'interactivité groupe qui encourage. ... C'est pour ça que j'aime faire du groupe ! »*

En bref, sortir de l'isolement, apprendre à faire confiance aux autres, s'extérioriser et se ressourcer sont des aspects positifs de l'amitié qui semblent faire partie des conceptions du rétablissement chez les femmes rencontrées. Et cela, même si quelques femmes m'ont raconté les difficultés qu'elles vivaient encore en amitié. Le bilan reste positif en ce qui concerne l'amitié.

En somme, tous les types de relations interpersonnelles, même si elles sont parfois conflictuelles et blessantes, sont, la plupart du temps, aidantes pour le rétablissement des femmes et elles font partie de leurs conceptions du rétablissement. Plusieurs d'entre elles ont réparé la relation avec leurs enfants qui avait été brisée. Et c'est cette réparation du lien, selon les femmes, qui, lorsqu'elle était accomplie, était considérée comme responsable de leur rétablissement.

Voyons maintenant la troisième phase, représentant, de façon générale, une autre manière de concevoir et de vivre le rétablissement, selon les femmes de ma recherche.

#### **4.4. Troisième phase : Créer, faire des projets et s'engager pour se rétablir**

Pour se rétablir, les femmes rencontrées pensent qu'il leur faut faire plus que trouver la sécurité et apprendre à mieux se connaître afin d'être elles-mêmes. Leur rétablissement passerait aussi, selon elles, par la création, artistique ou autre, par la mise en œuvre et l'engagement dans des projets personnels ou professionnels et par le fait de passer à l'action. C'est en faisant cela qu'elles ont le sentiment d'être rétablies.

L'engagement, la création et la mise en œuvre des projets tiennent une place très importante dans leurs manières de concevoir leur rétablissement. C'est qu'elles ont l'impression de faire un peu plus que simplement survivre. Avoir des projets et des buts permet de vivre leur vie selon leurs passions, leurs idées et leurs envies. Les femmes de ma recherche ne parlent pas nécessairement de projets grandioses, même si le trouble de santé mentale ne l'exclut pas nécessairement. Elles ont des projets que tout le monde pourrait avoir, par exemple des projets professionnels, personnels, des projets à court, moyen ou long terme, des projets artistiques, intellectuels, relationnels et spirituels. Ce sont des projets pouvant avoir lieu autant dans des milieux que l'on dit protégés et exclusifs aux personnes ayant des troubles de santé mentale que dans d'autres lieux dans la communauté.

Dans les trois thèmes qui suivent, nous regarderons leurs projets et leur mise en œuvre dans leur quotidien, puis, finalement, j'aborderai plus en détail la question des milieux protégés.

##### **4.4.1. Thème 6 : S'accomplir dans les petites choses**

À la première phase, nous avons, entre autres, parlé de l'importance de la routine pour être en mesure de nous déposer et de trouver une base pour se rétablir. Vouloir conserver cette base de bien-être peut, en quelque sorte, être un but et une valorisation. Ce but peut même être le projet de vie, dont la mise en œuvre est nécessaire, pour que la personne se sente rétablie.

Certaines femmes de ma recherche n'ont que ce simple projet et leur réussite semble suffisante pour qu'elles se sentent rétablies. Ce simple projet de conserver son bien-être se constate plus particulièrement chez les femmes plus âgées, les plus jeunes ayant plutôt des

projets de formation et de travail. Mais une chose est claire pour toutes les femmes par contre, elles ressentent une fierté et un sentiment d'accomplissement relativement au simple fait de réussir à organiser leur quotidien et de conserver le bien-être déjà acquis.

#### **4.4.1.1. Dans la simplicité des gestes de la vie**

Le bien-être se retrouve dans les petites choses, dans les activités du quotidien, dans la fierté de réussir à faire un plat par exemple, dans le fait de réussir à faire des conserves ou de faire son ménage.

Je l'ai constaté, par exemple, avec Yolande, pour qui faire un grand ménage lui donnait un sentiment d'accomplissement. Elle me disait : *« J'ai de plus en plus le goût de faire des choses, j'ai lavé mes fenêtres, toutes mes fenêtres dernièrement ! C'est des réalisations je vais te dire ! ... C'est ça qui devient une réalisation tsé ! »*

Je l'ai constaté aussi avec Georgette qui racontait qu'elle avait acquis quelques compétences en cuisine dans le foyer de groupe où elle habitait. J'ai aussi constaté sa fierté d'elle-même lorsqu'elle me mentionnait qu'elle s'était achetée un cahier pour y mettre des photos de ses réussites culinaires. Elle me disait :

*« ... Y m'ont montré comment faire à manger je savais pas ben ben trop faire à manger, je peux faire des gâteaux, je peux faire toutes sortes d'affaires, pâté chinois, enfin, ben des affaires, j'ai un livre, j'ai mon livre de recettes qu'a m'a faite avec des imprimés dedans, on n'a faite [on en a] pis avec ma photo ! ... C'est ça, j'l'ai réussi mon pâté chinois, je l'ai goûté, pis y'était vraiment bon ! Pis j'me chu fait un gâteau au glaçage pis y'était terriblement bon ! »*

Elle a même retrouvé une envie qu'elle avait du temps d'avant son trouble de santé mentale ; c'est-à-dire faire un gâteau de fête à ses enfants. Cela peut sembler banal, mais rappelons-nous que c'est l'une de celles dont la perte des enfants l'a plongé dans un trouble de santé mentale et qu'elle n'avait pas pu faire ce geste, tout simple, à l'époque. Elle nous le raconte d'ailleurs.

*« Pis j'ai fait un gâteau à mon fils, je voulais faire des gâteaux de fête à mes enfants, j'ai fait un gâteau de fête à mon fils, j'y ai donné, pis y dit : Maman, je l'ai toute mangé à moi tout seul ! Y dit c'est mon premier gâteau de fête ! J'ai dit : avant je pouvais pas, pis là je l'ai fait ! J'ai pu le faire ! Parce que je savais pas avant comment faire ! ... Pis là je lui ai donné, pis, y'était content, très content, y'a dit : Je l'ai mangé à moi tout seul pis y'était bon là ! Ça m'a fait plaisir ! Pis j'en suis fière de faire ça ! »*

Un autre exemple se constate chez Sandra, celle dont la fille est décédée. La seule chose qui fait qu'elle se sent rétablie, c'est qu'elle réussit à se maintenir dans son envie de vivre. Pour ce faire, elle continue d'enchaîner ses fins de semaine, qui s'alternent, chez sa sœur, où elle cuisine avec elle de grands repas, et son ami de cœur. Elle maintient aussi ses séances d'acupuncture et continue de faire « Weight Watchers ».

#### **4.4.1.2. Sortir de chez soi et s'accomplir**

Le sentiment d'accomplissement accompagne souvent des réussites, des petits défis personnels comme le simple fait de sortir de chez soi. Yolande, par exemple, me racontait que juste se motiver et réussir à sortir de chez elle lui procurait une fierté personnelle. Elle me racontait :

*« C'est des ateliers qui étaient quand même intéressants. Pis je me suis dit : ouin ce serait peut-être le fun ! Fais-lé pour toi, ça l'air tout de même intéressant, tu ne perds rien ! Si tu n'aimes pas ça, c'est pas grave ! Tu l'auras essayé ! Au moins, donne-toi la chance de le faire ! Si tu n'aimes pas ça, les prochaines fois tu resteras chez vous ! Donne-toi la chance d'essayer ! Pis j'ai pas été déçue. Parce que t'es fière de toi. Tu t'es faite des amis, tu t'es faite confiance, pis t'as essayé, pis t'as pas resté chez vous. »*

Et chez Carole aussi j'ai constaté que le simple fait de sortir de chez elle lui permettait de ressentir un sentiment d'accomplissement. Cela lui permettait du même coup de stopper sa dépendance aux jeux, non pas les jeux d'argent, mais les petits jeux gratuits sur internet avec lesquels elle perdait beaucoup de temps.

Carole avait eu une dépression profonde après qu'elle avait vécu du harcèlement psychologique. Elle avait maintenant beaucoup de difficultés à faire de simples activités au quotidien. Sortir de chez elle et faire son potager lui a permis, à force de se lancer des petits défis à elle-même chaque jour, de sortir de sa dépression profonde. Avec l'animation d'une activité d'écriture créative et avec ses contrats d'aide aux devoirs qu'elle fait trois fois par semaine, elle a pu redevenir plus active et se sentir plus accomplie.

#### **4.4.1.3. Cultiver la fierté de soi par le soin de sa santé**

Perdre du poids, s'alimenter sainement, arrêter de fumer, faire de l'exercice et marcher sont des projets ou des défis qui sont revenus souvent dans les rencontres avec les femmes. Huit femmes sur onze rencontrées avaient ce genre de défis.

Par exemple, Georgette souhaitait cesser de fumer et marchait énormément et Denise me racontait qu'elle allait au CLSC une fois par semaine pour participer à l'atelier : « Choisir de maigrir ». Et quand je lui ai demandé ce qu'elle aimait faire, elle m'a parlé d'activités pour prendre soin d'elle qui lui fait du bien. « *Eeee, chanter, nager... Faire de la cohérence cardiaque... Prendre soin de moi* ». Elle me racontait se sentir fière de prendre soin d'elle, d'avoir perdu de poids et elle m'a précisé : « *Aussi de manger mieux, de changer mes habitudes alimentaires. D'avoir réussi à faire ça, c'est bien ça !* ». Elle me racontait aussi qu'elle mettait en place des « *plans top shape* » : des plans où elle faisait de l'exercice et mangeait très bien.

Suzanna est un autre exemple. Elle me racontait qu'elle marchait beaucoup, elle aussi, et qu'elle faisait attention pour ne pas retomber dans l'anorexie. Il y a Darlène aussi qui, ayant toujours eu un poids qui « *faisait les montagnes russes* », aimerait continuer à maintenir son poids puisqu'elle en a perdu beaucoup dans les derniers mois. Et Sandra quant à elle participe au groupe Weight Watchers et veut cesser de fumer. Et Carole, elle a arrêté de fumer depuis huit mois et essaye de maintenir cela. Chantale, pour sa part, souhaiterait aussi arrêter de fumer.

Louise aimerait beaucoup perdre tout le poids qu'elle a pris depuis le début de ses troubles de santé mentale. Elle a passé du poids santé d'un athlète : 120 lb, à plus de 300 lb. Elle m'a expliqué que : « *Manger était la seule chose qui me faisait du bien, alors je mangeais... n'importe quoi...* » Elle me disait nager aussi, même si elle trouvait ça difficile étant donné sa prise de poids. Ce qui l'incite à continuer est simple : « *le sentiment que j'ai après. Quelque chose qui... eee, la sensation physique* ».

Donc, plusieurs femmes s'accomplissent avec une prise en soins de leur santé, par le simple fait de sortir de chez elle et aussi dans la simplicité des gestes du quotidien. Les témoignages des femmes nous montrent aussi que ce qui est important, dans l'acquisition d'un sentiment d'accomplissement, c'est d'exercer leur autodétermination et de faire leurs choix pour mettre en œuvre leurs propres buts, objectifs et projets.

#### **4.4.2. Thème 7 : Les grands projets et leur mise en œuvre**

Nous venons de voir que les conceptions du rétablissement chez les femmes rencontrées s'obtenaient par l'acquisition d'un sentiment d'accomplissement dans les « petites choses ». Alors nous ne serons pas surpris de constater que la réalisation des grands projets permet aussi

aux femmes de se sentir rétablies. Dans le présent thème, nous discutons de deux sous-thèmes : les arts et les projets professionnels.

#### 4.4.2.1. Les arts

Une pratique artistique est un moyen utilisé par beaucoup de femmes rencontrées pour se rétablir. Elles le font soit chez elle, soit dans leur ressource d'appartenance ou dans une autre ressource.

Par exemple, faire de l'artisanat est d'une grande importance pour Georgette. Nous nous rappelons qu'à la ressource, c'était la première fois de sa vie où elle travaillait de ses mains. C'est, les yeux pétillants, qu'elle me racontait :

*« Je faisais de l'artisanat de l'artisanat de l'artisanat. Ah j'ai aimé ça ! J'en ai appris des choses à dessiner, à faire des pantoufles, à dessiner des beaux dessins, pis des pantoufles, j'en ai pleuré chez nous tout seul parce que j'avais jamais appris à faire des pantoufles comme ça ! T'é des pantoufles avec des couleurs croisées là ! ... Moi je savais pas faire ça ! Ah je te dis que j'en ai appris des choses icitte ! Pis là on apprenait aussi à peindre des morceaux de bois, des choses en bois comme eee des tits bateaux de bois, des petites maisons de bois, toutes sortes de choses en bois tsé, des coffres, des petits coffres, on peignait des petits coffres pis on mettait la couleur qu'on voulait, on faisait de la créativité... pis ahh que j'aimais ça ! »*

Georgette conserve précieusement tout ce qu'elle fait. Au début, faire de l'artisanat lui apportait une stabilité qui l'aidait dans son rétablissement afin qu'elle reprenne goût à la vie. Mais maintenant, elle continue de faire de l'art pour le simple plaisir et la valorisation que cela lui procure. À ses mots, j'ai compris l'importance de la ressource dans sa vie puisqu'elle lui permettait de continuer à faire de l'art. Et elle me le disait clairement : « Ici là [à la ressource], ça me... c'est toute pour moi ! ». Elle se comparait à l'époque où elle était hospitalisée, durant longtemps, du temps où elle n'avait plus ses enfants. Elle a beaucoup cheminé, même son médecin « n'en reviens pas », qu'elle me disait fièrement.

Cynthia aussi a des projets d'arts à réaliser. Elle me racontait que retraitée, elle ne voulait plus travailler et désirait seulement maintenir ses acquis en logement et continuer ses projets d'art. Quand je lui ai demandé ce qui la motivait à continuer ses projets, la réponse fut simple : « Parce que j'aime ça ! ... Pis j'aimerais ça devenir bonne comme mes sœurs ! » Elle me racontait aussi qu'elle suivait des cours d'arts, à raison de deux fois chaque semaine.

Chantale pour sa part est danseuse, peintre à ses heures et aussi photographe. Elle veut poursuivre ses projets. Elle me disait que travailler n'était pas une priorité en ce moment puisqu'elle ne voulait pas perdre son statut de contraintes sévères à l'emploi à l'aide sociale alors qu'elle était encore relativement affectée par son trouble de santé mentale.

Pour Suzanna, ce sont les arts qui occupent aussi presque tout son temps et qui font qu'elle se sent, par rapport au passé, plus rétablie. Elle me racontait : « *C'est l'artisanat, la peinture. Je fais beaucoup de tricot, de la peinture, je fais des bijoux, je fais un peu de toute. J'adore, j'aime beaucoup faire quelque chose. Moi, rester à ne rien faire je suis pas capable, j'ai de la misère. Avant je faisais rien...* »

Louise aussi s'occupe en allant aux Impatients<sup>56</sup> : où elle y suit des ateliers d'art. Elle aime bien avoir des projets artistiques, elle se sent « *plus accomplie comme personne* ».

Donc, faire de l'artisanat et des arts apporte plus aux femmes rencontrées qu'une simple occupation. Grâce à cela, elles se sentent capables de faire quelque chose de leurs mains, quelque chose de beau, qu'elles sont fières de montrer aux autres, et quelque chose qui leur permet de s'améliorer, de se lancer des défis et de se sentir plus accomplies en les réussissant. Voyons maintenant d'autres « grands projets ».

#### **4.4.2.2. Carrière, formation, travail et projets professionnels**

Les rêves de carrières et d'études sont surtout constatés chez les femmes plus jeunes que j'ai rencontrées. Chez les plus âgées, certaines ont déjà travaillé et d'autres travaillent encore, à temps partiel ou occasionnellement. Voyons cela plus en détail.

Chez les plus jeunes, il y avait Louise qui voulait mettre à jour ses connaissances du baccalauréat en physiothérapie et qui voulait peut-être travailler à temps plein, si elle réussissait à vaincre l'angoisse perpétuelle qu'elle ressent encore devant les personnes. Elle travaille déjà une journée par semaine, comme aide-physiothérapeute. « *Oui. Moi je sens que je veux retourner sur le marché du travail... C'est sûr faudrait je refasse, j'me suis informée, faudrait je refasse des stages, des cours, je me suis informé sur qu'est-ce qui fallait je fasse* ». Elle m'a mentionné que

---

<sup>56</sup> « Les Impatients » est le nom d'un organisme où l'on y fait des cours d'arts et où toutes les personnes ayant un diagnostic en santé mentale peuvent y faire un projet artistique. C'est un organisme implanté dans plusieurs régions du Québec.



c'était dans son travail qu'elle ressentait le plus grand sentiment d'accomplissement : « *Parce que je suis fière de travailler, je suis contente. Je suis contente pis je suis fière quand j'ai fini ma journée* ».

Il y a aussi Stéphanie qui me racontait qu'elle voulait peut-être finir son secondaire pour aller faire des cours pour travailler avec les enfants, en tant qu'éducatrice peut-être. Pour l'instant, elle me disait être sur un Pass-Action<sup>57</sup>, afin d'apprendre à maintenir un horaire à temps plein.

Les femmes rencontrées qui étaient un peu plus âgées avaient aussi des projets, bien que ceux-ci ne soient pas reliés à une formation. Notons tout de même que Darlène a terminé son secondaire 5 à l'âge de 52 ans ! Comme quoi il n'est jamais trop tard ! Ainsi, pour Darlène, c'est dans le travail qu'elle se sent la plus accomplie. Elle me disait vouloir augmenter son travail à trois jours par semaine. Elle disait qu'elle allait avoir sa pension de vieillesse dans quelques années et qu'elle était vraiment fière de dire qu'elle avait réussi à se maintenir au travail au même endroit.

Denise m'expliquait aussi que, pour elle, le rétablissement se passait dans l'action. Elle m'a dit :

*« Ça, j'ai appris ça, la vie s'enchaîne une chose après l'autre, ça se met en place, pis j'ai passé à autre chose, j'ai traversé... Comme c'est là, moi j'ai toujours un projet quelque part. Quand j'ai un projet, je suis heureuse, je suis épanouie. C'est plus facile que d'aller voir les affaires du passé qui ont été difficiles, parce que je ne mets pas mon focus là. »*

Pour elle aussi donc, ce serait dans l'action, sans nécessairement devoir se questionner sur le passé, qu'elle se sent rétablie.

D'ailleurs, sa plus grande fierté c'était le fait de réussir ses projets. D'ailleurs, quand je lui ai demandé à quel moment elle s'était senti la plus rétablie, elle m'a répondu, du tact au tact :

*« Quand j'ai travaillé aux élections [tous] les autres contrats que j'ai eus, je me sentais [aussi] comme ça. Quand je travaille, je me sens comme ça. C'est comme un dynamisme du travail. C'est quand je me prépare à travailler... quand je suis cédulé, c'est là que ça se passe. Y'a un dynamisme, y'a quelque chose ! »*

C'est ce dynamisme qui lui donne, en fait, le sentiment de se rétablir. C'est pourquoi elle n'a pas renoncé à travailler, même si c'est seulement à temps partiel, comme agente de sécurité.

---

<sup>57</sup> Voir la note de bas de page 38, en page 64, où je décris ce qu'est un « Pass-Action ».

Et pour Yolande, elle me disait espéré beaucoup développer son projet de devenir une famille d'accueil pour les animaux. Elle me racontait son rêve qui s'inspirait d'un travail qu'elle avait déjà fait. Elle me racontait son rêve :

*« Ouin pis voir si je peux pas peut-être aider pour être famille d'accueil, zoothérapie, ça j'y pense pis ça me fait ça, pis ça me coûterait rien parce qu'eux autres y défraient toutes les coûts ! Autant la bouffe, les soins pis tout ça, j'ai rien qu'à m'occuper de l'animal. T'as rien qu'à le brosser pis en prendre soin, c'est quoi ? Ça, c'est ce que j'aime le plus au monde ! J'ai travaillé 4 ans dans une clinique vétérinaire à faire le ménage pis à les soigner pis les dorloter... [Ça m'apporte] de la paix, beaucoup de paix, si tu savais... Ça me donne tellement de paix pis de calme en dedans de moi, ça me donne de la joie. »*

Donc, en ce qui concerne les projets professionnels, les résultats montrent qu'aucune des femmes rencontrées ne travaille à temps plein. Il n'y a que Louise qui souhaiterait peut-être y arriver, mais pour l'instant, travailler même trois jours par semaine n'est pas possible, comme elle me le disait : *« J'ai trouvé ça dur là ! Juste travailler eee... C'est trop pour moi ! »*

En somme, les plus grands projets, qu'ils soient personnels ou professionnels, procurent, lorsqu'ils sont mis en œuvre et sont réussis, un grand sentiment de fierté. Le simple fait d'en rêver et de les planifier donne, aux femmes rencontrées, l'envie de se réaliser elles-mêmes.

#### **4.4.3. Thème 8 : L'ouverture au monde**

Avec ce thème, je veux terminer l'analyse des résultats en montrant que l'ouverture au monde est l'ultime étape démontrant le rétablissement. Évidemment, nous ne pourrions jamais mesurer le rétablissement, mais les résultats de recherche montrent que l'ouverture au monde est un signe d'épanouissement et d'accomplissement de soi.

Cette ouverture au monde se vit différemment pour chacune des femmes de la recherche, d'autant plus que ces rétablissements sont, comme la vie, souvent parsemés d'états de crise, de difficultés et de souffrances. Mais ce que j'ai remarqué, à première vue, c'est que les femmes rencontrées ont un meilleur bien-être et semblent plus heureuses lorsqu'elles sentent faire partie de leur communauté. J'ai remarqué aussi que c'est encore plus flagrant chez celles qui fréquentent différents organismes communautaires pour participer à des activités ouvertes à toutes les personnes. Voyons cela plus en détail.

Nous regarderons les sous-thèmes de l'engagement à la ressource d'appartenance et la fréquentation d'organismes communautaires exclusifs, ou non, à la clientèle en santé mentale. Nous ferons cela dans le but de constater s'il y a des différences par rapport au sentiment d'accomplissement et à la réalisation de soi, si les femmes se rétablissent de ces différentes manières.

#### **4.4.3.1. L'engagement à la ressource d'appartenance**

J'ai d'abord essayé de voir ce qu'apporte la ressource dans le cheminement de ces femmes puisque toutes ont mentionné l'importance de leur ressource d'appartenance dans leur rétablissement. Ainsi, que ce soit pour se faire des amis, pour utiliser un service de suivi individuel ou pour faire des activités, toutes considèrent que leur ressource d'appartenance leur a apporté beaucoup dans leur mieux-être. À première vue, les résultats semblaient vouloir dire que celles qui s'impliquent presque à temps complet récoltent des sentiments d'accomplissement et de réalisation de soi beaucoup plus grands et ont beaucoup plus l'impression « *d'avoir cheminé* », « *d'avoir changé en mieux* », et donc de s'être rétablies.

J'ai donc voulu regarder plus précisément l'engagement<sup>58</sup> des femmes dans chacune des trois ressources.

##### À la ressource 1

Les femmes de la ressource 1 ont pu aussi y trouver un endroit où aller presque tous les jours, comme Georgette depuis quelques années, où elle y fait souvent de l'accueil et de la réception téléphonique.

Suzanna pour sa part est moins ponctuelle, mais vient à la ressource tout de même deux ou trois fois par semaine pour quelques heures chaque fois. De plus, elle y vient pour elle-même, puisqu'avant, rappelons-nous, elle venait plus souvent pour aider les autres et pour animer des activités, mais qu'elle s'était épuisée.

---

<sup>58</sup> Nous pouvons regarder à l'annexe 5 un tableau du nombre d'activités à leur ressource d'appartenance ou dans une autre ressource communautaire, ce qui nous sera utile un peu plus loin, selon chacune des femmes rencontrées

Et pour Cynthia, même si elle fréquente le centre moins souvent, elle y vient tout de même assez régulièrement pour y faire un cours d'arts par semaine et aussi pour des activités et rencontres spéciales.

Georgette, Suzanna et Cynthia viennent aussi à la ressource pour des activités sociales spéciales ou exceptionnelles, organisées par les membres de la ressource.

### À la ressource 2

Yolande, pour sa part, sort de chez elle pour venir faire un atelier au moins une fois par semaine, ne serait-ce que pour essayer. Rappelons-nous qu'elle veut sortir de chez elle pour « *débarquer* » de son ordinateur. Ça fait un an et demi environ qu'elle fréquente la ressource.

Carole pour sa part est plus investie à la ressource puisqu'elle y fait, pour cette session du moins, l'animation d'un atelier d'écriture de trois heures par semaine pour lequel la préparation à elle seule lui demande quelques heures.

Stéphanie quant à elle reçoit régulièrement la visite d'une intervenante chez elle. Elle fait des activités à la ressource dans la mesure où cela ne vient pas en conflit avec les heures qu'elle doit faire chaque semaine dans la participation de son Pass-Action. Cela fait environ deux ans qu'elle fréquente l'organisme.

Et pour Sandra finalement, elle vient faire une activité d'écriture chaque semaine et reçoit chez elle une intervenante chaque semaine. Yolande, Carole, Stéphanie et Sandra vont aussi participer à la plupart des activités sociales de la ressource.

### À la ressource 3

Chantale, pour sa part, fréquente la ressource depuis quelques années. Elle y a fait beaucoup d'activités, de toutes sortes, comme la danse, la musique, l'écriture, un atelier discutant du pardon, la gymnastique et le yoga. Pour l'instant, elle vient seulement pour y voir son intervenant de temps en temps et elle fait aussi une activité de cohérence cardiaque avec lui. Avant, elle faisait quelques activités par semaine, mais elle a dû arrêter à cause de difficultés personnelles et relationnelles avec les autres usagers de la ressource.

Denise pour sa part est à la ressource depuis longtemps. Elle y a fait toutes sortes d'activités. Pour l'instant, elle y vient deux ou trois fois par semaine, pour voir son intervenante, pour travailler à la réception et pour y faire des activités.

Darlène quant à elle vient moins souvent à la ressource. Elle voit son intervenant seulement une fois par mois, vient à la distribution alimentaire qui a lieu une fois par semaine et fait une activité de ressourcement intitulé : « Guérir des blessures », à laquelle elle doit absolument être inscrite pour rester membre de la ressource (obligatoirement, une activité pour cheminer doit être choisie pour conserver son statut de membre). Elle travaille quelquefois à la réception et elle fréquente la ressource depuis 2015.

Et Louise fréquente l'organisme au moins une fois par semaine pour une activité d'arts, et vient aussi voir son intervenante toutes les deux semaines.

Donc, en ce qui concerne l'engagement observé chez les femmes rencontrées dans les trois ressources, nous constatons chez Georgette et Denise : qu'elles ressentent le plus un sentiment d'accomplissement et qu'elles ont une plus grande confiance en elles-mêmes.

Est-ce à dire qu'il faut un engagement aussi intensif que Georgette ou Denise pour procurer un sentiment d'accomplissement et promouvoir le rétablissement ? La réponse est non. Quoique moins flagrant que le ferait un investissement à temps plein, j'ai constaté chez presque toutes les femmes qu'apprendre, participer, mener à bien et réussir ses projets leur a procuré, indéniablement, une fierté de soi et un sentiment d'accomplissement. Je l'ai vu chez Cynthia par exemple qui commence deux cours de peinture et qui a fait quelques toiles, chez Chantale, qui danse, joue de la musique, fait de la peinture et prend des photos, pour ne donner que quelques exemples. La fierté dans la réussite de leurs œuvres ou leurs projets d'art est tangible. Fièrement, ces femmes m'ont montré leurs réussites ou bien elles m'ont mentionné qu'elles ont exposé leur création à tel ou tel autre endroit ou en ont fait cadeau à leurs proches. Créer, faire quelque chose, s'engager dans des activités, même les plus simples, c'est se rétablir.

Et ce n'est pas juste le sentiment d'accomplissement que procure l'engagement à la ressource d'appartenance. L'amélioration de la qualité de vie et du mieux-être donne vraiment l'impression aux femmes qu'elles se sont rétablies. Par exemple, Yolande, même si elle est

moins engagée que Georgette, Denise ou Carole, a pu trouver la motivation pour stopper sa dépendance aux jeux gratuits sur internet et pour sortir de chez elle.

S'engager donc, c'est, pour les femmes rencontrées, faire quelque chose pour s'en sortir, pour se rétablir. Et bien que le sentiment d'accomplissement et la confiance en soi semblent plus marqués chez celles qui étaient engagées, la simple participation à des ateliers et la création artistique étaient des engagements et des réussites personnelles qui apportaient un sentiment d'accomplissement suffisant pour permettre le rétablissement.

#### **4.4.3.2. La fréquentation d'autres organismes communautaires**

La plupart des femmes de ma recherche m'ont dit fréquenter des organismes communautaires non exclusifs aux personnes ayant des troubles de santé mentale. Ces organismes sont des ressources où elles pratiquent diverses activités artistiques ou autres et où elles peuvent s'impliquer socialement en faisant, par exemple, du bénévolat ou des marches de solidarité et de sensibilisation.

Elles fréquentent aussi des organismes d'aide alimentaire où elles peuvent faire de la cuisine collective ou simplement prendre un bon repas.

Elles fréquentent aussi des centres pour femmes, des groupes d'entraide comme Al-Anon ou des organismes qui donnent des formations et des ateliers de croissance personnelle.

Mais, bien que la plupart des femmes utilisent abondamment les services et fréquentent les organismes ouverts à tous, certaines femmes de ma recherche se limitent presque exclusivement à la fréquentation de leur ressource d'appartenance. D'autres vont prendre les avantages des deux types d'organismes. Voyons ce qu'en pensent plus particulièrement certaines femmes.

#### **Respect et compréhension mutuelle**

Par exemple, Georgette précisait : « *parce que tout le monde est pareil* ». Elle mentionnait aussi la peur que les gens lui fassent du mal ou la juge. Elle disait, d'une façon claire, qu'elle préférait les endroits exclusifs aux personnes ayant des troubles de santé mentale. Elle me disait par exemple : « *Non non, parce que j'aime bien ici, parce que c'est la psychologie tu vois ? C'est des personnes qui eee... Des problèmes de santé mentale, pis je m'entends bien*

*avec eux autres... Ici, je le sais qu'y a jamais personne qui va me faire mal, j'me sens en sécurité ici... »*

Chantale aussi parlait de la peur d'être jugée. Ainsi, même si elle fait parfois des activités ailleurs que dans des endroits réservés elle disait : *« C'est mieux plus en santé mentale. J'aime mieux en santé mentale... parce que... on sait toutes c'est quoi avoir peur d'être jugé, parce que on a toutes quelque chose ».*

Cynthia, pour sa part, insistait pour dire qu'elle n'avait pas honte d'avoir des troubles mentaux. Elle me disait : *« Ben je pourrais faire les deux ! ... J'ai pas honte de dire que chu malade ! »*

Et, être « étiquetée » préoccupait Stéphanie. Mais ce dont elle avait peur et honte, c'est d'être associée aux gens qui ont des troubles de santé mentale. Elle m'expliquait pourquoi elle avait, avant, de la difficulté à fréquenter les endroits réservés à cette clientèle. Elle racontait :

*« J'avais même dit à mon chum que des fois, ça m'aidait d'être avec lui parce que je ne voulais pas être identifié à ces gens-là ! Je voulais me retrouver avec des gens qu'on dit normal ! ... Au début j'avais de la misère avec ça, pis maintenant j'aime ça parce que je me rends compte que c'est des gens qui vont te respecter, parce que y vivent des choses semblables à toi, faque, souvent c'est des gens qui vont t'accepter comme t'es, pis qui vont avoir beaucoup de respect. Parce qu'au début, où ce que j'habite, c'est toutes des personnes en santé mentale, pis là j'arrivais à la ressource [où elle fait son Pass-Action] pis c'était toutes des personnes en santé mentale, OK pis té c'est comme si mon quotidien c'était toujours ça ! Partout où je me retrouvais, c'est comme si j'étais étiqueté ! Je me retrouvais comme dans un eee, j'avais un malaise avec ça. »*

Mais aujourd'hui, elle ne veut pas fréquenter d'autres endroits que les organismes exclusifs à la clientèle en santé mentale : *« parce que je finis par m'adapter aux gens qui ont des problèmes de santé mentale. »*

Stéphanie, Georgette et Chantale mentionnaient donc des notions de respect, de compréhension mutuelle entre personnes ayant des troubles mentaux dans les organismes exclusifs à ces personnes.

Une volonté d'aller « ailleurs » qu'à la ressource d'appartenance

Yolande aussi m'expliquait qu'elle faisait des activités dans différentes ressources, pas nécessairement dans un organisme exclusif aux personnes en « santé mentale ». Mais elle disait avoir besoin du centre réservé, parce que le centre qui tient compte de ses difficultés

personnelles. C'est parce qu'elle a peur un peu des gens à l'extérieur du centre, non pas par rapport au jugement de ces troubles de santé mentale, mais parce qu'elle a des gens en général. D'ailleurs, c'est le club de recherche d'emploi, non exclusif à la clientèle santé mentale, qui l'a aidée à vaincre son agoraphobie. Ce sont des gens « *normaux* » : qu'elle m'a mentionné.

Denise aussi aimait bien fréquenter l'organisme voué exclusivement à la clientèle santé mentale. Mais, elle aime bien aussi fréquenter les autres organismes non réservés. Elle me disait :

*« Ben moi les organismes que je fréquente, ben Al-Anon... Ben je vas dans des groupes de proches aussi, c'est différent d'ici... Des groupes de proches aidants en santé mentale... Comme là j'aimerais ça faire ça, je sais pas si je vais pouvoir : le cercle des fermières, ça l'air de rien, mais aussi j'ai faite une courtepoinTE, l'artisanat ça m'intéresse aussi. Y m'ont dit qu'après les fêtes, c'était juste 5 \$. J'aimerais ça y aller, une ou deux semaines, réparer mes affaires... »*

Pour Suzanna, aller dans une ressource vouée exclusivement à une clientèle « santé mentale » n'est pas obligatoire, puisqu'elle dit se sentir comme tout le monde. Mais elle disait qu'elle aimait cela et que ça lui faisait du bien, par contre. Elle me disait : « *C'est ça, moi je me sens pas malade ou quoi que ce soit ! Mais ça fait du bien par exemple. Ça fait vraiment du bien.* »

Et Darlène pour sa part, ne se sentait pas obligée d'aller dans des endroits spécifiquement pour la clientèle dite « santé mentale ». Elle a fréquenté un bon nombre de ressources, en tout genre, pour tous types de personnes. Ici, elle discute d'un organisme non réservé à la clientèle « santé mentale », expliquant que le trouble de santé mentale n'était plus aussi tabou qu'avant :

*« J'ai déjà été à un groupe de femmes, et j'ai trouvé ça aussi bon qu'ici ! ... Là-bas, eee, ben, y'a des personnes qui étaient borderline, d'autres qui l'étaient pas, y'avait des personnes bipolaires d'autres qui l'étaient pas, pis certaines personnes le disaient pis d'autres pas, pis je te dirais que le trois quarts des personnes là-bas ont pas de problèmes de santé mentale ».*

Louise aussi désire fréquenter les deux types d'endroits. Elle me racontait qu'en ce moment elle faisait « *moitié-moitié* ». Elle voyait des avantages aux deux types d'endroits. D'abord, elle allait dans des organismes exclusifs à la clientèle « santé mentale » simplement pour le bien-être que lui procurent ces organismes : « *Parce que eee, en « santé mentale », ça me fait du bien. Ben en fait ici...* » Elle me disait aussi fréquenter les organismes ouverts à tous, ne voulant pas voir des certains comportements qu'elle disait « *profiteurs* » chez certaines personnes des organismes



voués aux personnes ayant des troubles de santé mentale. Elle m'a expliqué d'ailleurs ce qu'elle voulait dire :

*« J'aime ça aussi les organismes pour « à tous » parce que eee j'aime pas ça tout le temps en santé mentale parce que des fois les gens eee, y'a toutes sortes de monde, des fois y'a du monde bizarre. Mais des fois y'en a en santé mentale qui eeee, dans les organismes, je trouve qui a des gens qui s'installent, pis qui qui qui, qui devraient pas s'installer. Pas qui profitent, mais té qui... devraient plutôt être mis à l'épreuve : Avoye ! Donne-toi un coup de pied pis vas-y dehors ! Té capable là té ! »*

Louise semble vouloir dire qu'à trop fréquenter les milieux réservés, trop protégés, les gens pourraient avoir peur d'aller à l'extérieur et « d'avancer ». Elle semble dire que les gens préfèrent ce qui est « connu » et ce qui est « confortable », ce qui serait « humain » en quelque sorte. J'en reparlerai dans la discussion.

Finalement, il y a aussi Sandra qui ne voulait absolument pas fréquenter exclusivement les organismes en santé mentale. Elle disait : « *J'ai pas d'ouverture pour ça. J'aime beaucoup quand on fait l'atelier d'écriture pis tout ça. Ça, c'est le fun pis on jase pis tout ça. Mais je suis pas toujours tolérante vis-à-vis certaines personnes. Pis y'a juste moi qui le sais...* » Quand je lui ai mentionné que je déduisais de ses propos qu'elle ne voulait pas fréquenter uniquement les organismes pour le type de clientèle « santé mentale », elle en a rajouté et a dit : « *non surtout pas !* ». Elle semble avoir peur d'être jugée ou semble avoir honte d'être considérée comme une personne ayant des troubles mentaux.

Avec ce thème de l'ouverture sur le monde, j'ai voulu montrer l'importance des ressources communautaires en santé mentale même si elles fréquentent d'autres types de ressources non exclusives aux personnes en « santé mentale ». L'importance des ressources comme celles de ma recherche n'est plus à démontrer. Et en ce qui concerne les ressources communautaires ouvertes à tous, elles ont l'avantage d'amener certaines femmes à sortir de l'exclusivité de leur ressource d'appartenance et ainsi, elles affrontent leur peur du jugement.

Alors pour certaines, l'ouverture sur le monde reste malheureusement limitée à leur ressource d'appartenance, sans toutefois, heureusement, limiter leurs sentiments d'accomplissement et le sentiment de s'être rétablie. Pour d'autres, la ressource est un tremplin afin qu'elles réintègrent les organismes ouverts à tous, comme elles le désirent. Les témoignages mettent en évidence que la fréquentation des deux types de ressources comporte des avantages et stimule le sentiment

d'accomplissement et la réalisation de soi pour permettre leur rétablissement. Nous discuterons plus amplement de cette ouverture sur le monde dans le chapitre de la discussion, chapitre où nous synthétiserons d'abord les principaux résultats dans un schéma puis où nous verrons l'implication de ses résultats pour le travail social.

## **CHAPITRE V : DISCUSSION. RETOUR SUR LES RÉSULTATS ET IMPLICATIONS**

Ce chapitre de discussion comporte quatre sous-sections. Dans la première sera faite d'abord une synthèse des conceptions du rétablissement des femmes rencontrées. La deuxième discutera de la présente recherche pour situer son apport par rapport aux autres recherches qualitatives discutant du point de vue des usagers sur le rétablissement en santé mentale. La troisième sous-section permettra de mieux cerner les implications de ces résultats pour les ressources communautaires en santé mentale et, plus largement, pour l'intervention auprès des personnes aux prises avec des troubles mentaux. Pour terminer la discussion, la quatrième sous-section discutera de la souffrance qu'ont exprimée les femmes de la présente recherche et sur les forces qu'elles ont déployées pour s'en sortir.

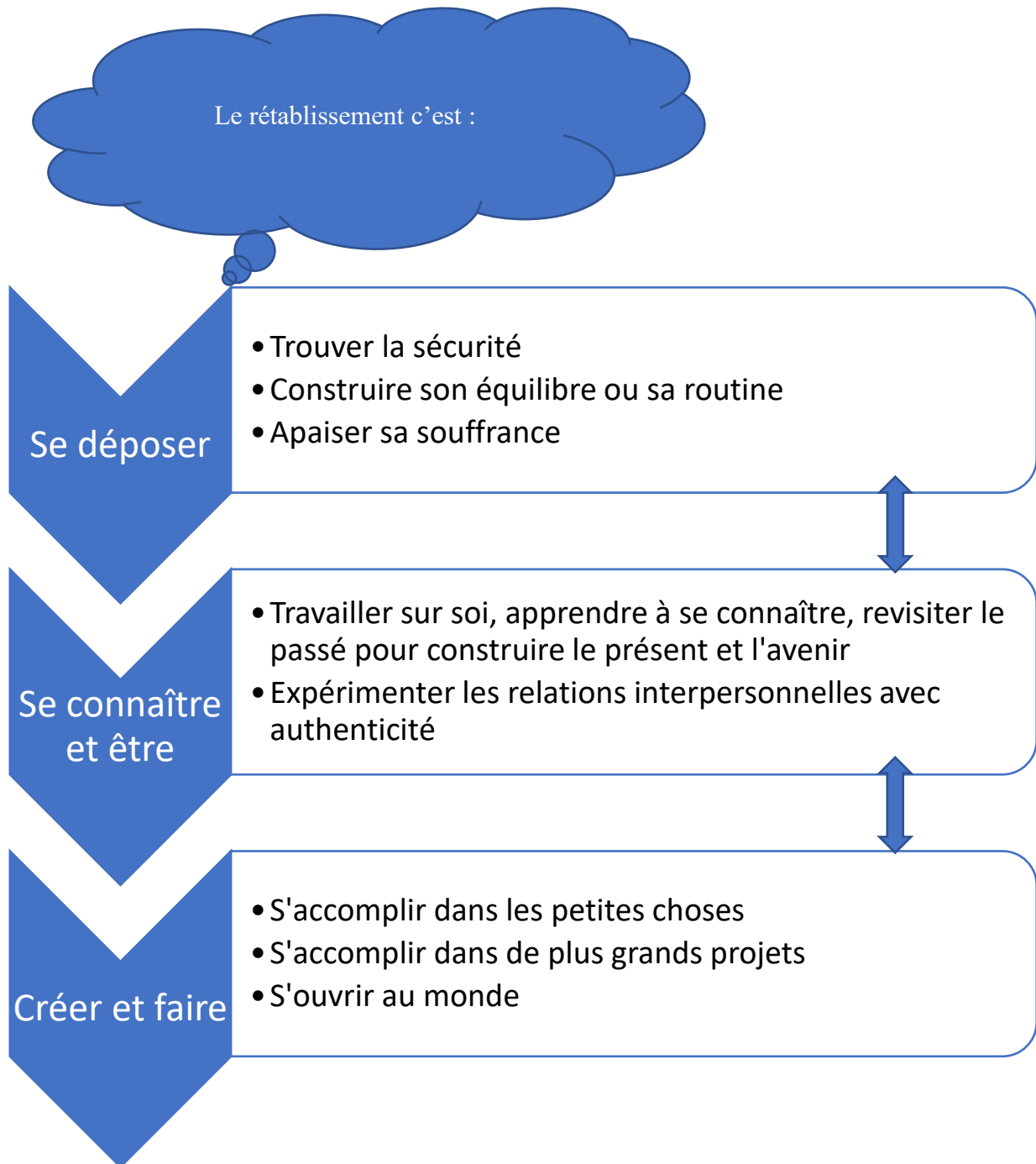
### **5.1. Synthèse des conceptions du rétablissement chez les femmes rencontrées**

Les trois phases du rétablissement qui se sont dégagées -- se déposer, se connaître et être, créer et faire -- représentent le déroulement du rétablissement selon les conceptions des femmes de la recherche. De plus, bien que les manières de mettre en œuvre le rétablissement soient différentes d'une femme à l'autre, la plupart des huit thèmes qui ont été identifiés se sont reflétés, à différents degrés, dans chacun des témoignages de ces femmes.

De plus, le rétablissement vécu par les femmes ne s'est pas déroulé d'une façon linéaire, d'où les deux flèches à double sens dans l'illustration de la synthèse présentée à la page suivante.

Aussi, chacune des phases du rétablissement, illustrées dans la synthèse, a été mise en œuvre à la manière des femmes. De plus, chaque phase du rétablissement permet la réalisation de soi et, en ce sens, permet de cultiver un sentiment d'accomplissement.

## SYNTHÈSE DES CONCEPTIONS DU RÉTABLISSEMENT



Pour développer des sentiments d'accomplissement et se réaliser

### **5.1.1. Explications des phases**

Dans chacune des trois phases qui suivent, les principales conceptions du rétablissement des femmes rencontrées sont analysées.

#### **5.1.1.1. Première phase**

La première phase est celle qui permet de trouver la sécurité minimale. Ainsi, il semble important pour les femmes d'acquérir la certitude que les besoins de base, ceux des jours à venir, à court et moyen terme du moins, sont comblés. Sans cette certitude, acquérir cette sécurité minimale restait alors la préoccupation principale des femmes. Elles disaient ne pas pouvoir penser à autre chose si elles n'avaient pas une sécurité minimale. Cette sécurité s'acquiert aussi grâce à l'établissement d'une routine et d'une stabilité personnelle.

De plus, le simple fait d'acquérir cette sécurité permet déjà une réalisation de soi et l'acquisition d'un sentiment d'accomplissement.

Cette sécurité minimale, à laquelle contribue l'acquisition d'une routine et d'une stabilité, n'est pas sans rappeler qu'un rétablissement, par l'approche alternative, implique aussi « l'appriivoisement du quotidien », comme le diraient Corin, Poirel et Rodriguez Del Barrio (2011). Peut-être parce que c'est en apprivoisant le quotidien que l'on retrouve un sens à son existence. Peut-être aussi que c'est de cet apprivoisement du quotidien que naît un désir de faire des choses et de construire sa vie.

L'importance d'acquérir cette sécurité minimale signifiait, pour plusieurs femmes ayant surmonté de grandes souffrances affectives, psychologiques ou physiques, que maintenant elles ne subiraient plus la vie et ne seraient plus « en survie ». Avec cette sécurité, elles vivaient et appréciaient la vie.

Cette première phase du rétablissement ne vise donc pas l'autonomie, comme le fait la réadaptation psychiatrique et psychosociale (Barbès-Morin et Lalonde, 2006; Bouchard et al., 1986; Lecomte et Leclerc, 2004; Liberman, 1991). Cette phase n'est pas de la normalisation, elle vise plutôt la recherche de sécurité et de bien-être : la fin de la survie.

### **5.1.1.2. Seconde phase**

La seconde phase du rétablissement chez les femmes rencontrées est celle de se connaître, ce qui reflète le début d'un travail sur soi. C'est un « mouvement » vers soi, vers son intériorité, comparable au premier « mouvement de l'être » dont discutent Corin et ses collègues (2011). Cette phase, comme ce même mouvement de l'être, suppose une amélioration de la connaissance de soi, de l'estime de soi et une pacification avec soi et avec les autres (Corin et al., 2011).

Cette phase vise l'exploration puis l'expérimentation d'être soi-même. Cette expérimentation de soi ouvre à un monde de possibilités et aux autres, d'une manière qui leur est propre.

Cette phase de travail sur soi, où la femme s'expérimente et se vit grâce aux relations interpersonnelles, semble amener un sentiment d'accomplissement et une réalisation de soi. C'est, du moins, ce qu'ont rapporté les femmes rencontrées. Elles se sentaient fières d'avoir cheminé, d'avoir revisité leur passé et d'avoir été capables, grâce à cela, de mettre leurs limites et d'identifier la nature de leurs difficultés personnelles et relationnelles.

Cette seconde phase peut être un tremplin vers la troisième phase, celle de « créer et faire », vu ci-après.

### **5.1.1.3. Troisième phase**

D'abord, il faut rappeler que le rétablissement par l'approche alternative, exposé dans le livre : *Le mouvement de l'être* (Corin, Poirel et Rodriguez, 2011) se constate dans deux mouvements. Le premier est celui vers l'intérieur de soi et permet alors la connaissance de soi. Ce premier mouvement de l'être peut être comparé à la deuxième phase vue précédemment. Et le deuxième « mouvement de l'être », celui qui projette la personne à l'extérieur d'elle-même, peut-être comparé à la troisième phase, celle de la création et l'action, dans la présente recherche : la phase où des projets se créent et où la personne se engage dans le monde.

Cet engagement dans le monde peut se faire grâce à la fréquentation de la ressource d'appartenance, un milieu protégé et exclusif aux personnes ayant un problème de santé mentale. Il peut aussi se faire en passant à l'action, dans la création artistique, dans la mise en

œuvre de projets personnels ou professionnels ou dans la fréquentation d'organismes communautaires ouverts à tous.

Le summum de cet engagement dans le monde est l'envie d'apporter au monde un peu de soi. Toutes les femmes de la recherche étaient sur ce chemin. Et cela même si, pour certaines, il était encore très difficile de sortir du milieu protégé de leur ressource d'appartenance.

L'ouverture au monde ne signifie pas, pour les femmes rencontrées du moins, de s'ouvrir à la communauté tout entière. Cela signifie plutôt, comme le précise le deuxième « mouvement de l'être », une projection de ce qu'elles ont trouvé en elles (lors de leur introspection) vers l'extérieur d'elles-mêmes c'est-à-dire vers les autres et, pour certaines, vers la communauté (Corin, Poirel, Rodriguez, 2011).

Ce qui est important de saisir ici, c'est que toutes les femmes de ma recherche ont d'abord trouvé une sécurité et un bien-être qui leur permettaient de faire cette introspection en elles-mêmes. Ce n'est qu'ensuite qu'elles ont eu envie de transmettre les fruits de cette introspection et c'est cette envie qui les a projetées à l'extérieur d'elles-mêmes, vers le « deuxième mouvement de l'être » dont parlaient Corin et ses collègues (2011). C'est ce qu'ont vécu toutes les femmes de ma recherche.

### **5.1.2. La mise en œuvre du rétablissement**

Peut-on dire que plus une personne s'accomplira dans chacune de ces phases, plus elle se sentira rétablie ? Les résultats semblent indiquer que « oui », même si les femmes rencontrées avaient quelquefois de la difficulté à s'attribuer un mérite de leur rétablissement. D'ailleurs, la plupart avaient de la difficulté à nommer leurs forces personnelles, et ce, même si leur vie regorgeait d'éléments montrant leurs grandes forces.

Étant donné la difficulté qu'elles semblent avoir à s'attribuer du mérite et à reconnaître leurs forces personnelles, l'on peut se demander d'où venait leur sentiment de s'être rétablie. Il semble provenir du bien-être ressenti depuis qu'elles avaient mis en œuvre leurs propres façons de concevoir le rétablissement.

Ces manières personnelles de mettre en œuvre leurs conceptions du rétablissement sont illustrées dans le tableau-synthèse présenté plus haut. Il a été établi que ces phases étaient les

mêmes pour chacune des femmes de la recherche même si leur parcours et les épreuves de leur vie étaient habituellement différents. De plus, ces phases se mettaient en œuvre de la phase 1, vers la phase 2 puis vers la phase 3, avec une possibilité d'aller-retour entre les phases.

Ce qui différenciait ces femmes dans leur mise en œuvre du rétablissement, c'était le temps consacré à se rétablir dans une phase. Un rétablissement pouvait être fait plus en profondeur dans une phase que dans une autre, selon l'importance qu'accordait la femme à une dimension particulière de cette phase. C'est d'ailleurs ce qui explique que même si les femmes passaient toutes par ces mêmes trois phases pour se rétablir, les thèmes pouvaient tout de même varier d'une femme à l'autre.

Il ne semble pas impossible, comme ce fût le cas pour quelques femmes de la recherche, de voir une personne s'abstenir, complètement ou en partie, temporairement ou non, de se réaliser ou de s'accomplir dans une dimension ou un thème. Par exemple, dans la présente recherche, plusieurs des femmes rencontrées n'avaient jamais voulu fréquenter d'autres ressources que leur ressource d'appartenance. En faisant cela, certains pourraient dire qu'elles limitaient leur « ouverture sur le monde » : l'étape ultime du rétablissement et, du même coup, elles limitaient leur rétablissement. Or, il est impossible de considérer ces femmes comme étant « moins rétablies » par rapport à celles qui fréquentent des ressources ouvertes à tous.

D'ailleurs, rappelons-nous Georgette qui a perdu ses enfants durant longtemps et qui a connu l'itinérance et la vie en hôpital psychiatrique durant plusieurs années. Or, c'est elle maintenant qui tient à aider les autres et à laisser sa marque dans sa ressource d'appartenance. Même si elle ne souhaite pas s'ouvrir aux autres ressources communautaires, celles ouvertes à tous, elle n'est pas, pour autant, apparue comme moins « rétablie » que les autres femmes.

Et Sandra aussi, qui a survécu au décès prématuré d'une fille et qui, malgré ces épreuves, ne pense plus au suicide ! C'est un immense pas dans un rétablissement ! Et, bien que l'expérience d'un travail sur soi en profondeur ne soit pas relatée à travers son témoignage, l'analyse présentée dans le chapitre qui précède illustre bien qu'elle ne s'est pas moins rétablie.

Ainsi, l'expérience d'un rétablissement est commune à l'ensemble des femmes rencontrées, le tableau-synthèse présenté précédemment dans ce chapitre montre bien comment, en général, les femmes ont atteint ce rétablissement.



Mais il n'en reste pas moins que chacune des phases identifiées n'est pas un passage obligé pour se rétablir.

Par ailleurs, on pourrait supposer qu'une personne se rétablira dès qu'elle décide sincèrement d'essayer d'emprunter le « chemin » illustré dans la synthèse. D'où l'intérêt, pour les travailleuses sociales, de comprendre cette synthèse. Elles peuvent aussi la présenter aux personnes qu'elles aident, pour leur montrer un exemple de parcours de rétablissement et pour stimuler l'espoir. En effet, puisque ce schéma du rétablissement est construit à partir des conceptions de femmes fréquentant des ressources communautaires en santé mentale, il est clair que le parcours de rétablissement dont il témoigne est vraiment possible.

### **5.1.3. Thèmes récurrents dans les conceptions du rétablissement**

Quelques thèmes sont récurrents dans le discours des femmes. Ces thèmes sont : l'autonomie et l'évitement de l'insécurité, l'importance d'avoir des projets et de passer à l'action, l'utilité de certaines souffrances, du travail sur soi et des relations interpersonnelles.

#### **5.1.3.1. L'autonomie comme un élément de fierté**

D'abord, ce que nous révèlent les témoignages, c'est qu'il est important pour toutes les femmes rencontrées de pouvoir se maintenir en logement. Être capable de cela, sans l'aide d'un conjoint, a été pour plusieurs le point de départ de leur rétablissement.

Il a été remarqué que, pour toutes les femmes, l'aspect financier est d'une grande importance et que, pour la plupart, c'était là une préoccupation constante.

De plus, être en logement seule est, pour plusieurs d'entre elles, ce pour quoi elles ont ressenti le plus grand sentiment d'accomplissement. Alors même si plus haut il est mentionné que ce n'était pas tant l'autonomie, mais la sécurité qui était recherchée, l'autonomie est tout de même un élément de fierté même si ce n'était pas un but en soi.

Dès lors, il a été mentionné que c'est « éviter l'insécurité financière » qu'elles veulent. Et que ce n'était pas, non plus, la richesse pécuniaire qui était recherchée. C'était plutôt pouvoir se payer un peu d'extras, de temps à autre, qui était souhaité par ces femmes.

Cette insécurité était tellement l'aspect qu'elles cherchent à éviter que le faible revenu que procure l'aide sociale était même quelquefois préféré à un travail payant. En effet, le manque de garantie d'un travail à long terme suffit à lui préférer l'aide sociale. Alors nous sommes loin d'un désir d'autonomisation.

Par contre, comme cela a été constaté chez celles travaillant à temps partiel, aucune d'entre elles ne travaillant à temps complet, un sentiment d'accomplissement et une grande fierté sont associés au travail à temps partiel, même un travail de quelques heures par semaine. Un travail à temps partiel, associé à la stabilité des prestations d'aide sociale, semble être la situation idéale pour les femmes rencontrées.

#### **5.1.3.2. Avoir des projets et passer à l'action**

Dans la recherche, bien qu'ayant constaté que les femmes se sentent rétablies grâce au fait d'être active et occupée, il a aussi été noté que ce rétablissement pouvait être présent seulement à cause d'un sentiment d'accomplissement ressenti à cause de la réussite de « petites choses » du quotidien. Ce pouvait être, par exemple, dans le fait de cuisiner et de faire du ménage ou simplement dans le fait de sortir de chez soi, de s'occuper de sa santé et de faire des activités pour être en forme.

Beaucoup aussi font des arts et d'autres travaillent à temps partiel. Les projets sont diversifiés, les plus jeunes rêvant des mêmes choses dont rêvent les jeunes femmes n'ayant pas de troubles de santé mentale, comme avoir une famille, une maison, un travail et une auto. Les plus âgées souhaitent plutôt maintenir leur acquis.

La différence, entre les plus jeunes et les plus âgées, réside dans le fait que les plus âgées ne parlent plus de projets d'envergure pour reprendre une vie active, par exemple, travailler à temps plein, lâcher l'aide sociale ou retourner aux études. Les projets des plus âgées restent pour la plupart dans la simplicité du quotidien, dans le maintien des acquis et dans la poursuite de leur recherche de bien-être.

#### **5.1.3.3. L'utilité de certaines souffrances**

Il a aussi été constaté que pour plusieurs femmes, la souffrance peut être un élément déclencheur du changement. Certaines ont retrouvé l'envie de vivre et de créer, ont appris à faire

confiance aux autres et ont découvert leurs forces, à cause de la souffrance, souvent majeure, dont elles n'ont pas eu le choix de sortir.

De plus, il a été constaté que c'est dans les moments de souffrance, qu'elles ont réappris à se prioriser et à prendre soin d'elle-même.

#### **5.1.3.4. Le travail sur soi**

Un travail sur soi signifie, pour la majorité des femmes rencontrées, de revoir des souvenirs douloureux du passé. Ce sont des blessures et injustices de l'enfance qui affectent encore leur confiance et leur estime d'elles-mêmes. Ce sont aussi des blessures qui peuvent affecter négativement les relations interpersonnelles et leur causer des difficultés à s'engager et à faire confiance aux autres. Bref, plusieurs femmes ont eu avantage à revisiter les blessures de leur passé pour mieux se reconstruire.

Est-ce que cela signifie que les personnes doivent, pour se rétablir, revisiter leur passé et apprendre à se connaître ? Cela ne pourrait être affirmé, mais la plupart des femmes de la recherche ont amorcé ce travail et en ont obtenu des résultats positifs dans leur vie. Par exemple, certaines ont cessé de rejouer les schémas ou les « *patterns* » malsains qu'elles avaient tendance à répéter.

Ce travail sur soi a aussi permis aux femmes d'apprendre à mieux se connaître et donc d'être capables d'imposer leurs limites dans des relations interpersonnelles et à ne plus accepter de vivre n'importe quoi au nom de l'amour.

Dans un autre ordre d'idées, notons, par rapport à ce travail sur soi, que la plupart des femmes rencontrées n'ont pas pu nommer une de leurs forces ou de leurs qualités, excepté des banalités, par exemple la ponctualité. Les quelques femmes qui ont pu nommer un peu de leurs forces étaient celles qui avaient le plus expérimenté et mis en œuvre des projets qu'elles avaient à cœur et celles qui avaient fait le plus de travail sur elles-mêmes.

Il est aussi intéressant de constater que, lorsque j'ai insisté un peu et que j'ai fait remarquer aux femmes quelques-uns de leurs succès qui se dégageaient de l'entretien, elles en attribuaient le mérite à d'autres personnes plutôt qu'à elles-mêmes. Elles disaient par exemple que leur succès était dû à leur ressource d'appartenance ou un intervenant en particulier.

En somme, bien que le travail sur soi reste fondamental dans les conceptions du rétablissement de ces femmes, comme il l'est par ailleurs dans l'approche alternative (Corin et al., 2011), il semble que ce travail sur soi n'ait pas nécessairement permis à ces femmes d'en récolter une réelle connaissance ou reconnaissance de leurs propres forces.

#### **5.1.3.5. Les relations interpersonnelles**

En ce qui concerne les relations interpersonnelles, notons d'abord que les relations de couple sont encore désirées par les femmes, sauf pour deux d'entre elles qui ne le désirent pas du tout. Aussi, quelques-unes ne sont pas complètement fermées à l'idée, mais ne le souhaitent pas prochainement. Pour les autres, elles sont déjà en couple, ou elles le souhaitent ardemment.

Il a aussi été constaté que l'amitié est importante pour ces femmes, non seulement parce qu'elles veulent éviter l'isolement, mais aussi parce que l'amitié leur permet d'améliorer leur confiance en elles, selon elles. D'ailleurs, j'ai aussi constaté, chez celles qui s'isolent le plus, que leurs troubles de santé mentale avaient tendance à s'exacerber, ainsi, les plus isolées semblent moins rétablies, ressentent moins de bien-être et de sentiment d'accomplissement.

Aussi, il a été constaté que les relations interpersonnelles leur permettaient de poursuivre leur rétablissement, puisqu'elles pouvaient poursuivre leur travail sur elles-mêmes. De plus, les relations interpersonnelles rendent leur vie plus colorée et c'est aussi une bonne façon d'apprendre à faire confiance aux autres et à la vie.

Cela indique donc l'importance des relations interpersonnelles dans les conceptions du rétablissement de ces femmes.

#### **5.1.4. Ce qui étonne**

Dans ce qui suit, deux résultats qui étonnent dans les discours des femmes par rapport à leur rétablissement sont discutés. Le premier est le mérite donné à leur ressource d'appartenance par rapport à leur rétablissement. Ensuite, la perte de la garde des enfants, puisque plusieurs femmes rencontrées ont vécu cette perte, est abordée.

#### **5.1.4.1. Le mérite donné à la ressource d'appartenance**

La ressource fréquentée par ces femmes prend énormément de place dans leur vie et a joué, pour la plupart, un grand rôle dans leur rétablissement. La plupart des femmes d'ailleurs ne concevaient pas qu'elles auraient pu se rétablir si elles n'avaient pas eu l'aide de leur ressource d'appartenance.

Nous pourrions d'ailleurs nous étonner, encore une fois, de constater qu'elles ne s'attribuaient pas beaucoup de mérite quant à leur propre rétablissement et qu'elles connaissaient peu leurs forces. C'est souvent la ressource qui, à leurs yeux, est responsable de leur rétablissement.

#### **5.1.4.2. La perte de la garde des enfants**

Déjà, en début de recherche, étaient mentionnées les trois modalités de la souffrance dont nous parlait Jean Furtos. Rappelons-nous que la troisième modalité est une souffrance tellement grande qu'elle paralyse et plonge parfois la personne dans les troubles mentaux<sup>59</sup> (Furtos, 2007).

C'est exactement cette souffrance extrême qui a été constatée chez ces femmes qui ont connu des ruptures dramatiques avec leurs enfants et leur conjoint. Ce genre de résultats n'était pas du tout le propos de ce mémoire, mais on ne pouvait évidemment pas passer cela sous silence.

Cela sera donc discuté dans les implications pour l'intervention en santé mentale. Pour l'instant, rappelons-nous que c'est cette perte des enfants qui a fait plonger ces femmes dans les troubles de santé mentale et non les troubles de santé mentale qui leur ont fait perdre la garde de leurs enfants. De plus, c'est la possibilité d'apaiser la souffrance liée à cette perte et de réparer le passé, même des dizaines d'années plus tard, qui a été, pour elles, un grand pas dans leur rétablissement.

### **5.2. L'avancement de la recherche par rapport au point de vue des usagers sur le rétablissement en santé mentale**

On a vu, dans la problématique, que quelques recherches qualitatives avaient regardé le point de vue des personnes à propos de leurs conceptions et leurs manières de vivre le

---

<sup>59</sup> Voir à la page 7 pour saisir les trois modalités dont parle Jean Furtos.

rétablissement. La présente recherche discute des sentiments et des émotions exprimés par ces femmes par rapport à leur rétablissement et leur vécu. Ces émotions et sentiments donnent une couleur particulière aux manières de se rétablir, c'est-à-dire que l'on comprend que leur rétablissement est à la fois : un relèvement, un cheminement, un apprentissage de soi, de comment gérer la souffrance et de la vie, une expérience personnelle, intime et spirituelle, une remise en action, une nouvelle vie, de nouvelles manières de se voir et de voir la vie, une réparation des blessures du passé, de nouvelles relations interpersonnelles, tout cela pour acquérir un sentiment d'accomplissement et se réaliser.

Les recherches qualitatives sur le point de vue des usagers ont déjà fait ressortir les mêmes éléments. Dans ce qui suit donc, les convergences et les divergences de la présente recherche avec les autres recherches qualitatives mentionnées précédemment seront regardées plus en détail.

### **5.2.1. Convergences**

La présente recherche apporte des résultats qui vont dans le même sens que les recherches passées sur le point des usagers par rapport à ce qu'ils pensent de leur rétablissement. Les femmes de la recherche actuelle ont discuté des éléments suivants par rapport à leur rétablissement : la souffrance, le travail sur soi, le quotidien, les objectifs et les projets à long terme et les relations interpersonnelles.

Face aux difficultés : gérer la souffrance

Les femmes de la présente recherche ont toutes nommé l'apaisement d'une souffrance comme quelque chose de nécessaire pour asseoir leur rétablissement. On a vu que dans le cas de celles qui avaient vécu une souffrance trop grande, leur rétablissement n'a pu se mettre en place tant qu'elles n'avaient pas réussi à l'atténuer, du moins un peu.

Après avoir atténué un peu cette souffrance, elles ont dû apprendre à composer avec elle, à apprendre à l'exprimer, par leurs actions ou leurs paroles. De même, elles ont dû, comme les usagers dans les recherches précédentes, apprendre à gérer d'une façon saine leur souffrance émotionnelle face aux problèmes de la vie (Lecomte et Gagné, 2000; McEvoy et al., 2012; Rodriguez et al., 2000).

## Un travail sur soi

Aussi, plusieurs femmes de la présente recherche ont discuté du fait qu'elles avaient appris à se connaître et avaient vécu ce que Corin et ses collègues ont appelé une réappropriation de soi (Corin, 2002 ; Corin et al., 2011).

De même, les femmes de la présente recherche ont, comme les recherches passées, discuté aussi d'une recherche de sens par rapport à ce qui leur arrive (Corin et al., 2011), d'une revisite de leur passé (Corin et al. 2011), d'aller aux sources de sa souffrance (Poirel et al. 2011), et de développer une compréhension de soi et de ses problèmes de santé mentale (Biringier et al. 2016).

## Par rapport aux activités du quotidien

Par rapport aux activités du quotidien, les femmes de la présente recherche ont toutes mentionné l'importance pour elles d'avoir une routine et une stabilité par l'accomplissement des petites tâches du quotidien. Comme avec les recherches de Aubin et ses collègues, cela leur apportait un sentiment de compétence par rapport au fait d'être capable de se discipliner suffisamment pour obtenir une stabilité dans sa vie, et ce en faisant des tâches qui leur apportaient aussi du plaisir dans la vie (2002).

Pour leur part, Corin et ses collègues parlaient de « se remettre en mouvement », c'est-à-dire, comme les femmes de ma recherche : recommencer à vivre, à s'exprimer et à être en relation (Corin et al., 2011)

McEvoy et ses collègues aussi allaient dans ce sens. Ils discutaient de l'acquisition, grâce à ces tâches du quotidien, d'un équilibre de vie et d'un sentiment de contrôle (2012).

## Par rapport aux objectifs et projets à plus long terme

Aussi, au-delà des activités et des tâches quotidiennes, déterminer et réussir à atteindre leurs objectifs personnels est important pour les femmes de ma recherche, tout comme en fait part McEvoy et ses collègues (2012).

De plus, sortir de l'isolement et fréquenter de nouveaux lieux où faire des rencontres sociales, soit dans leur ressource d'appartenance ou dans toutes autres ressources communautaires, a été mentionné comme quelque chose de très positif pour les femmes de ma recherche de même que pour les participants de la recherche de Biringier et ses collègues (2016).

Aussi, s'impliquer dans leur ressource d'appartenance a permis à plusieurs femmes de la recherche de se rétablir, de se sentir utiles parce qu'elles aidaient les autres, comme l'ont mentionné les participants à différentes recherches (Biringier et al., 2016; Chassot et Mendes, 2015).

#### Par rapport aux relations interpersonnelles

Les femmes de la présente recherche ont aussi toutes mentionné l'importance des relations interpersonnelles pour le développement de leur estime d'elle-même et le soutien affectif, comme l'ont mentionné les participants des recherches de Corin et ses collègues (2011), Rodriguez et ses collègues (2002) et Poirel (2011).

De même, une approche humaine, plus spécifiquement dans les interventions, cultive l'estime de soi et est quelque chose d'aidante pour le rétablissement, comme en ont fait part Lietz, Lacasse, Hayes et Cheung (2014)

Aussi, la famille a été nommée comme quelque chose de très important, leur procurant un fort sentiment d'attachement et un soutien affectif majeur lors des moments difficiles, pour les femmes de la recherche, comme pour les personnes ayant participé aux recherches de Piat (2011) et Teo (2013)

#### **5.2.2. Divergences**

Les résultats de la présente recherche semblent apporter des résultats qui divergent quelque peu en ce qui concerne le rapport que les femmes ont à l'autonomie. Lecomte et Gagné, notamment, ont mentionné que les usagers des services en santé mentale affirmaient qu'il était important pour eux de se réapproprier leur autonomie afin de se sentir rétablis (Lecomte et Gagné, 2000).

Or, dans la présente recherche, les femmes rencontrées mentionnaient parfois l'acquisition de leur logement comme un élément de fierté, mais ce n'était pas tant « l'autonomie » qui avait été visée, mais davantage d'avoir une sécurité matérielle et financière, pour s'assurer que les besoins de base étaient comblés. D'ailleurs, les femmes de la recherche ont toutes de l'aide sociale et ne désirent pas « perdre » ce droit pour acquérir leur autonomie et donc subvenir à leurs besoins par leurs propres moyens, ce qui serait beaucoup trop insécurisant.



Pour les femmes de ma recherche, subvenir à leurs besoins c'était tout simplement qu'un soulagement et non un désir d'autonomie. Pour se sentir rétablies, c'était le bien-être qui était recherché, d'abord par l'obtention d'un sentiment de sécurité puis un bien-être psychologique.

Nous reviendrons un peu plus loin dans ce chapitre sur la distinction qui semble importante à partir de ce qui se dégage de la recherche entre « autonomie » et « autodétermination ».

### **5.3. Implications des résultats**

Dans cette courte sous-section, nous discuterons des implications que peuvent avoir les résultats de cette recherche, d'abord pour les ressources communautaires en santé mentale et ensuite, plus largement, pour l'intervention en santé mentale.

#### **5.3.1. Implications pour les ressources communautaires en santé mentale**

Ce n'est plus à démontrer, les ressources communautaires en santé mentale apportent des bienfaits pour les personnes. Ces bienfaits ressortaient abondamment des témoignages de ces femmes.

D'abord, nous pouvons remarquer que ces ressources semblent leur apporter la stabilité et la sécurité dont elles disent avoir profondément besoin. Ensuite, nous pouvons remarquer que ces ressources sont un lieu où les femmes de ma recherche côtoient des personnes avec qui elles peuvent créer de nouvelles amitiés. Nous pouvons aussi remarquer que les trois ressources fréquentées par les participantes sont un lieu où les personnes peuvent s'impliquer de diverses manières dans différents projets, ce qui est important pour leur épanouissement et leur sentiment d'accomplissement.

Bref, les ressources communautaires en santé mentale répondent à ces besoins, comme nous venons de le voir, mais elles doivent tout de même tenir compte de deux sources de questionnement qui se dégagent des témoignages des femmes rencontrées. La première concerne le fait que ces ressources sont des endroits « protégés », c'est-à-dire réservés aux personnes ayant des troubles de santé mentale, mais que cette protection de l'extérieur a une contrepartie. La seconde touche aux services offerts et à la durée de temps maximale de fréquentation que l'on retrouve souvent dans les ressources communautaires en santé mentale. Discutons plus en détail de ces deux sources de questionnement.

### **5.3.1.1. Par rapport aux endroits protégés**

Comme constaté à quelques reprises dans ce mémoire, certaines femmes avaient peur de s'ouvrir au monde, parce qu'elles avaient peur d'être jugées et stigmatisées. Mais tout de même, certaines affrontaient leurs peurs et disaient en récolter des bénéfices tandis que certaines autres fréquentaient exclusivement leur ressource d'appartenance.

Est-ce que nous pouvons dire qu'une manière est mieux qu'une autre ? Certainement pas. Mais, il serait tout de même intéressant de voir, dans une nouvelle étude, comment se rétablissent des personnes ayant des troubles de santé mentale à l'extérieur des organismes communautaires en santé mentale. Peut-être alors constaterions-nous des manières de se rétablir plus diverses, qui permettraient une autre forme de fierté de soi.

Peut-être aussi que nous constaterions que certaines personnes qui fréquentent des organismes ou milieux ouverts à tous se sentent beaucoup moins stigmatisées et un peu moins différentes des autres qu'elles l'auraient cru au départ. Ainsi, peut-être que ces personnes sentiraient qu'elles font plus partie de la société, comme nous l'avons vu chez certaines femmes de notre étude qui fréquentent des ressources ouvertes à tous, par exemple avec Darlène ou Cynthia.

La fréquentation d'autres milieux que les groupes réservés en santé mentale serait peut-être une bonne pratique à promouvoir au sein des ressources alternatives en santé mentale et au sein de n'importe quels organismes voués exclusivement aux personnes ayant des troubles de santé mentale.

Cependant, par rapport à cela, nous pouvons nous questionner sur un aspect. Est-ce que les personnes qui l'auraient désiré auraient trouvé une place ailleurs que dans leur ressource, pour y accomplir diverses tâches d'animation et d'accueil, si elles l'avaient souhaité ? Peut-être pas.

Alors peut-être que la fréquentation d'autres milieux serait une bonne chose pour y pratiquer une activité de loisirs bien précise, mais qu'elle le serait peut-être moins pour une implication plus grande. Georgette par exemple, qui faisait de l'accueil à temps plein à sa ressource, n'aurait peut-être pas trouvé la possibilité ou même l'envie de s'investir, dans un organisme ouvert à tous.

Il serait donc intéressant de faire une recherche à ce sujet avec, par exemple, un plus large groupe de personnes ayant des troubles de santé mentale divers qui fréquentent beaucoup d'organismes

ouverts à tous. Nous pourrions, par exemple, comparer les rétablissements ressentis dans ce groupe avec ceux ressentis dans un autre groupe qui fréquente exclusivement les milieux réservés à la clientèle « santé mentale ».

Dans un autre ordre d'idées, je ne peux faire autrement que de me questionner sur l'envers, quelque peu négatif, peut-être, des milieux protégés et exclusifs à une clientèle en santé mentale. Est-ce que parfois la ressource est moins un tremplin vers la vie, le monde et la société, et plus un doux cocon où s'isoler d'un monde perçu comme menaçant ? Mais d'un autre côté, cette sécurité est peut-être nécessaire à des personnes qui sont craintives et/ou particulièrement marquées par les blessures du passé et les contacts avec les autres.

Mon point est que la ressource doit rester un tremplin pour les personnes. Non pas à cause d'une limite de temps maximal à la ressource, ce genre de limites serait difficile à imposer parce que le besoin est variable d'une personne à l'autre. Nous en discutons d'ailleurs plus loin. Mais simplement parce qu'en restant un tremplin, la ressource éviterait de renforcer les craintes et les peurs des personnes<sup>60</sup>.

Parce que ce n'est pas en s'isolant de ce qui nous fait peur que nous grandissons et que nous nous épanouissons. Au contraire ! En laissant la personne s'isoler de la société en fréquentant exclusivement des ressources pour la clientèle santé mentale, nous renforçons peut-être l'idée que la société est menaçante et que les personnes aux prises avec des troubles mentaux ont une limitation de leurs capacités. Comme travailleuses sociales, cette idée est très loin de ce que nous voulons promouvoir.

Alors, il semble important de se questionner, sur ce qu'on doit faire pour que la ressource, vouée aux personnes ayant des troubles de santé mentale, reste un tremplin. Peut-être en offrant des ateliers de groupe favorisant l'ouverture au monde. Ce pourrait être des ateliers où les personnes seraient aidées dans leur recherche d'intérêts personnels et dans la recherche d'autres

---

<sup>60</sup> Ce renforcement des craintes et des peurs se fait bien involontairement. C'est parce que, la personne se sentant en sécurité à sa ressource et ayant accès à tout ce dont elle a besoin, et cela beaucoup plus qu'à l'extérieur, elle ne voudra pas prendre le risque d'aller voir ce qu'elle peut obtenir comme avantages dans des organismes ouverts à tous.

La psychologie enseigne depuis longtemps que la fuite ou l'isolement de l'objet de ses peurs et de ses phobies ne ferait que renforcer celles-ci. Et cela parce qu'automatiquement, la fuite et l'isolement lui apportent du bien-être et renforcent, du même coup, l'idée que l'objet de ses peurs et phobies est réellement menaçant.

organismes ouverts à tous ou d'autres endroits (centres sportifs, ressources pour femmes, formations, bénévolat) où elles pourraient exercer ces nouveaux champs d'intérêt. Ainsi, la personne pourrait faire des essais, poursuivre ses passions et trouver de nouveaux champs d'intérêt<sup>61</sup>.

Du même coup, en faisant cela, nous pourrions trouver, partiellement du moins, une solution à l'obligation d'imposer une limite à la durée maximale des services offerts aux personnes. Deux ressources sur les trois où a eu lieu le recrutement pour cette recherche avaient cette obligation. C'est le prochain point discuté.

### **5.3.1.2. Par rapport à la durée des services**

Les conceptions du rétablissement des femmes que j'ai rencontrées nous montrent l'importance, pour elles, d'avoir des moyens ou des outils pour travailler sur elles-mêmes. Les témoignages de ces femmes montrent aussi que certaines d'entre elles ont eu besoin de plusieurs années pour faire ce travail sur elles-mêmes et qu'en plus, ce travail ne se faisait pas dans un temps contigu, mais plutôt dans des périodes de temps itératives comme se fait le rétablissement. Cela laisse entrevoir des difficultés lorsqu'une ressource a l'obligation, vu le manque de moyens et le nombre de demandes d'aide<sup>62</sup>, de restreindre la durée de services de suivis individuels<sup>63</sup>.

En fait, les difficultés sont là parce que, entre autres, le rétablissement semble progresser par phases itératives. Ainsi, le travail sur soi peut durer plusieurs années, en plus de se faire à coups de périodes de quelques semaines ou quelques mois, entrecoupés parfois de longues périodes de pause, nécessaires pour « souffler » ou pour « ventiler » et de périodes de crise.

De plus, il ne faut pas oublier que la personne aux prises avec des troubles mentaux n'est pas à l'abri de périodes plus difficiles. Alors si la ressource offre ces services de suivi individuel sur un maximum de cinq ans par exemple, qu'advient-il de la personne après ce délai atteint ?

---

<sup>61</sup> Rappelons-nous que, dans la problématique, nous relevions l'importance de stimuler les objectifs chez les personnes, usagères des services en santé mentale, parce qu'il était anormal de constater que c'était presque toujours les trois mêmes objectifs qui revenaient sans cesse dans les plans d'intervention. Voir notamment la page 30.

<sup>62</sup> À ce propos, il nous faudrait voir à quel point les listes d'attentes des ressources communautaires vouées aux personnes ayant des troubles de santé mentale débordent.

<sup>63</sup> D'ailleurs, je sais que les deux ressources sur les trois offrant un suivi individuel aux personnes ont une limite à la durée de fréquentation de leur ressource.

Les ressources vouées aux personnes ayant des troubles de santé mentale qui offrent des suivis individuels sont prises avec un problème dont personne ne veut : celui du besoin bien réel des personnes d'avoir un « suivi thérapeutique »<sup>64</sup> plus long. De plus, elles sont obligées de prendre des décisions très difficiles à savoir : de limiter les suivis individuels offerts.

La solution réside peut-être dans l'application d'une limite de temps, mais, peut-être que cette limite de temps devrait s'appliquer non pas à la fréquentation de la ressource, mais seulement au suivi individuel<sup>65</sup>. Et, de plus, cette limite de temps au suivi pourrait peut-être prendre en compte seulement les périodes où un suivi est vraiment donné. La personne pourrait donc accumuler ses périodes de suivi et utiliser son temps (d'une limite de x séances par exemple) seulement lors d'un besoin majeur ou lorsqu'elle fait réellement un travail sur elle-même, c'est-à-dire lorsqu'elle fait un travail intérieur comme dans le premier « mouvement de l'être » discuté par Corin et ses collègues (2011).

Bref, ce n'est sûrement pas une façon de résoudre l'ensemble du problème, mais cette solution a au moins l'avantage d'éviter une perte de repères drastiques pour les personnes qui arrivent au terme de la limite maximale appliquée.

Et si nous l'appliquons, en plus de la solution d'offrir des ateliers « d'ouverture sur le monde », comme j'en ai discuté plus haut, afin d'éviter que la personne ne s'enlise trop dans un milieu surprotecteur, alors la personne aura moins de chances de se retrouver isolée, sans aucune ressource, lorsque le délai de fréquentation de la ressource arrivera à son terme. D'ailleurs, c'est peut-être déjà ce qui arrive aujourd'hui aux personnes fréquentant des ressources qui appliquent rigoureusement une limite de temps de fréquentation de la ressource.

---

<sup>64</sup> Les travailleurs sociaux font des suivis individuels et ces suivis sont à différencier d'une « thérapie ». Ce terme est protégé et seulement utilisé par ceux qui font de la psychothérapie et qui sont membres accrédités par l'Ordre des psychologues. Les travailleurs sociaux sont parfois psychothérapeutes accrédités.

<sup>65</sup> Une des trois ressources a d'ailleurs mis en œuvre cette manière de limiter le temps de suivi individuel afin d'offrir le plus possible des services d'aide à des personnes qui le demandent et qui sont en attente depuis longtemps. Cette ressource a même réussi à créer un groupe pour les anciens qui ont atteint la limite de temps afin de continuer à leur offrir du soutien, mais sans les suivis individuels.

### **5.3.2. Implications pour l'intervention en santé mentale**

Dans ce qui suit seront discutés deux problèmes rencontrés par les personnes vivant avec des troubles de santé mentale qui se sont dégagés de l'analyse des entretiens réalisés dans cette recherche. Sera discuté ce qui semble être une des causes de l'apparition des troubles de santé mentale puis des aspects de l'autodétermination et de l'autonomie.

#### **5.3.2.1. Rupture familiale et émergence des troubles de santé mentale**

Il est surprenant de constater que sur les sept femmes ayant des enfants, cinq ont eu des problèmes avec la garde de leurs enfants. Cette perte de garde, temporaire ou permanente, pouvait être décidée par la DPJ ou occasionnée par une séparation très difficile avec le père de leurs enfants. En voyant un nombre si élevé, dans la présente recherche, de femmes qui ont perdu la garde de leurs enfants, on ne pouvait que se demander si c'était la perte des enfants qui avait exacerbé ou fait émerger des troubles de santé mentale ou si ces troubles existaient avant cette perte.

Pour répondre à cette question, d'autres recherches seraient nécessaires, mais, selon les témoignages de ces cinq femmes sur sept ayant perdu la garde de leurs enfants, leurs troubles de santé mentale n'existaient pas avant la perte de leurs enfants. Nous pouvons considérer que chez ces cinq femmes, la blessure due à cette perte a été tellement grande et la douleur tellement poignante que c'est cette douleur qui les a fait plonger dans la « folie ».

Et le pire c'est qu'elles ont aussi vécu de la violence physique et psychologique et de l'abus sexuel, en plus de perdre leurs enfants. Qui plus est, pour la plupart d'entre elles, c'est à leur ex-conjoint violent que la garde de leurs enfants avait été confiée.

Alors il faudrait sûrement, à mon avis, avoir des ressources d'aide pour les femmes<sup>66</sup> qui ont des difficultés de garde d'enfants afin qu'elles retrouvent la garde. Ainsi, les troubles de santé mentale qui sont apparus à la suite de cette perte deviendraient peut-être des troubles temporaires.

---

<sup>66</sup> Je dis « les femmes » dans mon texte, mais il est évident que des hommes occupant le rôle traditionnellement maternel de s'occuper de ses enfants pourraient aussi vivre ce plongeon dans la « folie » s'ils vivaient une perte aussi cruelle.

Les centres pour femmes en difficultés offrent parfois un soutien de ce genre aux femmes violentées, mais celles qui, parmi elles, sont trop affectées par les troubles de santé mentale ne sont pas immédiatement admises dans les centres pour femmes. Elles s'enlisent en psychiatrie ou dans l'itinérance avant d'avoir la force et l'énergie de se battre pour avoir la garde de leurs enfants.

Alors ces femmes sombrent de plus en plus dans leurs troubles de santé mentale et il devient encore plus difficile pour elles de récupérer la garde de leurs enfants. Le conjoint, parfois la DPJ, leur a enlevé la garde, souvent sous le motif de troubles de santé mentale. Paradoxalement, ce sont eux qui, trop souvent, semblent avoir occasionné ces troubles. C'est trop d'injustices et, comme travailleuses sociales (et moi comme mère), nous ne pouvons pas fermer les yeux et nous devons, le plus possible, faire prendre conscience du problème à celles qui interviennent auprès des personnes ayant des troubles mentaux, surtout celles qui interviennent auprès des femmes ayant des enfants.

### **5.3.2.2. L'autodétermination et l'autonomie**

Un autre problème discuté depuis le chapitre de problématique est apparu plus clairement avec les résultats de la recherche. C'est que l'autonomie prônée ne rime pas nécessairement avec l'autodétermination des personnes. Alors, nous pourrions nous demander si la réalisation de soi est suffisamment encouragée dans les services en santé mentale.

La réponse n'est pas si simple. Mais les témoignages des femmes rencontrées dans le cadre de ma recherche montrent que c'est bien une réalisation d'elles-mêmes qu'elles recherchent et non pas l'atteinte de leur autonomie.

Or, comme mentionné au début de ce mémoire, c'est l'autonomie qui est prônée dans les services, de même que la normativité (Bajoit, 2008; Ehrenberg, 2004, 2005; Martuccelli, 2004; Otero, 2005, 2012).

Beaucoup de personnes semblent encore penser que le rétablissement, c'est acquérir l'autonomie. Or, il ne faudrait pas oublier que c'est le sentiment d'accomplissement et la réalisation de soi qui ont une place importante dans les conceptions du rétablissement des femmes rencontrées et non pas l'autonomie tant prônée dans les services en santé mentale (Otero, 2005, 2012).

Et rappelons-nous aussi que c'est dans la réalisation d'objectifs personnels et autodéterminés, parfois professionnels, mais à un rythme décidé par la personne, que la personne acquiert ce sentiment d'accomplissement.

Qui plus est, c'est souvent dans les petites choses, dans l'acquisition, le maintien et l'entretien de leur logement, dans la réussite d'un plat, dans les arts et la spiritualité et en prenant soin de sa santé que la personne acquiert ce sentiment d'accomplissement et se sent donc rétablie. C'est ce que nous ont appris les témoignages de ces femmes.

Alors si les personnes vivant avec un trouble de santé mentale vivent des choses similaires aux femmes de ma recherche par rapport au sentiment d'accomplissement et à la réalisation de soi, alors elles non plus ne sont pas nécessairement prêtes, désireuses ou capables de retourner au travail, encore moins à temps plein.

#### Au sujet des Pass-Action

Ce qui m'amène à un autre sujet : celui des « Pass-Action ». Il faudrait voir si, dans les ressources qui sont vouées aux personnes ayant un trouble de santé mentale, les personnes ne seraient pas poussées à participer à un « Pass-Action » plus par désir de l'organisme d'obtenir du financement que par réel désir d'inciter la personne à retourner au travail parce que c'est aidant pour son rétablissement.

Et l'on peut aussi se poser la question à savoir : les personnes inscrites au « Pass-Action » retournent-elles vraiment au travail de façon définitive ? On se pose la question parce que le retour au travail est souvent temporaire et qu'à la fin d'un petit contrat de travail, la personne retourne sur l'aide sociale et doit recommencer toutes les démarches pour ravoir des contraintes sévères à l'emploi, comme mentionné dans l'analyse des résultats.

Entendons-nous, on ne dit pas que le « Pass-Action » n'est pas bénéfique pour certaines personnes. Ce que l'on dit c'est qu'il est dommage qu'une personne perde sa stabilité en travaillant temporairement pour finalement, devoir retourner sur l'aide sociale quelques semaines ou mois plus tard, en devant alors recommencer toutes les démarches.

D'ailleurs, en garantissant un retour des prestations « avec contraintes sévères », donc plus élevées, en cas d'échec d'un travail accompli dans le cadre d'un « Pass-Action », et cela sans



avoir l'obligation de recommencer les démarches administratives, nous pourrions peut-être encourager les personnes à essayer, du moins, de travailler.

Ce « Pass-Action » devrait être seulement un incitatif pour retourner au travail et non un moyen, pour les ressources communautaires n'ayant pas cette mission, d'obtenir d'autres financements. C'est-à-dire que les organismes communautaires en santé mentale dont la vocation est d'accueillir des personnes pour qu'elles fassent les heures de leur « Pass-Action » dans leurs lieux devraient recevoir des subventions, mais pas celles dont ce n'est pas leur mission première. Ainsi, nous éviterions la sur incitation des personnes qui ne sont pas nécessairement prêtes et désireuses de travailler.

Dans un autre ordre d'idées, les ressources communautaires vouées aux personnes devraient recevoir plus de financement, le problème n'est pas nouveau.

#### **5.4. Pour terminer la discussion**

Les témoignages des femmes rencontrées nous ont rapporté que celles-ci ont vécu des épreuves majeures dans leur vie et que ces épreuves ont, au moins, fortement contribué à les faire plonger dans les troubles de santé mentale. Les témoignages parlent de violence, d'abus sexuel, de perte de garde de leurs enfants, d'itinérance, de suicide et d'injustices. Parfois, devant de tels drames, l'autonomie devrait devenir la dernière priorité. Les dimensions objectives et normatives du rétablissement devraient être mises de côté puisque la profession de travailleuses sociales est d'abord d'être à l'écoute et de comprendre la personne, pour l'aider à s'en sortir et à faire ses choix. Ici, ces choix semblent faits non pas vers l'autonomie, mais vers la cessation ou du moins, l'atténuation de la souffrance des épreuves du passé. L'acquisition de l'autonomie devrait venir seulement « après ».

De plus, toutes ces épreuves majeures nous laissent voir que les troubles de santé mentale peuvent arriver à n'importe qui. D'ailleurs, comme le disait Zarifian : « La folie existe en germe en chacun de nous... notre cerveau serait capable, dans des circonstances particulières, de fabriquer des symptômes rencontrés en psychiatrie » (Zarifian, 1988, pp. 44-45, déjà cité en page 7 du présent mémoire).

Les troubles de santé mentale peuvent arriver à n'importe qui et il m'apparaît clair que si nous avons vécu ce qu'ont vécu ces femmes, nous aurions peut-être eu à faire face à des troubles de santé mentale et peut-être n'aurions-nous pas réussi autant qu'elles à nous rétablir.

Ce qu'elles nous ont appris, c'est la force qui existe en elles pour se rétablir et c'est l'espoir que c'est possible de le faire.

## CONCLUSION

Depuis la réadaptation psychiatrique, déjà, nous parlions d'une supposée nécessaire acquisition d'autonomie. Puis, avec une réadaptation plus psychosociale, nous parlions d'amélioration des compétences personnelles reliées, encore, à l'acquisition de cette autonomie. Puis, avec les approches du rétablissement, nous avons commencé à discuter plus d'aspects comme le bien-être, la reconstruction identitaire ou la promotion de l'autodétermination. Plus particulièrement, avec l'approche alternative nous avons plus parlé de l'appropriation de pouvoir.

Avec les recherches de Corin, Poirel et Rodriguez (2011), le rétablissement par l'approche alternative a été décrit comme un mouvement allant de l'intérieur vers l'extérieur de soi. Nous aidons la personne souffrant de troubles mentaux à se remettre en mouvement et à renaître à la vie.

Avec la présente recherche, les conceptions du rétablissement selon les femmes qui vivent avec un trouble de santé mentale et fréquentant une ressource communautaire ont été documentées. C'est dans trois ressources communautaires vouées exclusivement aux personnes ayant un trouble de santé mentale que le recrutement de participantes à cette recherche a été fait.

Auprès des onze femmes que j'ai rencontrées, il a pu être constaté que leur rétablissement était passé par les trois phases illustrées dans la synthèse présentée dans le dernier chapitre de ce mémoire, même si l'ordre de ces phases n'était pas toujours exécuté de manière linéaire ou en totalité, c'est-à-dire dans tous les thèmes, par toutes les femmes.

Un modèle du rétablissement, construit à partir de cette synthèse des résultats, pourrait être testé à l'avenir, mais je ne sais pas si une modélisation du rétablissement servirait vraiment une autodétermination de la personne que nous, travailleuses sociales, voulons toujours favoriser. De plus, atteindre le rétablissement par un modèle prédéfini est-il un moyen vraiment différent d'éviter de promouvoir une normalisation ? J'en doute. Pour que les manières de concevoir et de mettre en œuvre le rétablissement restent subjectives et autodéterminées par les personnes, la modélisation du rétablissement n'est peut-être pas ce qu'il faut viser. C'est d'ailleurs le prochain point.

## **Promouvoir l'autodétermination pour une plus grande réalisation de soi**

Les résultats de ma recherche montrent que les femmes rencontrées se rétablissent bel et bien en mettant en œuvre leurs conceptions du rétablissement. Ces conceptions du rétablissement passent par trois phases, la première est pour se déposer et se stabiliser, la deuxième pour se connaître et être et la troisième pour créer et accomplir ses projets.

La deuxième et la troisième phase peuvent être comparées aux deux mouvements de l'être dont discutent Corin et ses collègues (2011). Ce qu'il y a de particulier à la recherche menée, c'est que ces deux mouvements ont pu être documentés. Nous pouvons donc mieux saisir les manières, pour ses personnes, de s'accomplir pour favoriser leur rétablissement et nous pouvons aussi comprendre comment elles font pour « se remettre en mouvement » (Corin et al., 2011), pour mieux être et mieux vivre.

Ces manières de mettre en œuvre leur rétablissement reflètent leurs conceptions personnelles du rétablissement et diffèrent donc d'une personne à l'autre. Notons que ces manières de se rétablir doivent être déterminées par la personne. Sans quoi, les mouvements de l'être n'en seront plus et ne seront que des mouvements d'automates dirigés non pas vers le sentiment d'accomplissement, mais vers l'autonomie.

En ce sens, il serait intéressant dans une recherche future de documenter des liens plus clairs entre des objectifs autodéterminés et une mesure, même subjective, du sentiment d'accomplissement chez les personnes qui se réalisent.

Somme toute, pour l'instant, il est important pour nous, travailleuses sociales, de continuer à promouvoir l'autodétermination chez les personnes aux prises avec des troubles de santé mentale, plutôt que de promouvoir l'autonomie, comme c'est souvent le cas dans les milieux de la santé mentale qui visent la normalisation. Parce que c'est seulement en s'autodéterminant que la personne aura l'impression de réussir sa vie et, qui sait, sera heureuse, et cela, beaucoup plus que ne le fait la recherche de l'autonomie à tout prix.

N'est-ce pas là d'ailleurs la véritable autonomie ? Celle de pouvoir vivre en accomplissant nos propres projets, sans avoir besoin que les autres nous les dictent ! Et qui sait, à force de voir s'accomplir et de se sentir fières et à force de voir les pas et les réussites des personnes que nous

voulons aider, alors, en tant que travailleuses sociales, nous pourrions, nous-mêmes, nous sentir accomplies dans notre travail.

# ANNEXE 1 : AFFICHE DE RECRUTEMENT

<sup>67</sup>Titre de la recherche : La place du sentiment d'accomplissement dans la conception du rétablissement chez les usagers des services dans trois organismes communautaires en santé mentale.

Étudiante à la maîtrise à l'Université de Montréal : Geneviève Lacroix, directrice de recherche : Marie-Laurence Poirel.

On recrute des participants pour discuter du rétablissement.

Vous voulez partager votre vécu et votre expérience personnelle ?

Vous voulez discuter de votre quotidien et de ce que vous considérez comme important pour vous et votre bien-être ?

Vous vous questionnez sur vos propres objectifs de rétablissement et aimeriez réfléchir sur ce sujet ?

Rendez-vous à la rencontre d'information qui aura lieu le : (date), lieu, café et douceurs seront servis et de l'information vous sera donné.

La seule condition requise pour participer à la recherche est d'être intéressée au sujet de recherche.

Compensation financière de 10 \$ pour un entretien de 1 h 30, plus les frais de transport.

Merci !

---

<sup>67</sup> Notez que le titre a changé.

## **ANNEXE 2 : FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT**

**« Questions et réponses par rapport au projet de recherche »**

**Sujet de la recherche : La place du sentiment d'accomplissement dans les conceptions du rétablissement chez onze femmes fréquentant des services en santé mentale dans trois ressources communautaires de Montréal.**

- **Qui dirige ce projet ?**

Moi, Geneviève Lacroix, étudiante à la maîtrise à l'Université de Montréal au département de travail social. Ma directrice de recherche est Marie-Laurence Poirel, professeure au département de travail social.

- **– Décrivez-moi ce projet**

Mon projet a pour but de mieux comprendre ce que signifie, pour vous, le rétablissement. Ce qui m'intéresse est votre propre signification du rétablissement (et non celle des intervenants) et les caractéristiques que vous considérez comme importantes dans votre rétablissement personnel.

Plus particulièrement, j'aimerais savoir si l'accomplissement de soi, grâce à la réalisation d'objectifs allant dans le même sens que votre projet de vie, est important dans votre rétablissement. J'aimerais explorer ce sentiment d'accomplissement de soi et, pour se faire, je compte rencontrer une dizaine de personnes qui, comme vous, voudront participer à un entretien.

- **Si je participe, qu'est-ce que j'aurai à faire ? Où aura lieu l'entretien ?**

Vous aurez à participer à un entretien avec moi durant lequel je vous poserai des questions sur votre conception du rétablissement et sur l'importance que vous accordez au sentiment d'accomplissement dans ce rétablissement. L'entrevue devrait durer environ 1 h 30 et avec votre permission, je vais l'enregistrer sur magnétophone afin de pouvoir ensuite transcrire ce que vous m'aurez dit sans rien oublier.

L'entretien aura lieu dans les locaux de la ressource que vous fréquentez.

- **Y a-t-il des risques ou des avantages à participer à cette recherche ?**

Il n'y a aucun risque à répondre à mes questions. Cependant, il se peut que votre expérience de vie par rapport à votre rétablissement ait été difficile et que cette entrevue vous rappelle des moments désagréables. Si vous le souhaitez, vous pouvez simplement décider de ne pas répondre à ces questions et même mettre fin à l'entrevue.

Vous recevrez 10 \$ pour votre participation. De plus, votre participation pourrait vous permettre de partager vos expériences personnelles auprès d'une personne ayant une bonne écoute et ainsi, de faire un peu le point sur votre vécu et vos aspirations personnelles. De plus, cela aidera la recherche et aidera à mieux comprendre et écouter les besoins des personnes fréquentant des organismes communautaires comme le vôtre.

- **Que ferez-vous avec mes réponses ?**

Je vais analyser l'ensemble des réponses que tous les participants m'auront donnée afin d'essayer de voir s'il y a des interventions qui auraient avantage à être améliorées pour mieux aider des usagers. Les résultats feront partie de mon mémoire de maîtrise et accessible à d'autres étudiants.

- **Est-ce que mes données personnelles seront protégées ?**

Oui ! Aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera publiée. De plus, les renseignements recueillis seront conservés de manière confidentielle. Les enregistrements et les transcriptions seront gardés dans un bureau fermé et seules ma directrice de recherche et moi-même en prendrons connaissance. Les enregistrements et toute information permettant de vous identifier seront détruits 7 ans après mon projet. Ensuite, je ne conserverai que les réponses transcrites, mais sans aucune information concernant les personnes qui me les auront données.

Les résultats généraux de mon projet pourraient être utilisés dans des publications ou des communications, mais toujours de façon anonyme, c'est-à-dire sans jamais nommer ou identifier les participants.

- **Est-ce que je suis obligé de répondre à toutes les questions et d'aller jusqu'au bout ?**

Non ! Vous pouvez décider de ne pas répondre à une ou plusieurs questions. Vous pouvez aussi à tout moment décider que vous ne voulez plus participer à l'entrevue et que vous abandonnez



le projet. Dans ce cas, vous pourrez même me demander de ne pas utiliser vos réponses pour ma recherche et de les détruire. Cependant, une fois que le processus de publication des données sera mis en route, je ne pourrai pas détruire les analyses et les résultats portant sur vos réponses, mais aucune information permettant de vous identifier ne sera publiée.

- **Personne-ressource en cas de besoin.**

Si, à la suite de l'entretien, vous ressentez le besoin d'un soutien par rapport au contenu de notre discussion, il vous sera possible de le faire auprès d'un intervenant(e) de votre organisme. Les dispositions seront prises avec une personne-ressource de votre organisme quant aux disponibilités de cet intervenant et les renseignements à ce sujet vous seront donnés avant de procéder à l'entretien.

- **À qui puis-je parler si j'ai des questions concernant l'étude ?**

Pour toute question, vous pouvez me contacter au numéro suivant... ou à l'adresse suivante...

Ce projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche en arts et en sciences de l'Université de Montréal. Pour toute préoccupation sur vos droits ou sur les responsabilités des chercheurs concernant votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le comité par téléphone au... ou par courriel à l'adresse...

Si vous avez des plaintes concernant votre participation à cette recherche, vous pouvez communiquer avec l'ombudsman (c'est un « protecteur des citoyens ») de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone ou à l'adresse courriel de l'ombudsman de l'Université de Montréal (l'ombudsman accepte les appels à frais virés).

- **Comment puis-je donner mon accord pour participer à l'étude ?**

En signant ce formulaire de consentement et en me le remettant. Je vous laisserai une copie du formulaire que vous pourrez conserver afin de vous y référer au besoin.

## CONSENTEMENT

---

### Déclaration du participant

- Je comprends que je peux prendre mon temps pour réfléchir avant de donner mon accord ou non à ma participation.
- Je peux poser des questions à l'équipe de recherche et exiger des réponses satisfaisantes.
- Je comprends qu'en participant à ce projet de recherche, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage les chercheurs de leurs responsabilités.
- J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement et j'accepte de participer au projet de recherche.

Je consens à ce que l'entrevue soit enregistrée : Oui  Non

Signature du participant : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

### Engagement du chercheur

J'ai expliqué les conditions de participation au projet de recherche au participant. J'ai répondu autant que je sache aux questions posées et je me suis assuré de la compréhension du participant. Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire d'information et de consentement.

Signature de la chercheuse : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

## **ANNEXE 3 : CANEVAS D'ENTRETIEN**

### **Informations générales**

**1**— Comment ça va aujourd'hui ?

Explications du déroulement de l'entretien.

**2**— Dites-moi comment vous sentez-vous dans votre quotidien ? Qu'est-ce que vous aimez faire et qu'est-ce qui vous fait du bien ?

**3**— Voulez-vous nous parler de vous et de votre quotidien ? (Occupation, relations interpersonnelles, situation familiale et matrimoniale)

**4**— Dans quelles circonstances s'est manifesté votre problème santé mentale ? (Quand et que s'est-il passé ?) Comment vous situez-vous dans cela maintenant ?

### **Concernant les conceptions du rétablissement**

**1**— Utilisez-vous le mot rétablissement dans votre quotidien en lien avec votre cheminement ? Sinon, quel mot utilisez-vous ?

**a** —) Qu'est-ce qui a de l'importance dans ce mot ?

(– stabilité (horaire de vie) — hospitalisations — symptômes — occupation — milieu de vie — isolement (volontaire et non volontaire) — relations interpersonnelles — traitements médicamenteux et psychologiques particuliers — spiritualité — autres)  
(pour certains, cela peut être un retour à l'état d'avant le trouble de santé mentale.)

**2**— Pour vous, le rétablissement est-ce que c'est :

- d'être capable de faire telle ou telle activité ou actions
- un état de bien-être sur une plus ou moins longue durée
- un retour à avant le diagnostic
- la fin de la souffrance ?

**3** — Est-ce qu'il y a un ou des moments dans votre vie où vous vous êtes sentis particulièrement en bonne voie de rétablissement ou rétablie ?

**a –)** Pourquoi, selon vous, viviez-vous cette période ? (Circonstances particulières, relations significatives, soutien, succès et efforts personnels, activités particulières)

**b — )** Qu'est-ce qui, selon vous, vous a emmené sur cette voie ?

**4 —** Est-ce qu'il y a un ou des moments dans votre vie où vous vous êtes senti particulièrement vulnérable ou dans un état que vous qualifieriez de très difficile ? (La crise peut parfois être considérée comme un tremplin !)

**a –)** Pourquoi, selon vous, viviez-vous cette période ? Qu'est-ce qui vous a aidé à en sortir ?

**b –)** De quoi sentiez-vous que vous auriez eu besoin pour vous aider à aller mieux dans cette période difficile de votre vie ? (Accueil et soutien adéquat dans la souffrance, thérapie ou intervention particulière, réappropriation de pouvoir, ressources environnementales et personnelles.

**c—)** Qu'est-ce qui est nuisible au rétablissement selon vous ? (Pauvreté, isolement)

**5 —** Quel est, selon vous, le moment où se situe le point de départ de votre rétablissement ?

### **Description du « sentiment d'accomplissement » et de la « réalisation de soi »**

**1 —** Qu'est-ce que ça veut dire « sentiment d'accomplissement » selon vous ? (C'est se sentir bon, fier, d'avoir réussi un but qu'on s'était fixé.)

**a –)** Avez-vous déjà ressenti ce sentiment ? Dans quelles circonstances ?

**2 —** Quelles activités pratiquez-vous dans votre quotidien ? Êtes-vous beaucoup engagé dans cette activité ? (Quelquefois, on peut se sentir accompli de simplement réussir à se construire une stabilité ou une sécurité.)

**3 —** Quelles activités pratiquez-vous plus ponctuellement (1 fois par semaine par exemple) ?

**a –)** Est-ce que le sentiment d'accomplissement ressenti est similaire au sentiment d'accomplissement associé aux activités plus quotidiennes ? (C'est-à-dire proportionnel à l'engagement, à l'investissement ou l'effort par exemple.)

4 — Qu'est-ce que ces activités vous apportent ? [Cela peut être par exemple la diminution du stress ou des symptômes, l'amélioration de l'estime de soi, liens relationnels positifs, défi personnel, stabilité...]

5 — Est-ce vous qui avez choisi ces activités ou bien l'on vous a fortement incité à y participer ?

a —) Qu'est-ce qui vous a emmené à prendre conscience que c'est ce que vous vouliez faire ?

(Pause)

**Pour faire des liens entre le « Rétablissement » et « sentiment d'accomplissement » et « réalisation de soi »**

1 — Pouvez-vous me parler de vos forces et qualités personnelles ? Qu'est-ce qui vous a permis d'en prendre conscience ?

2 — Voudriez-vous parler de vos buts et de vos projets à plus ou moins long terme ? (Par exemple la simplicité du quotidien, apprivoiser le stress de la vie au quotidien.)

3 — Qu'est-ce qui vous motive et vous encourage à poursuivre vos buts et vos projets malgré les efforts, la discipline et l'assiduité que cela demande ?

4 — Certaines de ces activités que vous pratiquez actuellement sont-elles faites dans le but de réaliser un de vos projets ou buts futurs ?

5 — Au début de l'entretien, vous avez mentionné les facteurs X [voir question 1 et 2] dans votre conception du rétablissement. Est-ce que le fait de pratiquer vos activités vous permet de mettre en œuvre votre rétablissement tel que vous le concevez ?

6 — Selon vous, est-il préférable, pour votre mieux-être et votre rétablissement, de choisir vous-même vos activités et vos activités du quotidien, ou bien selon vous, il est préférable d'entreprendre des activités plus structurées ou dans des organismes ?

a —) Avez-vous essayé les deux options ? Qu'est-ce qui est le mieux selon vous ?

7 — Avez-vous connu des intervenants ou des situations particulières qui vous ont permis de voir plus clair dans ce que vous vouliez faire pour vous rétablir ou dans le choix de certains

projets de vie ? (Cela pourrait être par exemple de recevoir de l'aide pour reconstruire son identité, pour trouver ce qui nous plaît !)

a –) Avez-vous connu des personnes qui ont cru en vous et en votre potentiel ?

8 — Dans votre sentiment d'accomplissement, est-ce que la reconnaissance des autres est importante pour vous ? (Note : peut-être que le regard de l'autre est important pour l'image de soi)

9 — Dans quels domaines diriez-vous que vous ressentez le plus un sentiment d'accomplissement dans votre vie aujourd'hui ?

### **Fin de l'entretien**

Remerciements

Vérification de l'état psychologique [humeur, stress ou anxiété]

Désirez-vous recevoir les résultats de cette recherche ?

## ANNEXE 4 : GRILLE D'ANALYSE THÉMATIQUE

Bref portrait de la personne : (À rédiger après la lecture/relecture flottante de l'entrevue et une « écoute phénoménologique ». À partir de ce qui ressort de l'entrevue, il s'agit de relever ce qui caractérise cette personne, que l'on va identifier pour une large part en lien avec les préoccupations de la recherche.)

Grille d'analyse thématique (adaptée du cours SVS-7005 Hiver 2016)

RUBRIQUES*	THÈMES*	EXTRAITS (extraits de l'entrevue qui font parler les thèmes)  Il est important chaque fois de bien identifier la page de l'extrait.
1-) Obtention d'une possession matérielle ou sécurité  2-) Travail intérieur ou premier mouvement de l'être  3-) Faire des projets ou deuxième mouvement de l'être		

Les thèmes ont été dégagés à partir de ce qui ressort de la lecture flottante des entretiens. C'est après avoir rempli ces grilles qu'il a été possible d'analyser en profondeur le matériel, afin de répondre aux objectifs et questions de recherche.



## ANNEXE 5 : TABLEAU DU NOMBRE D'HEURES D'ACTIVITÉS SELON LA RESSOURCE

Nom	Nombre d'heures d'activités à la ressource d'appartenance	Nombre d'heures d'activités dans d'autres ressources que la ressource d'appartenance
Suzanna	2-3	0
Georgette	4-5	1
Cynthia	2	1-2
Yolande	1	1
Carole	2	0
Stéphanie	1	5
Sandra	1	1
Chantale	1-2	1
Denise	2	3
Darlène	1	1
Louise	1-2	1

# BIBLIOGRAPHIE

- Anquetil-Callac, M. (2006). *L'accueil de l'expérience : formation et vécu dans le cheminement individuel*. Paris: Paris : L'Harmattan.
- Anthony, W., Rogers, E. S. et Farkas, M. (2003). Research on Evidence-Based Practices: Future Directions in an Era of Recovery. *Community Mental Health Journal*, 39(2), 101-114. doi: 10.1023/a:1022601619482
- Arveiller, J.-P., Durand, B. et Martin, B. (2017). *Santé mentale et processus de rétablissement*. Nîmes : Champ social éditions.
- Aubin, G., Hachey, R. et Mercier, C. (2002). La signification des activités quotidiennes chez les personnes souffrant de troubles mentaux graves. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 69(4), 218. doi: 10.1177/000841740206900406
- Aubry, T. D. et Émard, R. (2004). *Le suivi communautaire en santé mentale : une invitation à bâtir sa vie*. Ottawa: Ottawa : Presses de l'Université d'Ottawa.
- Audin, J. N. Savoir expérientiel et approche phénoménologique en psychiatrie et santé mentale.
- Bajoit, G. (2008). Le renouveau de la sociologie contemporaine. *SociologieS*.
- Baker, A. E. Z., Procter, N. et Gibbons, T. (2009). Dimensions of loss from mental illness. *Journal of Sociology and Social Welfare*, 36(4), 25-52.
- Barbès-Morin, G. et Lalonde, P. (2006). *La réadaptation psychiatrique du schizophrène*. Communication présentée Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique.
- Béguet, V., Turgeon, L., Meintel, D. et Mossière, G. (2011). Entre psychopathologie et religion/spiritualité. *Ethnologies*, 33(1), 219-238.
- Bellier-Teichmann, T., Fusi, M. et Pomini, V. (2016). Évaluer les ressources des patients: une approche centrée sur le rétablissement. *Pratiques Psychologiques*.
- Bernard, P. et Ninot, G. (2012). Bénéfices des activités physiques adaptées dans la prise en charge de la schizophrénie : revue systématique de la littérature. *L'Encephale*, 38(4), 280-287. doi: 10.1016/j.encep.2011.07.001
- Biringer, E., Davidson, L., Sundfør, B., Ruud, T. et Borg, M. (2016). Experiences of support in working toward personal recovery goals: a collaborative, qualitative study. *BMC Psychiatry*, 16(1), 426-426. doi: 10.1186/s12888-016-1133-x

- Blanchet, A. et Gotman, A. (2007). *L'entretien*. Paris: Dunod Éditeur.
- Blondeau, C., Nicole, L. et Lalonde, P. (2006). Schizophrénie et réadaptation. Interventions spécifiques selon les phases de la maladie. *Annales médico-psychologiques*, 164(10), 869-876. doi: 10.1016/j.amp.2006.10.004
- Bonnet, C. (2014). Rétablissement et associatif (French). *Recovery and associative life (English)*, 60(2), 15-22.
- Bouchard, J.-M., Lecomte, Y. et Nadeau, L. (1986). Désinstitutionnalisation, «communautarisation» des services et formation des intervenants. *Santé mentale au Québec*, 11(2), 26-36.
- Briand, C., Bélanger, R., Hamel, V., Nicole, L., Stip, E., Reinharz, D., . . . Lesage, A. (2005). Implantation multisite du programme Integrated Psychological Treatment (IPT) pour les personnes souffrant de schizophrénie. Élaboration d'une version renouvelée *Santé mentale au Québec*, 30 (1), 73-95.
- Brice, M. et Franck, N. (2012). Facteurs subjectifs et rétablissement dans la schizophrénie. *L'Évolution psychiatrique*. doi: 10.1016/j.evopsy.2012.10.002
- Canada, A. d. s. p. d. (2015). Rapport du système canadien de surveillance des maladies chroniques : Les maladies mentales au Canada: Agence de la santé publique.
- Cara, E. (2005). *Psychosocial occupational therapy : a clinical practice*. (2nd ed..° éd.). Australia
- Canada: Australia
- Canada : Thomson Delmar Learning.
- Caron, J. et Guay, S. (2005). Soutien social et santé mentale: concept, mesures, recherches récentes et implications pour les cliniciens. *Santé mentale au Québec*, 30(2), 15-41.
- Chassot, C. S. et Mendes, F. (2015). The experience of mental distress and recovery among people involved with the service user/survivor movement. *Health*, 19(4), 372-388. doi: 10.1177/1363459314554313
- Chemama-Steiner, B. (2003). Expression artistique et médiation thérapeutique. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 161(1), 87-92. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0003-4487\(02\)00009-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0003-4487(02)00009-4)

- Clément, M., Gagné, J., Lévesque, A. et Barrio, L. R. d. (2013). La participation des personnes utilisatrices aux exercices de planification et d'organisation des services de santé mentale au Québec. *Ciencia & Saude Coletiva*, 18(10), 2869-2877. doi: 10.1590/S1413-81232013001000011
- Corin, E. (2002). Se rétablir après une crise psychotique : ouvrir une voie? Retrouver sa voix? *Santé mentale au Québec*, 27(1), 65-82.
- Corin, E., Poirel, M.-L. et Rodriguez Del Barrio, L. (2011). *Le mouvement de l'être : Paramètres pour une approche alternative de traitement en santé mentale*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Corrigan, P. W. et American Psychological, A. (2015). *Person-centered care for mental illness : the evolution of adherence and self-determination*. (First edition..<sup>e</sup> éd.). Washington, DC : American Psychological Association.
- Cottraux, J. (2007). *La force avec soi : pour une psychologie positive*. Paris: Paris : O. Jacob.
- Danica Brown Liberman, B.A. , and et Robert Paul Liberman, M.D. (2003). Rehab Rounds: Involving Families in Rehabilitation Through Behavioral Family Management. *Psychiatric Services*, 54(5), 633-635. doi: 10.1176/appi.ps.54.5.633
- Davidson, L., Harding, C. et Spaniol, L. J. (2005). *Recovery from severe mental illnesses : research evidence and implications for practice*. Boston, MA: Boston, MA : Center for Psychiatric Rehabilitation, Sargent College of Health and Rehabilitation Sciences, Boston University.
- De Pierrefeu, I. et Pachoud, B. (2014). L'accompagnement vers et dans l'emploi comme voie de rétablissement pour les personnes en situation de handicap psychique. Les ESAT de transition de l'association Messidor : Handicap psychique n° 1 (French). *Support services towards and during employment as the way to recovery for people with mental disabilities. ESAT transition association Messidor (English)*, 90(3), 183-190.
- Deci, E. L. et Ryan, R. M. (2008). Favoriser la motivation optimale et la santé mentale dans les divers milieux de vie. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 49(1), 24.
- Des alternatives en santé mentale [Enregistrement vidéo]*. (1983). Montréal: Montréal : Hôpital Rivière-des-Prairies, Service audio-visuel.
- Dictionary, O. E. "self-realization, n.". Accessible dans Oxford University Press (<http://www.oed.com>) Repéré à <http://www.oed.com/view/Entry/175404?>

- Dictionary, O. E. et "accomplishment, n.". Accessible dans Oxford University Press  
(<http://www.oed.com>) Repéré à  
<http://www.oed.com/view/Entry/1162?redirectedFrom=accomplishment>
- Dorvil, H. (2001). Insertion sociale et regards disciplinaires (*Problèmes sociaux Tome 2* (p. 8-53).
- Dubois, C., Garnier, Y. et Casalis, D. (1982). *Grand dictionnaire encyclopédique Larousse*. Paris: Paris : Librairie Larousse.
- Dutoit, M. S. (1999). Le Labyrinthe de la folie. Ethnographie de la psychiatrie en milieu ouvert et de la réinsertion (Book Review) (Vol. 64, p. 804-805).
- Farkas, M. (2018). L'émergence du rétablissement aux États-Unis : du combat avec la maladie au « bien vivre ». *Vie sociale*, 23-24(3), 53-74. doi: 10.3917/vsoc.183.0053
- Farkas, M. et Vallée, C. (1996). De la réappropriation au pouvoir d'agir: la dimension discrète d'une réelle réadaptation. *Santé mentale au Québec*, 21(2), 21-32.
- Farkas, M. D. et Sargent College of Allied Health Professions. Center for Psychiatric, R. (1999). *International practice in psychosocial/psychiatric rehabilitation*. Boston, Mass.: Boston, Mass. : Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University.
- Foucault, M. (1972). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris: Paris : Gallimard.
- Fougeyrollas, P. et Réseau international sur le processus de production du, h. (1998). *Classification québécoise--processus de production du handicap*. Lac St-Charles, Québec: Lac St-Charles, Québec : RIPPH/SCCIDIH.
- Franck, N. (2016). *Outils de la réhabilitation psychosociale : Pratiques en faveur du rétablissement*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Friedman, H. S. (1998). *Encyclopedia of mental health*. San Diego  
Toronto: San Diego  
Toronto : Academic Press.
- Furtos, J. (2007). Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale. *Mental'idées*, 11, 24-33.
- Gagné, J. (2014). Rétablissement et appropriation du pouvoir: quelques enjeux brouillent le consensus.

- Gagné, J., Vaillancourt, Y., Fréchette, L. et Baril, D. (1996). L'approche alternative en santé mentale. *Nouvelles pratiques sociales*, 9(2), 137-146.
- Gélinas, D. (1998). Point de repères pour différencier la gestion de cas du suivi intensif dans le milieu auprès de personnes souffrant de troubles mentaux graves. *Santé mentale au Québec*, 23(2), 17-47.
- Germé, D. et Attigui, P. (2011). De la médiation picturale dans le traitement de la schizophrénie. *L'Évolution psychiatrique*, 76(3), 461-483. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.evopsy.2011.05.004>
- Goffman, E. (1968). *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Paris: [Paris] Editions de Minuit.
- Granholm, E., Ben-Zeev, D., Fulford, D. et Swendsen, J. (2013). Ecological Momentary Assessment of social functioning in schizophrenia: Impact of performance appraisals and affect on social interactions. *Schizophrenia Research*, 145(1), 120-124. doi: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.01.005>
- Greacen, T. et Jouet, E. (2012). *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie*. (Éditions érès<sup>e</sup> éd.). Toulouse.
- Greacen, T. et Jouet, E. (2013). Rétablissement et inclusion sociale des personnes vivant avec un trouble psychique: le projet EMILIA. *L'information psychiatrique*, 89(5), 359-364.
- Grenier, G., Fleury, M.-J., Lecomte, Y. et Saucier, J.-F. (2009). Les organismes communautaires en santé mentale au Québec : rôle et dynamique partenariale. *Santé mentale au Québec*, 34(1), 101-126.
- Grenier, G., Fleury, M.-J., Stip, E., Caron, J. et Delorme, A. (2014). Rôle du communautaire en santé mentale dans un système en évolution : état des connaissances et recommandations. *Santé mentale au Québec*, 39(1), 119-136.
- Hardcastle, M. (2007). *Experiences of mental health in-patient care : narratives from service users, carers and professionals*. London  
New York : Routledge.
- Holloway, F. (2015). *Enabling Recovery : the Principles and Practice of Rehabilitation Psychiatry*. London: London : Royal College of Psychiatrists.

- Jouet, E. (2011). Le savoir expérientiel dans le champ de la santé mentale: le projet Emilia. *Recherches en communication*, 32(32), 35-52.
- Jouet, E. (2016). L'approche fondée sur le rétablissement: éducation diffuse et santé mentale. *Le Télémaque*(1), 111-124.
- Juvva, S. et Newhill, C. E. (2011). Rehabilitation contexts: A holistic approach. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 21(2), 179-195.
- Kinn, L. G., Holgersen, H., Aas, R. W. et Davidson, L. (2014). "Balancing on Skates on the Icy Surface of Work": A Metasynthesis of Work Participation for Persons with Psychiatric Disabilities. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24(1), 125-138. doi: 10.1007/s10926-013-9445-x
- Krupa, T. et Clark, C. (2004). L'ergothérapie en sante mentale: promouvoir les perspectives occupationnelles sur la sante et le bien-etre. *The Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(2), 71-74.
- Lalonde, P. (2007). Traitement, réadaptation, réhabilitation, rétablissement. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 165(3), 183-186. doi: <https://doi.org/10.1016/j.amp.2007.01.005>
- Latimer, E. et Rabouin, D. (2011). Soutien d'intensite variable (SIV) et retablissement: que nous apprennent les etudes experimentales et quasi experimentales? *Santé mentale au Québec*, 36(1), 13.
- Lauzon, G. et Lecomte, Y. (2002). Rétablissement et travail. *Santé mentale au Québec*, 27(1), 7-34.
- Lavallée, Y.-J., Lecomte, Y., Lesage, A. et Côté, L. (1996). Le virage ambulatoire en psychiatrie : une perspective globale. *Santé mentale au Québec*, 21(1), 111-122.
- Le grand monde [Film cinématographique]*. (1988). Montréal: Les Productions Virage, Cinéma Libre. [distributeur] [Montréal].
- Lecomte, T., Corbière, M. et Leclerc, C. (2014). Les interventions basées sur les résultats probants en réadaptation psychiatrique: Auxquelles accorder la priorité et pourquoi? *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(4), 196-202. doi: 10.1177/070674371405900404
- Lecomte, T. et Leclerc, C. (2000). *Manuel de réadaptation psychiatrique*. Quebec: Quebec: Les Presses de l'Université du Québec.

- Lecomte, T. et Leclerc, C. (2004). *Manuel de réadaptation psychiatrique*. PUQ.
- Lecomte, Y. (1997). De la dynamique des politiques de désinstitutionalisation au Québec. *Santé mentale au Québec*, 22(2), 7-24. doi: 10.7202/032412ar
- Lecomte, Y. et Gagné, J. (2000). *Les ressources alternatives de traitement*. (dans le cadre du XXV<sup>ème</sup> anniversaire<sup>e</sup> éd.). Cap-Saint-Ignace (Québec): AGMV Marquis Édiscript enr.
- Lemire Auclair, É. (2013). Les effets du rétablissement comme approche thérapeutique sur les processus de lutte à la stigmatisation de personnes vivant avec un problème de santé mentale.
- Lemyre, L. (1995). Étiologie sociale et facteurs de rémission. *Santé mentale au Québec*, 20(2), 59-76. doi: 10.7202/032353ar
- Lemyre, L., Lecomte, Y. et Millaud, F. (1989). Stresseurs et santé mentale : analyse contextuelle de la pauvreté. *Santé mentale au Québec*, 14(2), 120-127.
- Liberman, R. P. (1991). *Réhabilitation psychiatrique des malades mentaux chroniques*. Paris: Paris : Masson.
- Lietz, C. A., Lacasse, J. R., Hayes, M. J. et Cheung, J. (2014). The role of services in mental health recovery: A qualitative examination of service experiences among individuals diagnosed with serious mental illness. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 5(2), 161-188. doi: 10.1086/675850
- Loumpa, V. (2012). Promoting recovery through peer support: Possibilities for social work practice. *Social Work in Health Care*, 51(1), 53-65. doi: 10.1080/00981389.2011.622667
- Ma valise, mes pilules et pis après ... [Enregistrement vidéo]*. (1989). Montréal: Montréal : Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal, Service de l'audiovisuel.
- Macqueron, G. (2009). *Psychologie de la solitude*. Paris: Paris : O. Jacob.
- Martuccelli, D. (2004). Figures de la domination. *Revue française de sociologie*, 45(3), 469. doi: 10.3917/rfs.453.0469
- McCubbin, M., Dallaire, B., Lagrange, V., Wallot, H., Bergeron-Leclerc, C., Cormier, C. et Nelson, G. (2010). Reconstruction et rééquilibrage du lien social: une étude exploratoire sur les rôles de l'inclusion sociale, de l'appropriation du pouvoir d'agir et



- de l'espoir dans le rétablissement. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 29(1), 1-18.
- McEvoy, P., Schauman, O., Mansell, W. et Morris, L. (2012). The experience of recovery from the perspective of people with common mental health problems: Findings from a telephone survey. *International Journal of Nursing Studies*, 49(11), 1375-1382. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.06.010
- Mendez-Negrete, J. (2013). Expressive creativity: Narrative text and creative cultural expressions as a healing praxis. *Journal of Creativity in Mental Health*, 8(3), 315-325.
- Morin, P., Crevier, M., Couturier, Y., Dallaire, N., Dorvil, H. et Johnson-Lafleur, J. (2009). Signification du chez-soi et intervention psychosociale à domicile dans les programmes de Soutien à domicile, Enfance/Jeunesse/Famille et Santé mentale. Université de Sherbrooke (Québec): Centre de santé et de services sociaux. Repéré à [http://www.csss-iugs.ca/c3s/data/files/Signification\\_du\\_chez-soi\\_corr2011.pdf](http://www.csss-iugs.ca/c3s/data/files/Signification_du_chez-soi_corr2011.pdf).
- Nolin, D. (2008). *L'art comme processus de formation de soi*. Paris: Paris : Harmattan.
- Otero, M. (2005). Regards sociologiques sur la santé mentale, la souffrance psychique et la psychologisation. *Cahiers de recherche sociologique*(41-42), 5. doi: 10.7202/1002457ar
- Otero, M. (2012). *Repenser les problèmes sociaux : Le passage nécessaire des populations « problématiques » aux dimensions « problématisées »*. Repéré à <http://sociologies.revues.org/4145>
- Pachoud, B. (2012). Se rétablir de troubles psychiatriques: un changement de regard sur le devenir des personnes. *L'information psychiatrique*, 88(4), 257-266.
- Pachoud, B. et Corbière, M. (2014). Pratiques et interventions de soutien à l'insertion professionnelle des personnes présentant des troubles mentaux graves : résultats et pistes de recherche. *L'Encephale*. doi: 10.1016/j.encep.2014.04.001
- Pagé, J.-C. (1961). *Les fous crient au secours*. (2e éd..<sup>e</sup> éd.). Montréal: Montréal, Editions du Jour.
- Paquet, L. (2016). Les parcours d'émancipation et les espaces de participation en santé mentale: un tremplin vers la citoyenneté.

- Park, C. (2017). Spiritual well-being after trauma: Correlates with appraisals, coping, and psychological adjustment. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 45(4), 297-307. doi: 10.1080/10852352.2016.1197752
- Parr, H. (2008). *Mental health and social space : towards inclusionary geographies?* Malden, MA: Malden, MA : Blackwell Pub.
- Pelletier, J.-F. (2009). *Hébergement, Logement et Rétablissement en Santé Mentale: Pourquoi et Comment Faire évoluer les Pratiques?* PUQ.
- Piat, M., Sabetti, J., Fleury, M. J., Boyer, R. et Lesage, A. (2011). "Who believes most in me and in my recovery": The importance of families for persons with serious mental illness living in structured community housing. *Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation*, 10(1), 49-65.
- Pignol, P. (1998). *Les séjours sociothérapeutiques : un guide d'accompagnement du psychotique.* Paris  
Montreal: Paris
- Montreal : Gaëtan Morin éditeur.
- Pires, A. P. (2007). *Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique:* Chicoutimi : J.-M. Tremblay.
- Poirel, M.-L., Corin, E., Lecomte, Y., St-Onge, B., Saucier, J.-F. et Rodriguez del Barrio, L. (2011). Revisiter la notion de traitement à partir de récits de personnes usagères, d'intervenants et de responsables de ressources alternatives en santé mentale : la question de la subjectivité. *Santé mentale au Québec*, 36(1), 115-130.
- Procter, N. G. e. a. (2014). *Mental Health : a person-centred approach.* Port Melbourne, Australia : Cambridge University Press.
- Profession [Enregistrement vidéo] : non-professionnel de la santé mentale.* (1988). Montréal: [Montréal] : Hôpital Rivières-des-Prairies, Centre de communication en santé mentale: Colloque Réseaux sociaux et santé mentale, Comité organisateur: Hôpital Jean-Talon, Département de psychiatrie, Service enfance famille.
- Provencher, H. (2002). L'expérience du rétablissement: perspectives théoriques. *Santé mentale au Québec*, 27(1), 35-64.

- Provencher, H. et Keyes, C. L. (2010). Une conception élargie du rétablissement.  
*L'information psychiatrique*, 86(7), 579-589.
- Rapp, C. A. (2012). *The strengths model : a recovery-oriented approach to mental health services*. (3rd ed..<sup>e</sup> éd.). Oxford  
Toronto: Oxford
- Toronto : Oxford University Press.
- René, O. et Perron, N. (2006). Balises pour une approche alternative des pratiques de soutien communautaire en santé mentale (p. 1-12): Adopté par le conseil d'administration du RRASMQ.
- Repper, J. (2003). *Social inclusion and recovery : a model for mental health practice*.  
Edinburgh  
Toronto: Edinburgh
- Toronto : Baillière Tindall.
- Rhéaume, J. et Sévigny, R. (1987). Les enjeux sociaux de la pratique dite «alternative».  
Repéré à Downloaded from [www.cjcmh.com](http://www.cjcmh.com) by Université de Montréal on 07/14/15
- Roberge, M.-C. et White, D. (2009). L'ailleurs et l'autrement des pratiques communautaires en santé mentale au québec. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 19(2), 31-56.
- Roche, J. (2014). *Au carrefour de l'intégration socio-professionnelle : perspectives et questionnements de personnes vivant avec des problèmes de santé mentale*. [Montréal]  
: Université de Montréal.
- Rodriguez Del Barrio, L. (2005). Jongler avec le chaos. Effets de l'hégémonie des pratiques biomédicales en psychiatrie du point de vue des usagers. *Cahiers de recherche sociologique*(41-42), 237. doi: 10.7202/1002468ar
- Rodriguez del Barrio, L. (2011). Nouveaux paramètres pour l'élaboration des pratiques de soutien communautaire: contribution des organismes communautaires et alternatifs au Québec. *Santé mentale au Québec*, 36(1), 35.

- Rodriguez del Barrio, L. et Poirel, M.-L. (2011). Le traitement dans la communauté. Enjeux et défis de bonnes pratiques en santé mentale et en psychiatrie. *Santé mentale au Québec*, 36(1), 7-12.
- Rodriguez, L., Bourgois, L. et Landry, Y. (2006). *Repenser la qualité des services en santé mentale dans la communauté: Changer de perspective*. PUQ.
- Rodriguez, L., Corin, E., Guay, L., Lecompte, Y. et Gagné, J. (2000). La thérapie alternative: se (re) mettre en mouvement. *Santé mentale au Québec*, 49-94.
- Rodriguez, L., Corin, E., Poirel, M.-l. et Drolet, M. (2002). L'intégration des services et des pratiques. L'épreuve de l'expérience. *Santé mentale au Québec*, 27(2), 154. doi: 10.7202/014562ar
- Solomon, P. et Giola, D. (2016). A shift in thinking: The influence of the recovery process on social work research. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 7(2), 183-191.
- Spaniol, L. J., Koehler, M. et Sargent College of Allied Health Professions. Center for Psychiatric, R. (1994). *The experience of recovery*. (1st ed..<sup>e</sup> éd.). Boston, Mass.: [Boston, Mass.] : Center for Psychiatric Rehabilitation, Sargent College of Allied Health Professions, Boston University.
- Stamino, V. R. (2016). Conceptualizing spirituality and religion for mental health practice: Perspectives of consumers with serious mental illness. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 97(4), 271-273. doi: 10.1606/1044-3894.2016.97.36
- Stanhope, V., Choy, B., Tiderington, E., Henwood, B. F. et Padgett, D. K. (2016). Case manager perspectives on the role of treatment in supportive housing for people with severe mental illness. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 7(3), 259-264.
- Synovec, C. E. (2015). Implementing recovery model principles as part of occupational therapy in inpatient psychiatric settings. *Occupational Therapy in Mental Health*, 31(1), 50-61. doi: 10.1080/0164212X.2014.1001014
- Teo, J. (2013). Recovery capital: What enables a sustainable recovery from mental health difficulties? *European Journal of Social Work*, 16(3), 360-374. doi: 10.1080/13691457.2012.687713

Tew, J., Ramon, S., Slade, M., Bird, V., Melton, J. et Le Boutillier, C. (2012). Social factors and recovery from mental health difficulties: A review of the evidence. *The British Journal of Social Work*, 42(3), 443-460. doi: 10.1093/bjsw/bcr076

Topor, A., Borg, M., Di Girolamo, S. et Davidson, L. (2011). Not Just an Individual Journey: Social Aspects of Recovery. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(1), 90-99. doi: 10.1177/0020764009345062

*Un trou dans les nuages [Enregistrement vidéo]*. (1988). Drummondville : Beauport : Québec: Office des personnes handicapées du Québec

Centre hospitalier Robert-Giffard

CEGEP de Limoilou, [Drummondville] : [Beauport] : [Québec].

Vaillancourt, Y., Deslauriers, J.-P., Dorvil, H. et Gagné, J. (1992). Sur la Maison Saint-Jacques. *Nouvelles pratiques sociales*, 5(1), 63-75.

Welch, I. D. (1987). *Self-actualization : an annotated bibliography of theory and research*. New York: New York : Garland Pub.

Zarifian, E. (1988). *Les jardiniers de la folie*. Paris : O. Jacob : Editions du Seuil, 1988: Paris : O. Jacob : Editions du Seuil, 1988.