

Université de Montréal

L'analyse d'implantation du modèle *Recovery college* au Québec

Par
Breitner Gomes Chaves

École de Santé Publique

Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de Docteur
en Santé Publique, option Gestion des organisations de Santé

Mars 2022

© Breitner Gomes Chaves, 2022

Université de Montréal
École de santé publique

Cette thèse intitulée

L'analyse d'implantation du modèle *Recovery College* au Québec

Présentée par
Breitner Gomes Chaves

A été évaluée par un jury composé des personnes suivantes

Jean-Louis Denis
Président-rapporteur

Lambert Farand
Directeur de recherche

François Champagne
Co-directeur

Catherine Briand
Co-directeur

Sherri Lynn Bisset
Membre du jury

Michel Perreault
Examineur externe

Résumé

Le modèle *Recovery College* représente une innovation majeure en matière de santé mentale communautaire en contribuant à l'agenda des pratiques orientées vers le rétablissement. Les centres RC sont conçus pour être des « centres d'apprentissage » qui utilisent une approche éducationnelle plutôt que thérapeutique. Le modèle met en valeur, entre autres, l'importance de renforcer l'autodétermination et le pouvoir d'agir des personnes ainsi que des communautés en matière de santé mentale et de bien-être. Un élément essentiel du modèle *Recovery College* est d'encourager « les apprenants ou participants » (pas les *patients*) à devenir des experts de leur propre santé mentale.

La plupart des travaux de recherche publiés sur le modèle RC n'ont mis l'accent que sur les effets de l'intervention, notamment chez les personnes en rétablissement qui utilisent les services de santé mentale traditionnels. De plus, il existe une lacune à propos de mécanismes par lesquels des changements et effets se produisent par l'application du modèle, de même qu'en ce qui concerne les dynamiques interactives des facteurs contextuels qui influent sur la mise en œuvre, et les effets restent encore mal compris.

Dans cette perspective, cette thèse décrit et analyse le processus de mise en œuvre du Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement (CASR) implanté au Québec (modèle *Recovery College*). Afin d'apprécier le bien-fondé théorique de l'intervention, trois étapes ont été suivies : 1) construction du modèle logique ; 2) construction du cadre comparatif; 3) analyse comparative du modèle de changement de l'intervention.

Pour analyser la dynamique interactionnelle de l'intervention dans son contexte, une démarche qualitative reposant sur un devis d'étude de cas unique a été menée. Le cas correspond à

l'implantation du modèle RC au Québec. L'échantillon, de type raisonné, regroupait 13 personnes (gestionnaires, membres des organisations partenaires et participants-formateurs). Les données ont été recueillies d'octobre 2019 à novembre 2020. Elles sont basées sur des entrevues structurées, sur des observations directes (participatives et non participatives) et sur des consultations de documents internes. Une approche générale d'analyse inductive proposée par Thomas (2006) a été utilisée comme méthode d'analyse pour la codification et le raffinement des entrevues.

L'analyse logique de l'intervention a démontré que le modèle québécois est, de façon générale, bien fondé à la lumière de la littérature scientifique actuelle. En plus, elle a soulevé des points d'amélioration en vue de favoriser la concrétisation de certains effets escomptés, notamment en ce qui concerne la promotion du « pouvoir d'agir » des participants et « la transformation de pratiques des services et systèmes de santé » proposée par le modèle.

L'analyse d'implantation du modèle a mis en exergue un ensemble de déterminants influençant autant la transformation de l'intervention que son degré de mise en œuvre. Les déterminants influençant la forme de l'intervention ont été regroupés dans trois catégories : 1) déterminants liés aux caractéristiques et à l'expérience des parties prenantes de l'intervention; 2) déterminants liés à l'environnement interne de l'organisation; 3) déterminants liés au contexte externe de l'intervention. Les déterminants influençant la mise en œuvre de l'intervention, pour leur part, ont été regroupés selon trois dimensions : 1) individuelle; 2) organisationnelle; 3) externe.

Quelques recommandations ont été suggérées portant sur deux volets : 1) les recommandations pour soutenir les démarches d'amélioration continue du modèle RC au Québec (but formatif); 2) les recommandations de recherche à venir pour soutenir à la fois la construction des théories explicatives des mécanismes de fonctionnement du modèle RC et de validation des résultats analysés dans cette recherche.

Cette étude est la première analyse d'implantation portant sur le modèle RC au monde. Les produits de cette recherche contribueront également en fournissant des fondements théoriques comparatifs pour les autres centres RC implantés (ou en voie d'implantation), tout en favorisant des comparaisons entre différents sites.

Mots-clés : Évaluation de santé; Recovery College; Santé mentale; Analyse logique; Analyse d'implantation; Intervention de santé; Rétablissement

Abstract

The *Recovery College* model represents a major innovation in community mental health by contributing to the recovery-oriented practice agenda. RC centers are "learning centers" that use an educational rather than a therapeutic approach. The model emphasizes, among other things, the importance of empowering individuals and communities to take action on their mental health and well-being. An essential element of the Recovery Colleges model is to encourage "learners or participants" (not patients) to become experts in their mental health.

Most of the published evaluative research on the RC model has focused only on the effects of the intervention, particularly among people in recovery who use traditional mental health services. In addition, there is a gap in the mechanisms by which changes and effects occur through the model. Besides, the interactive dynamics of contextual factors on implementation and effects remain to be understood.

From this perspective, this thesis describes and analyzes the implementation process of the *Recovery College* Model in Quebec.

Three steps were followed to assess the theoretical plausibility of the intervention: 1) construction of the logic model; 2) construction of the comparative framework; 3) comparative analysis of the program theory of the intervention.

A qualitative approach based on a single case study design was conducted to analyze the interactional dynamics of the intervention with its context. The case corresponds to the implementation of the RC model in Quebec. The sample was purposive and included 13 individuals (managers, members of partner organizations, and participant-trainers). The data were collected between October 2019 and November 2020. They are based on structured interviews, direct observations (participatory and non-participatory), and consultations of internal documents. A

general inductive analysis approach proposed by Thomas (2006) was used as the analytical method for coding and refining the interviews.

The logical analysis of the intervention demonstrated that the Quebec model is, in general, well-founded in light of the current scientific literature. In addition, it raised points for improvement to promote the realization of specific expected effects, particularly concerning the promotion of participants' "empowerment" and the "transformation of health services and systems practices" envisioned by the model.

The analysis of the implementation of the model highlighted a set of determinants influencing both the transformation of the intervention and its degree of implementation. Determinants influencing the form of the intervention were categorized into three groups: 1) Determinants related to the characteristics and experience of the stakeholders of the intervention; 2) Determinants related to the internal environment of the organization; 3) Determinants related to the external context of the intervention. The determinants influencing the implementation of the intervention, in turn, were categorized into three dimensions: 1) individual; 2) organizational; 3) external.

Some recommendations were suggested in two streams. 1) Recommendations to support the continuous improvement of the RC model in Quebec (formative goal); 2) Recommendations for future research to support both the construction of explanatory theories of the operating mechanisms of the RC model and the validation of the results found in this research.

Although the RC model is present in at least 20 countries, this study is the first analysis of implementation on a *Recovery College* learning center. The products of this research will also contribute by providing a comparative theoretical foundation for other RC centers, enabling comparisons across sites.

Keywords: Health Evaluation; Recovery College; Mental Health; Logic Analysis; Analysis of Implementation; Health Intervention; Recovery

Table des matières

Résumé.....	iii
Abstract.....	vi
Table des matières.....	ix
Liste des tableaux.....	xiv
Liste des figures.....	xv
Liste des sigles et abréviations.....	xvi
Remerciements.....	xxi
Chapitre 1 – Introduction.....	1
1.1 Contexte général.....	1
1.2 Questions de recherche.....	6
1.2.1 Le bien-fondé du modèle théorique.....	6
1.2.2 L’analyse du modèle opérationnel.....	6
1.2.3 La transformation de la forme de l’intervention.....	6
1.2.4 L’influence des déterminants sur la mise en œuvre.....	6
Chapitre 2 – État des connaissances.....	7
2.1 L’évolution de la maladie mentale et de la santé mentale.....	7
2.2 La santé mentale au Québec.....	13
2.2.1 L’évolution de la santé mentale au Québec.....	13
2.2.2 Le réseau de santé et des services sociaux.....	17
2.2.3 Le virage du Canada et du Québec vers des pratiques axées sur le rétablissement.....	20
2.3 Le rétablissement.....	22
2.3.1 Le concept de rétablissement.....	22

2.3.2 Les facteurs facilitant le rétablissement personnel : les services axés vers le rétablissement personnel	24
2.3.3 Les pratiques ou interventions axées sur le rétablissement	25
2.4 Le modèle <i>Recovery College</i>	28
2.4.1 Nature, historique et évolution du modèle.....	30
2.4.1.1 Dans le monde.....	30
2.4.1.2 Au Canada	31
2.4.2 Évaluations du modèle	32
2.5 L'évaluation des interventions de santé	37
2.5.1 Cadre général	37
2.5.1.1 Évaluation en santé : un concept en évolution	37
2.5.1.2 Évaluations des interventions complexes en santé.....	38
2.5.1.3 Types d'évaluation en santé.....	39
2.5.2 Analyse logique	41
2.5.2.1 Analyse du modèle théorique	42
2.5.2.2 Analyse du modèle opérationnel	44
2.5.3 Analyse de l'implantation.....	44
2.5.3.1 Type 1-a.....	47
2.5.3.2 Type 1b.....	48
2.5.4 Les déterminants contextuels et le degré de la mise en œuvre.....	48
2.5.4.1 Le degré de mise en œuvre	48
2.5.4.2 L'influence des déterminants contextuels sur les interventions.....	50
Chapitre 3 – Méthodologie	56
3.1 L'analyse logique	56

3.1.1 L'analyse de la théorie du programme.....	56
3.1.1.1 Construction du modèle logique	56
3.1.1.2 Construction d'un cadre conceptuel comparatif.....	58
3.1.1.3 Analyse critique de la théorie du programme.....	60
3.1.2 L'analyse du modèle opérationnel de l'intervention	61
3.2. L'analyse d'implantation	61
3.2.1 Devis et stratégie de recherche.....	62
3.2.2 Étapes pour la détermination du degré de mise en œuvre	62
3.2.3 Étapes pour l'identification des déterminants ayant une influence sur la forme et les composantes de l'intervention	63
3.2.3.1 Échantillonnage	63
3.2.3.2 Collecte des données.....	66
3.2.3.3 Instruments de la collecte de données	68
3.2.3.4 Analyse des données	68
3.2.3.5 Considérations éthiques.....	70
3.3 Validité et critères de scientificité	71
Chapitre 4 – Résultats	74
4.1 Résultats des questions liés au bien-fondé théorique et au modèle opérationnel de l'intervention.....	74
4.1.1 Bien-fondé de l'intervention au Québec	74
4.1.1.1 Le modèle logique	74
4.1.1.1.1 les ressources et les activités :.....	76
4.1.1.1.2 La chaîne causale	77
4.1.1.2 Le cadre conceptuel comparatif.....	78
4.1.1.3 Analyse critique (comparative) du modèle de changement de l'intervention.....	82

4.1.2 l'analyse du modèle opérationnel d'intervention	88
4.1.2.1 La structure mobilisée	88
4.1.2.2 le processus d'action et de gouvernance	90
4.2 Résultats des questions liées à la mise en œuvre de l'intervention.....	91
4.2.1 Contexte et étapes de mise en œuvre du modèle RC au Québec.....	91
4.2.1.1 Phase I: la planification (2016-2018)	92
4.2.1.2 Phase II : les partenaires.....	93
4.2.1.3 Phase III : le début des activités	95
4.2.2 L'influence des déterminants contextuels sur l'intervention	95
4.2.2.1 L'influence sur la forme de l'intervention.	95
4.2.2.1.1 Phase I : la planification.....	96
4.2.2.1.2 Phase II : les partenaires	99
4.2.2.1.3 Phase III: le début des activités.....	102
4.2.2.2 L'influence sur le degré de la mise en œuvre.....	104
4.2.2.2.1 Le niveau de mise en œuvre de l'intervention au Québec	104
4.2.2.2.2 Les déterminants de la mise en œuvre	109
4.2.2.2.3 L'explication de l'influence des déterminants sur la mise en œuvre.....	111
Chapitre 5 – Discussion	122
5.1 L'intervention est-elle bien fondée en regard des connaissances actuelles?	122
5.1.1 La structure de l'intervention.....	122
5.1.2 Le modèle de changement	124
5.1.2.1 L'autodétermination et le pouvoir d'agir	125
5.1.2.2 La réduction des stigmas et préjugés	127
5.1.2.3 Réduction d'isolement social	128
5.1.2.3 La transformations des pratiques.....	130
5.1.2.4 Considérations finales	131

5.2 l’influence sur la forme de l’intervention	131
5.3 L’influence sur la mise en œuvre.....	137
5.3.1 Le degré de mise en œuvre	137
5.3.2 L’action des déterminants vers les composantes de la mise en œuvre	139
5.4 Limites de la recherche.	145
Chapitre 6 – Conclusion	147
Références bibliographiques.....	151
Annexes.....	179
Annexe 01 : guide d’entrevue pour l’équipe gestionnaire du Centre d’apprentissage Santé et Rétablissement.....	179
Annexe 02 : guide d’entrevue – version partenaire	181
Annexe 03 : guide d’entrevue –version pour les formateurs.....	185
Annexe 04 : Guide d’entrevue pour les membres de l’équipe de création (fondatrices) du Centre d’apprentissage Santé et Rétablissement	190
Annexe 05 : codes des entrevues avec les formateurs et les partenaires	191
Annexe 06 : code des entrevues avec les gestionnaires du CASR	196
Annexe 07 : code des entrevues avec les fondatrices.....	199
Annexe 08 : Modèle Logique de la I Phase de la mise en œuvre du Modèle recoery college du Québec	201
Annexe 09 : Modèle Logique de la II Phase de la mise en œuvre du Modèle recoery college du Québec	202
Annexe 10 : Modèle Logique du Modèle <i>recovery college</i> du Québec	203

Liste des tableaux

Tableau 1. – Centres d'apprentissage <i>Recovery College</i> opérants au Canada.....	32
Tableau 2. – Sommaire des travaux d'évaluation du modèle RC.....	33
Tableau 3. – Types d'évaluation en santé	41
Tableau 4. – Sommaires des déterminants contextuels influençant la mise en œuvre des interventions en santé.....	53
Tableau 5. – Portrait de l'échantillon.....	66
Tableau 6. – Description sommaire des entrevues	67
Tableau 7. – Sommaire des déterminants qui peuvent influencer « la transformation de pratiques » souhaitée par le CASR.	79
Tableau 8. – Sommaire des déterminants qui peuvent influencer l'autodétermination, le pouvoir d'agir et les préjugés dans le contexte du CASR.....	80
Tableau 9. – Déterminants qui peuvent influencer l'isolement social dans un contexte éducationnel.....	81
Tableau 10. – Code des éléments du modèle de changement de l'intervention découpés.	82
Tableau 11. – Sommaire comparatif entre les déterminants du cadre conceptuel et les éléments du modèle de changement de l'intervention : volet pouvoir d'agir	83
Tableau 12. – Sommaire comparatif entre les déterminants du cadre conceptuel et les éléments du modèle de changement de l'intervention : volet autodétermination.....	84
Tableau 13. – Sommaire comparatif entre les déterminants du cadre conceptuel et les éléments du modèle de changement de l'intervention : volet réduction des préjugés et stigmas.....	85
Tableau 14. – Sommaire comparatif entre les déterminants du cadre conceptuel et les éléments du modèle de changement de l'intervention : volet bonification de son réseau et réduction d'isolement social.....	86
Tableau 15. – Sommaire comparatif entre les déterminants du cadre conceptuel et les éléments du modèle de changement de l'intervention : volet transformation des pratiques du système de santé (transformation externe)	87
Tableau 16. – Sommaire des partenaires principaux impliqués dans la deuxième phase	94
Tableau 17. – Niveau de mise en œuvre de chaque sous-dimension (16 sous-dimensions) ..	107
Tableau 18. – Évaluation du degré de mise en œuvre du modèle RC au Québec.....	108
Tableau 19. – Classification en fonction du pourcentage du niveau global de mise en œuvre de l'intervention (D%).....	108
Tableau 20. – Énumération des déterminants qui ont influencé la mise en œuvre de l'intervention.....	110
Tableau 21. – Sommaire du type d'influence des déterminants sur les composantes de la mise en œuvre.....	110
Tableau 22. – Déterminants catégorisés influençant la mise en œuvre du CASR en fonction de leur dimension.....	140

Liste des figures

Figure 1 - l'interaction des trois principes fondamentaux qui constituent les piliers du PQPTM.	19
Figure 2- Types d'analyse d'implantation	47
Figure 3- Modèle logique du recovery college du Québec	75
Figure 4 - Relation entre les déterminants trouvés et la transformation de l'intervention en fonction des phases d'implantation.....	96
Figure 5 - Évaluation du degré de la mise en œuvre du modèle (Dimension Ressources).....	105
Figure 6 - Évaluation du degré de la mise en œuvre du modèle (Dimension processus).....	106

Liste des sigles et abréviations

ACSM :	l'Association canadienne pour la santé mentale
ACSM-QC :	L'association canadienne pour la santé mentale, filiale Québec
AQRP	Association québécoise pour la réadaptation psychosociale
CASR :	Centre d'apprentissage santé et rétablissement
CEPPP :	Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public
CÉRRIS :	Centre d'études sur la réadaptation, le rétablissement et l'insertion sociale
CHIME	Connectdness, Hope and optimism, Identity, Meaning and purpose, and Empowerment
CHSLD :	Centres d'hébergement de soins de longue durée
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CNESM :	Le Centre national d'excellence en santé mentale
COVID-19 :	<i>Coronaviruse disease</i> – 2019
CP :	Communauté de pratique
CR-IUSMM	Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal
DSM-5 :	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
FEP-UDEM :	Faculté de l'éducation permanente- Université de Montréal
GMF :	Groupes de Médecine de Famille
IPS	Individual Placement and Support
IRM	Imagerie par résonance magnétique
IUSMM :	Institut Universitaire de Santé Mentale de Montréal
ML :	Modèle Logique
MSSS :	Ministère de la Santé et Service Sociaux
OMS :	Organisation mondiale de la santé
PASM	Plan d'action en santé mentale
PCC	Plan de crise conjoint
PCEIM :	Projet collectif en inclusion à Montréal
PNSP :	Programme national de santé publique
PQPTM :	Programme québécois pour les troubles mentaux
RC :	Recovery College

U D E M : Université de Montréal

UQTR : Université du Québec à Trois-Rivières

À Cibele, Cecilia et Elisa

*Merci de votre compréhension,
et de votre appui à tout moment pendant ce projet.
Je dédie ces résultats à vous, ma famille,
ma plus grande source d'inspiration et de persévérance.*

Remerciements

Ce sera très difficile de remercier tout le monde, car c'est grâce à l'aide de nombreuses personnes que j'ai pu mener cette thèse à bien. Je voudrais tout d'abord remercier grandement mon directeur de thèse, Dr Lambert Farand, pour toute son aide. Je suis privilégié d'avoir travaillé avec lui et je lui suis très reconnaissant d'avoir toujours été là pour me soutenir et me conseiller avec bienveillance avant et pendant mon parcours académique. J'ai aussi apprécié sa très grande disponibilité.

Je voudrais également remercier mon codirecteur, Dr François Champagne, pour ses idées et pour avoir su me pousser vers une réflexion approfondie des thèmes en lien avec ma thèse.

Merci aussi à Catherine Briand, ma codirectrice, qui m'a permis de réunir toutes les conditions nécessaires pour le bon déroulement de cette thèse en m'ouvrant les portes du Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement. Elle m'a énormément inspiré par son engagement soutenu envers les pratiques orientées vers le rétablissement et la lutte contre la stigmatisation des maladies mentales.

Merci à tous les membres du jury qui ont contribué à l'amélioration finale de ce travail et à tous ceux et celles qui ont contribué tout au long de mon parcours universitaire :

Dr Luc Boileau pour nos discussions et son soutien tout au long de mon programme.

Dr Robson de Oliveira pour le soutien apporté en ce qui concerne l'amélioration de ma rédaction scientifique en général.

Dr David Dawson pour son soutien amical tout au long de mon parcours à Montréal.

Je ne saurais oublier le soutien de l'équipe du CÉRRIS, des chercheurs de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, ainsi que le personnel du CASR et des organisations partenaires.

Enfin, je remercie toutes les personnes avec qui j'ai échangé des idées et des conseils pendant mes années d'études doctorales.

Chapitre 1 – Introduction

1.1 Contexte général

La santé mentale est désormais considérée une composante intrinsèque de la santé publique et a une influence considérable sur les pays et leur capital humain, social et économique (OMS, 2011). Les troubles mentaux, à leur tour, représentent un lourd fardeau, et ce, partout dans le monde (Coodin, 2001; Lesage et Émond, 2012; Lim et coll., 2008; OMS, 2013; Patel et coll., 2018; Prince et coll., 2007). Malheureusement, cette charge continue de croître et d’avoir une forte incidence sur la santé et a des conséquences majeures sur les plans social, économique et sur les droits de l’Homme dans tous les pays du monde (Patel et coll., 2018). Autrement dit, l’écart entre les besoins urgents et les ressources disponibles pour atténuer ce fardeau demeure très grand (Rajkumar, 2020). Le fardeau global des troubles mentaux est probablement sous-estimé en raison d'une évaluation inadéquate des liens entre les maladies mentales et d’autres problèmes de santé (Prince et coll., 2007). Par exemple, certains troubles mentaux augmentent le risque des maladies transmissibles, des maladies chroniques et des traumatismes (Coodin, 2001; Gilmour, 2008). Inversement, de nombreux problèmes de santé augmentent le risque de troubles mentaux (Grigsby et coll., 2002). Sur le plan économique, les répercussions entre 2010 et 2030 liés à la problématique sont estimées à 16 000 milliards de dollars US mondialement (Patel et coll., 2018). De plus, cinq sur dix des principales causes d'invalidité dans le monde résultent de troubles mentaux (dépression majeure, schizophrénie, troubles bipolaires, consommation d'alcool et troubles obsessionnels compulsifs) (Harnois et Gabriel, 2000). Malheureusement, ces données n'avaient pas encore prévu les répercussions de la pandémie mondiale de COVID-19, qui a bouleversé les systèmes de protection sociale mondiaux avec une ampleur sans précédent.

On estime à 264 millions le nombre total de personnes vivant avec des troubles anxieux dans le monde. La dépression, pour sa part, affecte 332 millions de personnes dans le monde. Elle est la deuxième cause de maladie et d'invalidité, après les maladies cardiovasculaires dans le monde (OMS, 2017)

Au Canada, plus de 6,7 millions de personnes souffrent d'une maladie mentale (Smetanin et coll., 2015). Cela représente une personne sur cinq, soit près de 19,8 % de l'ensemble de la population canadienne. Parmi celles-ci, environ un million sont des enfants ou des adolescents dont l'âge varie de 9 à 19 ans (Smetanin et coll., 2015). En effet, parmi les sept principaux problèmes de santé au Canada, les maladies mentales viennent en tête.

Concernant les coûts directs de soins en santé mentale, ils occupent aussi le troisième rang en tant que facteur contribuant au fardeau économique annuel total du système de santé (les coûts directs et indirects). Autrement dit, les répercussions sur l'économie canadienne dépassent les 50 milliards de dollars au pays (Lim et coll., 2008). De plus, au Québec, il est estimé que près de 20 % de la population souffre d'une maladie mentale, diagnostiquée ou non. Toutefois, moins de la moitié de ces personnes consulte à ce sujet (Lesage et Émond, 2012).

Il est impératif que les décideurs des systèmes de santé commencent à réfléchir à des solutions en matière de santé mentale à la fois innovantes et adaptées à la complexité du monde moderne. Par exemple, les groupes de chercheurs qui composent « *The Lancet Commission on global mental health and sustainable development* » nous donnent certaines pistes de solutions afin de réduire ce fardeau (Patel et coll., 2018). D'après ce comité de spécialistes, quatre innovations dans les interventions mondiales en santé mentale devraient être renforcées : 1) le partage des tâches d'interventions psychosociales auprès de travailleurs non spécialisés en tant que fondement du système de soins de santé mentale; 2) la coordination de cette « nouvelle organisation » avec les soins de santé primaires et spécialisés afin de parvenir à un modèle de soins équilibrés; 3)

l'adoption de plates-formes numériques pour faciliter la prestation des interventions dans l'ensemble du continuum des soins; 4) la mise en œuvre d'interventions à base communautaire pour accroître la disponibilité et la qualité des services de santé mentale (Patel et coll., 2018).

À cet égard, les pratiques orientées vers le rétablissement se propagent partout le monde comme une solution pour combler les besoins ressentis des populations en matière de santé mentale. De telles pratiques se caractérisent, entre autres, parce qu'elles : 1) reconnaissent la valeur du savoir expérientiel, des témoignages de rétablissement et du soutien par les pairs pour cultiver l'espoir; 2) sont adaptées aux besoins et aux aspirations des personnes utilisatrices de services; 3) mettent l'accent sur les forces et les ressources des personnes, celles des membres de leur entourage et de leur milieu naturel; 4) aident les personnes à faire leurs propres choix, à établir leurs priorités, à définir des stratégies personnelles et à fixer leurs propres objectifs; et 5) favorisent les solutions hors des établissements de santé, en collaboration avec les membres de l'entourage et le milieu naturel de la personne (Gouvernement du Québec, 2017).

La notion de rétablissement personnel, de son côté, contribue à un changement graduel des représentations concernant le pronostic de maladies et désigne la possibilité pour une personne de vivre une vie satisfaisante, malgré la persistance de symptômes liés à la maladie mentale. Il se fonde sur l'espoir et sur le développement de l'autodétermination et du pouvoir d'agir des personnes (Canada, 2015b). Cela dit, le rétablissement est plus à comprendre comme un processus que comme un résultat (Pachoud et coll., 2019).

Dans ce même sens, l'Organisation mondiale de la santé est claire : il faut éviter des modèles fondés uniquement sur les maladies pour privilégier des services centrés sur la personne et sa communauté. Ces services sont plus efficaces, moins coûteux et améliorent l'engagement et le pouvoir d'agir des personnes et des milieux (OMS, 2017).

Dans cette perspective, le modèle *Recovery College* représente une innovation majeure en matière de santé mentale communautaire en contribuant à l'agenda des pratiques orientées vers le rétablissement. Le modèle met en valeur, entre autres, l'importance de renforcer l'autonomie des personnes ainsi que des communautés en matière de santé mentale et de bien-être.

Un élément essentiel du modèle *Recovery College* est d'encourager « les apprenants ou participants » (et non les patients) à devenir des experts de leur propre santé mentale. Les centres RC sont conçus pour être des « centres d'apprentissage » qui utilisent une approche éducative plutôt que thérapeutique (Perkins et coll., 2018).

Ces apprenants (des personnes avec ou sans diagnostic de maladie mentale, des membres de leur entourage, des professionnels de santé, etc.) sont vus comme des acteurs impliqués dans une démarche d'auto-apprentissage (individuel et collectif), avec toute la liberté d'établir leurs parcours à partir de leurs propres besoins et objectifs. De plus, la création d'un espace inclusif et la mixité des apprenants sont des principes fondamentaux du modèle.

Les expertises et les expériences antérieures des apprenants sont traitées sur le même pied d'égalité, peu importe si la personne est atteinte ou non d'une maladie mentale. Dans une formation RC, les participants réfléchissent collectivement à leurs attitudes, leurs comportements et leurs pratiques en matière de bien-être et de santé mentale.

De nombreux travaux ont montré que les RC ont un impact positif sur trois niveaux : les apprenants de divers horizons (y compris le personnel du réseau de la santé), les services et pratiques en matière de santé mentale et la société (Bourne, Meddings, et Whittington, 2018; Crowther et coll., 2019; Meddings et coll., 2015; Toney et coll., 2018). Des résultats positifs ont été démontrés en ce qui a trait à la satisfaction et l'appréciation des apprenants à l'égard des centres d'apprentissage, l'atteinte des objectifs (p. ex. réseau social, connaissances et compétences, éducation et travail), de changements dans l'utilisation des services de soins en plus de changements dans la pratique des

prestataires de services de soins (Crowther et coll., 2019; Meddings et coll., 2015; Thériault et coll., 2020; Toney et coll., 2019).

Outre cet ensemble de preuves préliminaires, la base de preuves scientifiques pour les centres RC est en développement. Par exemple, à l'heure actuelle, aucune recherche n'examine en profondeur le rôle de l'environnement et l'impact des déterminants contextuels sur le processus de mise en œuvre de ce type d'intervention. Cette analyse s'avère très importante afin d'éviter l'erreur de type 3, soit lorsque l'échec d'un programme est attribué à ses fondements théoriques (« l'intervention ne fonctionne pas ») au lieu des problèmes associés à sa mise en œuvre (Dobson et Cook, 1980).

La plupart des travaux de recherche publiés sur le modèle RC n'ont mis l'accent que sur les effets de l'intervention, notamment chez les personnes en rétablissement qui utilisent les services de santé mentale traditionnels. De plus, il existe une lacune à propos de mécanismes par lesquels des changements et des effets se produisent dû au modèle, de même qu'en ce qui concerne les dynamiques interactives des facteurs contextuels sur la mise en œuvre dont les effets restent encore mal compris.

Dans cette perspective, cette thèse décrit et analyse le processus de mise en œuvre du Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement (CASR) implanté au Québec (modèle *Recovery College*), une stratégie innovante qui, d'après plusieurs experts, posséderait le potentiel de répondre à certains besoins des communautés en matière de santé mentale (Crowther et coll., 2019; Mead et Copeland, 2000; Meddings et coll., 2015; Perkins et coll., 2018; Price-Robertson, Obradovic, et Morgan, 2017; Thériault et coll., 2020), surtout considérant cette configuration émergente sociopolitique et culturelle du monde post-pandémie.

1.2 Questions de recherche

Cette recherche a deux objectifs généraux : (1) d'abord, évaluer le bien-fondé théorique du modèle RC implanté au Québec; (2) ensuite, effectuer l'appréciation de la transformation de la forme de l'intervention, ainsi que l'influence des déterminants contextuels d'implantation sur sa mise en œuvre. Pour ce faire, les questions de recherche dans les prochains paragraphes ont été formulées.

1.2.1 Le bien-fondé du modèle théorique

Les hypothèses sous-jacentes au modèle théorique de l'intervention sont-elles bien-fondées? Quelles sont les forces et les faiblesses de ce modèle? (Évaluation du modèle théorique de l'intervention).

1.2.2 L'analyse du modèle opérationnel

Les ressources et les activités mobilisées par le CASR afin d'atteindre ses objectifs sont-elles suffisantes et capables d'assurer sa pérennité? (Évaluation du modèle opérationnel de l'intervention).

1.2.3 La transformation de la forme de l'intervention

Comment l'intervention s'est-elle transformée au cours de sa mise en œuvre en fonction de l'influence des déterminants contextuels de son environnement ?

1.2.4 L'influence des déterminants sur la mise en œuvre

Comment pouvons-nous expliquer l'écart entre l'intervention qui a été planifiée et celle qui a été implantée ?

Chapitre 2 – État des connaissances

2.1 L'évolution de la maladie mentale et de la santé mentale

À l'instar des autres maladies, l'ensemble des connaissances scientifiques sur les maladies mentales, les valeurs socioculturelles et les développements économiques ont de l'influence sur la considération, la prise en charge et l'organisation de système de services des soins (Fleury et Grenier, 2004). De même les personnes atteintes de problèmes de santé mentale ont connu plusieurs qualifications, selon les différentes époques. En partant de « malade de l'âme » ou « fou », en passant par « aliéné » ou « malade mental » à « patient », « usager », « utilisateur de services », « client » ou « bénéficiaire » (Fleury et Grenier, 2004; Foerschner, 2010).

La période mystico-religieuse

Le traitement des troubles mentaux a connu une évolution contextuelle au fil du temps en fonction des paramètres précités. Vers les années 100, les « fous » étaient traités par des méthodes tortureuses, dont la flagellation, les jeunes et les douches froides (Lesage et Émond, 2013). Peu avant le début de la rationalisation des maladies mentales, les perspectives de traitement étaient tournées vers des pratiques superstitieuses ou religieuses, voire « l'exorcisme ». À cette époque, il n'y avait pas d'asiles ni d'hôpitaux psychiatriques. Les personnes atteintes de troubles mentaux restaient dans la communauté au sein de leurs familles. Alors que la considération des perturbations de l'état de santé mentale dans la perception communautaire était encore dominée par la pensée religieuse ou mystique (Charbonneau-Desfossés, 2016; Lesage et Émond, 2013).

Le début scientifique

C'est aussi au cours de l'antiquité que parallèlement débute la rationalisation des maladies et des traitements (Fleury et Grenier, 2004). Plusieurs hypothèses sont émises pour expliquer la survenue des troubles mentaux. Certains pionniers de ce courant de pensée considèrent que les troubles mentaux résultent de certaines maladies ou d'une perturbation sociale. Hippocrate fut parmi les premiers à établir une relation thérapeutique entre la survenue des maladies mentales chez une personne et les modifications environnementales ou professionnelles. Plus tard, certaines maladies comme le myxœdème seront liées aux troubles mentaux. (Fleury et Grenier, 2004; Foerschner, 2010; Parsons, 2018)

La formule asilaire

Au Moyen Âge, très peu d'avancées scientifiques sont réalisées dans le domaine des traitements des troubles mentaux. La perception des troubles mentaux est toujours magico-religieuse. L'église garde encore le monopole des directives dans la société, les médecins ne veulent donc pas entrer en contradiction avec l'église. Les 11^e et 12^e siècles sont dominés par la philanthropie et la bienveillance. Ce contexte favorise la création des premiers hôpitaux partout en Europe. Ces hôpitaux devaient recueillir les indigents et les insensés. Les personnes malades qui représentent un danger pour la société sont emprisonnées ou placées dans les hôpitaux. On rapporte que le premier asile de fous a vu le jour à Bagdad au 8^e siècle, alors que le premier en Europe est l'Hôpital royal de Bethléem, érigé en 1247 dans une banlieue de Londres. Il s'agit à l'époque d'un entrepôt pour les fous. Les fous sont enchaînés aux murs ou enfermés dans des cases (Lesage et Émond, 2013).

De manière paradoxale, l'évolution de la médecine scientifique ou rationnelle a renforcé l'isolation ou le confinement asilaire. Entre le 18^e et le 19^e siècle, les traitements des troubles mentaux sont de plus en plus basés sur des théories biologiques, cela fait suite au développement en occident de

la perception médicale rationnelle. Celle-ci établit des liens entre les perturbations mentales et les maladies. De plus, les succès financés des premières institutions asilaires et la légitimation de ces traitements par le pouvoir public accroissent le financement étatique en faveur de la prise en charge des troubles mentaux. Plusieurs institutions asilaires furent ainsi créées. Cependant, la gestion de ces institutions, leurs organisations, les types des traitements et les méthodes utilisées ont détérioré leur réputation. On reproche aux asiles d'appliquer un traitement non basé sur les évidences scientifiques, alors que des progrès dans le domaine des troubles mentaux sont en cours. Les thérapies administrées sont pour la plupart cruelles et inhumaines. De plus, l'isolement indéterminé de la société est désormais une option thérapeutique remise en cause (Charbonneau-Desfossés, 2016; Lesage et Émond, 2013).

Les aliénistes

Selon Pinel (1801), un des précurseurs de ce mouvement en Europe, la maladie mentale n'est pas d'origine organique et n'atteint pas l'entièreté des entités d'une personne. Certaines facultés en sont épargnées dont l'intellect et la morale. Partant de ce postulat, il estime qu'une thérapeutique nosologique devrait créer le lien entre les facultés saines et l'environnement. Étant donné que les troubles mentaux sont les résultats des mauvaises habitudes environnementales, le changement du milieu environnemental est indispensable pour rétablir l'équilibre perdu (Pinel, 1801). Il est donc impératif d'isoler le malade de son milieu habituel pendant son traitement. Toutefois, cet isolement peut se faire en dehors d'un asile. Ainsi le praticien peut, en s'appuyant sur la partie non aliénée du malade, pratiquer un traitement moral, par opposition au traitement physique de l'aliénation pratiqué dans le milieu asilaire. Plusieurs hôpitaux et systèmes de soins sont mis en place partout en Europe et en Amérique du Nord pour desservir les populations, même dans les contrées les plus reculées. Tandis que les responsables des institutions s'enrichissaient encore plus, les psychiatres n'avaient pas encore assez d'arguments pour asseoir leurs théories. L'isolement systématique et

les méthodes asilaires condamnés étaient encore en application. Les patients étaient encore stigmatisés et persécutés (Fleury et Grenier, 2004; Foerschner, 2010).

La désinstitutionnalisation

Vers la deuxième moitié du 20^e siècle, la politique de désinstitutionnalisation des hôpitaux publics est soutenue par le mouvement des droits civiques en vogue. Cela provoque le passage d'un paradigme des soins de santé mentale basé sur un modèle de confinement asilaire à un paradigme basé sur un ensemble des réseaux de services communautaires. L'objectif est de passer de la gestion médicale et sociale d'une tranche de la population marginalisée aux soins médicaux et psychologiques spécialisés de l'ensemble de la population. Dans ce contexte, plusieurs griefs ont motivé cette approche de retour à la communauté à savoir : l'installation des services communautaires de soins diversifiés; la détérioration du système des hôpitaux asilaires; l'élargissement d'horizons de la psychiatrie; les nouvelles conceptions sur les pratiques communautaires en santé mentale; le problème de la prise en charge des maladies mentales graves; et l'espoir suscité par l'émergence de la psychopharmacologie moderne (Fleury et Grenier, 2004). L'enrichissement de la psychopharmacologie constitue une avancée scientifique décisive vers la désinstitutionnalisation des troubles mentaux. Grâce à l'arrivée des médicaments psychoactifs, les personnes atteintes de maladies mentales seront désormais traitées par des médicaments, peu importe l'endroit. Il s'agissait là d'un coup dur pour le système de soins de santé mentale. Plusieurs malades sont sortis des hôpitaux pour suivre les soins en ambulatoire. En revanche, cette médication a rendu la plupart de ces malades mentaux dépendants. Certains étaient incapables de vivre de façon autonome en société. Les médicaments n'ont pas amélioré la santé de tous les patients. Plusieurs hôpitaux ayant fermé, des personnes atteintes de maladies mentales graves deviennent des sans-abris et les prisons se transforment en nouveaux asiles (Fleury et Grenier, 2004; Wallot, 1988).

Pour faire face à l'augmentation des itinérants et pour offrir une prise en charge des maladies mentales chroniques (graves), le système de santé propose des services communautaires des soins similaires à l'hébergement de longue durée des personnes atteintes de maladies mentales, proposé par le système de soins de santé avant la désinstitutionnalisation. Il s'agit de maisons de soins infirmiers, les hôpitaux de jour, les programmes de traitement de jour et les ateliers protégés.

Malgré l'existence de ces établissements communautaires, certaines personnes ou familles refusent de s'y rendre en optant pour la médication parce que les personnes qui souffrent de troubles mentaux sont stigmatisées par la communauté. De plus, ces nouveaux établissements ont reproduit en général les méthodes décriées dans la formule asilaire (Bonnemain, 1984; Fleury et Grenier, 2004; Foerschner, 2010).

De l'ère de la psychopharmacologie à la neurotechnologie.

Le terme psychopharmacologie a été suggéré pour la première fois en 1548. Il s'agissait d'un terme de la Renaissance utilisé par Reinhard Lorichius dans son « *Psychopharmakon, hoc est Medicina animae* ». Près de 400 ans plus tard, en 1920, nous trouvons la première utilisation du terme « psychopharmacologie » par D. Macht (Lehmann, 1993).

Au milieu du siècle dernier, une combinaison de circonstances favorables et d'observation rigoureuse a conduit à la découverte de plusieurs nouvelles classes d'agents psychotropes, dont les antidépresseurs et les antipsychotiques. Ils ont transformé la psychiatrie et amélioré la vie de millions de personnes (Nesse et Stein, 2019).

Des recherches neurochimiques sur les mécanismes d'action cérébrale ont conduit à l'introduction d'autres agents dotés de mécanismes apparentés. Ces études, associées à de nouvelles méthodes remarquables dans le domaine des neurosciences, ont favorisé la découverte des mécanismes cérébraux à l'origine de plusieurs troubles psychiatriques, et ces découvertes permettraient de

définir objectivement les diagnostics, de mettre au point de nouveaux médicaments et d'améliorer les résultats cliniques (Nesse et Stein, 2019).

Au début du 20^e siècle, la recherche fondamentale sur les troubles psychiatriques s'est concentrée sur le cerveau post-mortem, à la recherche de différences anatomiques associées à ces troubles. En dépit des contributions des neurosciences et de la psychopharmacologie, avec de rares exceptions, les diagnostics du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5), n'ont pas été validés par des tests biologiques. Il est rare de trouver des « lésions » cérébrales spécifiques qui expliquent, en sa totalité, les principaux troubles psychiatriques (Weinberger et Radulescu, 2016). Alors que nous entrons dans le 21^e siècle avec de nouvelles technologies et des découvertes exceptionnelles sur les troubles psychiatriques, la communauté scientifique assiste à une renaissance des études neuroanatomiques basées non pas sur le cerveau post-mortem, mais sur le cerveau vivant, grâce à l'utilisation généralisée de l'IRM et d'autres technologies (Weinberger et Radulescu, 2016). Enfin, une révolution est en cours, notamment avec l'application des technologies douées d'intelligence artificielle et capables d'analyser de grandes bases de données et construire des modèles prédictifs englobant le diagnostic de troubles mentaux, l'analyse des émotions et des humeurs humaines.

Le modèle de deux continuums en santé mentale

Une importante contribution du courant de « la désinstitutionalisation » a été la conception du modèle à « deux continuums » en santé mentale (Uphill, Sly, et Swain, 2016). Selon cette perspective, la santé mentale est considérée comme un concept positif distinct de la maladie mentale et de la psychopathologie. Autrement dit, la santé mentale découlerait d'une combinaison de facteurs biologiques, culturels et contextuels (vision holistique) plutôt qu'un phénomène binaire, ce qui veut dire que même si la personne est atteinte d'une maladie mentale, elle pourrait connaître un bon état de santé mentale. Dans le même sens, il est possible d'avoir une santé mentale fragile

ou faible sans pour autant être atteint d'une maladie mentale (Aguerre, 2017; Uphill, Sly et Swaine, 2016; Weiss, Westerhof, et Bohlmeijer, 2016).

En plus, au cours des dernières années, il y a eu un intérêt croissant pour étudier le bien-être et sa relation avec la santé physique et mentale, ainsi que l'identification des déterminants sociaux en santé susceptibles de promouvoir le bien-être des communautés. À ce propos, de plus en plus d'études mettent l'accent sur l'importance du bien-être auprès des perspectives des patients et des usagers des systèmes de santé (Franken et coll., 2018). De plus, plusieurs méta-analyses ont montré qu'il est possible de promouvoir le bien-être chez les populations à partir des interventions de santé publique à l'échelle populationnelle et communautaire (Aguerre, 2017; Weiss, Westerhof, et Bohlmeijer, 2016).

2.2 La santé mentale au Québec

2.2.1 L'évolution de la santé mentale au Québec

Au Québec, l'évolution est similaire à celle des grandes villes du monde. Avant l'instauration de la formule asilaire, les personnes présentant des troubles mentaux vivaient dans la communauté dans laquelle prédominaient les considérations religieuses. Vers la fin du 17^e siècle, pendant la colonisation, les personnes qui présentaient des crises de courte durée étaient internées dans un des hôpitaux Hôtel-Dieu. Hormis la prison, des loges en bois et des cloisons étaient érigées dans l'Hôpital général de Québec ou de Montréal pour accueillir des personnes atteintes des troubles mentaux qui représentaient un danger pour leurs familles ou la société (Charbonneau-Desfossés, 2016; Lesage et Émond, 2013; Wallot, 1988).

Les institutions asilaires

Le Québec également, fut influencé par le vent des constrictions philanthropiques des institutions de confinement. La plupart des institutions asilaires au Québec étaient des structures privées alors que les subventions pour leurs fonctionnements venaient essentiellement du pouvoir public. Le financement se fait par le système de l'affermage selon lequel l'état déverse, auprès de chaque institution asilaire, une pension annuelle pour chaque personne hébergée. Néanmoins, l'état s'arroge le rôle d'inspecteur pour garder le contrôle de ces institutions. Les premiers asiles temporaires et permanents au Québec ont vu le jour entre 1839 et 1845. Il s'agit respectivement de la prison de Montréal et de l'asile de Beauport (Charbonneau-Desfossés, 2016; Wallot, 1979).

La crise asilaire

Les critiques de l'aliéniste anglais Daniel Hack Tuke lors de son arrivée en 1883 au Québec, aggravent la polémique entretenue entre la communauté anglo-protestante et les francophones catholiques. Ces derniers étant propriétaires de la plupart des asiles québécois, il leur est reproché plusieurs griefs dont les caractères inhumains des méthodes de détentions utilisées, la mauvaise gestion et surtout de privilégier le profit lucratif en défaveur de la qualité des soins. En 1885, le gouvernement décide dans le rapport Ross de mettre en place dans les asiles un comité directeur piloté par un surintendant médical chargé de valider l'admission et la sortie des malades de l'asile. La contestation par les propriétaires d'asiles de cette décision gouvernementale aggrave la situation (Charbonneau-Desfossés, 2016; Lesage et Émond, 2013; Wallot, 1988).

La crise d'asiles a pris fin en 1890, grâce à l'adoption d'un compromis entre le gouvernement et les propriétaires d'asiles. D'une part, le système de l'affermage est maintenu en faveur des institutions asilaires, pendant que leur gestion est transférée à la communauté religieuse. D'autre part, les propriétaires reconnaissent le rôle du surintendant médical nommé par le gouvernement. Ce climat a favorisé la construction de plusieurs hôpitaux au Québec (Bonnemain, 1984; Fleury et Grenier, 2004; Parsons, 2018).

L'évolution de la psychiatrie et la déinstitutionnalisation

Autour de 1948, le Canada envoie en spécialisation psychiatrique, plusieurs jeunes médecins aux États-Unis et en Europe. Au même moment, dans les institutions asilaires plusieurs expériences de décloisonnement sont tentées. Une dynamique propose de tenter l'expérience des services des soins communautaires. Vers 1950, il s'est constitué deux pôles dans la prise en charge des maladies mentales au Québec. Le premier constitué des francophones, qui érigent davantage des institutions asilaires sans services psychiatriques en dépit de l'influence du nombre des médecins spécialistes en psychiatrie et des traitements pharmaco-psychiatriques en vogue. Le second, constitué des Anglais, qui s'ouvrent de plus en plus aux options thérapeutiques (la psychiatrie) ayant tendance à la réinsertion des personnes dans la société surtout grâce aux antipsychotiques. Vers le début du 20^e siècle, les institutions francophones se remplissent jusqu'à ce que les soins en pâtissent (Bonnemain, 1984; Charbonneau-Desfossés, 2016; Fleury et Grenier, 2004).

Les professions au sein des institutions asilaires se structurent de plus en plus et les connaissances autour des maladies mentales se développent davantage. Les écoles de formation des infirmiers et des paramédicaux sont mises en place. En externe, la nomination des structures d'encadrement, dont le directeur des asiles et des institutions d'assistance, ainsi que l'accélération du mouvement des spécialisations en traitement des maladies mentales, remettent en cause certaines pratiques asilaires. Les premières cliniques spécialisées pour les alcooliques et les toxicomanes sont mises en place au Québec. Une clinique spécialisée et une école pour enfants déficients voient également le jour à Montréal. Le champ asilaire est alors réduit. Seules des personnes avec des maladies graves restent dans l'asile (Charbonneau-Desfossés, 2016; Foerschner, 2010; Yohanna, 2013)

La commission Bédard et la désinstitutionnalisation

La commission Bédard est mise en place en 1962, pour donner suite aux dénonciations des abus perpétrés dans les milieux asilaires. Soutenu par le collectif des médecins-psychiatres, la

publication de son rapport fut un tournant majeur pour les institutions asilaires dont il confirme les dysfonctionnements. Ce rapport recommande l'humanisation des institutions asilaires, la fin du système de l'affermage, l'amélioration des traitements psychiatriques, la hiérarchisation ou la structuration du système des soins de santé mentale et le financement des hôpitaux psychiatriques à l'instar des hôpitaux généraux. À la suite de ce rapport, les religieux sont encore plus mis à l'écart de la gestion des hôpitaux. De plus, des services de soins de santé mentale sont de plus en plus créés dans la communauté. Ces hôpitaux sont structurés et desservent une zone précise de manière à constituer un réseau. Mais comme ailleurs, cette désinstitutionnalisation a causé une augmentation du nombre des itinérants faute d'établissements de soins de longue durée destinés à accueillir des personnes souffrant des troubles mentaux graves (Bonnemain, 1984; Charbonneau-Desfossés, 2016; Dorvil, 2005; Foerschner, 2010; Yohanna, 2013).

C'est dans ce contexte qu'entre 1970 et 1980, la réforme Castonguay-Nepveu s'inscrit dans la logique de poursuivre les réformes autrefois entreprises. Désormais les structures des soins communautaires sont hiérarchisées en services de base et services spécialisés. Le financement de ces structures est assuré par un financement budgétaire global (Fleury et Grenier, 2004). De 1980 à nos jours, il s'en est suivi différentes réformes et implantations des Politiques de santé mentale. En somme, depuis le changement de paradigme, le but poursuivi par le système de santé est le renforcement du réseau des soins de santé existant pour améliorer la prise en charge des maladies mentales et le bien-être des personnes qui en souffrent, en luttant contre la stigmatisation et en favorisant leur réinsertion dans leur milieu social (Dorvil, 2005; Lesage et Émond, 2013; Yohanna, 2013).

2.2.2 Le réseau de santé et des services sociaux

Le Québec possède un système de santé universel avant-gardiste sur le plan mondial en matière d'organisation de services et systèmes de soins, ayant effectué plusieurs réformes au fil des années avec l'objectif de s'adapter aux défis émergents et à la transition démographique de la province.

Le système de santé et de services sociaux, influencé par des mouvements des droits de l'Homme, a été institué en 1971 à la suite de l'adoption de la première Loi sur les services de santé et les services sociaux par l'Assemblée nationale du Québec; cela était le début d'un système de santé universel et gratuit, sans égard au revenu ou au statut social des citoyens. Depuis cette époque, le système a passé par de nombreuses réformes afin d'élargir, d'améliorer ou d'optimiser les services offerts à la population.

Le financement des services de santé et des services sociaux du Québec repose essentiellement sur les impôts des contribuables dans un système public gratuit pour tous, mais aussi sur d'autres sources de revenus, telles que les contributions des adultes hébergés en CHSLD et les primes d'assurance du régime public d'assurance médicaments.

Selon le recensement de 2019, la province compte approximativement 8,4 millions d'habitants. En 2018, le réseau de la santé et des services sociaux comptait 141 établissements : 51 étaient publics et 90 privés. Ces établissements gèrent 1 650 installations ou lieux physiques où sont offerts des soins de santé et des services sociaux à la population de la province. En 2018, les dépenses totales (publiques et privées) de santé au Québec par habitant sont évaluées à 6 749 \$, ce qui constitue 13,2 % du PIB. De plus, la proportion des dépenses publiques par rapport aux dépenses totales de santé est d'environ 70 % (Smetanin et coll., 2015).

La Loi sur la santé publique du Québec (Gouvernement du Québec, 2001) accorde une place centrale aux fonctions de prévention et de promotion de la santé. Cette législation entame des

conditions favorables à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population en général. C'est dans cette loi que l'élaboration d'un programme national de santé publique (PNSP) est prévue. À cet égard, le PNSP de 2015-2020 définit l'offre de services de santé publique qui est déployée par le réseau de la santé et des services sociaux, afin de maintenir et d'améliorer la santé de la population ainsi qu'à réduire les inégalités sociales de santé. Le programme est divisé selon les axes suivants :

- Axe transversal : la surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses déterminants
- Axe d'intervention 1 : le développement global des enfants et des jeunes
- Axe d'intervention 2 : l'adoption de modes de vie et la création d'environnements sains et sécuritaires
- Axe d'intervention 3 : la prévention des maladies infectieuses
- Axe d'intervention 4 : la gestion des risques et des menaces pour la santé et la préparation aux urgences sanitaires

En ce qui concerne la santé mentale, le Québec a un programme prioritaire en vigueur : *Le Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie* (PQPTM). Selon le Ministère de la Santé et Service sociaux (MSSS), le programme s'inscrit dans une vision de l'accès à des services de santé mentale au Québec **par étape** intégrant l'ensemble du continuum des soins et services, incluant les groupes de médecine de famille (GMF) et les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux. La visée est que chaque personne qui présente des symptômes relatifs à un trouble mental reçoive un service adapté à ses besoins, au moment opportun et offert par une personne habilitée.

De plus, le plan d'action en santé mentale (PASM) 2015-2020 s'articule autour de quatre orientations : 1) promouvoir la primauté de la personne et le plein exercice de sa citoyenneté; 2) assurer des soins et des services adaptés aux jeunes, de la naissance à l'âge adulte; 3) favoriser des

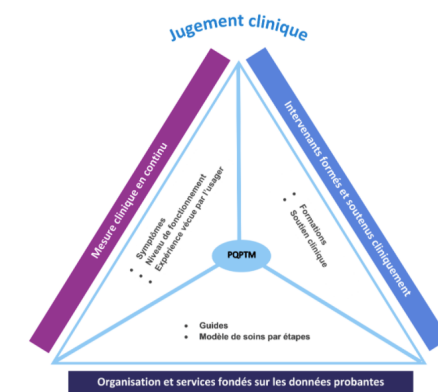
pratiques cliniques et de gestion qui améliorent l'expérience de soins; 4) assurer la performance et l'amélioration continue des soins et des services en santé mentale.

De façon générale, l'accès à la trajectoire de soins et services du PQPTM pour une personne qui présente des symptômes d'un trouble mental s'amorce généralement auprès des services sociaux généraux, comme les GMF et les équipes de santé mentale de proximité. Les personnes présentant des situations plus complexes sont orientées vers les étapes supérieures du modèle de soins par étape, vers des services spécialisés. Finalement, les personnes présentant des situations complexes ou demandant une plus grande intensité de services sont dirigées vers les services surspécialisés.

Le PQPTM adopte trois principes fondamentaux qui constituent les piliers du programme :

1. Organisation et services fondés sur les données probantes
2. Mesure clinique en continu
3. Intervenants formés et soutenus cliniquement

Figure 1 - l'interaction des trois principes fondamentaux qui constituent les piliers du PQPTM.



Source : *Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie (PQPTM)*

2.2.3 Le virage du Canada et du Québec vers des pratiques axées sur le rétablissement

Depuis la publication du rapport de la Commission Kirby en 2006 (Kirby et Keon, 2006), le Canada a expérimenté une série de transformations en ce qui concerne ses politiques de santé mentale. Le rapport a identifié trois piliers pour un système de santé mentale axé sur le rétablissement au Canada : le choix, la communauté et l'intégration des services (Piat et Sabetti, 2012).

À la suite de ce rapport, une Commission a été créée en 2007 pour promouvoir une stratégie nationale en matière de santé mentale et pour faciliter une réforme majeure des politiques et services provinciaux dans ce domaine. Le rapport de cette commission élargit le concept de santé mentale et établit sept (7) objectifs prioritaires pour orienter les politiques ainsi que les services du secteur dans tout le pays avec une forte influence du paradigme du rétablissement (Mental Health Commission of Canada, 2009).

En 2012, la Commission de la santé mentale du Canada publie le rapport « *Changing directions, changing lives: the mental health strategy for Canada* ». La publication de ce document représente la concrétisation d'un des éléments clés du mandat qui a été confié à la Commission de la santé mentale du Canada par le gouvernement du Canada en 2007, représentant un jalon important dans le virage canadien vers des pratiques axées sur le rétablissement (Mental Health Commission of Canada, 2012).

Finalement en 2016, la même commission publie « *Advancing the Mental Health Strategy for Canada: A Framework for Action* ». Le cadre proposé se compose de quatre piliers clés : 1) le leadership et le financement; 2) la promotion et la prévention; 3) l'accès et les services; 4) les données et la recherche. En plus, la stratégie comprend des recommandations qui renforcent la capacité des personnes ayant une expérience vécue à participer de manière significative à la prise

de décision en matière de santé mentale, ainsi qu'à encourager la voix collective des personnes vivant avec des troubles de santé mentale, aux échelles locale, régionale et nationale (Mental Health Commission of Canada, 2016).

Le rétablissement est le principe directeur central des politiques de cinq provinces : Nouveau-Brunswick, Manitoba, Terre-Neuve-et-Labrador, Île-du-Prince-Édouard et Québec, tandis qu'une perspective de santé populationnelle et de bien-être guide les politiques de l'Ontario, de la Colombie-Britannique, de la Nouvelle-Écosse et de l'Alberta (Piat et Sabetti, 2012).

Selon Piat et Sabetti (2012), les cinq provinces qui ont le rétablissement comme principe directeur partagent quatre éléments en commun : 1) un large consensus sur le rétablissement en tant que catalyseur de la transformation du système; 2) la présence de champions du rétablissement parmi les dirigeants de haut niveau dans le domaine de la santé mentale; 3) un engagement fort envers le soutien par les pairs et d'autres activités dirigées par les usagers; 4) des liens entre le rétablissement et la justice sociale pour les personnes ayant un savoir expérientiel.

Au Québec, le MSSS du Québec fait de la santé mentale une priorité depuis 2005. Le Plan d'action en santé mentale 2015-2020 (MSSS, 2015) s'inscrit en continuité avec le PASM 2005-2010 qui visait à doter le Québec d'un système efficace de santé mentale en reconnaissant le rôle des usagers. Le PASM 2015-2020 fait ressortir trois (3) valeurs et cinq (5) principes en lien avec le paradigme du rétablissement. Les trois (3) valeurs sont : 1) la primauté de la personne; 2) le partenariat avec les membres de l'entourage; 3) le partage des responsabilités. Les principes directeurs, à leur tour, sont : 1) les soins et les services orientés vers le rétablissement; 2) les soins et les services diversifiés et offerts en temps opportun; 3) la prestation des soins et des services fondée sur des pratiques collaboratives; 4) les pratiques organisationnelles et cliniques visant à une amélioration de la performance du continuum de services de santé mentale; 5) les pratiques organisationnelles et cliniques orientées vers une démarche d'amélioration continue.

La primauté de la personne est un concept qui vise à considérer le point de vue et les capacités de la personne, tout en favorisant sa participation et celle de son entourage dans toutes les étapes de son « processus de rétablissement », et ce, en tenant compte de tous ses besoins. De plus, ce principe invite tous les établissements du réseau de la santé à transformer leur offre de soins et services en implantant une approche axée vers le rétablissement.

D'ailleurs, un autre facteur qui catalyse ce virage vers des pratiques axées sur le rétablissement au Québec correspond au concept émergent de « patient partenaire ». Développé à Montréal et diffusé depuis 2011, la perspective du partenariat patient propose de considérer le patient à la fois comme un « expert » en matière de soins, à partir de la valorisation de son savoir expérientiel, et un membre (partenaire) de l'équipe de soins et de recherche (Pomey et coll., 2015). Autrement dit, cette philosophie innovante lie les patients et les professionnels ou chercheurs de la santé dans le cadre du processus de soins et de services sociaux.

Enfin, le Canada a fait des progrès importants au fil des ans dans ses politiques prioritaires qui soulignent l'importance du paradigme du rétablissement, figurant parmi les pays du monde qui contribuent le plus au développement de ce paradigme sur le plan scientifique, politique et social. C'est dans ce contexte qu'émerge le modèle *Recovery College* du Québec, fortement inspiré de ce paradigme.

2.3 Le rétablissement

2.3.1 Le concept de rétablissement

Il existe plusieurs définitions du concept de rétablissement en santé mentale. Néanmoins, ce concept (vu également comme un paradigme en santé mentale) prône le principe selon lequel une personne peut retrouver une vie « normale » ou satisfaisante sans rémission totale d'un trouble de santé mentale. À l'opposé, d'autres paradigmes qui imposent des restrictions sociétales

considérables aux personnes ayant des problèmes de santé mentale, le paradigme du rétablissement considère que ces personnes peuvent mener une vie productive, intégrée et satisfaisante dans la société (Commission de la santé mentale du Canada 2015a; Deegan, 1996; Martin-Bluteau, 2020; Pelletier, Rioux et Davidson, 2018).

Le concept de rétablissement personnel est, par conséquent, différent du concept classique de guérison. Cette dernière évoque une rémission temporaire ou définitive des symptômes, alors que dans le concept de rétablissement personnel, la rémission complète n'est pas une condition « *sine qua non* » pour la socialisation. Ainsi, le rétablissement serait une vision holistique des personnes atteintes des maladies mentales. Il appréhende les individus sur toutes ses facettes. Le rétablissement ne se focalise pas sur les symptômes que présentent les individus. Il procure à ces individus l'espoir de continuer de vivre selon leurs propres critères malgré la persistance des symptômes (Newman-Taylor et coll., 2016; Parsons, 2018; Pelletier, Rioux et Davidson, 2018; Shepherd, Boardman, et Burns, 2010).

Cette approche constitue un « processus » (un voyage) et non une finalité (Deegan, 1996). Les personnes impliquées ne doivent pas nécessairement recouvrer leur état d'avant l'apparition des symptômes. Ce cheminement vers l'insertion communautaire de la personne atteinte de troubles mentaux est unique pour chaque personne. Par conséquent, il faut comprendre chaque personne dans le contexte de sa vie pour être en mesure de favoriser son rétablissement. Au Canada, de plus en plus des personnes atteintes des maladies mentales, leur entourage et les professionnels de santé considèrent que le rétablissement est un facteur favorisant l'amélioration de la qualité de vie (Newman-Taylor et coll., 2016; Pelletier, Rioux et Davidson, 2018; White et Finch, 2006).

2.3.2 Les facteurs facilitant le rétablissement personnel : les services axés vers le rétablissement personnel

Plusieurs facteurs influencent le rétablissement personnel en santé mentale. Il s'agit principalement de l'individu lui-même, de la famille ou son entourage direct, le contexte culturel, économique, spirituel et communautaire et l'organisation du système de santé (Commission de la santé mentale du Canada, 2015a; Pelletier, Rioux et Davidson, 2018; Perkins, Rinaldi, et Brown, 2012).

Le rétablissement personnel en santé mentale est relatif à l'individu concerné par les troubles de santé mentale. Étant donné que chaque individu est unique biologiquement et psychologiquement, son cheminement ou « son voyage » vers le rétablissement est particulier. Ce qui explique que le mode, les méthodes et la réussite du rétablissement soient des processus dynamiques (Aguerre, 2017; Pelletier, Rioux et Davidson, 2018).

L'adoption dans le système de santé, des mesures spécifiques en rapport avec le rétablissement, auraient une influence capitale. En effet, l'application de cette approche est beaucoup plus facile dans un système de santé mentale orienté vers des méthodes et des pratiques compatibles avec les principes de rétablissement à tous les niveaux notamment la santé publique, les soins primaires, les soins spécialisés et les services sociaux (Martin-Bluteau, 2020). Dans ce contexte, les institutions sanitaires, les établissements, les gestionnaires, les professionnels de la santé faciliteraient sa mise en place (Latimer et Rabouin, 2011).

Pour ce faire, les organisations de santé devraient repenser la prestation de services par le biais d'embauche de pairs-aidants, lutter explicitement contre la stigmatisation, appliquer des principes d'employeurs exemplaires, diriger en priorité vers des services hors des services médicaux, aller vers des solutions dans le milieu de vie, et former du personnel dans les services axés vers le rétablissement.

Le succès du rétablissement est aussi influencé par l'entourage direct et indirect de l'individu. En réalité, le processus de rétablissement se déroule dans la communauté. Les attitudes des personnes qui entourent les individus atteints de troubles de santé mentale à savoir, la famille restreinte ou élargie, les amis, les voisins, les collègues jouent un rôle important dans le rétablissement (Aguerre, 2017; Commission de la santé mentale du Canada, 2015a; Pelletier, Rioux et Davidson, 2018; White et Finch, 2006).

2.3.3 Les pratiques ou interventions axées sur le rétablissement

Les interventions axées sur le rétablissement cherchent à mettre en place des structures et des méthodes qui facilitent le parcours de rétablissement des individus, adaptée aux besoins réels des usagers (Latimer et Rabouin, 2011; Pachoud et coll., 2019). Elles orientent les activités sur l'expérience de la personne et sur son cheminement vers une vie qu'elle considère comme satisfaisante et épanouissante, malgré la maladie mentale et la persistance des symptômes (Commission de la santé mentale du Canada, 2015a; Pelletier, Rioux et Davidson, 2018; Perkins et coll., 2012). Voici quelques exemples d'interventions, pratiques ou méthodes axées sur le rétablissement.

Le modèle des forces

Le modèle des forces est un ensemble des méthodes et pratiques initié au Kansas et actuellement répandu dans le domaine de la santé mentale (Latimer et Rabouin, 2011). En effet, c'est une approche de rétablissement qui centre la prestation de services vers les buts fixés pour chaque individu concerné (Bellier-Teichmann, Fusi, et Pomini, 2017). Elle aide ces personnes à découvrir et à définir les objectifs à atteindre. Ce modèle s'articule autour de six (6) principes : 1) la thérapie est centrée sur les forces individuelles et non sur les faiblesses et la pathologie; 2) la communauté doit être considérée comme une « oasis » des ressources pour la personne; 3) la personne est au

centre du processus d'aide et tous les services sont orientés vers elle; 4) le lien établi entre la personne et son intervenant se base sur la confiance et l'autonomisation; 5) l'intervention se déroule dans la communauté; 6) toute personne est capable de se rétablir et de transformer sa vie (Commission de la santé mentale du Canada, 2015a; Latimer et Rabouin, 2011; Rapp et Goscha, 2006).

Le plan de rétablissement et le plan d'intervention axé sur le rétablissement

Le plan de rétablissement est un outil personnel qui sert de guide pour le processus de rétablissement et de bien-être d'une personne (Briand et Bédard, 2019). Il est établi en fonction d'un profil de processus personnalisé. La personne concernée est à la base de sa mise en place. De plus, elle peut choisir de faire intervenir un intervenant ou une tierce personne. Ce plan est différent du plan d'intervention axé sur le rétablissement (Briand et Bédard, 2019). Ce dernier est un outil élaboré par la personne concernée et son intervenant. Il regroupe les actions basées sur le rétablissement, le service et les interventions utiles pour soutenir des personnes ayant des difficultés d'adaptation (Provencher et Keyes, 2010). Le plan de rétablissement contient plusieurs éléments dont : -les buts, les objectifs, les priorités de la personne; -les forces et ressources de la personne; -les activités quotidiennes qui lui permettent de rester bien; -les signes de rechute; -les volontés, stratégies utilisées et ressources qu'elle souhaite mobiliser en situation de crise; -les personnes significatives de son entourage (Briand et Bédard, 2019; Commission de la santé mentale du Canada, 2015a; Provencher et Keyes, 2010).

La prise de décision partagée

La prise de décision partagée est une approche dans laquelle le professionnel de la santé travaille avec l'utilisateur en lui apportant toutes les informations nécessaires devant lui permettre de prendre une décision éclairée et fondée sur ses valeurs (Ferrari et coll., 2018). Cette approche est pertinente dans le dépistage ou dans la prise en charge d'une affection dont les préjudices et les bénéfices sont

difficiles à départager (Jacquat et Kilchoer, 2020). Ce modèle est basé sur les principes de communication entre le professionnel de santé mentale et l'utilisateur. Les informations apportées par le praticien tiennent compte des données probantes et des pratiques exemplaires. Elles considèrent également des valeurs et des croyances de la personne. Le praticien doit accompagner l'utilisateur dans sa prise de décision et non décider à sa place (Commission de la santé mentale du Canada, 2015a; Ferrari et coll., 2018; Jacquat et Kilchoer, 2020).

Le plan de crise conjoint (PCC)

Le plan de crise conjoint est une approche par laquelle la personne atteinte de maladie mentale élabore une démarche avec le concours de professionnels de la santé et quelquefois d'un proche (Bartolomei et coll., 2012). Le PCC découle d'un processus de prise de décision partagée par les participants ci-haut cités et présente les signes annonciateurs et les facteurs déclencheurs des crises (Ferrari et coll., 2018). Il décrit également les mesures de précautions et les gestes requis lors de ces situations. De plus, il renseigne sur la conduite à tenir en temps de crise (Ferrari et coll., 2018). Le PCC présente beaucoup d'avantages, il permet : -un gain de confiance et une bonne connaissance de ses problèmes de santé; -une diminution des rechutes et des réhospitalisations; -un renforcement du lien entre le professionnel de santé et l'utilisateur ainsi qu'une autonomisation des usagers (Bartolomei et coll., 2012; Bonsack, Rexhaj, et Favrod, 2015; Commission de la santé mentale du Canada, 2015a).

L'approche *Individual Placement and Support* (IPS)

L'Individual Placement and Support est une approche qui, de plus en plus, fait ses preuves dans le monde. Bien que ce modèle ait connu son essor en Amérique du Nord, on décrit ses origines dès le début du 20^e siècle en France (Commission de la santé mentale du Canada, 2015a). Il consiste à offrir une insertion professionnelle aux personnes atteintes de problèmes de santé mentale. Il se base sur des principes des méthodes pédagogiques (Lecomte, 2004). En effet, l'accès à un emploi

rémunéré améliore les conditions de vie des personnes et, par conséquent, contribue à son rétablissement. Une personne en état de pauvreté ne réunit pas les conditions optimales pour son rétablissement. De plus, ce modèle permet une socialisation efficace (Arveiller et Cyrille, 2018; Commission de la santé mentale du Canada, 2015a; Lecomte, 2004).

Housing first

Le *Housing first* est un modèle d'intégration qui vient du quartier *Hell's Kitchen* de la ville de New York (Tsemberis et Gurdak, 2018). C'est une approche qui propose des logements et des services de soutien communautaire aux itinérants atteints de problèmes de santé mentale. Elle se base sur les principes de respect, des droits de l'Homme, de créativité, de compassion et d'innovation. Les personnes choisissent elles-mêmes leurs logements (Sylvestre, Nelson, et Aubry, 2017). Ce modèle considère que l'accès à un logement est un droit et non une récompense consécutive au fait de participer à un traitement. De plus, les milieux de logement sont flexibles et individualisés (Commission de la santé mentale du Canada, 2015a; Sylvestre, Nelson et Aubry, 2017; Tsemberis et Gurdak, 2018).

2.4 Le modèle *Recovery College*

Le modèle *Recovery College* est une approche axée sur le rétablissement dans laquelle les personnes atteintes (ou pas) de problèmes de santé mentale participent à des formations sur la maladie/santé mentale, le rétablissement, les habitudes de vie, le bien-être, etc. (Perkins et coll., 2012). Ces formations mettent en valeur les connaissances théoriques, cliniques et pratiques, y compris le savoir expérientiel de tous les apprenants (des personnes atteintes ou pas par une maladie mentale, leur entourage, les professionnels de la santé et de l'éducation, citoyens, etc.).

En clair, le modèle RC tente de redonner de l'espoir aux apprenants tout en les plaçant au centre de leur processus de rétablissement. Autrement dit, le modèle RC est fait pour toutes les personnes,

peu importe leur type et niveau de vulnérabilité. Il amène à réfléchir ensemble à notre santé mentale individuelle et collective, nos relations les uns avec les autres, nos stigmas et préjugés, notre bien-être et nos vulnérabilités. Les formations sont élaborées et dispensées par des professionnels de la santé mentale et les personnes ayant une expertise expérientielle des problèmes de santé mentale et du rétablissement (Commission de la santé mentale du Canada, 2015a; Newman-Taylor et coll., 2016; Perkins et coll., 2012).

De plus, les formations apportent de nouvelles connaissances sur la santé mentale, le bien-être et le rétablissement aux apprenants. Celles-ci ont pour objectifs, par exemple, d'orienter les participants vers l'autodétermination et le pouvoir d'agir (*empowerment*) en mobilisant leurs forces et leurs ressources.

En effet, ce modèle suscite auprès des apprenants un regain de confiance. Il fournit des outils pour développer leur potentiel et affronter les défis quotidiens de leur vie (Bonsack, Rexhaj et Favrod, 2015; Perkins et coll., 2012), ce qui leur permet de vivre avec leurs problèmes de santé mentale et, encore mieux, d'espérer un avenir meilleur. De plus, le modèle permet à l'entourage de la personne atteinte de problèmes de santé mentale d'acquérir des connaissances sur les pathologies concernées, les pratiques expérientielles, les services disponibles et le processus de rétablissement (Newman-Taylor et coll., 2016; Perkins et coll., 2012).

Principes du modèle *Recovery College*

Le modèle *Recovery College* se base sur certains principes clés dont les principaux sont (McGregor, Repper, et Brown, 2014; Newman-Taylor et coll., 2016):

1. Une approche éducationnelle qui met l'emphase sur une pédagogie active. Les formations sont choisies par la personne elle-même. De plus, l'apprentissage est libre et utilise une méthode réflexive. Ce qui donne un plan individualisé pour chaque participant;

2. Les formations sont élaborées et animées par des dyades réunissant des professionnels ainsi que des personnes détenant un savoir expérientiel en santé mentale.
3. La mixité des apprenants de différents horizons qui réfléchissent ensemble dans les formations.
4. Les formations sont focalisées sur les forces de la personne et non sur ses problèmes.
5. Les formations sont réalisées dans le milieu citoyen et non en milieu de santé.
6. Le diagnostic et l'évaluation ne sont pas importants. Les personnes atteintes de problèmes de santé mentale sont considérées comme « étudiants » et non comme des patients ou des malades.
7. L'accès est autorisé à tout public. De plus, les cours sont gratuits ou à moindre coût.

2.4.1 Nature, historique et évolution du modèle

2.4.1.1 Dans le monde

En vue d'instaurer des services qui cadrent avec le paradigme de rétablissement, le premier *Recovery College* est lancé en Angleterre, précisément pour desservir les arrondissements londoniens de Merton et Sutton en 2009, ce qui a conduit à la création du South West London *Recovery College* en 2010. Dès le début, ces collèges proposaient essentiellement une méthode éducative émancipatrice comme alternative à la méthode thérapeutique. Il s'agissait d'environ une cinquantaine de formations pilotes dispensées sur 11 sites pour le sud-ouest de Londres et d'environ 101 formations pour huit sites au *Nottinghamshire Healthcare NHS Trust*. Très vite dans les différents collèges, le nombre de participants a augmenté de manière exponentielle (Crowther et coll., 2019; Perkins et coll., 2012).

Le modèle *Recovery College* mis en place en Angleterre a été largement reproduit à l'échelle internationale adoptant parfois des appellations différentes, dont « centres de découverte », « collèges d'autonomisation » ou « académies de récupération » (Rinaldi, Marland, et Wybourn, 2012). En 2017, il y avait plus de 85 *Recovery Colleges* dans le monde, principalement au Royaume-Uni, en Australie, au Canada, à Hong Kong, au Japon, en Pologne, en République d'Irlande, en Scandinavie et en Europe occidentale. En cette même année, une communauté internationale des pratiques a vu le jour. Par ailleurs, des financements importants ont été mobilisés en vue de l'installation et l'expansion des collèges dans le monde. C'est le cas de l'Union européenne qui a investi autour de 7,6 millions d'euros pour soutenir par certains pays européens des initiatives de *Recovery College* (Perkins et coll., 2012; Rinaldi, Marland et Wybourn, 2012).

2.4.1.2 Au Canada

Depuis quelques décennies, à l'instar des autres pays développés dans le monde, le Québec et le Canada dans son entièreté ont opté pour des services basés sur le rétablissement. Au Canada, les *Recovery Colleges* offrent aujourd'hui une version adaptée du modèle britannique. Ici, les centres d'apprentissage sont connus sous différents noms, soit *Recovery Colleges*, *Learning Centres*, *Well-being Centres* ou *Discovery Colleges*.

L'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM) gère déjà 11 (de 13) centres dans des communautés partout au Canada. En plus, grâce à un nouveau partenariat entre l'ACSM et *Ontario Shores*, d'autres verront le jour au cours des prochaines années. Par exemple, *Ontario Shores* et l'ACSM collaborent également avec certains groupes intéressés pour développer de nouveaux centres RC potentiels au Yukon, en Colombie-Britannique, en Alberta, en Saskatchewan, au Manitoba, en Ontario, au Québec et à Terre-Neuve-et-Labrador. Enfin, le tableau 1 résume les modèles RC opérants au Canada.

Tableau 1. – Centres d'apprentissage *Recovery College* opérants au Canada

Recovery college	Ville-Province	Site internet
Ontario Shores Recovery	Whitby, ON	www.ontarioshores.ca
Discovery College Kelowna	Kelowna, BC	www.discoverycollegekelowna.com
Recovery College Calgary	Calgary, AB	www.recoverycollegecalgary.ca
Recovery College Lethbridge	Lethbridge, AB	www.recoverycollegelethbridge.ca
Recovery College Edmonton	Edmonton, AB	www.recoverycollegeedmonton.ca
Recovery College Central Alberta	Red Deer, AB	www.recoverycollegecentralalberta.ca
Recovery College Wood Buffalo	Fort McMurray, AB	www.recoverycollegewoodbuffalo.ca
H.O.P.E. Learning Centre	Regina, SK	www.sk.cmha.ca
Well-being Learning Centre	Winnipeg, MB	https://mbwpg.cmha.ca/programs-services/learning-centre/
Thrive Learning Centre	Portage La Prairie et Winkler, MB	https://mbwpg.cmha.ca/programs-services/learning-centre
Recovery College Wellness Centre	Durham, ON	https://cmhadurham.ca/services/recovery-college-wellness-centre/
Recovery College PEI	Charlottetown, PEI	https://pei.cmha.ca/learninghub/
Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement	Montréal, QC	santeretablissement.com

2.4.2 Évaluations du modèle

Plusieurs études soulignent les bénéfices du modèle *Recovery College* (Crowther et coll., 2019; Thériault et coll., 2020). Cela se voit notamment par : -une baisse importante de l'utilisation des services par des personnes avec des problèmes de santé mentale; -l'amélioration des connaissances des apprenants sur la prise en charge des problèmes de santé mentale; -les changements considérables dans la pratique des prestataires de services; -l'amélioration de la qualité de vie et du bien-être des participants; -la réalisation des objectifs fixés; -l'augmentation du soutien social de la famille et de la communauté; -la réduction de la stigmatisation par les apprenants et dans la communauté (Hopkins, Foster, et Nikitin, 2018; McGregor, Repper et Brown, 2014; Thériault et coll., 2020; Thompson et coll., 2021). Le tableau 2 résume certains des principaux travaux d'évaluation publiés sur le modèle RC.

Tableau 2. – Sommaire des travaux d'évaluation du modèle RC

Auteurs	Pays	Objectifs	Méthodes	Résultats
Bourne et coll. (2018)	Angleterre	Évaluer les résultats de l'utilisation des services par les étudiants du RC de Sussex qui utilisent les services de santé mentale.	Étude contrôlée avant et après	Groupe ayant terminé le programme (participation à plus de 70 % du cours de RC) : Réduction significative du nombre d'admissions sur 18 mois; réduction significativement plus importante du nombre d'admissions en comparaison avec le groupe n'ayant pas suivi le cours de RC (participation < 70 %) sur 18 mois. Les économies de coûts non monétaires sont estimées à 1 200 £ par an par étudiant inscrit qui utilise les services de santé mentale secondaires (économies nettes de 22 %).
Anfossi (2017)	Angleterre	Explorer le portrait actuel des RC au Royaume-Uni	Enquête (« survey »)	La majorité des RC collectent des données sur les résultats (92 %). Soutien et collaboration : la majorité des participants ont déclaré que leur « centre d'apprentissage » suit les principes du modèle (coproduction, éducation, inclusion, etc.)
Dunn et coll. (2016)	Angleterre	Explorer les obstacles à la participation	Enquête auprès de 16 étudiants qui ont manqué des cours du Recovery College.	Les raisons les plus courantes de la non-participation étaient des facteurs personnels liés à la maladie physique; des engagements concomitants ou des événements de la vie; des inquiétudes concernant les autres étudiants; l'anxiété; les problèmes de communication.
Meddings et coll. (2015)	Angleterre	Évaluer deux RC pilotes	Prépost devis	Le niveau élevé de satisfaction des étudiants (97 %). Progrès significatifs sur les objectifs de rétablissement, gain de confiance, amélioration des connaissances et/ou des compétences, et connexion avec d'autres personnes.
Sommer et coll. (2019)	Australie	Explorer le type d'objectifs des apprenants	Analyses quantitatives corrélationnelles	Objectifs les plus courants : Éducation, socialisation, santé générale, santé mentale et emploi; 73 % des objectifs ont été entièrement ou partiellement atteints.
Ebrahim et coll. (2018)	Angleterre	Évaluer l'impact de l'engagement dans un RC sur le bien-être des étudiants.	Design mixte avec questionnaires pré-post	90 % des étudiants avaient plus confiance en leurs capacités après les formations et étaient plus motivés
Lucchi et coll. (2018)	Italie	Décrire le processus de planification, de mise en œuvre et d'évaluation du premier RC en Italie	Devis mixte	65 % ont jugé leur processus d'apprentissage très bon ; 35 % l'ont jugé bon; 70 % l'ont trouvé utile pour améliorer leur qualité de vie et leurs aspirations personnelles. Le groupe de discussion a indiqué que les étudiants ont acquis de

				nouvelles compétences grâce aux cours et ont pu établir de nouveaux liens sociaux ;
Meddings et coll. (2014)	Angleterre	Explorer le point de vue des étudiants sur ce qui, selon eux, rend le RC « efficace ».	Devis mixte	Les catégories suivantes décrivent ce qui a rendu le RC utile : apprentissage avec d'autres personnes, coproduction et valorisation du savoir expérientiel, environnement habilitant, l'apprentissage de nouvelles connaissances, opportunité sociale, pouvoir de choix.
Toney et coll. (2018)	Angleterre https://doi.org/10.1177/0706743718815893	Identifier les composantes clés des <i>Recovery Colleges</i> et développer un outil pour mesurer la fidélité au modèle	Analyse systématique de la littérature, consultation d'experts internationaux et entretiens semi-structurés.	Douze composantes ont été identifiées, dont sept non modifiables (valorisation de l'égalité; apprentissage; adaptation de l'étudiant; coproduction; lien social; orientation communautaire et engagement en faveur du rétablissement) et cinq modifiables (disponible pour tous; emplacement; caractère distinctif du contenu du cours; basé sur les forces; progressif).
Perkins et coll. (2017)	Angleterre	Explorer l'impact de la participation au RC sur les prestataires de services de santé.	Enquête en ligne avec statistique descriptive et analyse thématique.	Des thèmes ont été identifiés pour le changement d'attitude envers la santé mentale et le rétablissement : nouvelles significations du rétablissement; remise en question des points de vue traditionnels sur le rétablissement; espoir de rétablissement et égalité accrue. Les réponses ont mis en évidence les thèmes entourant les impacts sur le bien-être personnel : le sentiment d'appartenance; le lieu sécurisant, l'autogestion; le sentiment de compétence et le bien-être au travail.
Cameron et coll. (2018)	Angleterre	Comprendre comment les étudiants et les formateurs perçoivent la conception et la pratique des formations	Analyse thématique des données qualitatives	L'engagement à collaborer à la conception et à la prestation des formations peut mobiliser les diverses expériences et expertises des formateurs et des étudiants. L'environnement et les méthodes d'apprentissage ont un impact significatif et doivent être pris en compte au même titre que le contenu.
Crowther et coll. (2019)	Angleterre	Étudier les mécanismes d'action et les résultats (impacts) au niveau personnel, des services et de la société.	Analyse thématique de 44 publications identifiées lors d'une revue systématique	Les résultats identifiés pour « <i>le staff</i> » : expérience et valorisation de la coproduction; passion et motivation professionnelle accrues. Au niveau des <i>services</i> , les RC permettent le développement d'une culture alternative offrant au personnel des opportunités d'apprentissage par l'expérience autour de la coproduction. Au <i>niveau sociétal</i> , le partenariat avec des organismes communautaires a permis à d'autres membres du public d'apprendre aux côtés de personnes souffrant de problèmes de santé mentale et de travailler avec des personnes qu'ils n'auraient peut-être pas rencontrés autrement.
Newman-Taylor et coll. (2016)	Angleterre	Évaluer l'impact d'un RC	Approche qualitative avec des entretiens	L'analyse qualitative a permis de dégager un thème général : l'établissement de liens différents avec les autres, et trois sous-thèmes : réflexion sur « l'immobilisme »; la qualité des relations permet le changement; et l'élargissement des

			semi-structurées	horizons. Les étudiants ont réfléchi à leurs expériences et étaient plus optimistes. Le contact avec les autres a motivé le changement et facilité la compréhension de nouvelles perspectives.
Sommer et coll. (2018)	Australie	Explorer les expériences des étudiants qui ont fréquenté le <i>South-Eastern Sydney Recovery College</i> .	Une approche qualitative exploratoire	Tous les participants ont été positifs quant à leur participation au RC. Quatre thèmes sont ressortis de l'analyse thématique : le lien avec les autres, l'espoir pour l'avenir, l'importance du savoir expérientiel et le changement des attitudes et des systèmes.
Toney et coll. (2018)	Angleterre	Coproduire un modèle de changement caractérisant les mécanismes d'action et les résultats des RC	Une révision systématique, suivie d'entretiens qualitatifs avec plusieurs parties prenantes.	Quatre mécanismes d'action pour les RC : environnement habilitant (sécurité, respect et soutien des choix); mise en place de relations différentes (pouvoir, pairs et travail en commun); facilitation de l'épanouissement personnel (par exemple, apprentissage coproduit, forces et célébration de la réussite); modification de l'équilibre des pouvoirs par la coproduction et la réduction des écarts de pouvoir.
Windsor et coll. (2017)		Évaluer les preuves existantes des RC et acquérir une meilleure compréhension des retombées	Approche qualitative avec des groupes focaux	Les principaux processus décrits dans les programmes de rétablissement étaient la coproduction et l'éducation. Les principaux résultats : réduction de l'utilisation des services de santé; accroissement des possibilités d'emplois; impact positif sur les participants.
Thompson et coll. (2021)	Angleterre	Étudier comment les anciens étudiants comprennent l'influence des <i>Recovery College</i> sur leur parcours de rétablissement	Approche qualitative avec des entretiens semi-structurés.	Trois thèmes ont émergé des données : éthos du rétablissement et de l'égalité; tremplin vers des opportunités; et changements interpersonnels.

Malgré le grand nombre d'études, certaines lacunes demeurent. Dans le tableau 2, la majorité des études identifiées possède un devis qualitatif visant à mieux comprendre le modèle et ses mécanismes d'action. Cela a permis de mieux saisir les perspectives et réalités chez la mixité d'individus qui les fréquentent, ainsi que la compréhension approfondie de ce qu'ils en retirent à la suite de la fréquentation des RC. Or, aucun travail n'identifie (ou n'explique) l'impact ou l'influence des déterminants contextuels vers l'implantation ou les résultats des modèles *Recovery College*.

Les travaux quantitatifs, d'autre part, ont permis de mettre en lumière certaines retombées positives du modèle. Toutefois, les devis sont de faible niveau d'évidence et ne permettent pas d'obtenir une

conclusion solide quant à l'efficacité des RC. Un seul travail a utilisé un groupe contrôle non randomisé (Bourne, Meddings, et Whittington, 2018). Bien que ce type de devis ne soit probablement pas réalisable pour ce type d'intervention (2015; Thompson et coll., 2021), aucun essai clinique randomisé n'a été conduit pour évaluer les effets du modèle *Recovery College*.

En général, les travaux mettent en évidence les effets potentiels du modèle. En effet, la majeure partie met l'accent sur les retombées des RC, tout en utilisant quelques variables des dimensions du cadre conceptuel « CHIME » (*Connectedness, Hope and optimism, Identity, Meaning and purpose, and Empowerment*).

Peu d'écrits abordent l'influence des déterminants contextuels sur l'implantation des modèles *Recovery College*. Il n'y a qu'une étude qui a identifié certaines « conditions essentielles » pour l'implantation du modèle (Toney et coll., 2018). D'après ce travail, les chercheurs ont identifié sept (7) composantes non modifiables (impératives) pour le succès du modèle : 1) valorisation de l'égalité; 2) accent sur l'apprentissage; 3) centré sur l'étudiant; 4) coproduction du modèle; 5) connexion sociale; 6) axé sur la communauté; 7) engagement avec le rétablissement.

De plus, cinq (5) composantes modifiables (adaptables selon le contexte) ont été identifiées dans ce même article : 1) accès à tous; 2) emplacement; 3) caractère particulier du contenu du cours; 4) basé sur les forces; 5) progressif. Il est à noter que « les déterminants » nommés dans cet article sont, de façon générale, soit liés à l'intervention (principes de la mise en œuvre), soit liés à l'organisation (valeurs organisationnelles). De plus, l'auteur n'explique pas la façon dont ces éléments interagissent ensemble et modifient la forme de l'intervention ou l'intégralité de l'implantation des *Recovery Colleges*.

En réalité, il n'existe pas de travaux qui portent en profondeur sur l'influence des déterminants contextuels sur la mise en œuvre du modèle RC et ses composantes, de même qu'il n'y a aucune référence dans la littérature sur l'impact de ces déterminants sur ce type d'intervention. Finalement,

aucun travail n'a été publié concernant la dynamique interactive de ce type d'intervention et son contexte. Cela permettrait, par exemple, d'améliorer la transférabilité des résultats attribués au modèle, de renfoncer la théorie du programme, ainsi que d'optimiser son implantation à d'autres milieux.

Enfin, la théorie concernant les mécanismes d'action des *Recovery Colleges* est encore en construction partout dans le monde. Considérant cette révision, il est possible de constater qu'il existe une lacune importante concernant des travaux qui analysent en profondeur le processus d'implantation de ce modèle innovant, ainsi que la dynamique interactive de ce type d'intervention et son contexte, afin de faciliter la transférabilité des résultats disponibles et améliorer les analyses des effets attendus par le modèle.

2.5 L'évaluation des interventions de santé

2.5.1 Cadre général

2.5.1.1 Évaluation en santé : un concept en évolution

Il n'existe pas une définition de l'évaluation qui est à la fois complète, exhaustive et absolue. La définition de l'évaluation a évolué au fil du temps en fonction de la conception de cette activité, des méthodes et des outils utilisés ainsi que l'influence de certains aspects contextuels. Néanmoins, certains éléments font consensus et sont repris dans plusieurs définitions.

Évaluer consiste à porter un jugement de valeur sur une intervention en mettant en place une méthode ou un ensemble de techniques susceptibles de fournir des données sur cette intervention ou ses composantes en vue d'orienter les différents acteurs impliqués dans la prise des décisions devant améliorer l'intervention (Champagne et coll., 2011d; Donaldson, 2007; Thiebaut et coll., 2011).

L'évaluation aurait au moins trois finalités. D'abord un côté stratégique lorsqu'elle aide à la planification et à l'élaboration d'une intervention. Ensuite une perspective formative, quand elle fournit des informations pour améliorer une intervention en cours de route et, finalement, un aspect sommatif, lorsqu'elle vise à produire des informations sur les effets de l'intervention pour décider s'il faut la maintenir ou l'interrompre (Scriven, 1967).

En plus, l'évaluation en santé intervient, entre autres bénéfiques, comme un outil du pouvoir public pour optimiser les coûts face au besoin croissant d'une population vieillissante dans un contexte de crise financière publique et d'une technologie de plus en plus innovante. Elle assure un équilibre entre la qualité des services offerts et une demande grandissante de la population (Thiebaut et coll., 2011).

Pour parvenir à ces solutions, les principes directeurs des allocations des ressources et de l'ordonnement des finances publiques, la priorisation des services offerts et les décisions cliniques ne sont toujours pas respectées. C'est dans ce cadre que l'évaluation d'une intervention en santé est justifiée (Donaldson, 2007).

2.5.1.2 Évaluations des interventions complexes en santé

Une intervention est un ensemble d'actions systématisé, défini dans le temps et dans l'espace pour modifier la survenue d'un phénomène précis en vue de corriger un problème ou répondre à un besoin déterminé. En réalité, ces actions organisées ciblent les causes ou les déterminants qui influencent la survenue d'un phénomène pour un objectif précis. Les composantes essentielles d'une intervention sont principalement une structure, des acteurs, des processus d'action, une finalité et un environnement (Contandriopoulos et coll., 2011). En général, les interventions en santé sont de nature complexe (Champagne, 2002; Contandriopoulos et coll., 2011; Craig et coll., 2008).

À ce propos, les interventions complexes sont celles qui s'occupent des problèmes divergents dans un contexte et à un moment déterminé (Contandriopoulos et coll., 2011). Les problèmes divergents sont difficiles à évaluer, ils ne peuvent pas être analysés de la même façon que les problèmes convergents. Les interventions complexes présentent certaines caractéristiques clés. Elles se définissent et s'adaptent selon le contexte et chaque acteur a une conception particulière de l'intervention, mais elles restent interdépendantes tout en ayant une certaine autonomie décisionnelle. La stabilité de ces interventions résulte dans l'équilibre entre, d'une part, l'adoption des normes et valeurs collectives dans les structures et, d'autre part, leurs appropriations par les acteurs. Les structures influencent les pratiques des acteurs et les processus de l'intervention (Chaves, Briand, et Bouabida, 2021a; Contandriopoulos et coll., 2011; Donaldson, 2007).

Par conséquent, plusieurs auteurs soulèvent les défis d'évaluer ce type d'interventions et suggèrent des stratégies pour à la fois renforcer les validités internes et externes des interventions de nature complexe (Contandriopoulos et coll., 2011; Tarquinio et coll., 2015). En effet, l'évaluation des interventions complexes requiert une approche holistique par la recherche scientifique, souvent en utilisant des approches qualitatives et quantitatives (Contandriopoulos et coll., 2011). Finalement, les interventions complexes peuvent être analysées par plusieurs types de modèles d'évaluation. Le choix d'un modèle dépend des approches des acteurs ainsi que des objectifs de recherche (Chaves et coll., 2021a; Craig et coll., 2008)

2.5.1.3 Types d'évaluation en santé

Il existe deux types d'évaluation à savoir, l'évaluation normative et la recherche évaluative. L'évaluation normative interroge la conformité des composantes d'une intervention par rapport aux normes et elle compare les composantes d'une intervention par rapport à un référentiel. Alors que l'évaluation normative cherche à savoir si les normes ont été respectées, la recherche évaluative

quant à elle, en tant qu'activité de recherche, se questionne sur la manière et le pourquoi de ce résultat. Elle cherche à établir un lien de causalité entre les différentes composantes d'une intervention. Elle analyse la pertinence de chacune des composantes de l'intervention et les écarts entre elles (Champagne et coll., 2011b).

La recherche évaluative fait appel à six types d'analyse dont les méthodes et les démarches diffèrent. Il s'agit de l'analyse stratégique, l'analyse logique, l'analyse des effets, l'analyse de la production, l'analyse de l'efficacité, et l'analyse de l'implantation (Champagne et coll., 2011e). Le tableau 3 résume certains types d'évaluation existant en lien avec leurs objectifs et méthodes communs mobilisés.

Tableau 3. – Types d'évaluation en santé

Types d'évaluations	Objectifs	Méthodologies communes
Normative	Analyser la conformité concernant la structure, les processus ou les résultats.	Comparaison avec des normes; des protocoles; le consensus et les lois
Recherche évaluative		
Analyse logique	Analyser l'adéquation entre la théorie de l'intervention et ses retombées potentielles	Révisions systématiques et non systématiques; synthèse réaliste; consultation auprès d'experts.
Analyse d'effets	Analyser l'efficacité de l'innovation proposée, en s'assurant que les effets observés sont dus à l'innovation proposée	Stratégies expérimentales ou quasi expérimentales
Analyse de production	L'analyse de la production étudie les relations entre les ressources utilisées (moyens) et le volume et la qualité des services produits (activités)	Méthodes dérivées du domaine économique, telles que la comptabilité analytique.
Analyse de l'efficacité	Analyser les relations entre les ressources et les effets observés	Analyses économiques (analyse coût-bénéfice, analyse coût-efficacité, etc.)
Analyse de l'implantation	Elle se concentre sur les relations entre l'intervention, ses composantes et le contexte	Études de cas Méthodes mixtes

Source : Champagne, F., Contandriopoulos, A. Brousselle, A, Hartz, Z., et Denis, J. (2011e). L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes. Dans Brousselle, A ; Champagne, F; Contandriopoulos, A.P et Hartz, Z. L'évaluation : concepts et méthodes (2ième éd., p. 49-70). Montréal: les Presses de l'Université de Montréal

Considérant la nécessité préalable d'évaluer les fondements théoriques d'une intervention avant de déployer des ressources dans un processus évaluatif, ce travail approfondira un peu plus l'analyse logique dans la partie suivante.

2.5.2 Analyse logique

L'analyse logique est une approche qui appartient au grand groupe des évaluations fondées sur la théorie. Elle permet d'évaluer l'adéquation entre la théorie du programme de l'intervention et ses

retombées potentielles (et non les retombées elles-mêmes) et d'identifier les forces et les faiblesses d'une intervention (Champagne et coll., 2011a)

Ce type d'évaluation s'avère utile pour mieux comprendre si l'intervention a été conçue pour produire les résultats escomptés, tout en expliquant, de manière compréhensible pour les parties prenantes, comment obtenir les effets souhaités (Hudon et coll., 2020).

L'évaluateur peut tester la théorie du programme à l'aide de l'analyse logique sous l'angle des connaissances existantes et de nombreux domaines de connaissances. De plus, l'évaluateur peut identifier certains mécanismes d'action à partir des connaissances accumulées (Pawson, 2006; Weiss, 1997) et avoir une idée des circonstances dans lesquelles ces mécanismes fonctionnent ou sont activés. Enfin, elle peut également aider à choisir le type d'évaluation subséquente qui conviendra le mieux au contexte et aux caractéristiques de l'intervention (Brousselle et Champagne, 2011).

Il existe deux façons d'appliquer l'analyse logique : directe ou inverse (Brousselle et Champagne, 2011). L'analyse logique directe identifie les caractéristiques cruciales et les conditions contextuelles critiques pour que le programme produise les résultats souhaitables. L'analyse logique inverse, à son tour, identifie des moyens d'action alternatifs et de meilleures façons de produire ses résultats (Brousselle et Champagne, 2011; Rey, Brousselle, et Dedobbeleer, 2011).

Finalement, l'analyse logique teste donc à la fois le bien-fondé du modèle logique théorique et la validité du modèle logique opérationnel (Champagne et coll., 2011a; Donaldson, 2007).

2.5.2.1 Analyse du modèle théorique

Mener une analyse du modèle théorique d'une intervention revient d'abord à construire son cheminement causal présumé avant de le questionner et de le réviser au besoin. En effet, l'analyse du modèle théorique compare les théories de l'intervention à celles des interventions qui ont réussi

ou aux différentes théories dans la littérature (Champagne et coll., 2011d; Hudon et coll., 2020). Elle permet d'évaluer la cohérence théorique entre les différentes composantes de l'intervention. Elle répond ainsi à la question de savoir si le cheminement causal présumé peut non seulement fonctionner, mais aussi s'il est le meilleur. Par ailleurs, le modèle théorique fournit aux participants des informations importantes sur la validité et la causalité des moyens. Pour ce faire, au moins trois étapes sont nécessaires.

1) La modélisation logique ou la construction du modèle logique. Lors de cette première étape, l'évaluateur utilise les données collectées pour représenter par un modèle logique, la théorie de l'intervention qui permet d'atteindre les objectifs fixés. En effet, il établit le lien entre différentes composantes de l'intervention (le contexte, les ressources, les processus et les résultats) (Hudon et coll., 2020). Pour terminer, l'évaluateur retient certaines questions susceptibles d'orienter l'intervention dans la direction souhaitée par les différents participants. Cela favorise la conceptualisation, la systématisation, la compréhension et la mise en œuvre d'un programme commun par les acteurs ayant des intérêts différents. Cette modélisation logique se déroule en cinq étapes : l'analyse des données non publiées, l'examen de la littérature, les entrevues approfondies, les groupes de discussion avec les intervenants, et les observations des participants (Hudon et coll., 2020).

2) La conception du cadre conceptuel ou du cadre intégratif. Au cours de cette étape, l'évaluateur mobilise les connaissances, la littérature scientifique et les avis des experts pour analyser les moyens proposés et, au besoin, les améliorer en proposant des alternatives pour atteindre les effets souhaités (Hudon et coll., 2020). Le rôle des personnes ayant un savoir expérientiel significatif n'est pas décrit dans cette approche, probablement importante, voire essentielle, pour certains types d'intervention où l'aspect socioconstructiviste est dominant.

3) L'évaluation de la théorie du programme. Ici, l'évaluateur compare les modèles logiques au cadre intégratif. Cette étape permet d'identifier les éléments contextuels de l'intervention qui influencent l'atteinte des objectifs. En somme, elle détermine les forces et les faiblesses de l'intervention (Hudon et coll., 2020)

2.5.2.2 Analyse du modèle opérationnel

L'analyse logique teste également la validité du modèle logique opérationnel, soit le lien entre les ressources, activités et objectifs de production qui ont été mis en place pour déclencher le modèle de changement.

Le modèle opérationnel établit le lien entre les structures et les processus, et ce, jusqu'aux premiers changements opérés par une intervention (objectifs de production) (Poncet, Swaine, et Pradat-Diehl, 2017). Autrement dit, il représente « l'ensemble des ressources nécessaires ainsi que les processus mis en œuvre » par une innovation pour atteindre les objectifs escomptés.

Deux critères sont décrits pour évaluer la validité des moyens d'une intervention : la validité de contenu et la validité pragmatique. Le premier vise à vérifier si les ressources et les activités sont suffisantes pour les objectifs de production. Le deuxième, cherche à savoir si les moyens utilisés dans le cadre de l'intervention sont appropriés (Champagne et coll., 2011a; Hudon et coll., 2020).

2.5.3 Analyse de l'implantation

L'analyse de l'implantation examine le lien entre une intervention, ses composantes et le contexte par rapport à l'atteinte des résultats (Champagne et coll., 2011b). En effet, l'analyse de l'implantation étudie les changements apportés au cours d'une intervention dans un contexte particulier. Vue sous cet angle, l'analyse de l'implantation cherche à expliquer les écarts créés entre les effets attendus et ceux produits lors de la mise en œuvre d'une intervention (Leithwood et Montgomery, 1980). En clair, l'analyse de l'implantation étudie la marge de manœuvre acceptable

qui n'altère pas l'intervention décrite au départ. De plus, elle cherche les raisons pour lesquelles il existe des écarts entre les effets obtenus et ceux attendus lors de la mise en œuvre d'une intervention (Champagne et coll., 2011b; Leithwood et Montgomery, 1980). En somme, pour tous les auteurs, l'analyse de l'implantation étudie les influences ou les interactions contextuelles produites lors de la mise en œuvre d'une intervention ou de chacune de ses composantes (Champagne et coll., 2011b). Dans ce sens, elle cherche à cerner le déroulement ou la mise en œuvre de l'intervention soit pour la comprendre et l'améliorer ou soit pour en rendre compte aux responsables (Champagne et coll., 2011b; Donaldson, 2007; Leithwood et Montgomery, 1980; Scheirer et Rezmovic, 1983). De plus, l'analyse de l'implantation cherche à relever les facteurs facilitants et contraignants d'une intervention en analysant les interactions produites lors de sa mise en œuvre. Au final, l'analyse de l'implantation renforce encore la validité externe de l'intervention (Champagne et coll., 2011b). En d'autres termes, elle détermine le caractère de type général de la mise en œuvre d'une intervention, dans des milieux plus aux moins similaires ou dans des contextes diversifiés. Trois principes soutiennent la validité externe d'une intervention : 1) le principe de similitude qui évoque la capacité de généraliser les résultats d'une intervention dans une logique (milieu) similaire; 2) celui de robustesse dans lequel plus les effets de l'intervention peuvent être généralisés dans des contextes différents, plus cette intervention est robuste; 3) le principe d'explication qui se base sur la compréhension des facteurs favorisants et inhibiteurs de l'intervention (Champagne et coll., 2011d).

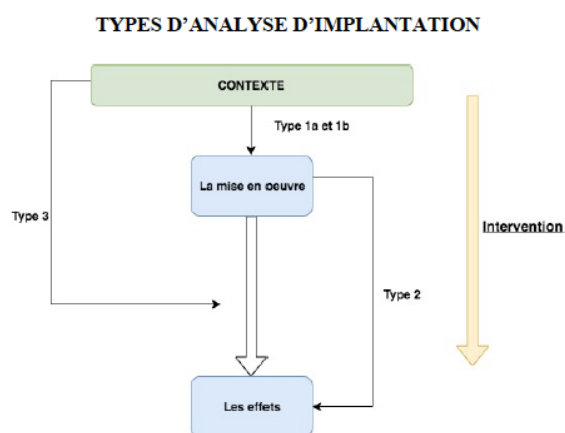
Enfin, l'analyse de l'implantation est beaucoup plus pertinente lorsqu'une intervention est sensible aux variations contextuelles ou lorsqu'il s'agit d'une nouvelle intervention dont on ne peut comprendre la globalité de son déroulement (Champagne et coll., 2011b; Donaldson, 2007; Leithwood et Montgomery, 1980; Scheirer et Rezmovic, 1983)

En résumé, l'analyse d'implantation aurait quatre utilités (Kedote, 2013) :

1. Améliorer la qualité d'un programme;
2. Permettre d'améliorer l'évaluation des effets;
3. Permettre de bien documenter comment les ressources ont été utilisées;
4. Permettre d'améliorer les implantations futures dans d'autres sites.

En ce qui concerne sa typologie, l'analyse d'implantation du type 1 (1-a et 1-b) porte sur l'analyse de l'évolution de l'intervention et du degré de la mise en œuvre. Alors que le type 1-a vise à expliquer l'adaptation de l'intervention au contexte, le type 1-b cherche à expliquer le niveau d'intégralité de l'intervention. Ainsi, ceux-ci prennent en considération le cheminement d'une analyse des processus en cherchant à expliquer les causes des succès, des échecs et des changements des interventions. Le deuxième type d'analyse de l'implantation (type 2) vise à étudier l'influence des variations dans l'implantation de l'intervention sur les effets. Enfin, l'analyse de l'implantation de type 3 permet d'analyser l'influence de l'interaction du contexte d'implantation et l'intervention sur les effets observés. La figure 2 met en évidence la topologie de l'analyse d'implantation en fonction de l'angle d'analyse. Finalement, cette thèse s'intéresse particulièrement aux types 1-a et 1-b.

Figure 2- Types d'analyse d'implantation



2.5.3.1 Type 1-a

L'analyse de l'implantation de type 1-a cherche à expliquer les facteurs qui influencent la transformation de la nature, de la forme, et de l'envergure d'une intervention. Autrement dit, comment l'intervention s'adapte au contexte. En effet, en analysant le processus de l'implantation, l'évaluateur analyse non seulement l'implantation des activités prévues et leurs résultats, mais aussi les activités informelles et leurs résultats (Champagne et coll., 2011b). De plus, ici l'analyse de l'implantation considère également les perceptions dynamiques externes et internes des acteurs et d'autres personnes. Cette prise en compte de la perception des personnes concernées directement et indirectement par l'implantation de l'intervention permet d'ajuster le processus en vue de concilier les différentes parties concernées. En fin de compte, les influences du contexte sont intimement liées à l'implantation de l'intervention. Il est difficile d'envisager les résultats d'une implantation sans tenir compte du contexte dans lequel cette intervention a été implantée. Dans certaines situations, il est même quasiment impossible de dissocier les deux (Champagne et coll., 2011b; Scheirer et Rezmovic, 1983)

2.5.3.2 Type 1b

L'analyse de l'implantation de type 1-b étudie les écarts entre l'intervention telle que planifiée et celle réellement implantée (Champagne et coll., 2011b). Elle détermine le degré d'implantation en relevant les facteurs contextuels à la base des écarts entre l'intervention telle que planifiée et celle en cours d'implantation. Le degré d'implantation considère principalement l'intensité des activités d'implantation, le contenu de ses activités et leur conformité aux normes contextuelles. L'analyse de l'implantation de type 1-b apporte une portée analytique à l'évaluation des écarts (Champagne et coll., 2011b; Scheirer et Rezmovic, 1983).

2.5.4 Les déterminants contextuels et le degré de la mise en œuvre

2.5.4.1 Le degré de mise en œuvre

Le concept de « degré de mise en œuvre », à son tour, est essentiel pour pouvoir établir des conclusions adéquates sur l'analyse des effets et des processus des programmes de santé (Scheirer et Rezmovic, 1983). Sans tenir compte de la mise en œuvre d'un programme, l'analyse de l'efficacité d'une intervention pourrait conduire les évaluateurs à des conclusions non valides ou imprécises à cause d'erreurs du type III, soit lorsque l'échec du programme est attribué à ses fondements théoriques (« l'intervention ne fonctionne pas ») au lieu des problèmes liés à sa mise en œuvre (Dobson et Cook, 1980).

Bien qu'il n'existe pas un consensus dans la littérature sur la conceptualisation ou la façon de mesurer le degré de mise en œuvre, certains acteurs font la distinction entre le « degré de la mise en œuvre » et « le processus d'implantation ». D'après ceux-ci, le degré de la mise en œuvre serait l'extension du changement entraîné par une intervention dans un temps déterminé, alors que le processus d'implantation correspondrait à un ensemble d'activités ou changements organisationnels, ainsi que d'autres mécanismes de support vers la mise en œuvre à un moment

donné (Scheirer et Rezmovic, 1983). D'autres auteurs, à leur tour, ne font pas cette distinction, tout en considérant la mise en œuvre comme toutes les activités et tous les changements qui se déroulent entre l'engagement d'adoption et le moment où une innovation fait partie de la routine organisationnelle, cesse d'être nouvelle ou est abandonnée (Linton, 2002).

De plus, selon certains auteurs, un concept important serait « la fidélité de la mise en œuvre », car cette variable peut non seulement modérer la relation entre une intervention et ses résultats, mais son évaluation peut aussi empêcher de tirer des conclusions potentiellement fausses sur l'efficacité d'une intervention (Carroll et coll., 2007). Autrement dit, elle peut donner aux chercheurs confiance dans l'attribution des résultats de l'intervention.

Par ailleurs, il demeure difficile de déterminer si une intervention (innovation) est considérée comme « implantée » et il est possible d'identifier des variations selon les disciplines qui diffèrent en termes d'orientation, de concepts primaires, de considérations politiques et de méthodologie de mesure et d'analyse (Kelly, 1978). Selon Linton (2002), la mise en œuvre terminerait lorsque l'innovation devient une routine ou est abandonnée.

De plus, plusieurs chercheurs ont proposé des stratégies pour mesurer la mise en œuvre d'une intervention (Fixsen et coll., 2005; Hall et Loucks, 1977; Leithwood et Montgomery, 1980). De façon générale, les stratégies diffèrent des approches plus subjectives, telles que l'observation ethnographique, jusqu'à des techniques plus objectives en utilisant des équipements de précision (Fixsen et coll., 2005). Par contre, plusieurs travaux mettent en lumière l'importance de l'application des approches mixtes en fonction de la nature du type d'intervention ou innovation, tout en permettant l'identification des composantes essentielles à la mise en œuvre. D'ailleurs, Champagne (2011b), inspiré des travaux de Leithwood et Montgomery (1980), nous indique certaines étapes à observer :

1. Une description a priori des composantes de l'intervention ;

2. Une connaissance des pratiques nécessaires à la mise en œuvre de l'intervention ;
3. Une description des pratiques courantes dans les domaines théoriquement touchés par l'intervention ;
4. Une analyse de la variation dans la mise en œuvre en fonction des caractéristiques contextuelles.

Selon McGrew et coll. (1994), à leur tour, quatre étapes sont importantes :

1. Identifier les dimensions ou composantes cruciales;
2. Établir les définitions opérationnelles pour les dimensions du processus;
3. Déterminer le poids de chaque composante (pondération);
4. Déterminer comment les composantes seront mesurées et, finalement, ponctuées.

Enfin, très peu d'analyses des effets réalisées dans des contextes complexes tiennent compte de l'importance de vérifier le degré de mise en œuvre des innovations proposées et de son interaction avec les déterminants externes (Scheirer et Rezmovic, 1983), ce qui limite la transférabilité ou la validité externe de leurs résultats. À ce jour, il n'existe pas de travaux publiés qui mesurent ou englobent la problématique de la mise en œuvre concernant les centres d'apprentissage *Recovery College* implantés dans le monde.

2.5.4.2 L'influence des déterminants contextuels sur les interventions

Peu importe la qualité ou l'efficacité d'un programme ou d'une intervention, celui-ci peut ne pas être en mesure de résister à certains déterminants contextuels, tels que des modifications des priorités politiques ou un manque de financement (Champagne et Denis, 1992; Denis et Champagne, 1990). D'ailleurs, les interventions de santé sont souvent implantées dans des écosystèmes complexes, en interaction avec des déterminants de diverses natures, soit culturels, sociaux, politiques, économiques, organisationnels, psychologiques, etc. Comme mentionné dans

la section sur l'analyse d'implantation, ces déterminants peuvent agir non seulement sur la mise en œuvre, mais également sur la production des effets escomptés par l'intervention.

À cet égard, il est difficile d'évaluer le changement provoqué par une intervention, car il est délicat de déterminer ses vrais facteurs de réussite et d'échec en raison de la nature dynamique d'environnement (Champagne, 2002).

En plus, la nature, la dimension et le concept de « déterminant » ne font pas consensus dans la littérature scientifique. Par exemple, pour Proctor et coll. (2011), les déterminants contextuels ont été définis comme des facteurs censés influencer les résultats de la mise en œuvre. Pour Damschrode et coll. (2009), les déterminants contextuels consistent en une constellation de variables actives et ne sont pas seulement en arrière-plan de la mise en œuvre. Autrement dit, le « contexte » serait l'ensemble des circonstances ou des facteurs uniques qui entourent un effort de mise en œuvre particulier. En plus, de nombreux termes sont utilisés pour désigner les déterminants contextuels, notamment les barrières, les entraves, les obstacles, les blocages, les catalyseurs et les facilitateurs (Proctor et coll., 2011). Par contre, de façon générale, certains chercheurs proposent de classifier les déterminants en trois catégories : 1) déterminants liés à l'intervention; 2) déterminants liés au contexte organisationnel; 3) déterminants liés à l'environnement (Fixsen et coll., 2005; Kedote, 2013).

Un autre enjeu lié aux déterminants concerne la démarche pour les identifier et délimiter la distinction entre eux par rapport à l'intervention, notamment en ce qui concerne les déterminants plus « proches » de l'intervention (Champagne et coll., 1991). De plus, il existe une compréhension commune concernant les difficultés de diffuser une innovation dans l'ensemble d'un système de santé. Tout changement demande du travail et implique généralement de dépenser de l'argent, de déplacer le personnel de son milieu de travail quotidien, de modifier des normes culturelles ou professionnelles profondément ancrées et de prendre des risques. De plus, il n'existe pas de

méthode simple ou universellement reproductible pour mettre en œuvre un changement à grande échelle dans un système complexe (Greenhalgh et Papoutsis, 2019).

Greenhalgh et Papoutsis (2019) soulignent qu'il existe encore différentes « logiques de changement » par lesquelles la mise en œuvre d'une intervention peut être analysée (même s'il existe des synergies et des chevauchements importants entre elles) : 1) perspective mécaniciste (*implementation science*); 2) perspective écologique (science de la complexité); 3) perspective sociale (sciences sociales). Selon ces auteurs, *la perspective mécaniciste* adopte une approche structurée et progressive pour développer, reproduire et évaluer une intervention déployée sur plusieurs sites. La perspective écologique, à son tour, encourage une approche flexible et adaptative du changement dans un système dynamique et auto-organisé, tandis que les approches issues des sciences sociales examinent les raisons pour lesquelles les gens agissent de la manière dont ils le font, en particulier les forces organisationnelles et sociales plus larges qui façonnent et limitent les actions des gens.

À ce propos, Champagne (2002) a regroupé plusieurs théories afin de soutenir la démarche analytique de la recherche sur le changement organisationnel. Il est à noter que plusieurs concepts, modèles et cadres conceptuels issus des domaines de l'innovation ou du changement organisationnel peuvent soutenir la démarche analytique des recherches d'implantation.

Le tableau 4 résume un ensemble de déterminants contextuels souvent mobilisés dans les analyses d'études sur l'implantation des interventions, innovations ou programmes.

Tableau 4. – Sommaires des déterminants contextuels influençant la mise en œuvre des interventions en santé

Auteurs	Contexte de création ou objectifs	Principaux déterminants contextuels identifiés
Kitson et coll (1998) (PARIHS / i-PARIHS)	Aider les chercheurs et les intervenants à encadrer leurs activités de recherche ou efforts de transfert de connaissances.	<p>Contexte (échelle local) : culture; leadership formel et informel; environnement d'apprentissage.</p> <p>Contexte (plan organisationnel) : leadership et soutien de la direction; culture; structure et systèmes; capacité d'adaptation.</p> <p>Contexte (palier externe du système de santé) : motivations et priorités politiques; cadres réglementaires; relations interorganisationnelles; collaboration et travail d'équipe; leaders d'opinion locaux; réseaux existants; pouvoir et autorité.</p>
Mäkelä et Thorsen. (1999)	Mise en œuvre des directives pour obtenir un changement de pratique professionnelle	<p>Usagers : connaissances, compétences et attitudes.</p> <p>Environnement : soutien ou découragement du changement par les autres (p. ex. les collègues, les leaders d'opinion, etc.); facteurs organisationnels; disponibilité des directives sur le lieu de travail; les infrastructures ou règles locales; les routines existantes; facteurs économiques, y compris disponibilité ou le manque de ressources, de temps ou de personnel.</p>
Fleuren et coll. (2004)	Déterminants des innovations dans les organisations de santé.	<p>Sociopolitique : Mesure dans laquelle les participants sont conscients des bénéfices de l'innovation; niveau d'acceptation par les participants de coopérer dans un contexte d'innovation.</p> <p>Organisation : taille de l'organisation, la rotation du personnel; le degré de compétence du personnel dans l'organisation.</p> <p>Professionnel de la santé adoptant : soutien de leurs superviseurs, leurs collègues ou d'autres professionnels de la santé.</p> <p>Dispositifs nécessaires à la mise en œuvre de l'innovation : ressources financières; soutien administratif; temps disponible; disponibilité du personnel; leader d'opinion.</p>
Greenhalgh et coll. (2004)	Déterminants associés à la diffusion et à la durabilité des innovations dans les services de santé.	<p>Contexte intérieur : la taille de l'organisation; la décentralisation de l'organisation; la capacité d'absorption des nouvelles connaissances; le contexte favorable au changement (y compris le leadership, la vision stratégique, les relations avec la direction, etc.); la cohérence de l'innovation avec les valeurs et les normes existantes.</p> <p>Contexte extérieur : réseaux inter organisationnels; stratégies de diffusion; directives politiques; rôle de <i>change agency</i>; agents de changement externes.</p>

<p>Michie et coll. (2005) (TDF)</p>	<p>L'objectif est de simplifier et d'intégrer une multitude de théories au changement de comportement pour être utilisé dans la recherche sur la mise en œuvre des interventions de divers domaines.</p>	<p>Douze domaines ont été identifiés pour expliquer le changement comportemental : 1- les connaissances; 2- les compétences; 3- le rôle et l'identité sociale et professionnelle; 4- les croyances relatives aux compétences (auto-efficacité); 5- les croyances relatives aux retombées; 6- la motivation et les objectifs (intention); 7- l'attention et les processus de décision; 8- le contexte et les ressources de l'environnement (Environnemental constraints); 9- les influences sociales (influence); 10- la régulation des émotions; 11- la régulation comportementale; 12- la nature du comportement.</p>
<p>Feldstein et Glasgow (2008) (PRISM)</p>	<p>Un cadre conceptuel pour l'amélioration des pratiques et intégration des caractéristiques clés d'une conception de programme réussie. Il fournit des déterminants prédictifs de la mise en œuvre et de la diffusion ainsi que de l'ampleur des résultats.</p>	<p>Programme/intervention : état de préparation; force des données probantes mobilisées; complexité et coût; service et accès; rétroaction des résultats. Usagers : santé et culture organisationnelles; leadership; soutien et communication de la direction; systèmes et formation; données et soutien décisionnel. Environnement externe : règles et normes; concurrence; financement. Infrastructure de mise en œuvre et de durabilité : équipe dédiée; chercheurs de liaison; protocoles et procédures adaptables; plan de durabilité.</p>
<p>Damschroder et coll. (2009) (CFIR)</p>	<p>Propose une typologie globale pour promouvoir le développement de théories de mise en œuvre et la vérification de ce qui fonctionne, où et pourquoi, dans de multiples contextes.</p>	<p>Processus : planification, engagement (y compris les leaders d'opinion et les champions), exécution, réflexion et évaluation (rétroactions). Caractéristiques de l'intervention : la perception par les parties prenantes de la qualité et de la validité des preuves soutenant la croyance que l'intervention aura les résultats souhaités; la mesure dans laquelle une intervention peut être adaptée, personnalisée, affinée ou réinventée pour répondre aux besoins locaux. Contexte interne : caractéristiques structurelles (p. ex. la taille de l'organisation); réseaux et communications; culture; climat de la mise en œuvre (p. ex. capacité d'absorption du changement, les incitations et les récompenses organisationnelles, le climat d'apprentissage); l'engagement des dirigeants, les ressources disponibles, l'accès aux connaissances et aux informations; les normes et valeurs. Contexte externe : besoins du milieu et ressources; cosmopolitisme (mise en réseau avec d'autres organisations externes); pression des pairs (pour mettre en œuvre une intervention); politiques et incitations externes. Caractéristiques des individus : connaissances et croyances concernant l'intervention; auto-efficacité; « stade » du changement individuel; identification individuelle avec l'organisation.</p>
<p>Brooks et coll. (2011)</p>	<p>Identifie les influences contextuelles qui inhibent ou favorisent l'acceptation et l'intégration des innovations dans les services de santé mentale</p>	<p>Facteurs favorables : Déterminants contextuels : les compétences, les connaissances et l'expérience de l'équipe de projet, notamment du champion du projet; la petite taille de l'organisation et la hiérarchie horizontale de l'équipe; un travail en partenariat efficace; des réseaux solides, par exemple, des liens avec des organisations locales.</p>

		<p><u>Déterminants de processus-résultat</u> : le soutien de l'organisme de financement (financier et non financier); réduction des différences de pouvoir entre les utilisateurs et les fournisseurs de services; le projet est né d'un besoin identifié; une constellation de personnes de soutien à l'intérieur et à l'extérieur des services officiels.</p> <p>Facteurs obstacles :</p> <p><u>Déterminants contextuels</u> : limitation des ressources et charge de travail élevée; manque de stabilité du système (restructuration et changements rapides de politique); forte rotation du personnel; politique interne/bureaucratie.</p> <p><u>Déterminants du processus-résultat</u> : faibles attentes initiales parmi le personnel; la nouveauté et la complexité de l'idée; sous-estimation des coûts; faible communication au sein de l'organisation.</p>
Champagne (2002)	Propose une typologie qui regroupe plusieurs théories et travaux selon une dizaine de perspectives	<p>Typologies proposées : 1) le modèle hiérarchique et rationnel; 2) l'approche du développement organisationnel; 3) le modèle psychologique; 4) Le modèle structurel; 5) le modèle politique; 6) L'approche de la gestion stratégique; 7) les perspectives environnementales externes : approches écologiques et institutionnelles; 8) les approches gurus; 9) le modèle de l'apprentissage; 10) les théories de la complexité.</p>

À ce jour, il n'existe pas de travaux qui analysent en profondeur la dynamique interactionnelle des déterminants contextuels avec les composantes de mise en œuvre des centres d'apprentissage *Recovery College* implantés dans le monde. Par ailleurs, conformément à la méthodologie employée pour cette recherche (approche inductive générale) pour répondre aux questions de recherche, aucun cadre conceptuel ou modèle n'a déjà été adopté, mais certains ont été mobilisés en fonction des résultats émergents pour les valider ou les contredire dans les phases de peaufinement des résultats et dans la discussion.

Chapitre 3 – Méthodologie

3.1 L'analyse logique

Afin de répondre aux **questions liées au bien-fondé théorique de l'intervention et à son modèle opérationnel**, la démarche méthodologique suivante a été privilégiée :

3.1.1 L'analyse de la théorie du programme

Afin de permettre l'analyse de la théorie du programme, l'approche de l'analyse logique a été utilisée. L'analyse logique permet ici d'évaluer la théorie du programme de l'intervention et d'en faire l'analyse critique en fonction de la littérature scientifique et des connaissances tacites des parties impliquées. Cela permet d'évaluer les forces et les faiblesses de la théorie du programme de l'intervention.

Pour ce faire, trois étapes ont été suivies : 1) construction du modèle logique; 2) construction d'un cadre conceptuel comparatif; 3) analyse critique de la théorie du programme du CASR.

3.1.1.1 Construction du modèle logique

La première étape de l'évaluation a été de construire le modèle logique du CASR. Il est rare dans la réalité de disposer d'un modèle logique explicite dès le départ (Champagne et coll., 2011d). Le modèle logique consiste à « définir » l'intervention. Il détaille les hypothèses sous-jacentes, parfois cachées, du complexe cheminement des interventions, en rendant plus explicites certaines « théories » ou « présumées » implicites (Baxter et coll., 2014; Fielden et coll., 2007).

Il existe plusieurs stratégies et approches pour construire un modèle logique (Champagne et coll., 2011d; Chen, Cato, et Rainford, 1999; Renger et Titcomb, 2002). De même, il existe une diversité importante concernant le niveau de détail et de complexité pour représenter la « théorie du

programme » en fonction du contexte, des ressources disponibles et des objectifs principaux (Astbury et Leeuw, 2010).

Dans le cadre de ce projet, les sept stratégies (ou sous-étapes) suivantes ont été effectuées (entre octobre 2019 et janvier 2020) : 1) observation des participants; 2) analyse de documents administratifs; 3) entrevues informelles et rencontres avec des parties prenantes afin de mieux comprendre les hypothèses implicites de l'intervention (formateurs, gestionnaires et partenaires); 4) révision de la littérature en lien avec le modèle RC; 5) coconstruction des liens causaux entre les ressources, les activités et les objectifs; 6) validation et synthèse du modèle logique; 7) présentation et validation auprès des parties prenantes.

1) Observations participantes

Soixante (60) heures d'observations ont été nécessaires dans le CASR sur une période de quatre (4) semaines. Les observations ont englobé la participation à des activités de formation de formateurs, formations à la communauté et réunions des comités de pilotage.

2) Analyse de documents administratifs

De nombreux documents administratifs ont été lus et analysés. Cette analyse a permis d'intégrer les connaissances des membres du CASR au cours du processus de construction du modèle logique.

3) Entrevues informelles et rencontres avec les intervenants impliqués afin de mieux comprendre les hypothèses implicites de l'intervention (formateurs, gestionnaires et partenaires).

Le processus d'observation a permis d'interagir avec les différents intervenants impliqués dans la mise en œuvre du modèle pour mieux comprendre et valider certaines hypothèses et mécanismes implicites de l'intervention. Ce groupe d'intervenants était composé de formateurs (personnes engagées dans l'élaboration et l'offre des formations), de gestionnaires (personnes responsables de la gestion du CASR) et de partenaires membres représentant des organisations partenaires du CASR).

4) Revue de la littérature en lien avec le modèle RC

Une revue de la littérature sur le modèle a été effectuée par l'équipe de recherche du CASR (doctorants et chercheurs) pour faciliter la compréhension de la théorie du programme des modèles RC et pour soutenir la conception d'une approche évaluative de ses retombées (Thériault et coll., 2020). Cette revue a regroupé des études sur dix ans de publications scientifiques sur les effets et les « mécanismes d'action » du modèle RC.

5) Coconstruction des liens causaux entre les ressources, les activités et les objectifs

Un groupe composé de deux gestionnaires, deux chercheurs et quatre étudiants au doctorat a participé à quatre réunions pour concevoir le modèle logique final, en mettant l'accent sur l'intégration du modèle opérationnel de l'intervention et son modèle de changement, ainsi que sur les instruments utilisés pour mesurer les effets attendus dans le cadre de futures recherches évaluatives.

6) Validation et synthèse du modèle logique

Une synthèse du processus de coconstruction du modèle logique du CASR a été réalisée à partir des versions préliminaires construites lors des quatre réunions de la phase cinq (5). Ensuite, la synthèse ainsi que la version initiale du modèle logique ont été validées par la chercheuse fondatrice du CASR.

7) Présentation et validation auprès des parties prenantes.

Finalement, le modèle logique (ML) a été présenté, ajusté et validé par les parties prenantes, notamment les gestionnaires et les partenaires.

3.1.1.2 Construction d'un cadre conceptuel comparatif

La deuxième phase de l'analyse logique consiste à construire un cadre conceptuel basé sur une révision non exhaustive de la littérature scientifique qui identifie certains éléments essentiels ou conditions contextuelles pour le succès de l'intervention ou programme (Hudon et coll., 2020). Cependant, l'objectif ici n'est pas de développer une revue systématique complète, mais plutôt de clarifier les hypothèses implicites des parties prenantes en utilisant les connaissances scientifiques (Brousselle et Champagne, 2011).

Afin d'analyser la cohérence et le bien-fondé du modèle causal de l'intervention, une revue de la littérature (non exhaustive) visant les quatre éléments clés de l'intervention (objectifs distaux) a été réalisée, soit : 1) la littérature sur les déterminants nécessaires pour faciliter **les transformations des pratiques de services des systèmes de santé** (objectif distal), autrement dit, des déterminants capables d'influencer positivement l'agenda politique du système de santé vers les pratiques axées sur le rétablissement; 2) la littérature sur des déterminants liés à **la promotion de l'autodétermination et du pouvoir d'agir** (objectif distal); 3) les déterminants associés à **la réduction des préjugés et des stigmas** des personnes dans un contexte de santé mentale; et 4) les déterminants **liés à la réduction de l'isolement social** dans un contexte éducationnel en santé mentale.

La validation des éléments clés du modèle logique auprès des parties prenantes, lors de cette étape d'analyse logique, est fondamentale et vise à accroître la légitimité des recommandations aux yeux des parties concernées, ce qui favoriserait l'adhésion aux recommandations données.

Pour identifier les références pertinentes, les bases de données « *web of knowledge* », « *Embase* » et « *PubMed* » ont été utilisées. Les mots clés suivants ont été utilisés dans diverses combinaisons :

Groupe 01 : les transformations des pratiques de services des systèmes de santé

Mots clés : Health policy; policy networks, policy process; health innovation; health paradigms; public policies; political influence; change; influence; agents for change; organizational adaptation; system adaptation; resistance; intervention, program.

Groupe 02 : La promotion de l'autodétermination et du pouvoir d'agir

Mots clés : Self-determination; self-control; recovery; well-being; empowerment; self-efficacy; behavioral change; mental health; education; motivation; self-worth; mental disabilities; self-esteem; connectedness; competencies development; intervention; program

Groupe 03 : la réduction des préjugés et des stigmas

Mots clés : Social change, mental health, mental illness, discrimination, stigma, prejudice, social strategies, educational strategies, adult learning, intervention; program.

Groupe 4 : Réduction d'isolement social

Mots clés : loneliness, social support, social isolation, mental disorders, mental health; health intervention; perceived social support.

Un premier examen des titres et des résumés des articles trouvés avec ces mots clés a permis d'identifier les références pertinentes. D'autres références ont été identifiées à partir des bibliographies des articles pertinents.

Finalement, l'intention ici n'est pas de procéder à une analyse exhaustive de ces déterminants, mais de mettre rapidement en évidence certains éléments qui révèlent les forces et les faiblesses du modèle de changement de l'intervention, tout en permettant de soutenir les gestionnaires dans leurs propos. Ainsi, **la pertinence** de la littérature pour soutenir notre analyse a été privilégiée plutôt que son **exhaustivité**.

3.1.1.3 Analyse critique de la théorie du programme

Dans cette étape, une analyse comparative (critique) a été réalisée entre les éléments du modèle de changement de l'intervention et le cadre conceptuel construit (l'étape précédente) afin d'évaluer la

cohérence et la validité théorique de l'intervention. Pour ce faire, les éléments du modèle de changement du modèle logique ont été découpés et codés pour faciliter les comparaisons avec les déterminants trouvés dans la littérature (cadre conceptuel).

3.1.2 L'analyse du modèle opérationnel de l'intervention

Le modèle opérationnel a été analysé en deux parties distinctes (Poncet, Swaine et Pradat-Diehl, 2017) :

- a) l'analyse de la structure mobilisée englobant l'ensemble des dimensions physiques, organisationnelles et symboliques de l'intervention (environnement, finances, immobilier, partenaires, valeurs et principes, tâches et rôles, etc.);
- b) le processus d'action (les activités proposées par le programme).

Finalement, afin d'émettre un jugement concernant la capacité opérationnelle de l'intervention et sa cohérence par rapport à l'atteinte des objectifs de production, la démarche suivante a été mise en place :

1. Analyse des documents administratifs du CASR, y compris les documents financiers et de coûts de l'organisation;
2. Observation participative dans les activités et les réunions hebdomadaires du CASR;
3. Entrevues avec les gestionnaires de l'organisation et un expert local du modèle.

3.2. L'analyse d'implantation

Pour répondre aux **deux dernières questions liées à la transformation de la forme de l'intervention et l'influence de déterminants sur la mise en œuvre**, les démarches réalisées dans le cadre de cette thèse sont décrites dans les sous-sections suivantes

3.2.1 Devis et stratégie de recherche

Il s'agit d'une recherche de nature qualitative qui repose sur un devis d'étude de cas unique. Ce type de devis de recherche est recommandé lorsqu'il s'agit d'étudier la mise en œuvre d'une intervention complexe dans son contexte naturel où les chercheurs n'ont aucun contrôle sur les éléments qui peuvent l'influencer (Yin, 2003). En outre, la méthodologie de l'étude de cas qualitative est devenue une approche globale pour décrire et explorer les questions complexes dans les systèmes de santé (Houghton et coll., 2015).

En ce qui concerne la stratégie de recherche, l'approche de l'analyse d'implantation (Type I-a et type I-b) a été appliquée, pour permettre de mieux comprendre les répercussions de la dynamique interactionnelle des facteurs contextuels sur l'ensemble de l'intervention et ses composantes (Champagne et coll., 2011b). De nombreux auteurs ont souligné que l'étude de cas est l'approche qui convient le mieux pour l'analyse d'implantation (Champagne et coll., 2011b; Savary, 2010).

Dans le cadre du modèle RC, l'étude de cas s'avère pertinente pour mieux saisir ce modèle innovant, tout en permettant une analyse approfondie sur le fonctionnement du CASR sous plusieurs angles et perspectives de la réalité terrain.

Le cas analysé correspond à **la mise en œuvre du modèle RC au Québec, Canada.**

3.2.2 Étapes pour la détermination du degré de mise en œuvre

Basée sur les recommandations de McGrew et coll. (1994) concernant le degré de la mise en œuvre, un outil a été construit et « validé » pour les parties prenantes afin de « quantifier » le niveau de la mise en œuvre de l'intervention au moment de la recherche. Les étapes suivantes ont été suivies :

1. Identification des dimensions ou composantes cruciales de l'intervention.
2. Identification des éléments observables de chaque composante de la mise en œuvre

3. Détermination de l'importance de chaque composante sur la mise en œuvre (pondération)
4. Définition du score attribuée à chaque composante.

Afin de réaliser les étapes 1, 2 et 3, les trois gestionnaires du CASR ont été interviewés en utilisant une grille d'entrevue structurée. Ces dernières portaient sur l'identification des composantes clés de la mise en œuvre, ainsi que sur leur perception des éléments observables de chaque composante et le degré de mise en œuvre (voir l'annexe 1). De plus, l'analyse de documents administratifs et les observations sur le terrain ont permis de peaufiner les éléments observables de chaque composante et de confirmer (ou contredire) certaines impressions des gestionnaires.

Enfin, l'étape 4 (définition du score attribuée à chaque composante) a été réalisée et le résultat final a été validé par l'un des gestionnaires (et chercheuse) responsable du modèle *Recovery College* au Québec.

3.2.3 Étapes pour l'identification des déterminants ayant une influence sur la forme et les composantes de l'intervention

3.2.3.1 Échantillonnage

Considérant que toute stratégie de recherche qualitative et d'échantillonnage comporte une part d'imprévisibilité (Savary, 2010), l'échantillonnage de répondants a été de type raisonné. L'échantillonnage raisonné est une technique largement utilisée dans le cadre de la recherche qualitative pour identifier et sélectionner des cas porteurs d'informations afin d'utiliser au mieux les ressources limitées (Patton, 2005). Cela permet d'identifier et de sélectionner des individus (ou des groupes d'individus) qui ont une connaissance ou une expérience particulière d'un phénomène donné (Cresswell et Plano Clark, 2011).

En raison des adaptations apportées par la crise sanitaire COVID-19, la stratégie d'échantillonnage raisonné du type « boule de neige » a été mise en place. Les suggestions d'informateurs clés, autant

des gestionnaires que d'autres personnes interviewées, ont été prises en considération. Cela a permis de trouver un échantillon plus aligné avec les objectifs de la recherche.

En effet, les méthodes qualitatives mettent principalement l'accent sur la saturation de données plutôt que sur la représentativité statistique, car l'objectif premier n'est pas de généraliser les résultats à toute une population, mais plutôt de comprendre un phénomène (Patton, 2005).

Suite à l'autorisation et aux suggestions des gestionnaires du CASR pour effectuer les entrevues, des invitations avec un texte explicatif sur la recherche ont été envoyées par courriel. Le seul critère pour participer à l'entrevue était d'avoir participé ou de participer activement à une ou plusieurs étapes de la mise en œuvre du projet. Afin de varier les points de vue sur le sujet, des représentants de quatre catégories ont été recrutés : les gestionnaires du CASR, les formateurs (ceux qui élaborent et donnent des formations), les membres des organisations partenaires du CASR, et la chercheuse fondatrice du modèle RC au Québec.

Un formulaire de consentement pour présenter notre projet de recherche a été remis à toutes les personnes qui ont manifesté un intérêt à collaborer avec la recherche pour, finalement, programmer l'entrevue en ligne.

Nous avons interviewés trois gestionnaires (sur trois possibles) du CASR, quatre représentants (sur 12) des organisations partenaires, cinq étudiants-formateurs (sur 15), et la chercheuse fondatrice du CASR. Cette dernière n'était plus associée au projet, mais a développé des actions clés pour amorcer le modèle RC dans la province en regroupant les membres de la première délégation de la région qui avait pour but d'explorer le modèle à l'extérieur du Canada. De plus, une chercheuse, également gestionnaire du CASR, qui avait déjà été interviewée en tant que gestionnaire, s'est ajoutée à cette entrevue.

Étant donné la petite taille de l'organisation et les objectifs de la recherche, la saturation des données a été atteinte avec un N de treize (13) participants. Le temps d'observation consacré dans

le CASR a été de 720 heures au total. La saturation a été considérée comme atteinte lorsqu'aucun autre matériel n'a été jugé nécessaire pour établir les catégories conceptuelles en lien avec les questions de recherche (Pires, 1997). Le tableau 5 résume le profil des répondants en fonction de leurs caractéristiques.

Tableau 5. – Portrait de l'échantillon

Participants	Groupe	Sexe	Type de savoir
1-2020-04-FH-ECT-01B	Formateur	Féminin	Expérientiel, clinique et théorique
2-2020-04-FH-00T-02B	Formateur	Féminin	Théorique
3-2020-04-FF-00T-03B	Formateur	Féminin	Théorique
4-2020-04- FF-00E-04B	Formateur	Féminin	Expérientiel
5-2020-04- FF-00T-05B	Formateur	Féminin	Clinique et Théorique
6-2020-04-PH-00T-06B	Partenaire	Masculin	Théorique
7-2020-09-PH-00T-09B	Partenaire	Masculin	Théorique
8-2020-09-PF-00T-10B	Partenaire	Féminin	Clinique et théorique
9-2020-11-PF-00T-12B	Partenaire	Féminin	Théorique
10-2020-09-GH-E0T-07B	Gestionnaire	Masculin	Expérientiel et théorique
11-2020-09-GF-ET0-08B	Gestionnaire	Féminin	Expérientiel et théorique
12-2020-11-GF-0TC-11B	Gestionnaire	Féminin	Clinique et théorique
13- 2020-11-PF-0TC-13B et 2020-11-GF-0TC-11B	Les fondatrices du modèle RC au Québec	Féminin (Les deux)	Clinique et théorique (Les deux)

3.2.3.2 Collecte des données

Hargreaves (1990) a identifié plusieurs sources de données pour le suivi des programmes : 1) manuels et publications; 2) documents sur le personnel, charge de travail et budget; 3) personnel/employés; 4) données de systèmes d'information; 5) journaux de contacts quotidiens; 6) public ciblé; 7) résumés des dossiers du programme, etc.

Rossi et coll. (1979), à leur tour, suggèrent quatre stratégies de collecte de données sur l'implantation : 1) l'observation directe; 2) la mobilisation de documents et de registres; 3) les instruments de monitoring; 4) la collecte de données à partir de participants et d'acteurs impliqués dans le programme.

À cet effet, trois stratégies pour récolter les données ont été mise en place :

1) Des entrevues structurées;

2) Des observations participants lors de formations, réunions et activités hebdomadaires du CASR (720h);

3) La consultation de fichiers électroniques, documents et rapports organisationnels.

La collecte de données s’est déroulée d’octobre 2019 à novembre 2020. Les observations et le journal de bord ont été réalisés entre octobre de 2019 et juillet de 2020. Le tableau 6 met en évidence le sommaire des entrevues.

Tableau 6. – Description sommaire des entrevues

Interviewé	Date	Durée	Nombre de pages (verbatim)
1-2020-04-FH-ECT-01B	Avril 2020	54 min	25
2-2020-04-FH-00T-02B	Avril 2020	71 min	38
3-2020-04-FF-00T-03B	Avril 2020	74 min	27
4-2020-04- FF-00E-04B	Avril 2020	95 min	37
5-2020-04- FF-00T-05B	Avril 2020	61 min	26
6-2020-04-PH-00T-06B	Avril 2020	51 min	16
7-2020-09-PH-00T-09B	Septembre 2020	53 min	21
8-2020-09-PF-00T-10B	Septembre 2020	24 min	11
9-2020-11-PF-00T-12B	Novembre 2020	46 min	30
10-2020-09-GH-E0T-07B	Septembre 2020	30 min	10
11-2020-09-GF-ET0-08B	Septembre 2020	36 min	11
12-2020-11-GF-0TC-11B	Novembre 2020	55 min	24
13- 2020-11-PF-0TC-13B et 2020-11-GF-0TC-11B	Novembre 2020	50 min	17

3.2.3.3 Instruments de la collecte de données

Afin de guider les entrevues et ainsi s'assurer de l'atteinte des objectifs, quatre (4) grilles d'entrevues structurées ont été élaborées (annexes 1, 2, 3 et 4). La première s'adressait aux gestionnaires du CASR, la seconde, aux membres des organismes partenaires (membres du comité de pilotage), la troisième aux formateurs et la quatrième aux fondatrices du modèle RC au Québec. Le guide d'entrevue appliqué aux participants-formateurs portait sur des questions concernant leur expérience lors de la formation des formateurs (les facilitateurs et les barrières), ainsi que sur leurs impressions générales concernant les bénéfices du modèle RC et ses principes. Le guide pour les gestionnaires misait davantage sur les aspects opérationnels et la mise en œuvre de l'intervention. Quant au guide dédié aux membres partenaires du CASR, leurs impressions générales du modèle, les barrières et les facilitateurs de l'implantation, ainsi que la contribution de l'organisation partenaire pour l'implantation du modèle, ont été les sujets privilégiés. Finalement, concernant l'entrevue avec les chercheuses fondatrices du modèle RC au Québec, l'accent a été mis davantage sur les aspects historiques de l'implantation ainsi que sur les enjeux d'implantation dans la province au début du processus.

3.2.3.4 Analyse des données

L'analyse de données qualitatives est une stratégie visant à élaborer des explications d'un phénomène en identifiant des associations ou des tendances qui suggèrent de potentielles « relations causales » (Yin, 2003).

À cet effet, une approche générale d'analyse inductive proposée par Thomas (2006) a été utilisée comme méthode d'analyse pour la codification des entrevues et l'interprétation des résultats. Cette approche est particulièrement appropriée pour l'analyse de données pour lesquelles il existe relativement peu d'études ou de théories (Blais et Martineau, 2006). Par conséquent, elle est

appropriée pour cette analyse, puisqu'aucune étude n'a été menée sur l'implantation des modèles RC dans le monde.

De plus, étant donné qu'il s'agit d'une étude de **cas unique** (l'implantation du CASR), sans comparaisons entre différents sites, cette stratégie s'avère adéquate, tout en permettant « une structuration » pour les analyses en laissant place à la fois à l'esprit critique et à la créativité du chercheur (Thomas, 2006).

Les quatre étapes proposées par Thomas (2006) ont été mises en place afin de favoriser l'émergence des catégories ou thèmes pertinents concernant les objectifs de la recherche.

1) Préparation des données brutes

Les transcriptions ont été préparées dans un format commun en utilisant le logiciel Microsoft Word (Times New Roman 12 pts, double interligne). Ensuite, transférées au logiciel Nvivo.

2) La lecture attentive et approfondie des verbatim

Les textes ont été lu à plusieurs reprises jusqu'à familiarisation des contenus en permettant une « vue d'ensemble » des sujets couverts dans les verbatim.

3) L'identification et la description des catégories ou thèmes

Le processus « codage » des segments des verbatim pour créer des catégories a été amorcé. Un codage parallèle « en aveugle » a été effectué par un autre doctorant pour les cinq premiers verbatim considérant les objectifs de la recherche. Les catégories ont été comparées et discutées jusqu'à obtenir un consensus sur les premières catégories et sur la clarté dans les définitions. Un « code-book » initial a été créé. Les analyses subséquentes ont été réalisées à partir des résultats provisoires de cette première analyse, tout en préservant la perspective d'ouverture à l'émergence (Laperrière, 1997; Strauss et coll., 2004). Le Logiciel Nvivo a été utilisé.

4) La révision et le raffinement des catégories.

Finalement, les catégories ont été raffinées, en considérant les objectifs de recherche, incluant des points de vue contradictoires ou de nouvelles perspectives. Tout cela sous la supervision et la validation du directeur et des codirecteurs de thèse.

Dans cette phase, les catégories ont finalement été regroupées sur la base d'une approche déductive, inspirée des différentes théories disponibles sur le changement dans la littérature scientifique.

La démarche analytique a été appliquée jusqu'à la saturation théorique. La saturation a été considérée comme atteinte lorsqu'aucun autre matériel n'a été jugé nécessaire pour établir les catégories conceptuelles en lien avec les questions de recherche (Pires, 1997).

Ni le journal de bord des observations ni l'analyse de documents n'ont été analysés de façon systématique. Ils ont plutôt servi à compléter les informations collectées par les entrevues. De plus, les 720 heures d'observations participant-terrain ont apporté plusieurs bénéfices à la recherche car cela : 1) a permis de mieux saisir la réalité terrain de l'intervention; 2) a favorisé le lien de confiance entre les gestionnaires, les formateurs et les membres partenaires de l'intervention et moi, tout en permettant la validation des interprétations et hypothèses dans un délai raisonnable; 3) a favorisé grandement l'interprétation de données des entrevues. L'analyse de documents, à son tour, a apporté des précisions aux entrevues en plus d'aider à confirmer certaines « intuitions » des observations. Les *code books* sont disponibles aux annexes 5, 6 et 7.

3.2.3.5 Considérations éthiques

L'approbation des participants a été obtenue avant chaque entrevue. Chacun d'eux a eu le libre choix d'accepter ou de refuser d'y participer après la lecture du formulaire de consentement. De plus, tous les renseignements des participants ont été colligés de manière confidentielle afin que leur identité ne puisse être révélée. Finalement, le projet de recherche auquel est rattachée cette

thèse a reçu l'approbation du comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains du CIUSSS de l'Est-de-l'Île de Montréal (comme comité d'éthique responsable de l'étude multidisciplinaire) et de l'Université du Québec à Trois-Rivières, et ce, considérant que le chercheur responsable du projet (codirecteur de cette thèse) était chercheur au CR-IUSMM et professeur à l'UQTR.

3.3 Validité et critères de scientificité

De nombreux enjeux liés aux critères de rigueur dans ce type de devis de recherche s'imposent. Henwood et Pidgeon (1992) soutiennent que les critères de scientificité auxquels un chercheur doit se référer varient selon le type de recherche qualitative qu'il entreprend, ainsi que la perspective épistémologique du chercheur. Dans ce sens, la présente recherche a été guidée en vue de renforcer les critères de scientificité proposés par Lincoln et Guba (1985), c'est-à-dire les quatre composantes du concept de « *trustworthiness* », soit les critères de crédibilité, de transférabilité, de fiabilité et de confirmabilité. Devers (1999) propose plusieurs stratégies pour favoriser la rigueur scientifique basée sur les idées de Lincoln et Guba (1985) dans la recherche des organisations de santé. Par contre, il reconnaît les limites de la notion du concept de « rigueur » pour la recherche qualitative.

La crédibilité correspond à la « vérité » des observations, vue à travers le regard des personnes observées ou interviewées et dans le contexte dans lequel la recherche est réalisée (Devers, 1999). Afin d'accroître la crédibilité de la recherche, plusieurs méthodes de collecte de données ont été mises en place (analyse documentaire, entrevues et observations), tout en permettant de regrouper et d'enrichir les informations apportées par chacune des méthodes (triangulation)

En outre, la recherche a mobilisé la participation de différents acteurs impliqués dans l'intervention et a intégré diverses perspectives (formateurs, gestionnaires et partenaires). Les grilles d'entrevues ont été validées et testées préalablement avec la participation de certains acteurs et d'autres chercheurs. Un deuxième étudiant doctorant a participé à des analyses « en aveugle » dans la

construction des premières catégorisations. Le directeur de thèse et les codirecteurs ont joué également le rôle d'examineurs externes et critiques. Finalement, une attention a été accordée aux évidences sur le terrain qui pourraient contredire les intuitions et les conclusions.

Par la suite, **la transférabilité** est vue comme la mesure par laquelle les résultats peuvent être transférés (généralisés) à d'autres milieux. Selon Mark (1986), la transférabilité d'une recherche s'appuie sur trois principes : 1) le principe de similitude, 2) le principe de robustesse, et 3) le principe d'explication.

L'analyse d'implantation effectuée dans cette recherche favorise la transférabilité des résultats trouvés de deux manières (Champagne et Denis, 1992). D'abord, en renforçant le principe de la similitude par une description détaillée du contexte de la mise en œuvre. À cet égard, l'étude de cas favorise la description détaillée de l'intervention dans son environnement naturel. Ensuite, par le principe d'explication, puisque cette approche met l'accent sur les facteurs inhibiteurs et ceux favorables à la production des effets de l'intervention. Dans le cas spécifique de ce travail, l'accent a été mis sur les facteurs qui interagissent avec les composantes de la mise en œuvre de l'intervention ainsi que sur les facteurs qui ont modifié l'intervention pendant sa mise en œuvre.

En effet, pour que les résultats soient transférables, par contre, les contextes doivent être similaires (principe de la similitude) (Devers, 1999). Par conséquent, c'est le rôle des preneurs de décision d'identifier les aspects clés du contexte d'où proviennent les résultats et la mesure dans laquelle ils peuvent être applicables à d'autres contextes. Alors, le contexte de la mise en œuvre a été bien documenté et décrit afin de permettre aux gestionnaires/chercheurs d'autres centres d'apprentissage de juger de la pertinence d'application des résultats de cette recherche dans leurs contextes et ainsi « reproduire » la recherche. De plus, l'analyse d'implantation porte un regard analytique sur les facteurs contextuels qui influencent la mise en œuvre de l'intervention (principe de l'explication). Autrement dit, la notion de transférabilité ou de validité externe de cette recherche

s'appuie notamment sur les principes de la similitude (ample description contextuelle) et de l'explication (analyse des facteurs influençant l'implantation de l'intervention).

La fiabilité, à son tour, porte sur la mesure par laquelle la recherche produirait des résultats semblables ou cohérents si elle était réalisée de la façon décrite, y compris en tenant compte de tout facteur qui pourrait avoir influé sur les résultats de la recherche (Devers, 1999). Les données sont préservées et organisées de façon à permettre l'analyse et la révision par des chercheurs externes, le cas échéant. De plus, les débats réguliers avec le directeur de thèse, les codirecteurs, et d'autres chercheurs du domaine de la santé mentale non-directement liés à la recherche ont joué le rôle « d'examineur externe sceptique » lors des démarches de recherche.

Finalement, **la confirmabilité** est présente lorsque les chercheurs fournissent des preuves qui corroborent les résultats. De telles preuves devraient provenir directement des sujets et du contexte de la recherche, plutôt que des préjugés, des motivations ou des perspectives du chercheur (Devers, 1999). En plus de la triangulation de méthode déjà citée et la possibilité des audits des données, un journal de pratique réflexive a été établi afin de faciliter notre réflexivité et de clarifier « nos systèmes de croyances et des subjectivités individuelles » lors de la recherche (Ortlipp, 2008). Le fait d'avoir créé et utilisé un journal de réflexion a permis d'enregistrer et de réviser les expériences, les opinions, les pensées et les sentiments visibles et reconnus dans la conception de la recherche, lors des observations, des analyses et de l'interprétation des données.

Chapitre 4 – Résultats

Les résultats de cette recherche sont présentés dans le même ordre que les questions de recherche soulevées. Autrement dit, la section 4.1 démontre les résultats liés aux deux premières questions en rapport à l'analyse du bien-fondé de l'intervention et l'analyse de son modèle opérationnel. La section 4.2, quant à elle, met en lumière les résultats de deux dernières questions de recherche en lien avec les déterminants qui ont influencé le degré de la mise en œuvre de l'intervention ainsi que les déterminants qui ont influencé la transformation de l'intervention au fur et à mesure de son implantation.

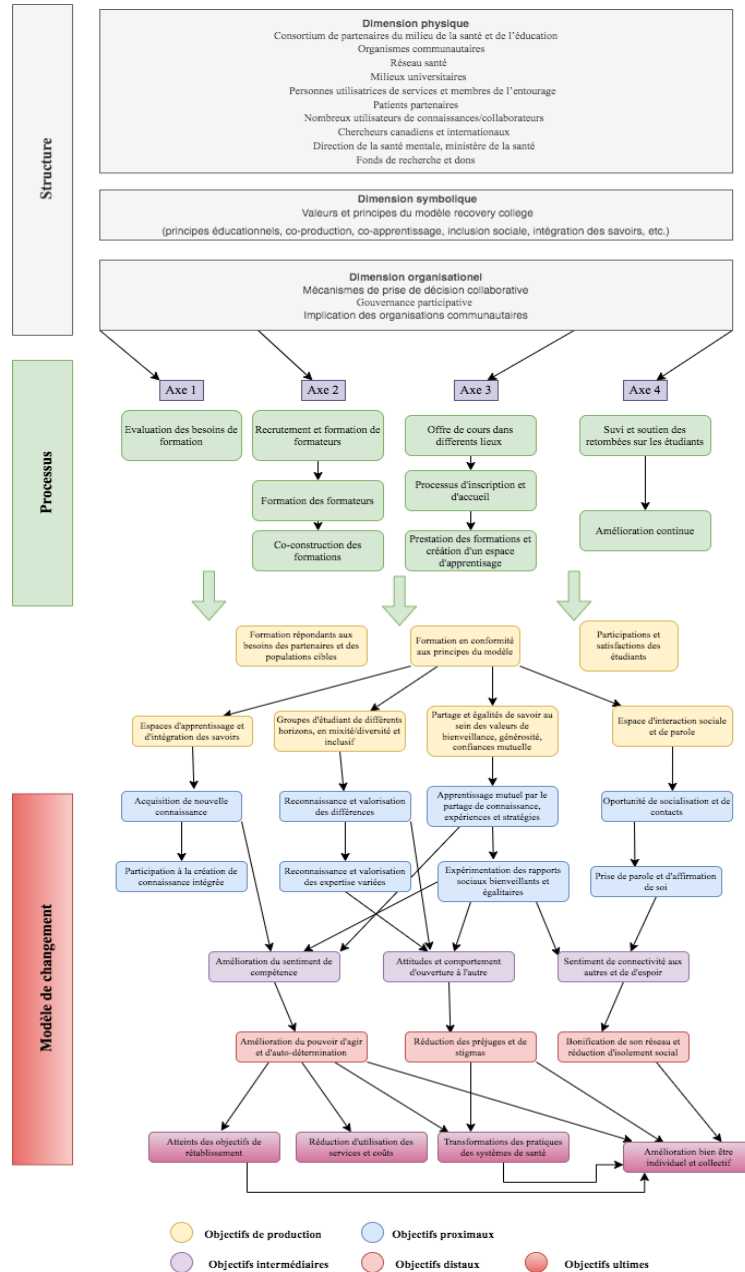
4.1 Résultats des questions liés au bien-fondé théorique et au modèle opérationnel de l'intervention

4.1.1 Bien-fondé de l'intervention au Québec

4.1.1.1 Le modèle logique

Le modèle logique (ML) final a été diffusé aux membres de l'équipe du CASR et partenaires en janvier de 2019 (Chaves, et coll., 2021c). Le ML met en évidence les relations entre les ressources stratégiques nécessaires aux activités clés de l'intervention pour produire les résultats (ou changements) attendus à court, moyen et long termes. La figure 3 synthétise la théorie du programme (modèle d'action et modèle de changement) de l'intervention proposée (Chen et coll., 2018) à la lumière de la littérature scientifique mobilisée et, en même temps, incarne les hypothèses et les explications selon la compréhension/expertise des acteurs impliqués (Chaves et coll., 2021c).

Figure 3- Modèle logique du Recovery College du Québec



Source : Chaves, B. G., Briand, C., Lord, M.-M., Thériault, J., Lambert, F., et de Medeiros, J. M. (2021). Logic model for mental health interventions: the Recovery College model in Quebec, Canada. *International Journal of Development Research*, 11(07), 48781-48784

4.1.1.1.1 les ressources et les activités :

Une ressource vitale du projet est la diversité de ses partenaires stratégiques issus de plusieurs secteurs. Par conséquent, les fondateurs ont décidé d'avoir une diversité d'expertises et de connaissances comme ressources essentielles pour favoriser les chances de réussite de l'intervention. En effet, ces partenaires, cités dans la phase 2 d'implantation, ont contribué au projet de différentes manières et à différentes étapes. De l'apport de ressources financières jusqu'à la contribution en nature.

En général, les activités d'intervention sont basées sur quatre axes décrits dans l'espace « axes de partenariat de recherche » et sont, par la suite, découpées dans le modèle logique en activités en lien avec chaque axe. Les activités clés de l'intervention portent sur : 1) l'identification des besoins prioritaires de la communauté pour guider la coconstruction des cours; 2) le recrutement, la formation des formateurs et la coconstruction des formations; 3) l'offre de formations, le processus d'inscription et la prestation des formations; 4) le suivi et le soutien des retombées sur les étudiants et les processus d'amélioration continue.

En effet, le CASR est une « école » en matière de santé mentale, donc la majorité des activités clés prévues pour déclencher les changements attendus par l'intervention ont une nature éducationnelle. Par contre, différemment d'une organisation traditionnelle d'enseignement, le centre met en valeur un ensemble de principes comme canalisateur des transformations attendues, telles que l'accent sur la coconstruction des formations, la valorisation des savoirs intégrés, dont le savoir expérientiel, la création d'un espace inclusif, mixte, habilitant et qui favorise la prise de parole aux participants, etc.

Enfin, l'intervention soulève « des hypothèses » que ces activités, dès qu'elles sont en cohérence avec les principes du modèle RC original (conformité aux principes et valeurs), entraîneraient un

processus de transformation à la fois sur le plan individuel des participants (changements internes) du centre et sur le système de santé local, voire la société (changements externes).

4.1.1.1.2 La chaîne causale

Les relations « causales » ou modèle de changement (Chen, 2014) reliant les objectifs de production de l'intervention (outputs) jusqu'aux résultats à long terme ont fait l'objet d'une analyse en profondeur des recherches et des discussions entre chercheurs, doctorants, gestionnaires et formateurs. Le ML s'inspire également des principes du modèle RC ainsi que des principes du « paradigme du rétablissement ». La dimension symbolique de l'intervention (l'ensemble des croyances, des représentations et des valeurs qui permettent de donner du sens à l'action des acteurs concernés) est un élément critique pour déclencher les changements envisagés.

De manière générale, les interventions dans le domaine de la santé sont des « théories ancrées dans la réalité » (Patton, 1999). En effet, le modèle logique du RC québécois a plusieurs influences théoriques, telles que l'autodétermination (Ryan, 2009; Ryan et Deci, 2017), le rétablissement personnel (Jacob, 2015; Leamy et coll. 2011; Lunt, 2002; Shepherd, Boardman, et Slade, 2008), les pratiques orientées vers le rétablissement, le soutien par les pairs (Barton et Henderson, 2016; Dennis, 2003), la pédagogie active et transformatrice (Freire, 2014; Mezirow, 2018), les théories anti-stigmatisation (Brohan et coll., 2010; Thornicroft, 2006) et, finalement, l'auto-efficacité (Bandura, 1977).

Par exemple, pour favoriser le bien-être des apprenants et de la communauté (résultat final), la stratégie vise à promouvoir l'autodétermination des individus et à réduire les préjugés et la stigmatisation parmi les participants. De plus, ces résultats sont censés se produire dans un environnement favorable capable d'accroître le réseau des participants et leur perception d'auto-efficacité tout en réduisant l'isolement social des participants.

Afin d'améliorer le bien-être des apprenants et de la collectivité, la stratégie vise à améliorer principalement le pouvoir d'agir, l'autodétermination des individus, ainsi que la réduction des préjugés et stigmas chez les apprenants. De plus, la stratégie envisage de promouvoir ces résultats dans un environnement habilitant, capable d'augmenter le réseau de contacts des apprenants, tout en permettant, entre autres, de réduire l'isolement social des personnes.

Finalement, une série de mécanismes intermédiaires (objectifs proximaux, intermédiaires et distaux) sont décrits dans le modèle logique de l'intervention, ce qui permettrait de faire aboutir les objectifs ultimes. Ces mécanismes sont fondés sur la littérature scientifique, les théories nommées plus haut, l'avis d'experts et des acteurs impliqués.

Finalement, l'un des objectifs du modèle logique de l'intervention est de favoriser la recherche évaluative en cours sur les retombées (effets) de l'intervention sur les apprenants, tout en permettant la visualisation des effets à mesurer, ainsi que les possibles instruments de mesure et les stratégies de collecte de données.

4.1.1.2 Le cadre conceptuel comparatif

Les résultats ont été organisés en trois tableaux. Ainsi, les tableaux sont présentés sous la forme suivante : 1) Tableau 7 - Déterminants qui peuvent influencer la « transformation de pratiques dans les services et systèmes de santé » souhaités par le Centre d'apprentissage (transformation externe); 2) Tableau 8 - Déterminants influençant l'autodétermination, le pouvoir d'agir et la réduction de préjugés et stigmas (transformations internes); Tableau 9 - Déterminants qui peuvent influencer l'isolement social dans un contexte éducationnel.

Tableau 7. – Sommaire des déterminants qui peuvent influencer « la transformation de pratiques » souhaité par le CASR.

Déterminants	L'opinion publique (Burstein, 2003; Herbst, 1998; Rounce, 2004)
	Nombre d'organisations dans le même secteur (Hannan et Freeman, 1977)
	Habilité pour convaincre les preneurs de décision (Baumgartner, 2001; Kingdon et Stano, 1984)
	Formation et action d'agents de changements (Havelock, 1973; Schneider, Teske, et Mintrom, 2011)
	Le paradigme dominant dans le système de santé (Carvalho, et coll., 2016; De Angulo et Losada, 2015; Heikkinen, 2000)
	Les valeurs de la société (Scott et Davis, 2015)
	L'interaction entre les « <i>policy entrepreneurs</i> » et les décideurs politiques (Kingdon et Stano, 1984; Mintrom et Norman, 2009; Schneider, Teske, et Mintrom, 2011)
	Perception de la légitimité et du soutien social (DiMaggio et Powell, 1983; Meyer et Scott, 1992; Tolbert et Zucker, 1999)
	Mobilisation des connaissances, des valeurs et des émotions pour convaincre (Loseke, 2007; Shön et Rein, 1994; True, Jones, et Baumgartner, 1999)
	Compréhension des dynamiques de pouvoir en vigueur (Crozier et Friedberg, 1977; Lewis, 2006)
	Les corporations professionnelles (Lewis, 2006)
	La dispute pour ressources (Hillman, Withers, et Collins, 2009; Pfeffer et Salancik, 2003)
	Partenariat stratégique (Haas, 1992; Jenkins-Smith et coll., 2014; Mintrom et Vergari, 1996)
	Réceptivité du gouvernement aux nouvelles idées (Kingdon et Stano, 1984)
	La compétition des agendas politiques (Shön et Rein, 1994; Souders et Dillard, 2014)

Le tableau 7 démontre plusieurs déterminants clés trouvés dans la littérature qui pourraient influencer l'envie du CASR d'établir et de disséminer les pratiques orientées vers le rétablissement dans le système de santé. La plupart de ces déterminants ont une nature politique, comme les différends concernant les ressources, la compétition d'agendas politiques et l'interaction des « agents de changement » avec les décideurs politiques. Par ailleurs, la mobilisation de l'opinion publique ainsi que les valeurs de la société pourraient également être intégrées dans cet objectif organisationnel.

Tableau 8. – Sommaire des déterminants qui peuvent influencer l'autodétermination, le pouvoir d'agir et les préjugés dans le contexte du CASR.

Déterminants	Pouvoir d'agir	Conscience des aspects touchant sa propre santé (Deegan, 1988)
		La perception de sa propre valeur (Rosenberg, 2015)
		Apprentissage de nouvelles habilités et compétences (Chamberlin et Schene, 1997; Zimmerman, 2000)
		Apprentissage pour la remise en cause du pouvoir institutionnalisé (Chamberlin et Schene, 1997; Zimmerman, 2000)
		Participer aux décisions qui affectent leur propre vie (Corrigan et Garman, 1997; Segal, Silverman, et Temkin, 1993)
		Perception de la compétence personnelle (Bandura, 1977; McClelland et coll. 1976; White, 1959)
		Perception du contrôle personnel (Rotter, 1966)
		Expérience personnelle des interventions thérapeutiques (Bednar et Peterson, 1995)
		Estime de soi (Bednar et Peterson, 1995; Chamberlin et Schene, 1997; Segal, Silverman et Temkin, 1993)
		Le sentiment d'appartenance/connexion (Chamberlin et Schene, 1997; Dickerson, 1998)
	Auto-détermination	Perception du contrôle personnel (Rotter, 1966)
		Équilibre dans la prise de décision lors des soins cliniques (McCann et Clark, 2004; Yeo et coll., 2020)
		Éducation en matière de santé mentale (McCann et Clark, 2004; Ryan, 2009)
		Relations égalitaires (Copeland, 2004; Kuipers, 1996)
		Valorisation du savoir expérientiel (Deci et Ryan, 2000; Ryan et coll., 2008)
		Nature de certains troubles de la santé mentale (Buchanan et Brock, 1989; McMurray, 1990)
		Perception de l'autonomie et de l'auto-efficacité (Bandura, 1977; Copeland, 1997; Ng et coll., 2012; Weinstein, Ryan, et Deci, 2012)
		Perception des possibilités de choix (Deci et Ryan, 2000; Lucksted et Coursey, 1995)
		Perception de la force des catégories professionnelles (McCann et Clark, 2004)
	Préjugés et stigmas	Relations interpersonnelles avec des membres d'un groupe stigmatisé (Blanchard, Weigel, et Cook, 1975; Corrigan et coll., 2012; Erickson, 2006)
		La connaissance sur des troubles mentaux et la santé mentale (Corrigan et coll., 2012; Finkelstein, Lapshin, et Wasserman, 2008; Stuart, 2016)
Le partage d'objectifs communs avec les groupes stigmatisés (Cook, 1985)		

Le tableau 8, à son tour, regroupe également les déterminants associés aux objectifs distaux de l'intervention, soit l'amélioration de l'autodétermination des participants, du pouvoir d'agir ainsi que la réduction des préjugés et stigmas en matière de santé mentale. Bien qu'ils soient deux construits différents, l'autodétermination et le pouvoir d'agir partagent certains déterminants en commun, c'est le cas de la « perception du contrôle personnel ». Il est à noter que ces déterminants s'appliqueraient sur le plan individuel des participants de l'intervention. Alors que les déterminants associés à l'autodétermination ont davantage une « nature psychologique » (perceptions et croyances), certains déterminants liés au pouvoir d'agir passent par la remise en cause du « pouvoir » établie dans les organisations et dans le système de santé.

Enfin, pour réduire les préjugés et stigmas des personnes dans un contexte éducationnel, certains déterminants sont plus remarquables, c'est le cas des « relations interpersonnelles avec des membres d'un groupe stigmatisé » et « la connaissance sur des troubles mentaux et la santé mentale », deux éléments intrinsèques au Centre d'apprentissage santé et rétablissement.

Tableau 9. – Déterminants qui peuvent influencer l'isolement social dans un contexte éducationnel

Déterminants	Socialisation soutenue et interactions sociales (Eggert et coll., 1995; Ma et coll., 2020; White et Andrews, 2018)
	Attitudes intentionnelles (ex. ouverture à l'autre) (Pivik, McComas, et Laflamme, 2002)
	Éducation inclusive (Dell'Anna et coll., 2020; Hatlen, 2004; Ma et coll., 2020)
	L'éducation et la formation de compétences sociales (Downing, 2010; Ma et coll., 2020)
	L'interaction entre pairs (Dell'Anna et coll., 2020; Ma et coll., 2020)
	Rassembler les personnes par le biais de groupes communautaires (Novotney, 2019)
	Troubles affectifs majeurs (Ma et coll., 2020)

Finalement, le tableau 9 met en valeur les déterminants ayant une influence contre l'isolement social dans un contexte éducationnel. Par exemple, la littérature scientifique démontre que la mise en place d'un système « d'éducation inclusive » et « l'interaction entre pairs » sont des éléments importants pour accomplir cet objectif.

4.1.1.3 Analyse critique (comparative) du modèle de changement de l'intervention

Afin de mettre en lumière les forces et les faiblesses d'une partie de la théorie du programme de l'intervention, les éléments du modèle de changement de l'intervention ont été scindés. Ils ont ensuite été associés à un code en vue de l'étape suivante (la comparaison critique entre les éléments du modèle de changement et du cadre conceptuel comparatif). Cela a permis de réaliser une comparaison générale entre les changements attendus par l'intervention et les déterminants trouvés dans la littérature scientifique. Le tableau 10 révèle l'énumération de ces codes sans prendre en considération les relations entre eux.

Tableau 10. – Code des éléments du modèle de changement de l'intervention scindés

Objectifs de production	Objectifs proximaux	Objectifs intermédiaires	Objectifs distaux	Objectifs Ultimes
OP1-Formation répondant aux besoins des partenaires et des populations cibles	OPP01- Acquisition de nouvelles connaissances	OI01-Amélioration du sentiment de compétence	OD01-Amélioration du pouvoir d'agir et d'auto-détermination	OU01-Atteinte des objectifs de rétablissement
OP2- Formation en conformité avec les principes du modèle	OPP02- Reconnaissance et valorisation des différences	OI02 -Attitudes et comportements d'ouverture à l'autre	OD02-Réduction des préjugés et des stigmas	OU02- Réduction d'utilisation des services et coûts
OP3- Participation et satisfaction des étudiants	OPP03- Apprentissage mutuel par le partage de connaissances, expériences et stratégies	OI03-Sentiment de connectivité aux autres et d'espoir	OD03-Bonification de son réseau et réduction de l'isolement social	OU03- Transformations des pratiques des systèmes de santé
OP4- Espaces d'apprentissage et d'intégration des savoirs	OPP04- Opportunités de socialisation et de contacts			OU4- Amélioration du bien-être individuel et collectif
OP5- Groupes d'étudiants de différents horizons, en mixité/diversité et inclusif	OPP05- Participation à la création de connaissances intégrées			
OP6- Partage et égalité des savoir au sein des valeurs de bienveillance, de générosité, de confiance mutuelle	OPP06- Reconnaissance et valorisation des expertises variées			
OP7- Espace d'interaction sociale et de parole	OPP07- Expérimentation des rapports sociaux bienveillants et égalitaires			
	OPP08- Prise de parole et d'affirmation de soi			

Les tableaux 11, 12, 13, 14 et 15 ont été construits afin de souligner les relations entre les déterminants trouvés dans le cadre conceptuel (section 4.1.1.2) et les éléments du modèle de changement de l'intervention, tout en permettant une vision générale des similitudes, contradictions, forces et faiblesses. Il convient de souligner que ce format d'analyse n'est qu'un « outil » pour faciliter l'interprétation des résultats. En effet, le jugement du bien-fondé de l'intervention passe plutôt par une réflexion critique en profondeur par le biais d'avis d'experts et des expériences préalables similaires issues de la littérature.

Tableau 11. – Sommaire comparatif entre les déterminants du cadre conceptuel et les éléments du modèle de changement de l'intervention : volet pouvoir d'agir

Déterminant du cadre conceptuel en lien avec l'objectif distal : OD01- Amélioration du pouvoir d'agir et d'auto-détermination (volet pouvoir d'agir)	Éléments du modèle de changement de l'intervention en cohérence avec les déterminants du cadre conceptuel comparatif
Conscience des aspects touchant sa propre santé (Deegan, 1988)	OPP01; OD01
Le sentiment d'estime de soi (Rosenberg, 2015; Bednar et Peterson, 1995; Chamberlin et Schene, 1997; Segal, Silverman et Temkin, 1993)	OI01; OD01; OP07, OPP02, OI01
Apprentissage de nouvelles habiletés et compétences (Chamberlin et Schene, 1997; Zimmerman, 2000)	OP4; OPP01
Apprentissage pour la remise en cause du pouvoir institutionnalisé (Chamberlin et Schene, 1997; Zimmerman, 2000)	OP5; OP6; OPP06
Participer aux décisions qui affectent leur propre vie (Corrigan et Garman, 1997; Segal, Silverman et Temkin, 1993)	OD01; OU01
Perception de la compétence personnelle (Bandura, 1977; McClelland et coll., 1976; White, 1959)	OI01
Perception du contrôle personnel (Rotter, 1966)	OI01; OD01
Expériences personnelles des interventions thérapeutiques (Bednar et Peterson, 1995)	OPP06
Le sentiment d'appartenance et de connexion (Chamberlin et Schene, 1997; Dickerson, 1998)	OP6; OP6; OPP04, OPP07; OI03; OD03

Le tableau 11 démontre « le niveau de cohérence » entre les déterminants trouvés dans la littérature et les variables prévues dans le modèle de changement de l'intervention en lien avec l'amélioration **du pouvoir d'agir** chez les participants. Le tableau met en lumière plusieurs déterminants trouvés

dans la littérature scientifique qui sont dans le modèle de changement l'intervention, ce qui favoriserait le résultat escompté. Par exemple, afin d'améliorer le pouvoir d'agir des participants (OD01), il faudrait améliorer « le sentiment de compétences des individus (OI01) ». La littérature scientifique, à son tour, démontre que l'amélioration de la « perception de la compétence personnelle » serait un déterminant agissant positivement vers l'amélioration du pouvoir d'agir (Bandura, 1977; McClelland et coll., 1976; White, 1959).

Tableau 12. – Sommaire comparatif entre les déterminants du cadre conceptuel et les éléments du modèle de changement de l'intervention : volet autodétermination

Déterminants du cadre conceptuel que facilitera l'objectif distal OD01- Amélioration du pouvoir d'agir et d'auto-détermination (volet autodétermination)	Éléments du modèle de changement de l'intervention en cohérence avec les déterminants du cadre conceptuel comparatif
Perception du contrôle personnel (Rotter, 1966; McCann et Clark, 2004)	OPP01, OPP02, OI01
Équilibre dans la prise de décision lors des soins cliniques (McCann et Clark, 2004; Yeo et coll., 2020)	OP06, OPP06
Éducation en matière de santé mentale (McCann et Clark, 2004; Ryan, 2009)	OP04, OP06, OP05, OPP01, OPP05,
Relations égalitaires (M. Copeland, 2004; Kuipers, 1996)	OP6; OPP06
Valorisation du savoir expérientiel (Deci et Ryan, 2000; Ryan et coll., 2008)	OP06, OPP06
Nature de certains troubles de la santé mentale (Buchanan et Brock, 1989; McMurray, 1990)	Non considéré
Perception de l'autonomie et de l'auto-efficacité (Bandura, 1977; Copeland, 1997; Ng et coll., 2012; Weinstein, Ryan et Deci, 2012)	OI01
Perception des possibilités de choix (Deci et Ryan, 2000; Lucksted et Coursey, 1995)	OP06, OPP06
Perception de la force des catégories professionnelles (McCann et Clark, 2004)	OPP06

Le tableau 11 démontre « le niveau de cohérence » entre les déterminants trouvés dans la littérature et les variables prévues dans le modèle de changement de l'intervention en lien avec l'intervention qui a pour but d'améliorer **l'autodétermination** chez les participants. Par exemple, « l'éducation en matière de santé » serait une étape initiale fondamentale vers cet objectif selon la littérature scientifique. Dans le modèle de changement de l'intervention, les composantes « acquisition de nouvelles connaissances (OPP01) » et « participation à la création de connaissances intégrées

(OPP05) » en matière de santé mentale sont intégrés au modèle de changement de l'intervention, ce qui amènerait l'amélioration de l'autodétermination des participants.

Tableau 13. – Sommaire comparatif entre les déterminants du cadre conceptuel et les éléments du modèle de changement de l'intervention : volet réduction des préjugés et stigmas.

Déterminants du cadre conceptuel en lien avec l'objectif distal : OD02-Réduction des préjugés et de stigmas	Éléments du modèle de changement de l'intervention en cohérence avec les déterminants du cadre conceptuel comparatif
Relations interpersonnelles avec des membres d'un groupe stigmatisé (Blanchard, Weigel et Cook, 1975; Corrigan et coll., 2012; Erickson, 2006)	OP05, OP07, OPP04, OPP06, OPP07, OI02, OI03
Les connaissances sur des troubles mentaux et la santé mentale (Corrigan et coll., 2012; Finkelstein, Lapshin et Wasserman, 2008; Stuart, 2016)	OP04, OPP01, OPP03, OPP06,
Le partage d'objectifs communs avec les groupes stigmatisés (Cook, 1985)	OP04, OPP05,

Le tableau 13, à son tour, met en valeur certains déterminants trouvés dans la littérature scientifique, tout en démontrant un niveau satisfaisant de cohérence avec les composants du modèle de changement de l'intervention en ce qui trait à la réduction des préjugés et stigmas chez les participants du centre d'apprentissage. Par exemple, la littérature scientifique démontre que le déterminant le plus important pour réduire les préjugés en matière de santé mentale est d'avoir des relations interpersonnelles avec des groupes populationnels « stigmatisés ». L'intervention à l'étude regroupe des personnes atteintes et non atteintes d'une maladie mentale pour la coconstruction de nouvelles connaissances en matière de santé mentale et de bien-être, ce qui favoriserait ce résultat souhaité.

Tableau 14. – Sommaire comparatif entre les déterminants du cadre conceptuel et les éléments du modèle de changement de l'intervention : volet bonification de son réseau et réduction d'isolement social

Déterminants du cadre conceptuel en lien avec l'objectif distal : OD03-Bonification de son réseau et réduction de l'isolement social	Éléments du modèle de changement de l'intervention en cohérence avec les déterminants du cadre conceptuel comparatif
Socialisation soutenue et interactions sociales (Eggert et coll., 1995; Ma et coll., 2020; White et Andrews, 2018)	OP3; OP4; OP5 ;OP6, OP7 ; OPP04; OPP07; OPP8; OI03
Attitudes intentionnelles (p. ex. ouverture à l'autre) (Pivik, McComas et Laflamme, 2002)	OPP2 ; OPP6 ;OI02
Éducation inclusive (Dell'Anna et coll., 2020; Hatlen, 2004; Ma et coll., 2020)	OP2; OP5 ; OP6 ; OPP02 ;OPP06; OPP08; OI02; OI03
Éducation et nouvelles compétences (Downing, 2010; Ma et coll., 2020)	OP4; OP6; OPP01; OPP02; OPP05; OPP06 ; OPP08; OI01; OI02,
Interaction entre pairs (Dell'Anna et coll., 2020; Ma et coll., 2020)	OP6 ; OP7; OPP07
Rassemble les personnes par le biais de groupes communautaires (Novotney, 2019)	OP4 ;OP5 ;OP7 ; OPP03 ; OPP04; OPP07
Troubles affectifs majeurs (Ma et coll., 2020)	Il n'y a pas de plan adapté pour certaines conditions cliniques.

Parmi les objectifs distaux de l'intervention, l'intervention vise à élargir le réseau personnel des participants et à réduire leur isolement social (OD03). Pour ce faire, plusieurs composantes du modèle de changement de l'intervention sont en cohérence avec les déterminants repérés dans la littérature scientifique. Par exemple, les déterminants « éducation inclusive » et « interaction entre pairs » sont cités dans la littérature comme clés vers cet objectif. L'intervention, à son tour, procure aux participants un « espace d'apprentissage et d'intégration des savoirs (OP4) »; un « espace d'interaction sociale et de parole (OP7) » et des « opportunités de socialisation et de contacts (OPP04) », conformes à ce qui est recommandé par la littérature scientifique.

Tableau 15. – Sommaire comparatif entre les déterminants du cadre conceptuel et les éléments du modèle de changement de l'intervention : volet transformation des pratiques du système de santé (transformation externe)

Déterminants du cadre conceptuel que faciliterai l'objectif distal OU03- Transformations des pratiques des systèmes de santé	Éléments du modèle de changement de l'intervention en cohérence avec les déterminants du cadre conceptuel
L'opinion publique (Burstein, 2003; Herbst, 1998; Rounce, 2004)	Non considéré
Nombre d'organisations dans le même secteur (Hannan et Freeman, 1977)	Non considéré
Habilitété pour convaincre les preneurs de décision (Baumgartner, 2001; Kingdon et Stano, 1984)	Non considéré
Formation et action d'agents de changements (Havelock, 1973; Schneider, Teske et Mintrom, 2011)	Certains apprenants seraient des agents de changements dans la transformation des pratiques envisagées
Le paradigme dominant dans le système de santé (Carvalho et coll., 2016; De Angulo et Losada, 2015; Heikkinen, 2000)	Non considéré les forces du paradigme dominant
Les valeurs de la société (Scott et Davis, 2015)	Non considéré
L'interaction entre les « <i>policy entrepreneurs</i> » et les décideurs politiques (Kingdon et Stano, 1984; Mintrom et Norman, 2009; Schneider, Teske et Mintrom, 2011)	Certains apprenants sont supposés jouer le rôle de « <i>policy entrepreneurs</i> »
Perception de la légitimité et du soutien social (DiMaggio et Powell, 1983; Meyer et Scott, 1992; Tolbert et Zucker, 1999)	La mobilisation des partenaires vise, en partie, à obtenir un certain soutien social.
Mobilisation des connaissances, des valeurs et des émotions pour convaincre. (Loseke, 2007; Shön et Rein, 1994; True, Jones et Baumgartner, 1999)	Non considéré
Compréhension des dynamiques de pouvoir en vigueur (Crozier et Friedberg, 1977; Lewis, 2006)	Non considéré
Les corporations professionnelles (Lewis, 2006)	Non considéré
La dispute pour ressources (Hillman, Withers et Collins, 2009; Pfeffer et Salancik, 2003)	Non considéré
Partenariat stratégique (Haas, 1992; Jenkins-Smith et coll., 2014; Mintrom et Vergari, 1996)	Considéré comme ressources stratégiques
Réceptivité du gouvernement aux nouvelles idées (Kingdon et Stano, 1984)	Non considéré

Finalement, le tableau 15 met en valeur que plusieurs déterminants repérés de la littérature scientifique qui favoriseraient l'objectif distal « transformations des pratiques des systèmes de santé » (OU03) n'ont pas tous été pris en compte dans le modèle de changement de l'intervention. Autrement dit, afin de favoriser un changement de « paradigme » dans les pratiques de santé, un ensemble de déterminants d'ordre « politique » doivent être pris en considération et mobilisés. Par exemple, l'opinion publique en rapport aux pratiques actuelles, les valeurs de la société (plus

communautaire ou plus individualiste) et les forces des corporations professionnelles (sont-elles alliées ou opposées à l'innovation proposée?)

L'intervention présuppose, par contre, dans son modèle de changement que, plus les participants accroissent leur autodétermination et leur pouvoir d'agir, plus ils pourraient agir comme agents de changement vers le résultat escompté. Dans ce même sens, l'ensemble des partenaires du CASR pourrait soutenir l'intervention dans l'arène politique locale par le biais d'une « coalition politique » et une « mobilisation de l'opinion publique ».

4.1.2 L'analyse du modèle opérationnel d'intervention

L'analyse logique teste également la validité du modèle logique opérationnel, soit le lien entre les ressources, activités et objectifs de production qui ont été mis en place pour déclencher le modèle de changement. Autrement dit, le modèle opérationnel établit le lien entre la structure et les processus, et ce, jusqu'aux premiers changements opérés par une intervention (objectifs de production) (Poncet, Swaine et Pradat-Diehl, 2017). Ainsi, les sections 4.1.2.1 et 4.1.2.2 décrivent la structure mobilisée ainsi que le processus mis en place par l'intervention afin d'accomplir les effets escomptés.

4.1.2.1 La structure mobilisée

Le financement du CASR provient notamment de subventions de recherche, de dons (contributions en nature et espèce des partenaires) et de ressources propres issues des formations données. Le budget de fonctionnement du Centre est actuellement de 230 000 \$ par année (environ 100 000 \$ sont accordés aux salaires et 130 000 \$ servent aux coûts opérationnels). Le personnel du CASR (p. ex. gestionnaires, formateurs, etc.) et le volet de recherche (coordinateurs, assistants de recherche et bourse de recherche) sont majoritairement financés par des subventions de recherche. Treize (13) partenaires ont signé des ententes avec le CASR afin d'assurer 130 000 \$ **en nature**

par année pour cinq ans. Ce montant couvrirait la majorité des coûts opérationnels du Centre (p. ex. appareils, fournitures, services techniques ou temps de personnel).

Depuis 2015, les chercheurs liés au CASR ont reçu environ 623 863 \$ de subvention de recherche et 50 000 \$ de dons en espèce pour un total de 673 863 \$, montant apte à financer le Centre jusqu'au mois de juillet 2022.

Le Centre n'a pas un siège social, mais utilise des bureaux rendus disponibles par le Centre de recherche de l'Institut universitaire de santé mentale de Montréal (CR-IUSMM) et l'UQTR. De plus, les espaces pour les formations (auditorium, salles, etc.) sont réservés auprès de partenaires du CASR au besoin.

Le CASR a une coordinatrice, une adjointe, une technopédagogue et deux coordinateurs de recherche qui travaillent à temps plein pour développer ses deux axes principaux : les formations et les tâches administratives du Centre; et la recherche liée au modèle *Recovery College*. Par ailleurs, plusieurs étudiants (de maîtrise et de doctorat) et chercheurs font le suivi et soutiennent les deux axes selon les besoins de chacun.

Le CASR comprend un groupe de 20 formateurs actifs et formés par le Centre d'apprentissage qui sont mobilisés et rémunérés en fonction des formations données (25 \$ de l'heure pour chaque formateur). Ce groupe de formateurs est composé de personnes de tous les horizons en englobant différents types d'expertises et de savoirs. Les partenaires contribuent avec des ressources non financières, mais également avec leur expertise en fonction de leur domaine d'action.

Finalement, la dimension symbolique de l'intervention, qui correspond à l'ensemble des croyances, des représentations et des valeurs qui permettent de donner du sens à l'action des acteurs concernés (Champagne et coll., 2011e), est un élément critique pour déclencher les changements envisagés (p. ex. les principes et valeurs du modèle *Recovery College*). La fidélité aux principes est donc suivie de près par l'équipe de recherche.

4.1.2.2 le processus d'action et de gouvernance

Les activités de fonctionnement du CASR peuvent être résumées en fonction de quatre (4) axes (voir modèle logique de l'intervention, annexe 10) : 1) déploiement du modèle et réponse aux besoins des populations; 2) formation des formateurs et qualité des formations; 3) conformité au modèle, suivi de l'implantation et espace d'apprentissage; 4) évaluation des effets et suivi des participants.

Bien que tous les axes soient interconnectés, en tant que centre d'apprentissage, l'activité clé ou principale correspond aux formations offertes à la communauté (liée à l'axe 3). Celles-ci sont offertes gratuitement à la communauté et aux membres des organisations partenaires. Les formations sont encore coconstruites par une **dyade** de formateurs composée d'une personne avec un savoir clinique ou théorique et d'une autre ayant un savoir expérientiel dans le domaine de la santé mentale.

En ce qui concerne l'axe 2, les formateurs sont recrutés par le biais d'un processus de sélection interne suite à une formation de 40 h, où ils développent des compétences pour devenir formateurs et collaborer à l'élaboration de formations pour les offrir à la communauté. La formation des formateurs est gratuite et les formateurs reçoivent une compensation financière pour la suivre. Une communauté de pratique (CP) composée de formateurs et d'autres membres du CASR évalue et discute des besoins de la population en matière de formation en santé mentale (axe 1). Les coordinateurs de recherche sont chargés des axes 3 et 4, mais ils sont interpellés pour soutenir les autres axes au besoin.

L'équipe de coordination du CASR se rencontre à chaque semaine pour le partage des enjeux de chaque axe et pour définir les priorités de la semaine suivante (gestion partagée). De plus, le CASR compte en son sein un comité de pilotage composé de représentants des organisations partenaires (gouvernance partagée). Ce comité a pour mission de faire le suivi des activités du Centre et de le

soutenir avec l'expertise des organisations. Les rencontres ont lieu une fois par mois et, à l'occasion, les membres du CASR présentent les activités réalisées au cours du mois précédent et discutent, valident et définissent les activités prioritaires à venir en collaboration avec les représentants du comité de pilotage. Sur le plan organisationnel, ce comité fonctionne comme un conseil d'administration, mais adapté à son contexte de socio-construction des actions, où tous sont à la fois parties prenantes et agents de coconstruction de l'intervention.

En ce qui concerne les objectifs de production liés aux axes de processus, le CASR n'est pas un centre d'apprentissage conventionnel, dont l'objectif principal serait normalement d'atteindre certains objectifs de formations. À cet égard, les objectifs de production du CASR visent non seulement à favoriser l'acquisition de nouvelles connaissances en matière de santé mentale, mais également de le faire en conformité avec les principes du modèle (coapprentissage, mixité des étudiants, équité des savoirs, espace d'interaction sociale et de parole, etc.). Le respect de ces principes est vu par les acteurs impliqués comme élément critique pour activer « le modèle de changement ». Autrement dit, le CASR ne s'intéresse pas seulement à accroître l'étendue des connaissances des apprenants, mais il est également soucieux du « comment faire », tout en procurant un environnement habilitant pour tous, c'est-à-dire favorable aux changements attendus.

4.2 Résultats des questions liées à la mise en œuvre de l'intervention

4.2.1 Contexte et étapes de mise en œuvre du modèle RC au Québec

Afin de faciliter la compréhension de l'analyse des déterminants qui ont influencé la transformation de l'intervention ainsi que leur influence sur le degré de mise en œuvre actuel, la chronologie de l'implantation du CASR a été divisée en trois moments ou jalons, soit l'étape de la planification (phase I), des partenaires (phase II) et, finalement, le début des activités (phase III). Les caractéristiques de chaque phase sont présentées plus loin.

4.2.1.1 Phase I: la planification (2016-2018)

Cette phase est caractérisée par la réflexion et la planification des stratégies pour amorcer la réalisation du projet au Québec. Un groupe de chercheurs et d'autres partenaires, mené à ce moment-là par une chercheuse spécialisée dans le domaine de la santé mentale, ont été les acteurs clés de cette phase. En plus d'être une chercheuse chevronnée, elle avait plus de 20 ans d'expérience dans les services sociaux des secteurs publics et communautaires, à la fois comme praticien et comme administrateur.

Cette chercheuse a identifié le potentiel du modèle RC pour faire évoluer l'agenda des pratiques axées sur le rétablissement et pour soutenir la transition déjà en cours au Québec *contre* la stigmatisation des maladies mentales et *pour* un changement de pratiques des services traditionnels en matière de santé mentale, basés notamment sur la physiopathologie.

Pour ce faire, cette chercheuse a constitué un groupe de travail afin de connaître davantage le modèle RC qui se diffusait de plus en plus dans le monde, y compris d'autres provinces au Canada.

Ce groupe, composé de représentants de plusieurs secteurs (organismes gouvernementaux, organismes de recherche et organismes communautaires), a pris l'initiative d'aller visiter à l'étranger (Angleterre et Australie) des *Recovery College* afin d'analyser sur le terrain le fonctionnement et l'opérationnalisation des principes du modèle par les centres d'apprentissage.

Après deux années de réflexion et de tentatives de mobilisation politique, les membres du groupe ont pris la décision de planifier et d'implanter le premier centre d'apprentissage au Québec. En raison du manque de subventions ministérielles, ils ont décidé de débiter les activités par le biais d'un financement provenant de subventions de recherche. À cet effet, une autre chercheuse dans le domaine de la santé mentale, le rétablissement et le changement organisationnel, qui collaborait avec la chercheuse qui dirigeait le groupe de travail dès le début du projet, a pris la relève du processus d'implantation afin d'assurer sa continuité.

Reconnue pour son parcours remarquable en tant que chercheuse détenant plusieurs années d'expérience en recherche organisationnelle et communautaire, cette chercheuse et d'autres chercheurs partenaires ont réussi à obtenir une subvention de recherche qui a permis d'amorcer les étapes subséquentes du CASR.

4.2.1.2 Phase II : les partenaires

Cette phase est caractérisée par l'identification et la mobilisation de nombreux partenaires pour contribuer à la fois à l'implantation et à la diffusion du modèle À l'échelle provinciale en s'appuyant sur le leadership de la chercheuse.

Plusieurs réunions et discussions avec des représentants des organisations partenaires ont favorisé une meilleure compréhension des principes et des objectifs de ce modèle novateur. De plus, l'ensemble des connaissances et expertises des participants a été progressivement intégré à la planification initiale. D'ailleurs, tous les organismes ont été invités à signer une lettre d'appui au projet et à mettre à sa disposition des ressources, selon la capacité de chaque organisation et en lien avec les besoins du CASR. Cette phase a été menée de janvier 2018 à janvier 2019. Les organisations qui ont fait partie de cette phase sont décrites dans le tableau 16 (partenaires principaux).

Tableau 16. – Sommaire des partenaires principaux impliqués dans la deuxième phase

Organisation	Expertise	Secteur
Projet collectif en inclusion à Montréal (PCEIM)	Expert en stratégies pour favoriser l'inclusion dans la communauté des personnes adultes vivant une problématique de santé mentale	Service social et santé mentale
Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM)	Meilleures pratiques en santé mentale	Santé mentale
Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public (CEPPP)	Pionnier mondial dans la science du partenariat	Éducation et Santé
Faculté de l'éducation permanente- Université de Montréal (FEP- UDEM)	Avec plus de 14 000 étudiants, la FEP-UDEM est la deuxième plus grande faculté de premier cycle de l'Université de Montréal. Grande expertise en méthodes d'apprentissage et stratégies pédagogiques.	Éducation
Association canadienne pour la santé mentale, filiale Québec (ACSM-QC)	Expert en matière de promotion de la santé mentale, de la prévention de la maladie mentale et de la réalisation d'activités de soutien auprès de la population.	Santé mentale
Revivre	Soutien aux personnes vivant avec un trouble anxieux, dépressif ou bipolaire et leurs proches. Expertise en psychoéducation par le biais du soutien à l'autogestion des soins et de la santé.	Santé mentale
Formation continue et hors campus de l'UQTR	Département du service de la formation continue et de la formation hors campus de l'Université du Québec à Trois-Rivières	Éducation
Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP – PAR)	Les pratiques en santé mentale, notamment la réadaptation, le rétablissement et le transfert de connaissance	Réadaptation et Santé mentale
Département ergothérapie UQTR	Département d'ergothérapie de l'Université du Québec à Trois-Rivière	Éducation et santé
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	Grâce à ses 17 500 employés, il offre une gamme complète de soins de santé et de services sociaux à la population.	Santé
Groupe Soucy Entreprise	Depuis 1944, le Groupe Soucy offre des services d'entretien ménager à des clientèles résidentielles (grand ménage) ainsi que de l'entretien ménager commercial, industriel et institutionnel.	Services
Programme Pairs Aidants Réseau de l'AQRP	Fondée en 1990, l'AQRP est un organisme qui rassemble toutes les personnes concernées par la réadaptation et le rétablissement en santé mentale.	Education et santé mentale
CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	Le CIUSSS MCQ a pour mission de maintenir, d'améliorer ainsi que de restaurer la santé et le bien-être de la population de son territoire en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité.	Santé

Finalement, plusieurs mécanismes pour faciliter la gouvernance et la prise de décision partagée ont été mis en place, en plus de la planification des multiples types de cours et formations, y compris la formation des formateurs.

4.2.1.3 Phase III : le début des activités

À la suite de plusieurs concertations avec les partenaires par rapport aux objectifs du CASR, les activités du CASR ont débuté en janvier 2019. Quatre éléments-clés caractérisent cette phase : 1) le début de la formation des formateurs; 2) la formation d'une communauté de pratique; 3) la coconstruction et l'offre de formations pilotes; 4) L'intégration d'une coordination de recherche associée au CÉRRIS-CR-IUSSM.

4.2.2 L'influence des déterminants contextuels sur l'intervention

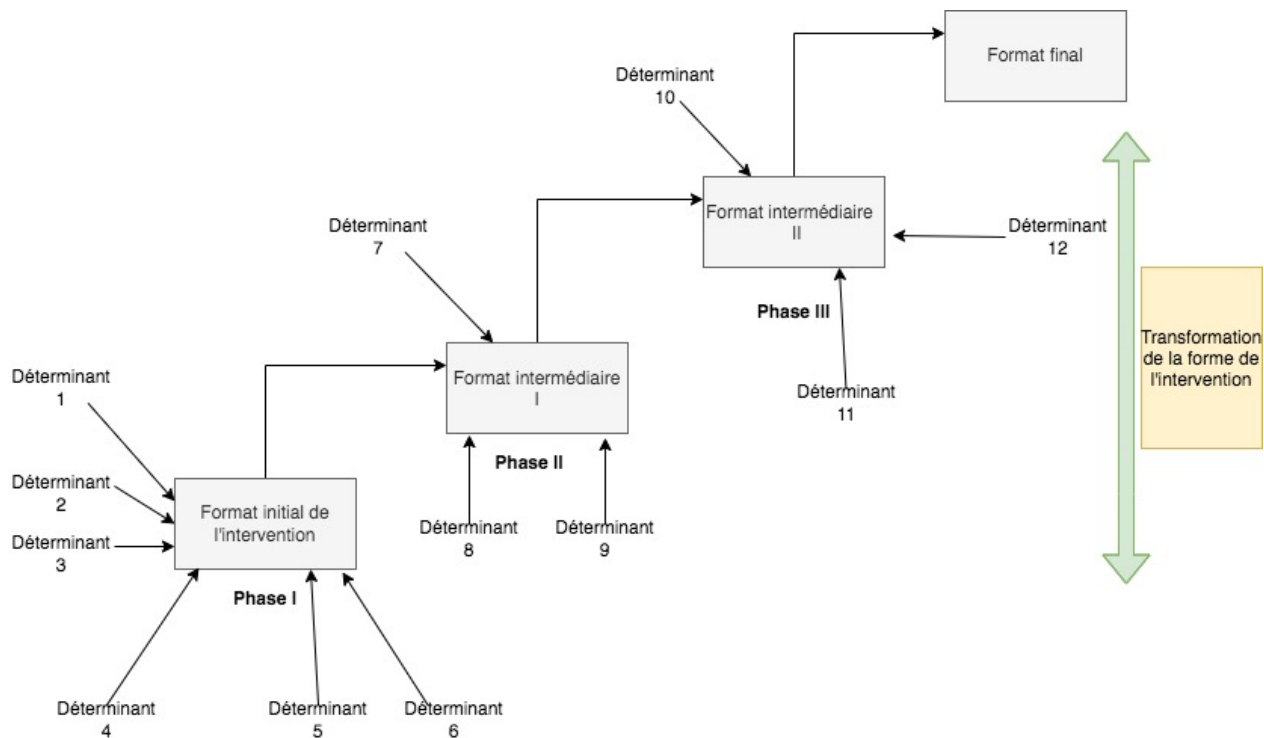
Dans les sections suivantes (4.2.2.1 et 4.2.2.2), les déterminants repérés qui ont influencé la forme de l'intervention lors de son implantation et les déterminants qui expliquent le degré de la mise en œuvre sont démontrés en détail.

4.2.2.1 L'influence sur la forme de l'intervention.

L'intervention est passée par des transformations importantes dans sa « forme » dès sa planification jusqu'à la date finale de cette recherche. Au total, douze (12) déterminants qui ont influencé la « forme » de l'intervention lors de sa mise en œuvre ont été retenus. Les détails sont décrits dans les sections suivantes et en fonction des jalons historiques de l'intervention, soit la phase I (la planification), la phase II (les partenaires) et la phase III (le début des activités) présentées plus haut dans la section 4.2.1. Afin d'illustrer une partie de ces transformations, les versions (transformations) des modèles logiques de l'intervention lors de sa mise en œuvre sont analysées. Cela dit, l'impact, dans ses détails, de chaque déterminant identifié vers la « forme » de

l'intervention est analysé de façon plus élargie par la suite. La figure 4 résume la transformation de la forme de l'intervention lors de sa mise en œuvre.

Figure 4 - Relation entre les déterminants trouvés et la transformation de l'intervention en fonction des phases d'implantation.



4.2.2.1.1 Phase I : la planification

Dans cette phase, le groupe de travail fondateur du projet a développé un premier modèle logique (voir annexe 8) pour mener l'intervention au Québec et amorcer la réflexion sur le modèle RC. Les déterminants qui ont influencé « la première forme » de l'intervention, ainsi que leurs impacts, sont décrits plus loin.

Déterminant 01 : Les valeurs et les besoins de la population pour faire avancer les pratiques axées sur le rétablissement.

Impact sur l'intervention :

Le groupe fondateur a pris la décision de chercher des stratégies innovantes en matière de santé mentale, capables de renforcer les pratiques axées sur le rétablissement. Il s'agit d'un élément important déclencheur des réflexions sur le modèle à l'échelle provinciale. L'équipe de recherche a identifié que le modèle RC répondrait à ces besoins en plus d'être réalisable à ce moment-là.

Déterminant 02 : La connaissance sur le terrain d'autres modèles *Recovery College* déjà établis.

Impact sur l'intervention :

Suite à la décision de considérer le potentiel du modèle RC pour répondre aux besoins de la population, les chercheurs ont visité certains centres d'apprentissage établis dans le monde, notamment en Angleterre et en Australie. Ces visites, effectuées par un comité d'experts du Québec et d'une patiente partenaire, a permis de confirmer leur impression initiale du modèle RC, de mieux saisir son fonctionnement quotidien, de déterminer les activités-clés (modèle de formation, processus de travail, certification, évaluation, etc.) et de mieux comprendre l'opérationnalisation pratique de ses principes. Par conséquent, ces visites ont facilité les adaptations nécessaires pour la réalité terrain du Québec (p. ex. prévision initiale de ressources et processus nécessaires, y compris certaines améliorations de processus par rapport à d'autres centres d'apprentissage).

Déterminant 03 : L'expérience des fondateurs dans l'implantation d'interventions de santé mentale.

Impact sur l'intervention :

Les fondateurs du projet RC détenaient déjà une expérience significative dans l'implantation de projets innovants au Québec. Ils connaissaient très bien les enjeux locaux et comment composer avec ceux-ci. Par exemple, le travail en partenariat est très valorisé au Québec et est considéré comme fondamental pour la pérennité des innovations. À cet effet, ils ont pris la décision de

construire le modèle en partenariat avec d'autres organisations du Québec, plutôt que de manière isolée. Cette logique de partenariat est encore plus cohérente avec les valeurs de la société québécoise, tout en favorisant les chances de pérennité de l'intervention.

Un autre exemple d'amélioration apportée par le modèle québécois a été l'idée d'intégrer, lors des formations données, des dyades composées d'une personne détenant un savoir expérientiel et d'une autre possédant un savoir théorique ou clinique en santé mentale.

« Je pense qu'il ne faut pas juste dire que c'était pour le RC, parce que je me rappelle que pour le IPS (Individual Placement Support), c'était avec (NOM), j'ai participé avec lui, tout le monde voulait venir voir ce que c'était, y avait (NOM) qui était venu à Montréal, il y avait aussi ACT que (NOM) a implanté au Québec et Housing first. Ça c'est trois exemples où on n'est pas capables d'implanter, on était obligé d'avoir un projet de recherche qui mène le changement. Peut-être que c'est pas nécessairement mauvais, mais au Québec c'est ça. » (2020-11-GF-0TC-13B)

Déterminant 04 : Absence de financement du gouvernement provincial.

Impact sur l'intervention :

Dans un premier temps, les fondatrices ont essayé d'obtenir un financement récurrent du gouvernement afin d'assurer, dès le début, la pérennité du modèle dans la province. Par contre, face aux difficultés liées aux disputes dans la distribution des ressources publiques, elles ont misé sur d'autres alternatives afin de rendre le modèle viable, par exemple, en essayant de trouver des sources de financement par le biais de subventions de recherche.

« ...on était obligé d'avoir un projet de recherche qui amène le changement. Peut-être que ce n'est pas nécessairement mauvais, mais au Québec c'est ça. En Angleterre ils font ça différemment, ils commencent, comme 2020-11-GF-0TC-11B dit, avec un projet innovateur et après ça la recherche est implantée. Ici au Québec, on a besoin d'un projet de recherche qui est très critiqué, et la façon que c'est implanté. (2020-11-PF-0TC-13B)

Déterminant 05 : Engagement des chercheurs expérimentés dans l'acquisition de subventions de recherche.

Impact sur l'intervention :

Face aux difficultés d'obtenir des ressources gouvernementales, les fondateurs ont amorcé le projet avec des subventions de recherche. Pour ce faire, ils ont adapté le modèle afin de renforcer les aspects scientifiques évaluatifs de l'intervention, en plus de bâtir un modèle logique initial pour les soumissions aux appels de recherche (voir annexe 8).

« Je pense qu'on a nommé plus tôt ce manque de leadership et de vision auxquels on se serait attendu venant de la direction de la santé mentale et de certains partenaires importants. La solution a été de dire Ok nous allons prendre, les chercheurs, le leadership et nous allons passer par un projet de recherche-démonstration et une fois que cette démonstration sera faite, on tentera de vous démontrer qu'il faut investir dans ce type de modèle » (2020-11-GF-0TC-11B)

Déterminant 06 : Disponibilité de subventions de recherche visant à stimuler les interventions innovantes en santé mentale dans le pays.

Impact sur l'intervention :

Sans les subventions de recherche, le projet n'aurait pas pu passer aux étapes subséquentes. Finalement, les fondateurs ont réussi à recevoir des subventions de recherche pour amorcer l'intervention.

4.2.2.1.2 Phase II : les partenaires

L'intervention a connu certains changements provenant de l'intégration des partenaires dans l'intervention. En septembre 2018, un nouveau modèle logique a été publié en vue de cette interaction dynamique avec les partenaires (voir l'annexe 9). En dépit du fait que la forme du

modèle logique ressemblait beaucoup à la première version présentée dans la phase I, quelques modifications ont été apportées. Les changements sont présentés plus loin.

Déterminant 07 : L'expertise et l'implication des partenaires

Impact sur l'intervention :

L'ensemble des partenaires provenant de divers milieux ont apporté leur expérience terrain pour l'implantation du modèle RC au Québec. Les partenaires ont influencé le choix des thèmes de formations, le modèle pédagogique appliqué lors de la formation des formateurs (p. ex. définitions des compétences, type d'évaluation, charge horaire, etc.), ainsi que le modèle de gouvernance choisi par le centre d'apprentissage en formation (gestion partagée avec plusieurs comités de pilotages englobant des représentants de plusieurs parties impliquées).

« Ensuite, c'était de réunir au Québec les partenaires qui souhaitaient être dans ce projet-là, et je dirais que mon travail, quand j'ai pris ce leadership, c'était à la fois de faire des demandes de subvention de recherche, mais aussi d'amener des partenaires pas juste observateurs, mais aussi des partenaires actifs et contributeurs. C'est là que je me suis mise à signer des ententes où ils devaient donner du temps, des prêts de services, c'est à travers cette entente de partenaires financiers concrets que ça m'a permis de dire « Vous, vous allez fournir des locaux, vous, vous allez fournir des intervenants, vous, vous allez siéger sur le comité pour le recrutement, vous, vous allez être sur le sous-comité formation des formateurs » (2020-11-GF-0TC-11B)

Déterminant 08 : La complexité du travail en partenariat

Impact sur l'intervention :

Le travail en partenariat a apporté certains défis à relever qui ont impacté l'implantation de l'intervention. La conciliation des intérêts parfois divergents, les délais demandés pour effectuer les tâches, les différents niveaux de compréhension des principes du modèle RC, et la disponibilité de chaque partenaire ont influencé le temps prévu pour le déploiement du centre d'apprentissage québécois.

« L'autre enjeu, c'est la complexité des partenariats, la prise de décision, la gouvernance et toutes les communications, notre image de marque, l'enjeu de notre logo

qui devait être assumé par l'UQTR. Mais quand on travaille en copartenariat, il y a des partenaires qui s'engagent, mais quand il y a de nouvelles réalités et qu'ils ne peuvent pas rendre compte de leur engagement, ça a créé qu'il faut toujours s'adapter à nos partenaires financiers qui parfois remplissent leur engagement et d'autres qui finalement mettent en pause leur engagement parce qu'ils ont d'autres priorités » (2020-11-GF-0TC-11B)

Déterminant 09 : Intégration dans un milieu éducationnel

Impact sur l'intervention :

Les fondateurs ont décidé d'attacher le modèle à un partenaire du milieu de l'éducation, soit l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). Les conditions offertes par l'UQTR ont été perçues comme avantageuses par les fondateurs sur le plan provincial : soutien juridique, technologique, pédagogique, paiements des formateurs, émission de certificats, etc. En plus, être attachée à une organisation d'enseignement (plutôt qu'une organisation de la santé) a été vu comme plus cohérent avec les principes éducationnels du modèle RC. En résumé, en plus d'avoir fourni des experts du domaine de la pédagogie pour soutenir le CASR lors de la construction de ses formations, cette organisation a influencé plusieurs éléments liés aux ressources nécessaires pour les activités du centre d'apprentissage.

Toutefois, avant l'UQTR, l'Université de Montréal (U de M) avait également donné du soutien pédagogique au CASR. Alors que l'U de M et l'UQTR étaient d'accord concernant l'importance de mobiliser des approches issues de la pédagogie active, elles n'étaient pas d'accord sur tous les points. Les conseillers de l'U de M voulaient que la formation des formateurs soit basée sur des « objectifs », alors que les conseillers de l'UQTR soutenaient un modèle pour la formation des formateurs axé sur « les compétences évaluatives ».

Le Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public (CEPPP), partenaire également impliqué dans les processus, possédait déjà un référentiel de compétences pour ses patients partenaires axé sur l'idée de « compétences évolutives ». Les conditions globales de

L'UQTR en plus de l'expérience du CEPPP ont été importantes dans la prise de décision du CASR, soit de créer une formation des formateurs avec un référentiel de compétence de nature évolutif.

« Quand on est revenus d'Angleterre, c'était clair que le modèle intégré dans le milieu de l'éducation semblait le modèle qui, pour nous, était le plus intéressant, et donc on a arrêté de vouloir que le leadership soit pris par un organisme communautaire ou le CIUSSS ou le Ministère et on s'est tourné vers l'UQTR et le service d'éducation continue et ils ont embarqué dans le projet. Le Centre d'apprentissage s'insère dans le programme de formation continue, ils fournissent des attestations officielles lorsqu'on participe à des formations RC, il nous offre une adjointe administrative pour les inscriptions, paient pour notre site web. Il y a une grande contribution de l'UQTR et même de la faculté d'éducation permanente de l'Université de Montréal, ils nous ont offert gratuitement des locaux, nous ont aidé dans la formation des formateurs, le CEGEP Édouard-Montpetit s'est montré rapidement très intéressé et nous ont aidés à déployer un volet jeunesse ». (2020-11-GF-0TC-11B)

4.2.2.1.3 Phase III: le début des activités

Après la mobilisation des ressources nécessaires ainsi que les ententes avec les partenaires, le CASR a amorcé ses activités. Les déterminants qui ont influencé cette phase sont décrits plus loin.

Déterminant 10 : Les membres de la gestion détenant un savoir expérientiel

Impact sur l'intervention :

Le coordinateur du CASR n'était pas une personne liée au milieu académique. C'était un ancien policier avec une expérience personnelle du stress post-traumatique. Il avait quitté son ancien métier pour se consacrer au domaine de la santé mentale et soutenir les gens dans leur processus de rétablissement. Par conséquent, cela a influencé le format de l'intervention sur plusieurs plans, notamment dû au fait que cela représentait une ouverture formelle du Centre envers la valorisation du savoir expérientiel. Il était responsable d'opérationnaliser la formation de formateurs ainsi que plusieurs négociations avec le milieu. Il a pu assurer, avec le soutien d'autres membres, qu'il y avait une relation équitable entre les différents types de savoirs lors des formations, y compris le savoir expérientiel.

Déterminant 11 : Intégration avec une équipe de recherche

Impact sur l'intervention :

Deux coordinateurs de recherche ont été embauchés pour réaliser le suivi d'implantation et les effets de l'intervention et ont apporté des contributions par rapport à la réflexion du modèle de changement proposé par l'intervention. De plus, ils ont contribué activement au processus de modification du modèle logique de l'intervention et contribué aux projets de demande de subvention de recherche visant à prolonger la pérennité du modèle. Le format final du modèle logique est disponible à l'annexe 10. Celui-ci correspond au ML en vigueur du modèle RC au Québec.

Déterminant 12 : La crise sanitaire engendrée par la COVID-19.

Impact sur l'intervention :

La crise sanitaire provoquée par la COVID-19 a entraîné certaines modifications importantes par rapport au format initial de l'intervention. D'abord, toutes les formations étaient programmées en format présentiel. Aucune formation n'était prévue pour le format en ligne. Cela était signalé par certains comme contraire aux principes du modèle RC et, par conséquent, cela pourrait ralentir les bénéfices de l'intervention, tels que « l'expansion du réseau de contacts ».

Vu les incertitudes liées à la situation, les gestionnaires ont pris la décision d'adapter certaines formations pour un modèle en ligne. Les gestionnaires, ainsi que tous les autres membres ont fait la transition au format en ligne, à la suite des déclarations des autorités en santé publique provinciale. Jusqu'à la fin de cette recherche, le format en ligne était toujours prédominant.

«... mais je te dirais que la COVID a été plus une opportunité qu'un obstacle parce que ça nous a permis d'aller chercher la subvention IRSC COVID, ça nous a permis d'aller vers les formations en ligne, ce qu'on n'aurait pas fait. On n'aurait pas osé aller si rapidement avec les formations en ligne » (2020-11-GF-0TC-11B)

4.2.2.2 L'influence sur le degré de la mise en œuvre.

Dans cette section, l'estimation du degré de la mise en œuvre est démontrée ainsi que les déterminants qui expliquent « l'état actuel » de la mise en œuvre de l'intervention.

4.2.2.2.1 Le niveau de mise en œuvre de l'intervention au Québec

L'outil de mensuration de la mise en œuvre prend en considération deux grandes dimensions : 1) ressources (avec 8 sous-dimensions); 2) processus (avec 8 sous-dimensions) de la mise en œuvre.

Les sous-dimensions de la dimension « ressources » sont : R1) Ressources financières; R2) Ressources humaines; R3) Infrastructure; R4) Partenariat; R5) Modèle pédagogique; R6) Gouvernance; R7) Vision stratégique; R8) Plan d'action. **Les sous-dimensions de la dimension « processus » sont :** P9) Gestion opérationnelle; P10) Gestion des ressources humaines; P11) Mécanismes de recrutement des formateurs; P12) Formation et suivi des formateurs; P13) Coconstruction des formations; P14) Offre de formations et mécanismes de promotion et d'inscription; P15) Suivi des étudiants et amélioration continue des formations; P16) Stratégies de gestion du changement. Toutes les sous-dimensions correspondent à des composants clés de la mise en œuvre de l'intervention. Les figures 5 et 6 mettent en évidence l'outil construit et utilisé pour mesurer le degré de la mise en œuvre.

Figure 5 - Évaluation du degré de la mise en œuvre du modèle (Dimension Ressources)

ÉVALUATION DU DÉGRÉ DE LA MISE EN ŒUVRE DU MODÈLE
(Dimension Ressources)

DIMENSION DE LA MISE EN ŒUVRE	LES ÉLÉMENTS OBSERVABLES DE MISE EN ŒUVRE	SOURCES DE DONNÉES	SCORE DE LA MISE EN ŒUVRE
R1-Ressources financières	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité de ressources financières requises et capacité de les mobiliser. 	Documentation et rapports financiers	0-4
R2-Ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité de ressources humaines pour l'opération du centre de formation et de la recherche évaluative. 	Documentation Rapports d'activités	0-4
R3-Infrastructure (Équipements, outils, locaux)	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité des équipements informatiques et outils de communication Disponibilité des espaces de formation requises 	Documentation et observation	0-4
R4-Partenariat	<ul style="list-style-type: none"> Mobilisation des partenaires pour soutenir la diffusion et le soutien nécessaires au centre d'apprentissage 	Documentation et observation	0-4
R4- Modèle pédagogique	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité d'un plan pédagogique en lien aux principes du modèle et adaptée aux besoins 	Documentation Observation	0-4
R5-Gouvernance	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité de mécanismes de prise de décision et consultation pour assurer la gouvernance 	Documentation Observation	0-4
R6-Vision stratégique	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité d'une vision stratégique en cohérence avec les valeurs et principes du modèle. Les valeurs et les principes du centre d'apprentissage sont cohérents avec les principes généraux du modèle. 	Documentation Observation et entrevues	0-4
R7-Plan d'action	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité d'un plan d'action (l'orchestration des ressources) en cohérence avec le modèle éducatif mis en œuvre et adapté aux besoins des publics cibles 	Documentation Rapports d'activités	0-4
Total			R

Figure 6 - Évaluation du degré de la mise en œuvre du modèle (Dimension processus)

ÉVALUATION DU DÉGRÉ DE LA MISE EN ŒUVRE DU MODÈLE
(DIMENSION PROCESSUS)

DIMENSION DE LA MISE EN ŒUVRE	LES ÉLÉMENTS OBSERVABLES DE MISE EN ŒUVRE	SOURCES DE DONNÉES	SCORE DE LA MISE EN ŒUVRE	
Processus	P1-Creation opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> Utilisation de stratégies et outils de gestion qui permettent le déroulement et le suivi des activités du centre. (Ex. stratégies de gestion de projets, gestion de recherche, stratégies d'amélioration continue et de qualité, etc.) 	Documents, Rapports d'activités et Entrevus 0-4	
	P2-Gestion des ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> Mise en place d'un modèle de ressources humaines en cohérence avec les principes du modèle. Un modèle inclusif et permettant une mixité du personnel en plus de mettre en valeur l'intégration de savoirs, dont le savoir expérimentiel des personnes. 	Documents, observation et entrevus 0-4	
	P3-Mécanismes de recrutement des formateurs	<ul style="list-style-type: none"> Application des critères de recrutement compatibles avec les principes du modèle Entente ou contrat de services Certification Nombre suffisant de formateurs 	Documents et observation 0-4	
	P4-Formation et suivi de formateurs	<ul style="list-style-type: none"> Formation des formateurs Évaluation des formations données aux formateurs Connaissance et application des principes de la stratégie pendant la formation Application de méthodes pédagogiques adaptées au besoin (androgénie, approches actives, etc.) Disposition de processus auto évaluatif Formation continue, soutien et suivi des formateurs 	Documentation, observation et entrevus 0-4	
	P5-Co-construction des formations	<ul style="list-style-type: none"> Le savoir intégré (théorique, clinique, expérimentiel, etc.) est mobilisé lors de la co-construction des cours. Reconnaissance et valorisation des différences et des expertises variées intégrées 	Documentation, observation et entrevus 0-4	
	P6-Offre de formations et mécanismes de promotion et d'inscription	<ul style="list-style-type: none"> Nombre suffisant de formations offertes Mise en place de mécanismes de promotion/diffusion Mécanismes d'inscription et d'accueil des étudiants 	Documentation, observation et Observation 0-4	
	P7-Suivi des étudiants et amélioration continue des formations	<ul style="list-style-type: none"> Stratégies pour l'amélioration continue des formations en lien avec les besoins des étudiants ou du système de santé en général (ex. Mesuration du niveau de satisfaction, analyse des besoins du système de santé, etc.) Niveau de décrochage des formations Mécanisme d'évaluation des retombées des formations 	Documentation et observation 0-4	
	P8-Stratégies de gestion du changement	<ul style="list-style-type: none"> Stratégies pour gérer les résistances et optimiser les changements proposés par l'intervention au niveau individuel, organisationnel et de système de santé. 	Documentation, observation et entrevus 0-4	
	Total			P

Le tableau 17 révèle le score attribué à chaque composante selon le degré de mise en œuvre de chaque sous-dimension des figures 5 et 6.

Tableau 17. – Niveau de mise en œuvre de chaque sous-dimension (16 sous-dimensions)

Niveau de mise en œuvre de chaque sous-dimension	Score attribué
Non observé	0
Faible	1
Faible modéré	2
Modéré	3
Élevé	4

Enfin, la classification du niveau de la mise en œuvre est estimée comme suit :

D’abord, la somme des scores attribués des 16 sous-dimensions est considérée, pouvant varier entre 0 et 64 points. Dans le cas du modèle *Recovery College* du Québec, le score total obtenue a été 45 (N).

Le tableau 18 décrit le score attribué à chaque sous-dimension prenant en considération les éléments observables de chaque sous-dimension. La numération attribuée respecte l’ordre des sous-composantes des tableaux 5 et 6 (p. ex. R- dimension ressource, 1-première sous-dimension, soit ressources financières, et ce, successivement R2, R3, etc.). La même règle est appliquée pour la dimension processus (P).

Tableau 18. – Évaluation du degré de mise en œuvre du modèle RC au Québec

Sous-dimension	Score attribué
R1- Ressources financières	3
R2- Ressources humaines	3
R3- Infrastructure (Équipements, outils, locaux)	3
R4- Partenariat	4
R5- Modèle pédagogique	4
R6- Gouvernance	3
R7- Vision stratégique	3
R8- Plan d'action	3
P9- Gestion opérationnelle	3
P10- Gestion des ressources humaines	4
P11- Mécanismes de recrutement des formateurs	3
P12- Formation et suivi des formateurs	2
P13- Coconstruction des formations	4
P14- Offre de formations et mécanismes de promotion et d'inscription	1
P15- Suivi des étudiants et amélioration continue des formations	1
P16- Stratégies de gestion du changement	1
Total (N)	45

Finalement, le pourcentage du niveau global de mise en œuvre de l'intervention est $(D \%) = N/64 \times 100$, soit $D \% = 45/64 \times 100 = 70,3 \%$. Selon le tableau 19, la mise en œuvre a été estimée comme modérée élevée.

Tableau 19. – Classification en fonction du pourcentage du niveau global de mise en œuvre de l'intervention (D%)

Pourcentage global de mise en œuvre (D %)	Classification
$\leq 20 \%$	Niveau de mise en œuvre faible
21-40 %	Niveau de mise en œuvre faible à modéré
41-60 %	Niveau de mise en œuvre modéré
61-80 %-	Niveau de mise en œuvre modéré à élevé
$\geq 81 \%$	Niveau de mise en œuvre élevé

Enfin, il est à noter que le jugement final du niveau de mise en œuvre de chaque composante a passé par une analyse « qualitative » approfondie de chaque composante, avec la validation des gestionnaires et une chercheuse du modèle RC.

4.2.2.2.2 Les déterminants de la mise en œuvre

Dans cette section, les déterminants qui ont influencé l'état actuel du degré de mise en œuvre de l'intervention sont présentés. Pour ce faire, les déterminants qui ont eu une influence positive (facilitateurs), négative (barrières) ou mixte (autant positif que négatif) vers les composantes de la mise en œuvre sont mis en lumière. Au total, quinze (15) déterminants avec une influence positive, dix (10) négatives et un (1) avec une influence mixte vers la mise en œuvre ont été repérés. Les résultats sont présentés dans les tableaux 20 et 21.

Le tableau 20 énumère les déterminants et leur influence sur la mise en œuvre en général (facilitants, barrières ou mixte). Le tableau 21 souligne, quant à lui, l'influence de chaque déterminant en fonction des composantes spécifiques de la mise en œuvre.

Ensuite, l'influence de chacun des déterminants est exposée en fonction des composantes de la mise en œuvre (tableau 21). Ces composantes sont les mêmes identifiées et appliquées dans l'outil construit à ce propos et présenté dans la section « résultats » (figures 5 et 6). Finalement, une analyse explicative de chaque déterminant vers la mise en œuvre est réalisée dans la sous-section suivante (4.2.2.2.3).

Tableau 20. – Énumération des déterminants qui ont influencé la mise en œuvre de l'intervention

Déterminants avec influence positive (P) vers la mise en œuvre (facilitants)	Déterminants avec influence négative (N) vers la mise en œuvre (barrières).	Déterminants avec influence mixte (M) vers la mise en œuvre
P1- Stratégies d'intégration et partage d'expériences	N1- Problèmes de communication et de gestion du temps	M1- Crise sanitaire COVID-19
P2- Compréhension des bénéfices de la stratégie	N2- Perte de formateurs	
P3- Ouverture à la pensée critique et au changement	N3- Manque de pratique	
P4- Dyades de savoirs complémentaires	N4- Manque de rétroaction sur les activités réalisées	
P5- Rétroaction sur les activités réalisées	N5- Posture interventionniste plutôt qu'éducative.	
P6- Application de stratégies et d'outils provenant des « pédagogies actives ».	N6- Décompensation de l'état de santé	
P7- Conformité aux principes du modèle	N7- Pénurie de ressources	
P8- Bon climat organisationnel	N8- Gestion des attentes de plusieurs types de partenaires et parties prenantes	
P9- Personne-ressource pour soutenir les participants dans leur « parcours personnel » d'apprentissage	N9- Pratiques et valeurs du système de santé basé sur la vision biomédicale de la santé mentale	
P10- Équipe de recherche intégrée pour soutenir l'organisation	N10- Manque de reconnaissance par les autorités gouvernementales	
P11- Flexibilité et capacité d'adaptation de l'organisation		
P12- Capacité des gestionnaires à établir une « coalition » stratégique avec les partenaires		
P13- Pouvoir de persuasion du groupe dirigeant quant à l'efficacité du modèle		
P14- Style de gestion participatif		
P15- Financement disponible auprès des instituts de recherche pour promouvoir des interventions innovantes		

Tableau 21. – Sommaire du type d'influence des déterminants sur les composantes de la mise en œuvre.

Composantes de la mise en œuvre	Déterminants avec influence positive	Déterminants avec influence négative	Déterminants avec influence mixte
Formation et suivi des Formateurs	P1; P2; P3; P4; P5; P6; P7; P8; P9; P10; P13	N1; N2; N3; N4; N5; N5; N7; N8 ; M1	-
Formations et mécanismes de promotion et d'inscription	P1; P2; P10; P11	-	M1
Coconstruction des formations	P1; P2; P4; P5; P7; P14	N5; N6	-
Partenariat	P2; P11; P12; P14;	N9; N10	-
Stratégies de gestion du changement	P3; P5; P8; P9; P13	N5	-
Vision stratégique	P4; P14	N6 ; M1	-
Gestion opérationnelle	P8; P11; P14,	N1; N8; N7	M1
Mécanismes de recrutement des formateurs	P7	N8	-
Gouvernance	P7, P11, P12	N9	-
Infrastructure	P12; P13	N8	-
Mobilisation financière	P10, P12, P13, P15, M1	N10	-

Gestion des ressources humaines	P13	N8	–
---------------------------------	-----	----	---

4.2.2.2.3 L'explication de l'influence des déterminants sur la mise en œuvre.

Finalement, les explications en détail sur l'influence de chaque déterminant vers les composantes de la mise en œuvre sont présentées ci-dessous :

P1- Stratégies d'intégration et partages d'expériences

Explication de l'influence :

Le partage de stratégies et d'expériences a facilité l'intégration des apprenants. De plus, la communauté de pratique (CP) du CASR a favorisé la création, les ajustements et les adaptations des formations réalisées en fonction des besoins identifiés (type de formations, outils, charge horaire, etc.).

« Et donc, cette stratégie d'avoir une communauté de pratique, je pense que ça amène une amélioration continue, t'sais un partage d'expérience. On a des experts qui viennent des fois, des invités spéciaux qui viennent nous faire part d'approches, d'expériences, de quoi que ce soit. Il y a des activités de développement, donc pour moi, la communauté de pratique, c'est une bonne stratégie pour que les formateurs soient en continue... en amélioration continue et en développement, cette communauté » (2020_09-GF-E00-08B)

P2- Compréhension des bénéfices de la stratégie

Explication de l'influence :

Une bonne compréhension des retombées et des principes de la stratégie a facilité l'adhésion au modèle. Cela a favorisé l'implication des partenaires et d'autres parties prenantes dans le projet. En plus, l'adhésion au modèle a favorisé le processus de coconstruction de formations et, par conséquent, l'offre de formations.

« C'est sûr qu'il faut que les gens y croient au modèle. Donc, plus ils vont l'avoir expérimenté, le modèle, plus ils devraient y croire, on espère, donc ça ce n'est pas un obstacle, vraiment, mais c'est quand même une condition. Il va falloir que les gens soient

convaincus ou en tout cas qu'ils considèrent que c'est un modèle intéressant qui fonctionne, qui est efficient justement, puis qui est porteur » (2020_09-GF-E00-08B)

P3- Ouverture à la pensée critique et au changement

Explication de l'influence :

Cela a favorisé la création d'un « environnement » adéquat pour la réflexion critique sur les enjeux de santé mentale lors des formations, facilitant l'adhésion au modèle. Cette ouverture a permis de « repenser » et « renommer » certains concepts et préconcepts liés aux troubles mentaux.

« Ce qui a facilité, ce sont les personnes qui ont participé au projet. Ils ont des groupes très bienveillants, ils ont une ouverture, on partage, même si on n'est pas d'accord, des opinions divergentes, il y a un intérêt d'apprendre. Il y a ces discussions qui sont riches, clarifier, voir si on a compris, pousser un peu dans la réflexion, toujours avec cet esprit d'apprentissage. Je pense que ça vient avec l'esprit du projet, une attitude envers l'autre. Il y avait un « let it be », laisser l'autre être comme il est, ce qu'il pense. Une ouverture. (...) C'était très riche et très intéressant. On a eu beaucoup d'échanges, surtout avec (...), des questionnements, un moment d'exploration et d'apprentissage très positif. Beaucoup de partage, de questionnements, pousser la réflexion. Expérience de collaboration, de clarification à plusieurs niveaux. Ce partenariat a été un échange très riche sur différents sujets » (2020-04-PH-00T-06B)

P4- Dyades de savoirs complémentaires

Explication de l'influence :

L'équité des savoirs, dont la valorisation du savoir expérientiel, renforce et incarne les valeurs du modèle RC sur le terrain, tout en facilitant un processus de coconstruction des formations plus inclusif et participatif. En outre, cette approche a favorisé des adaptations concernant la pédagogie et les stratégies d'enseignement permettant un alignement plus optimal en lien avec les besoins de la population.

« Le fait d'avoir deux formateurs, un qui représente plus le savoir expérientiel, l'autre plus le savoir théorique, le savoir clinique ou pratique, ben ça aussi...Tu ne formes pas tes formateurs de la même façon, tu ne développes pas des formations de la même façon donc ce principe de binômes de formateurs qui doivent représenter l'ensemble des savoirs influence absolument l'implantation » (2020-11-GF-0TC-11B)

P5- Rétroaction sur les activités réalisées

Explication de l'influence :

La rétroaction sur l'activité réalisée pour les formateurs a incité le processus d'amélioration continue de l'organisation et des participants. En plus, elle optimise l'adhésion à l'intervention, tout en facilitant les changements attendus par le modèle RC.

P6-Application de stratégies et outils provenant des « pédagogies actives »

Explication de l'influence :

Les approches andragogiques et actives mobilisées par le CASR favorisent les formations et la coconstruction de connaissances.

« C'est un exemple de comment la pédagogie, la pédagogie peut vraiment être concrètement utilisée dans un contexte ' thérapeutique '. Je pense que c'est ça et c'est vraiment quand on voit ce projet-là. C'est indéniable, indéniable. L'effet de la pédagogie...C'est vraiment pour nous un cas de figure...c'est vraiment quelque chose. On le nomme fréquemment comme étant vraiment un cas exemplaire, le Recovery College c'est vraiment un exemple à suivre, c'est une bonne pratique et de comment l'éducation vraiment et la... spécifiquement l'éducation et la pédagogie peuvent être un ' outil de guérison ' ou un ' vecteur de guérison ' » (2020-09-PH-00T-09B)

P7- Conformité aux principes du modèle

Explication de l'influence :

Le respect et la conformité à l'ensemble des principes et des valeurs du modèle RC exercent une influence globale positive sur le fonctionnement de l'organisation. Cela façonne tous les niveaux de l'organisation, tout en assurant à la fois la cohésion et la cohérence interne du CASR. Par exemple, cela a permis de réaliser un processus de recrutement de formateurs plus inclusif, de façonner le programme de formation des formateurs, et de mettre en place des stratégies pour faciliter la participation et l'inclusion des parties prenantes dans la prise de décision, etc.

« ...je suis allée chercher les meilleurs en savoir expérientiel, j'suis allée chercher les meilleurs en pédagogie, j'suis allée chercher les meilleurs partout pour qu'on s'assure que les principes soient impeccables » (2020-11-GF-0TC-11B)

P8- Bon climat organisationnel

Explication de l'influence :

La perception d'une bonne « atmosphère psychologique » par les acteurs concernés joue un rôle positif sur plusieurs composantes de la stratégie. Une perception positive du milieu favorise la création d'un espace de bienveillance, tout en favorisant les rapports sociaux et l'adhésion aux changements proposés par le modèle RC.

« Le climat était vraiment exceptionnel. C'est le genre de climat qu'on voit que très rarement dans une salle de classe. Tout le monde était hyper souriant et avait donc le goût d'en apprendre sur le vécu des autres et de créer avec cela un bien commun et un savoir collectif...c'était loin d'être un cours d'université par coeur... donné à 200 personnes » (2020-04-FH-ECT-01B)

P9- Personne-ressource pour soutenir les participants dans leur « parcours personnel » d'apprentissage.

Explication de l'influence :

Une personne-ressource disponible pour soutenir les apprenants lors de leurs formations et leurs processus d'apprentissage individuel et collectif facilite leur parcours d'apprentissage dans le CASR.

P10- Équipe de recherche intégrée pour soutenir l'organisation

Explication de l'influence :

Une équipe de recherche intégrée au CASR soutient la gestion, les formateurs et la coconstruction des formations. En plus, les subventions de recherche ont été essentielles pour le financement des activités.

P11- Flexibilité et capacité d'adaptation de l'organisation

Explication de l'influence :

La flexibilité et la capacité de réaction (adaptation) de l'organisation face aux enjeux du processus d'implantation ont été fondamentales pour son fonctionnement. Cela a permis une ouverture pour

gérer les attentes des organisations partenaires, adapter la gestion du CASR, y compris la gestion de ressources humaines.

« Et donc, l'important, c'est d'avoir une grande capacité d'adaptation et de ne pas s'en tenir à un plan X parce que sinon, ça devient difficile lorsqu'un évènement Y, Z, A, B, C survient. Mais ça je pense que c'est quelque chose qui est déjà acquis, à mon avis dans l'entourage là du Centre d'apprentissage » (2020-09-GH-E0T-07B)

P12- Capacité des gestionnaires à établir une « coalition » stratégique avec les partenaires

Explication de l'influence :

Les organisations partenaires du Centre ont contribué avec leur expertise selon le domaine de chacun. Ils ont facilité également la mobilisation des ressources financières (ou matérielles) et des ressources humaines dans la diffusion du modèle RC, ainsi que dans la gouvernance du CASR.

« La partie qui est bien implantée, j'aurais le goût de dire c'est la partie de copartenariat, c'est à dire que ça fait quand même trois ans, même plus, peut-être moins quatre ans qu'on travaille vraiment en copartenariat avec des partenaires donc cette partie-là, elle est bien implantée, elle est bien ancrée pour l'ensemble de la province du Québec. On a même plusieurs partenariats et même il y a des nouveaux partenaires qui veulent se joindre à ce groupe de partenaires, qui est le groupe qui gouverne dans le fond le CASR » (2020-11-GF-0TC-11B)

P13- Pouvoir de persuasion du groupe dirigeant quant à l'efficacité du modèle.

Explication de l'influence :

La capacité de persuasion sur l'efficacité du modèle a été importante pour l'acceptation initiale du modèle dans la province, notamment dans l'adhésion des partenaires pour soutenir l'intervention. En plus, cette capacité de « traduire » la valeur du modèle RC a facilité l'adhésion des formateurs et acteurs impliqués.

P14- Style de gestion participatif

Explication de l'influence :

Le modèle RC est axé sur une vision du monde et de la réalité socioconstructiviste. Ainsi, les styles de gestion participative sont plus cohérents avec les principes du modèle. Cela influence donc certaines composantes de la stratégie, notamment celles liées à la prise de décision, comme la définition de sa vision stratégique, la coconstruction des formations, la gouvernance, etc.

*« Le type de gestion, moi je trouve que c'est... la gouvernance c'est vraiment c'est très collectif. Les partenaires principaux sont souvent impliqués, ils sont souvent sondés, on leur demande leurs opinions, leurs avis pour prendre certaines décisions...il y a vraiment une décision collective qui se prend à quelque part, tout le monde a un mot à dire... »
(2020_09-GF-E00-08B)*

P15- Financement disponible auprès des instituts de recherche pour promouvoir des interventions innovantes

Explication de l'influence :

En plus d'avoir une équipe de recherche, il fallait avoir une disponibilité des ressources de subvention de recherche pour amorcer le modèle au Québec. Ce déterminant a été crucial pour les composantes liées à la mobilisation financière du CASR.

N1- Problèmes de communication et de gestion du temps

Explication de l'influence :

Les problèmes liés à la communication et à la gestion du temps se répercutent sur certaines composantes de la mise en œuvre du centre d'apprentissage. Ceux-ci sont sources de malentendus, nuisant à la motivation des formateurs et des apprenants. De plus, une mauvaise gestion du temps dans certaines circonstances rend difficile la gestion opérationnelle du centre de manière optimale.

N2- Perte de formateurs

Explication de l'influence :

La perte de formateurs entraîne des coûts additionnels pour le centre de formation dans la mesure où ils ont besoin de former d'autres personnes pour prendre la relève. Cela rend encore plus difficile l'élaboration des formations.

N3- Le manque de pratique

Explication de l'influence :

Le manque de pratique nuit au développement des formateurs. Sur le plan psychologique, cela les démotive. Par conséquent, la mise en œuvre de manière peut être moins satisfaisante.

« ...c'est comme si ça freine dans le développement. Si on avait donné une formation, après tu revois ça, tu expérimentes, tu as les pous, les contres, tu as les choses que tu ajusterais. Ça donne l'idée de faire d'autres offres de formations, parce qu'on entend ce que les gens ont à dire, ça peut éveiller certains besoins, ça peut permettre d'enrichir des formations qui ont déjà lieu et d'apporter ça aux autres et tout ça. Alors, je trouve que ça, ça a été le plus gros obstacle, le fait qu'il n'y ait pas de mise en application... » (2020-04- FF-OCT-05B)

N4- Manque de rétroaction sur les activités

Explication de l'influence :

Sans une rétroaction systématisée et quotidienne sur les activités et les travaux des formateurs, le développement de leurs compétences professionnelles est ralenti.

« Mais un moment donné, on devait avoir une rencontre vraiment avec la personne-ressource qui aurait eu le temps de regarder notre plan de développement qu'on a travaillé fort, on a fait plusieurs versions, on a corrigé des choses... mais qui devait regarder ça et vraiment nous donner, enfin, qu'il y ait une rencontre pour vraiment dire : « OK, voilà ce qui est bien. Voilà ce qui pourrait être amélioré » (2020-04- FF-OCT-05B).

N5- Posture interventionniste plutôt qu'éducative

Explication de l'influence :

Le modèle préconise une approche éducative plutôt qu'interventionniste en matière de santé mentale. Certains acteurs ont du mal à discerner le rôle d'interventionniste et celui d'éducateur

(impératif pour le modèle RC). Cela ralentit le processus de formation des formateurs et, par conséquent, le développement de certaines compétences en accord avec ce principe du modèle.

« On a beaucoup d'intervenants, mais là on leur demande d'être formateur. On leur demande de ne PAS intervenir, de se mettre dans un concept de formation. Donc, ça aussi, c'est un obstacle. C'est quelque chose qu'il faut travailler constamment pour éviter que les gens reviennent à leur espèce d'instinct professionnel d'intervenir alors qu'on ne veut pas ça » (2020-09-GH-E0T-07B)

N6- Décompensation de l'état de santé

Explication de l'influence :

Bien que le modèle RC ne limite pas l'accès à sa formation, certains formateurs ont manifesté, pendant la formation, une décompensation en lien avec certains troubles de santé mentale. Cela a entraîné une certaine difficulté pour le développement des formations et le processus de formation des formateurs.

« Moi, je fais de la formation, donc ça ne pose pas de problème de monter les programmes, le guide de développement, codéveloppement, etc. Entre temps, moi, je travaillais avec (...) qui...elle a refait sa crise de schizophrénie aussi. Donc, ce n'était pas évident. Donc, je l'ai perdue. Elle voulait revenir, pas revenir. Bon, il a fallu avec (...) régler ça... » (2020-04-FH-00T-02B)

N7- Pénurie de ressources

Explication de l'influence :

Le financement représente un défi majeur pour le CASR car sa dépendance à l'égard des subventions de recherche le rend vulnérable aux perspectives d'avenir. Les difficultés à obtenir une autonomie financière par rapport à l'offre de ses formations limite le centre dans ses capacités et ses possibilités d'action.

« Il y a toujours une petite inquiétude à ce niveau-là de pouvoir avoir les sommes suffisantes pour conserver les membres de l'équipe, soit autant au niveau administratif, coordination ou même les formateurs, parce qu'avoir des formateurs formés, mais qui ne peuvent pas donner les formations...l'argent est souvent le nerf de la guerre alors oui t'as des ressources humaines, mais des fois t'as besoin d'argent aussi » (2020_09-GF-E00-08B)

N8- Gestion des attentes de plusieurs types de partenaires et parties prenantes

Explication de l'influence :

Malgré de nombreux avantages du travail en partenariat avec d'autres organisations, une telle stratégie pose un certain nombre de défis. Les acteurs impliqués ont des attentes et des niveaux de compréhension différents du modèle RC, ce qui nécessite du temps et des efforts de négociation et de sensibilisation. En conséquence, le processus de mise en œuvre a été ralenti pour s'assurer que tous les acteurs soient alignés sur le modèle RC au Québec et leurs objectifs organisationnels, de même que la responsabilité de chacun dans le processus d'implantation.

« Je pense que quand on a fait l'addition de tous les partenaires, on était une trentaine de partenaires qui adhèrent dans ce projet-là, dont 12 partenaires financiers. Ça, c'est difficile à gérer... Parce que tout le monde ne comprend pas le modèle de la même façon, chacun a des intérêts spécifiques, chacun a son agenda spécifique, ses objectifs spécifiques puis ils veulent être reconnus à travers ça avec ce qu'ils ont. » (2020-11-GF-0TC-11B)

N9- Pratiques et valeurs du système de santé basés sur la vision biomédicale de la santé mentale

Explication de l'influence :

Le modèle axé vers le rétablissement vise à élargir le concept de maladie mentale issu du paradigme biomédical. Le niveau « d'enracinement » de ce dernier paradigme dans le système de santé a ralenti l'avancement du modèle *Recovery College* au Québec en raison des enjeux liés à la notion déterministe et limitante de la santé mentale répandu dans les services de santé, ainsi que dans le milieu gouvernemental. La « dispute » pour les ressources, de même que le manque de soutien politique des organisations de santé et du gouvernement, en tant que partenaire, ont eu une influence importante sur la vitesse de la mise en œuvre en général.

« J'étais très frustrée parce qu'au Québec on a de la difficulté à transformer nos services...je pense que c'est les personnes qui sont en place au pouvoir. Si on avait des personnes avec plus de vision, plus d'ouverture, de latitude, au lieu de « nous on sait quoi faire, dis-nous pas quoi faire...ça pourrait être différent...ce serait intéressant de

comparer avec d'autres innovations, comme le IPS. Moi je m'attendais à ce que le Ministère, (nom anonymisé), dise WOW! Mais la seule chose qu'il pouvait dire était : « Est-ce que nos médecins généralistes peuvent le faire ? » Je me rappelle de quelque chose comme ça. C'était tellement niais (stupide), je ne comprenais rien de sa vision » (2020-11-PF-0TC-14B).

N10- Manque de reconnaissance par les autorités gouvernementales

Explication de l'influence :

Le manque de reconnaissance par les organismes gouvernementaux a ralenti la mise en œuvre du modèle québécois, notamment en ce qui concerne la mobilisation des ressources pour le déploiement de ses activités. De plus, le manque de reconnaissance politique a ralenti l'intégration du modèle dans le système de santé.

« Et en fait, c'est obtenir une forme de reconnaissance pour que le Centre devienne un incontournable en formation en Santé psychologique. Donc, je pense que ce qui aiderait fortement, ça serait la reconnaissance par un Ministère, soit via la Chaire de recherche ou directement par des subventions au projet, même si, dans son plan d'affaires, il est viable de façon autonome. Je pense que d'avoir une reconnaissance gouvernementale viendrait donner un coup de main là, pour les contacts avec les partenaires ». (2020-09-GH-E0T-07B)

M1- Crise sanitaire COVID-19

Si d'une part la crise sanitaire a entraîné une suspension des activités du Centre, d'autre part, elle a permis à l'équipe de se concentrer sur l'obtention de nouvelles subventions de recherche, fondamentales pour le fonctionnement du CASR. En outre, la crise a permis une restructuration et une optimisation de la gestion du CASR, avec des changements de coordinateurs, de gestionnaires et de formateurs pour des acteurs plus disponibles pour le nouveau format en ligne.

« ...on a stoppé les activités du Centre en date du 18 mars 2020, si ma mémoire est bonne. Et puis, juste avant l'arrêt, par contre, oui, parce qu'il y a un projet pilote, entre autres, au niveau du Collège Édouard-Montpetit, sur l'anxiété de performance chez les jeunes, en fait, la clientèle 30 ans et moins. Et puis, on avait également d'autres inscriptions: au moins une autre formation. C'était...à Montréal. Et puis, donc ça se... J'vous dirais que les efforts qui avaient été faits depuis la dernière année commençaient à porter fruit. La crédibilité avec les partenaires. Et puis de générer des inscriptions aux formations. C'était en bonne voie. Mais malheureusement, la COVID a contrecarré légèrement l'implantation du Centre... » (2020-09-GH-E0T-07B)

« ...mais je te dirais que la COVID a été plus une opportunité qu'un obstacle parce que ça nous a permis d'aller chercher la subvention IRSC COVID, ça nous a permis d'aller vers les formations en ligne, ce qu'on n'aurait pas fait. On n'aurait pas osé aller si rapidement avec les formations en ligne » (2020-11-GF-0TC-11B)

Chapitre 5 – Discussion

5.1 L'intervention est-elle bien fondée en regard des connaissances actuelles?

Dans les sections suivantes seront discutés les principaux résultats de l'analyse logique du modèle RC du Québec.

5.1.1 La structure de l'intervention

La structure nécessaire à la mise en œuvre d'une intervention est plus ample que ses ressources « financières ». Considérant une intervention de santé comme un système d'action sociale, la structure requise comporterait au moins trois dimensions: 1) dimension physique (correspondant aux ressources mobilisées); 2) dimension organisationnelle (l'ensemble des règles de gestion qui définissent la distribution et l'échange des ressources et du pouvoir); 3) dimension symbolique (l'ensemble des croyances, représentations et valeurs) (Contandriopoulos et coll., 2011). En effet, le RC québécois considère dans son modèle logique ces trois dimensions lors de son implantation (Chaves, et coll., 2021c).

Or, en ce qui concerne la dimension physique, l'analyse opérationnelle a mis en exergue que les formations offertes par le CASR ne lui permettaient pas d'avoir une autonomie financière. L'organisation dépend en grande partie des subventions de recherche, ainsi que des dons en espèce et en nature de ses partenaires.

Une combinaison de différentes sources de ressources est préconisée par plusieurs chercheurs afin de réduire la dépendance ou la vulnérabilité à l'égard des fonds nécessaires à la mobilisation efficace des activités d'un programme (Pfeffer et Salancik, 2003; Williamson, 1981). Bien que le CASR ait adopté une stratégie de financement mixte (recherche, partenaires publics et privés), la

dépendance excessive à l'égard des subventions de recherche menace la durabilité de ses opérations, car cette modalité de financement est très sensible aux questions contextuelles, telles que les divers intérêts politiques des organismes de subvention (Béland, 2019).

De plus, la dispute pour les ressources publiques à l'intérieur d'un système de santé est à la fois un événement complexe et incertain, nécessitant non seulement des données probantes solides favorables à l'intervention, mais aussi l'influence et la mobilisation politiques à différents niveaux (Saxena et coll., 2007).

De nombreuses recherches ont démontré que la crise COVID-19 a entraîné une réduction importante de la qualité de la santé mentale des populations, en particulier des personnes économiquement défavorisées (Torales et al., 2020). Sur le plan politique, les pressions exercées par l'opinion publique pour décompresser les services actuellement disponibles ou pour créer des services adaptés à la nouvelle réalité pourraient constituer une « fenêtre d'opportunité » pour CASR (Kingdon et Stano, 1984).

L'analyse opérationnelle a également mis en évidence que les partenaires du CASR sont essentiels à une partie de son financement. Cependant, la contribution de ces partenaires va au-delà de leurs apports monétaires.

La construction d'un groupe de partenaires stratégiques envers « une idée » a été décrite dans la littérature scientifique comme une mesure importante pour influencer l'agenda politique (Haas, 1992; Jenkins-Smith et coll., 2014; Mintrom et Vergari, 1996). Par exemple, elle permet de faire converger les efforts et de mettre en évidence « le problème à résoudre » (Baumgartner, 2001; Kingdon et Stano, 1984) du « paradigme » dominant en matière de santé mentale auprès des décideurs politiques. Les membres de ces organisations n'agissent pas seulement en mobilisant leur public cible. En réalité, ils mobilisent également l'opinion publique (Burstein, 2003; Rounce, 2004) en agissant comme des agents de changement (Havelock, 1973; Rogers, 2010; Schneider, Teske et

Mintrom, 2011) ou des « entrepreneurs » de politiques publiques (Lewis, 2006; Mintrom et Norman, 2009; Schneider, Teske et Mintrom, 2011). Autrement dit si, d'une part, la relation CASR-Partenaires est influencée par l'environnement, d'autre part, ils influencent et contribuent à la diffusion du modèle RC dans l'arène politique et sociale locale.

En ce qui concerne la dimension organisationnelle, le Centre adopte notamment un modèle de leadership et de gouvernance partagée (Hughes et coll., 2018; Judge et Piccolo, 2004) en cohérence avec les principes et valeurs du modèle RC. Cette stratégie permet d'engager plusieurs partenaires du CASR et de donner « la voix » à l'ensemble des participants au-delà des gestionnaires (formateurs, personnes avec l'expérience de maladie mentale.).

La dimension symbolique du CASR, à son tour, correspond à un élément critique du modèle RC. À cet égard, les valeurs organisationnelles peuvent entraîner et soutenir des changements attendus (Greenwood et Hinings, 2017; Machado-da-Silva, Fonseca, et Fernandes, 1999; Schein, 2010). En effet, un ensemble de principes sont mobilisés pour assurer la cohérence interne de l'intervention représentant des « valeurs et croyances » organisationnelles partagées (Greenwood et Hinings, 2017; Schein, 2010). Ceux-ci tendent à influencer le comportement et les attitudes des parties prenantes en rapport avec les objectifs du centre d'apprentissage. De plus, ces « valeurs » maintiennent une cohésion idéologique permettant une perception favorable de l'environnement organisationnel (climat organisationnel) par l'ensemble des participants (Ostroff, Kinicki, et Tamkins, 2003; Schneider, Ehrhart, et Macey, 2013; Schneider et Reichers, 1983).

5.1.2 Le modèle de changement

Le modèle logique de l'intervention fournit une série de « mécanismes » via un complexe cheminement causal en reliant les résultats attendus à court terme aux résultats ultimes de l'intervention. Tel que décrit dans la section méthodologie, les résultats distaux attendus par

l'intervention ont été choisis afin de permettre une évaluation holistique du modèle de changement de l'intervention. Dans les sous-sections suivantes sont discutés certains éléments critiques permettant d'émettre un avis sur le bien-fondé du modèle RC au Québec.

5.1.2.1 L'autodétermination et le pouvoir d'agir

Le pouvoir d'agir est un concept très répandu lorsqu'on parle de santé mentale. Il est parfois considéré comme « un mouvement idéologique » qui a émergé en réaction aux inadéquations et lacunes des systèmes de santé en matière de santé mentale. De façon générale, le pouvoir d'agir correspondrait à un concept complexe et multidimensionnel devant être considéré davantage comme un « processus » que comme un « fait accompli » (Chamberlin et Schene, 1997).

Au sens large, trois attributs sont associés au concept de pouvoir d'agir au niveau individuel (Dickerson, 1998) : 1) le sentiment de compétence personnelle; 2) l'autodétermination; 3) l'engagement social. Le modèle logique du CASR relève des éléments pouvant favoriser deux de ces attributs chez les participants, soit l'amélioration de sentiment de compétence personnel et l'autodétermination. Les résultats synthétisés dans le tableau 11 mettent en évidence les déterminants trouvés dans la littérature scientifique en cohérence avec le chemin causal de l'intervention et sont associés avec ces deux derniers attributs. Par exemple, certaines recherches soulignent le sentiment de connexion (Chamberlin et Schene, 1997; Dickerson, 1998), la perception de contrôle personnel (Rotter, 1966) et l'apprentissage de nouvelles habiletés (Chamberlin et Schene, 1997; Zimmerman, 2000) comme d'importants déterminants pour le développement du pouvoir d'agir.

Par contre, l'engagement social est un concept dynamique, relationnel et multidimensionnel (d'individuel à des dimensions sociétales) (Johnston, 2018). Bien que la composante éducationnelle de l'approche soit un déterminant critique dans l'engagement social (Serrat, Villar,

et Celdrán, 2015), divers autres déterminants environnementaux, psychologiques et comportementaux peuvent l'influencer positivement ou négativement (Wanchai et Phrompayak, 2019).

À l'heure actuelle, aucune étude ne démontre avec certitude l'impact des centres de rétablissement RC en ce qui concerne l'augmentation du pouvoir d'agir de leurs participants ni comment « le pouvoir d'agir » des participants serait affectée par les facteurs sociaux, économiques et politiques dans lesquels les participants sont intégrés.

L'autodétermination, pour sa part, est l'un des concepts les plus importants en santé mentale (Copeland, 2004). De manière générale, elle est définie comme le désir ou la capacité de participer aux décisions qui affectent la vie des individus (Ryan et Deci, 2017; Välimäki, 1998). Cependant, le concept est complexe et de nombreux obstacles s'opposent à sa mise en œuvre dans les systèmes de santé (Elander et Hermerén, 1989).

Le modèle logique de l'intervention fournit une série de « mécanismes » afin d'expliquer comment le CASR pourrait accroître l'autodétermination chez les participants. Celui-ci révèle des liens causaux fortement cohérents avec les déterminants trouvés dans la littérature scientifique (voir le tableau 12). En ce sens, l'intervention vise à encourager les individus à prendre des décisions dans leur propre vie, notamment en ce qui concerne leur santé mentale.

Le résultat de l'analyse logique démontre que les stratégies visant à améliorer les connaissances des personnes sur leur santé mentale et leur condition sociale, et qui valorisent leur savoir expérientiel sont essentielles pour améliorer la perception d'autonomie et de compétence des individus, tout en favorisant l'accroissement de leur autodétermination (Bandura, 1977; Deci et Ryan, 2000; Leamy et coll., 2011; Ryan et coll., 2008; Ryan, Plant, et O'Malley, 1995; Shepherd et coll., 2008)

Le modèle RC préconise que tous les individus ont le droit à des formations dans les centres d'apprentissage sans restriction. Or, il n'est pas encore évident de savoir comment certaines conditions cliniques ou formes des maladies graves pourraient influencer la concrétisation des objectifs individuels des participants sans adapter l'intervention (McMurray, 1990).

Enfin, le modèle de changement souligne une série de mécanismes qui amèneraient les participants à la fois à améliorer leur autodétermination et leur pouvoir d'agir, cependant les deux concepts ont des nuances particulières et distinctes. Autrement dit, les mécanismes qui amèneraient à l'autodétermination des participants n'amélioreraient pas nécessairement leur pouvoir d'agir.

5.1.2.2 La réduction des stigmas et préjugés

Selon Goffman et coll. (2009), la stigmatisation est conceptualisée comme un processus social complexe « d'étiquetage », de dévalorisation et de discrimination. Celle-ci impliquerait une interconnexion de composantes cognitives, émotionnelles et comportementales. De plus, la stigmatisation se produirait à de multiples niveaux – « intrapersonnel » (p. ex. l'autostigmatisation), « interpersonnel » (p. ex. les relations avec les autres) et « structurel » (p. ex. les politiques, lois et systèmes discriminatoires ou d'exclusion) (Link et Phelan, 2001).

Les personnes qui ont une expérience vécue de la maladie mentale rapportent généralement se sentir dévalorisées, rejetées et déshumanisées par les systèmes et les services de santé (Connor et Wilson, 2006). Parfois ils signalent se sentir exclus des décisions, recevant des menaces subtiles ou manifestes de traitement coercitif, des informations insuffisantes sur leur état de santé ou sur les options de traitement. Ils rapportent également être souvent traités de manière paternaliste ou dévalorisante (Hamilton et coll., 2016).

Le résultat de l'analyse logique (tableau 13) montre que le modèle RC a un bon fondement théorique visant à réduire la stigmatisation au niveau individuel, en particulier dans les dimensions « intrapersonnelles » et « interpersonnelles ».

De nombreux travaux mettent en lumière que le contact avec un groupe stigmatisé (Corrigan et coll., 2012; Erickson, 2006; Herek et Capitanio, 1996; Pinfold et coll., 2003), l'écoute de témoignages des personnes ayant une expérience vécue de maladie mentale, ainsi que l'écoute de leurs expériences au sein du système de santé (Knaak, Mantler, et Szeto, 2017; Thornicroft, 2006) constituent des stratégies clés pour réduire la stigmatisation dans le domaine de la santé.

De plus, les recherches démontrent que l'interaction sociale dans un contexte éducationnel permet de déconstruire les stéréotypes, d'accroître l'empathie, de créer des liens personnels et d'améliorer la compréhension du processus de rétablissement (Brohan et coll., 2010; Cook, 1985; Maranzan, 2016; Thornicroft, 2006).

Les approches éducationnelles, comme le modèle RC, qui favorisent l'acquisition de nouvelles compétences en matière de santé mentale sont également prometteuses pour réduire la stigmatisation (Cook, 1985; Corrigan et coll., 2012; Finkelstein, Lapshin et Wasserman, 2008; Pinfold et coll., 2003; Stuart, 2016).

5.1.2.3 Réduction d'isolement social

L'isolement social est un facteur contributif important de problèmes de santé physique et mentale, y compris la mortalité précoce et la dépression (Cacioppo et coll., 2002; Luo et coll., 2012).

L'isolement social subjectif et objectif font partie des déterminants sociaux de la santé qui ne reçoivent pas une attention suffisante de la part de la communauté scientifique (Ma et coll., 2020).

L'isolement social subjectif se produit lorsqu'il y a une perception d'écart entre les interactions sociales souhaitées et celles perçues, alors que l'isolement social objectif consiste à avoir peu de

contacts sociaux avec d'autres personnes. Cet état de fait peut être estimé objectivement en se basant sur les mesures quantitatives de la dimension du réseau social ou de la fréquence des contacts sociaux avec d'autres personnes (Ma et coll., 2020).

Dans le contexte de santé mentale, l'isolement social est habituellement lié à la difficulté de se faire ou de garder des amis, au manque d'occasions de participer à des activités sociales et à la stigmatisation associée à la maladie mentale. Tout cela crée des barrières entre les personnes et leur communauté (Perese et Wolf, 2005).

Le modèle de changement de l'intervention démontre une série de mécanismes (p. ex. création d'une espace d'interaction sociale et de parole; l'opportunité de socialisation et de contacts; l'ouverture à l'autre; le sentiment de connectivité aux autres) que favoriseraient la réduction de l'isolement social ainsi que la bonification du réseau social des participants. De nombreuses recherches montrent que l'interaction sociale soutenue (Eggert et coll., 1995; Ma et coll., 2020; White et Andrews, 2018); l'éducation inclusive (Dell'Anna et coll., 2020; Hatlen, 2004; Ma et coll., 2020); la formation de compétences sociales (Downing, 2010; White et Andrews, 2018) et la formation de groupes communautaires (Novotney, 2019) sont des déterminants clés dans la réduction de l'isolement social. Cela dit, le résultat de l'analyse logique confirme le bien-fondé du modèle logique concernant la réduction de l'isolement social.

Il est à noter, cependant, que certaines formes de maladies mentales graves sont décrites comme des barrières importantes dans le processus de réduction de l'isolement social (Stravynski, Marks, et Yule, 1982; Terzian et coll., 2013). Des approches spécifiques sont encore en train d'être développées et testées pour certaines conditions particulières (Ma et coll., 2020).

5.1.2.3 La transformations des pratiques

Le modèle logique fait ressortir, dans son objectif distal, l'aspiration de l'intervention à promouvoir une « transformation » des services de santé mentale vers les pratiques orientées vers le rétablissement, en opposition au modèle biomédical (Ashcroft et Van Katwyk, 2016) qui est dominant dans le système de santé local.

Le modèle logique suppose que plus les participants améliorent leur autodétermination et leur pouvoir d'agir, plus ils agiront comme des « agents de changement » en collaborant avec l'implantation et la diffusion d'une « culture du rétablissement » dans le réseau de santé (Havelock, 1973; Schneider, Ehrhart et Macey, 2011). En effet, la coalition avec des partenaires stratégiques pourrait influencer positivement la perception des preneurs de décision concernant « la légitimité » et « le soutien social » du centre d'apprentissage dans la société; un important déterminant lors des considérations dans la répartition des ressources essentielles des gouvernements (DiMaggio et Powell, 1983; Meyer et Scott, 1992; Tolbert et Zucker, 1999). De plus, il est attendu que certains membres des organismes partenaires pourraient agir en tant que « *policy entrepreneurs* » à partir de leurs interactions avec les décideurs politiques (Kingdon et Stano, 1984; Mintrom et Norman, 2009; Schneider, Teske et Mintrom, 2011). Par contre, le modèle logique n'intègre pas tous ces éléments de manière concrète afin de permettre de déclencher et de soutenir un changement politique local, c'est-à-dire une « transformation » effective des pratiques dans les systèmes de santé.

L'implantation des changements dans les systèmes de santé est souvent complexe, imprévisible et doit surmonter, voire confronter, plusieurs types de défis sur plusieurs plans et dimensions (Champagne, 2002). Les résultats de cette recherche démontrent que l'intervention n'a pas pris en compte dans son modèle de changement certains éléments considérés par la littérature scientifique comme critiques en vue de favoriser une « transformation des pratiques », ce qui, dans un sens

élargi, serait un changement de nature politique. Autrement dit, la proposition de changement de « paradigme » proposé par le CASR exige à la fois une réflexion stratégique et une influence de nature politique.

5.1.2.4 Considérations finales

En résumé, l'analyse logique a démontré que le modèle RC québécois est bien-fondé de façon générale. Par ailleurs, l'analyse a souligné également certains points d'amélioration pour les parties prenantes, notamment en ce qui concerne les effets attendus « promotion du pouvoir d'agir » et « transformation de pratiques des services et systèmes de santé ». Ce type d'analyse démontre son potentiel de procurer aux parties prenantes un avis rapide, non exhaustif, sur le bien-fondé des programmes et interventions de santé.

En ce qui concerne l'apport de cette approche au domaine de l'évaluation de la santé, cette étude propose un mode d'application à la fois pragmatique et systématique applicable à la plupart des interventions ou des programmes de santé afin d'évaluer leur bien-fondé théorique.

5.2 l'influence sur la forme de l'intervention

Le processus de planification et de mise en œuvre d'une intervention se situe dans un environnement plus ample avec lequel il interagit (Lambert, 2011). Il est très rare qu'une intervention de santé ne soit pas influencée, transformée ou ajustée au cours de son déploiement dans le « monde réel » (Denis et Champagne, 1990). Par exemple, les planificateurs cherchent des solutions aux obstacles rencontrés que ce soit d'ordre politique ou culturel. Ils établissent des partenariats stratégiques, tentent d'influencer les décideurs politiques et adaptent leurs interventions aux nouveaux besoins détectés en vue d'assurer à la fois la réussite et la pérennité de leurs interventions.

La figure 4 met en évidence l'action temporelle des déterminants trouvés dans cette recherche sur l'implantation du CASR. La figure fournit une vision générale de la transformation de la forme de l'intervention en fonction de la dynamique interactionnelle avec son environnement. Douze déterminants ont été repérés dans l'étude et expliquent les transformations apportées à l'intervention, six dans la phase I, trois dans la phase II et trois dans la phase III.

Par contre, l'intérêt de cette recherche allait au-delà d'une simple énumération de déterminants et visait notamment à expliquer les changements apportés (analyse d'implantation du type 1-a). Dans ce sens, l'étude de cas unique (holistique) a permis d'analyser en profondeur le phénomène d'implantation du CASR (Yin, 2003).

Les déterminants repérés peuvent être regroupés de la façon suivante : **1) ceux liés aux caractéristiques et aux expériences des participants et des organisations partenaires; 2) ceux liés au contexte externe de l'intervention; 3) ceux liés à l'environnement interne de l'organisation.**

1) Déterminants liés aux caractéristiques et l'expérience des parties prenantes de l'intervention

Les déterminants qui font partie de ce groupe sont : le déterminant 2 (la connaissance sur le terrain d'autres modèles *Recovery College* déjà établis); le déterminant 3 (l'expérience des fondateurs dans l'implantation d'interventions de santé mentale); le déterminant 5 (engagement des chercheurs expérimentés dans l'acquisition de subventions de recherche); le déterminant 7 (l'expertise et l'implication des partenaires) et le déterminant 10 (les gestionnaires détenant un savoir expérientiel).

Les résultats indiquent que l'expérience de l'équipe chargée du projet a joué un rôle important dans la transformation de la forme de l'intervention. Cette dernière a pu voir le jour grâce aux ressources provenant de subventions de recherche. L'acquisition de ressources dépendait des compétences des chercheurs chargés de l'intervention. Autrement dit, sans la présence, de chercheurs expérimentés

dans l'obtention de ce type de subvention, le CASR n'aurait pas eu la chance d'être amorcé dans la province. En plus, ces chercheurs avaient déjà une large expérience sur les enjeux d'implantation des interventions dans le domaine de la santé mentale. Cela a permis des ajustements de l'intervention en fonction des besoins émergents.

De plus, ils ont mis en place un style de leadership participatif et démocratique, ont diffusé une vision stratégique axée sur les valeurs et principes du modèle et avaient des compétences relationnelles qui favorisaient l'engagement et la mobilisation des partenaires externes envers le modèle RC.

Le déterminant 8 (la complexité du travail en partenariat) a, à son tour, une dimension liée à l'habileté des leaders de comprendre les enjeux d'implantation, car cette expertise a permis de favoriser et de mobiliser le partenariat en fonction des besoins du CASR, par exemple.

Ces données rejoignent les résultats d'autres chercheurs démontrant que certaines caractéristiques et compétences des leaders influencent la forme de l'implantation des interventions ou des innovations (Fleuren, Wiefferink, et Paulussen, 2004; Greenhalgh et coll., 2004; Michie et coll., 2005). Les résultats de cette recherche enrichissent les recherches du domaine organisationnel en mettant en lumière que certaines caractéristiques des leaders peuvent transformer, voire façonner, « le comportement » des personnes. Par conséquent, cela pourrait apporter des changements dans les interventions ou les innovations proposées (Armandi, Oppedisano, et Sherman, 2003; Awamleh et Gardner, 1999; Bass, 1990; Bass et Riggio, 2006; Brossoit, 2001; Hughes et coll., 2018; Schein, 2010).

Les données mettent également en exergue que les caractéristiques des organisations partenaires ont une influence importante lorsqu'elles sont ajoutées à l'intervention. Ces organismes soutenaient le CASR à la fois par des donations en nature et par leur expertise dans le domaine de la santé mentale, l'éducation et l'inclusion sociale. Ainsi, la convergence de leurs intérêts, leur

compréhension sur le modèle et leurs perceptions des besoins locaux en matière de santé mentale ont eu des implications sur la forme de l'intervention, par exemple, sur les types de formations offertes par le CASR et les approches pédagogiques appliquées. Ces résultats honorent en partie la littérature scientifique concernant la construction de partenariats sociaux et leur processus d'influence sur les organisations participantes (Gray, 1985; Waddock, 1989, 1991). Par contre, cette recherche n'a pas pu évaluer les changements apportés aux autres organisations partenaires. De plus, aucun écrit n'a démontré l'influence d'un partenariat interdisciplinaire sur l'adaptation de la forme d'une intervention RC jusqu'ici. En ce sens, ce travail enrichit cette lacune.

2) Déterminants liés au contexte externe de l'intervention

Les déterminants 4 (l'absence de financement du gouvernement provincial) et 6 (la disponibilité de subventions de recherche visant à stimuler les interventions innovantes en santé mentale) sont de double nature, soit structurelle (la disponibilité des ressources), soit politique (l'intérêt des acteurs politiques lors de leurs décisions d'allocation des ressources publiques).

En effet, l'indisponibilité de ressources par le gouvernement local a eu un impact important sur l'intervention. Face à cet obstacle, les fondateurs ont mis de l'avant le CASR en utilisant d'autres sources de financement, comme les subventions de recherche et dons de partenaires financiers. Par conséquent, deux adaptations ont été nécessaires. Premièrement, l'adaptation et l'incorporation de la composante « recherche » pour « justifier » les demandes de subvention. Deuxièmement, la mise en place de stratégies de vulgarisation et le transfert de connaissance scientifique pour faire rayonner le modèle RC (y compris ses bénéfiques) afin de sensibiliser et faciliter l'adhésion des partenaires. En ce sens, les données viennent rejoindre les recherches qui démontrent le rôle et l'influence des déterminants externes sur les innovations ou les interventions de santé (Kingdon et Stanó, 1984; Lüder, 1992; Saxena et coll., 2007; Sørensen, 2017).

Par ailleurs, les résultats de la recherche démontrent également l'influence des valeurs et de la culture de la société locale sur l'intervention. De façon générale, les valeurs correspondent à un ensemble d'idéaux qui structurent l'ordre éthique et régulent la vie en société. Les valeurs façonnent les normes et les lois, orientent les comportements, et guident les pratiques aussi bien collectives qu'individuelles d'une société (Bourqia, 2006).

La compilation d'écrits dans cette recherche a démontré l'évolution et l'ouverture de la communauté québécoise envers les pratiques axées sur le rétablissement. De plus, les résultats indiquent que les valeurs de la société québécoise, notamment la justice sociale, et la pression croissante pour des changements (besoin) à l'égard du combat aux stigmas et préjugés envers les personnes atteintes de maladies mentales ont été critiques pour amorcer l'intervention au Québec. Ce « besoin ressenti », parfois « exprimé », de la société québécoise a été l'un des principaux propulseurs du modèle RC au Québec, notamment dans la phase de planification (phase I).

En effet, de nombreuses recherches indiquent « les valeurs, les représentations et les croyances » d'une société comme un déterminant important pour favoriser (ou freiner) des changements (Rokeach, 1973, 2008; Vauclair et coll., 2011). Cela dit, les chercheurs fondateurs ont identifié « le besoin » et ont su « exploiter les valeurs » de la société en faveur de la mobilisation de ressources et de partenaires nécessaires pour débiter l'implantation du modèle RC au Québec (déterminant 1).

3) Déterminants lié à l'environnement interne de l'organisation.

La littérature sur les modèles RC n'a jamais mentionné les répercussions sur la forme de l'intervention liées au fait d'avoir une équipe de recherche intégrée (déterminant 11) au processus organisationnel d'un centre d'apprentissage RC. Les résultats de cette recherche indiquent que les chercheurs jouent un rôle actif dans le CASR et considèrent que « la recherche-action » part du principe que le monde social est en constante évolution et que le chercheur et la recherche font tous

deux parties de cette évolution (Bryman et Bell, 2011; Clark et coll., 2020). L'action de l'équipe de recherche pourrait être considérée comme similaire à une « recherche-action » dans un sens large. Autrement dit, les chercheurs et les parties prenantes travaillent ensemble pour coconstruire des connaissances par des processus de communication continus (Mackenzie et coll., 2012).

De plus, dans la phase III de la mise en œuvre, deux coordinateurs de recherche liés au CÉRRIS-CR-IUSMM ont été intégrés au CASR (déterminant 11) afin d'évaluer les effets et l'implantation du modèle RC au Québec. L'équipe de recherche soutenait l'équipe de gestion au besoin lors des activités de vulgarisation du modèle RC dans la communauté. De plus, cette équipe appuyait les formateurs en ce qui trait aux aspects théoriques du modèle RC et faisait le suivi quotidien de la conformité des activités du CASR en rapport aux principes et valeurs du modèle. Par ailleurs, l'équipe a stimulé une réflexion approfondie sur « le modèle de changement » de l'intervention à partir de la littérature scientifique et des connaissances des parties prenantes concernées. Autrement dit, l'équipe de recherche a fait en sorte que les présuppositions implicites des participants deviennent plus « évidentes » (Chen, 1989).

Le déterminant 8 (la complexité du travail en partenariat) possède également une composante de nature politique liée aux enjeux relationnels et de pouvoir associés au travail en partenariat, notamment le travail interdisciplinaire. En effet, le partenariat comprend plusieurs enjeux qui ont été démontrés par de nombreux chercheurs (Jean-François et Gervais, 2001; O'Donnell et O'Reardon, 2000; Seddon, Billett, et Clemans, 2004). Dans le cas du RC du Québec, ce déterminant a ralenti « la vitesse » de l'implantation de l'intervention en raison, entre autres, du processus de négociation et des ajustements découlant des demandes et des contributions des organismes partenaires. Par contre, cela a été rapporté par les leaders de l'intervention comme important, et a permis de bien consolider les valeurs et les principes du modèle dans le groupe initial de partenaires. Selon Waddock (1989), ce ralentissement pourrait d'autre part être expliqué

en raison du besoin de la consolidation des trois processus critiques du travail en partenariat, soit « la cristallisation du problème à résoudre », « le renforcement de la coalition » et « la formalisation des objectifs du partenariat ».

Par ailleurs, ce ralentissement stratégique a permis aux partenaires de mieux saisir le modèle RC. Une meilleure compréhension pour les « usagers » des innovations proposées est décrite par de nombreuses recherches comme un facteur facilitant l'adhésion à une innovation (Damanpour, 1991; Damschroder et coll., 2009; Greenhalgh et coll., 2008). Aucune recherche n'a analysé jusqu'ici les répercussions du travail en partenariat avec l'implantation des modèles RC.

5.3 L'influence sur la mise en œuvre

5.3.1 Le degré de mise en œuvre

Souvent les interventions en santé sont décidées, mais ne sont jamais implantées ou sont mal implantées (Denis et Champagne, 1990). Pourtant, l'analyse d'implantation permet de mieux délimiter les déterminants qui facilitent ou compromettent l'implantation d'une intervention.

Les résultats de cette recherche comportent un volet explicatif important, puisque son objectif a été de comprendre le déroulement de l'implantation du modèle RC au Québec. Le but n'est pas seulement de décrire les déterminants favorisants ou contraignants, mais également d'analyser en profondeur les éléments explicatifs de l'état actuel de la mise en œuvre de l'intervention.

De plus, il est difficile d'attribuer les effets observés à une intervention complexe, et de les généraliser, sans tenir compte de son degré de mise en œuvre (Champagne et coll., 2011c).

Autrement dit, l'intérêt de ce type d'analyse est associé au postulat selon lequel le degré de mise en œuvre influence fortement les effets produits par l'intervention (Champagne, 2002). Cette étude est la première à analyser la mise en œuvre d'un centre d'apprentissage RC. De plus, l'outil évaluatif pour cette mesure pourra être adapté à toute la communauté RC mondiale (figures 5 et 6).

À cet effet, le degré de mise en œuvre du modèle RC au Québec a été estimé comme modéré à élevé (70,3 %). Les composantes de la mise en œuvre qui ont le plus négativement impacté cette évaluation sont : l'offre de formations et les mécanismes de promotion et d'inscription (P14); le suivi des étudiants et l'amélioration continue des formations (P15); et les stratégies de gestion du changement (P16).

Le nombre réduit de formations et les problèmes liés à la promotion des inscriptions a compromis l'obtention de ressources essentielles, et a imposé au CASR des difficultés pour la rétention des formateurs. De plus, le RC vise à promouvoir des changements complexes décrits dans le modèle de changement de l'intervention.

De nombreuses recherches indiquent que les effets promus par les interventions sociales ne sont pas constants sur le long terme (Campbell et Riecken, 1968; Champagne et coll., 2011c). En réalité, des variations importantes peuvent exister dès que le « stimulus » de l'intervention cesse. Un manque de suivi ou une perte de contact définitif avec le CASR par les participants pourrait donc réduire l'efficacité et l'effectivité des changements souhaités par l'intervention au cours du temps. Lors de la mise en œuvre d'une intervention, il peut généralement se produire une série de changements non prévus dans la planification d'un programme ou d'une intervention de santé, souvent hors du contrôle des planificateurs. Par exemple, les employés peuvent ne pas adhérer rapidement ou résister à un changement d'un processus particulier; un mauvais mécanisme interne de communication peut réduire considérablement les résultats attendus ou des changements peuvent se produire dans les lois ou les normes du travail au cours d'une l'implantation. Par conséquent, les organisations mettent souvent en place des stratégies pour gérer l'interaction dynamique entre la mise en œuvre d'une intervention et son environnement.

Dans cette perspective, la gestion du changement peut être définie comme « le processus de renouvellement permanent de la gestion, de la structure et des capacités d'une organisation pour

répondre aux besoins en constante évolution de son environnement » (Moran et Brightman, 2001).

De nombreux modèles, parfois contradictoires, proposent des stratégies pour gérer le changement (Cummings et Worley, 2014; Lewin, 1951; Price et Chahal, 2006; Rye, 2001).

En résumé, en dépit d'un bon niveau général du degré d'implantation, les données indiquent que trois composantes clés de la mise en œuvre ne sont pas implantées de manière satisfaisante (P14- Offre de formations et mécanismes de promotion et d'inscription; P15- Suivi des étudiants et amélioration continue des formations; P16- Stratégies de gestion du changement) ce qui pourrait expliquer l'actuel degré de mise en œuvre de l'intervention.

Enfin, ces résultats permettront aux gestionnaires d'améliorer leurs pratiques afin d'augmenter les chances de réussite de l'intervention. De plus, l'identification des éléments essentiels pour la mise en œuvre aidera à la fois le CASR dans son processus d'amélioration continue et favorisera l'implantation d'autres centres RC ailleurs.

5.3.2 L'action des déterminants vers les composantes de la mise en œuvre

Les résultats de recherche ont mis en exergue 21 déterminants contextuels (tableau 20) qui expliqueraient l'écart entre l'intervention qui a été planifiée et celle qui a été implantée. Au total, 15 déterminants avec une influence positive, 10 négatifs et un déterminant avec une influence mixte vers la mise en œuvre ont été repérés lors de cette recherche.

Ces déterminants ont interagi avec les composantes de la mise en œuvre de l'intervention, soit en facilitant ou en freinant le déroulement de l'intervention. Le bilan de connaissances sur l'influence concernant le degré de mise en œuvre des interventions met en évidence une multitude de déterminants agissant sur l'implantation des interventions provenant de nombreux domaines distincts. Une multitude de déterminants ont déjà été décrits et catégorisés en fonction de leur nature, de leur niveau d'action par rapport à l'intervention et de leur dimension (Damschroder et

coll., 2009; Champagne, 2002; Eaton et coll., 2011; Feldstein et Glasgow, 2008; Fleuren et coll., 2004; Greenhalgh et coll., 2004). Les résultats indiquent que plusieurs déterminants agissaient par le biais de mécanismes politiques, rationnels, organisationnels et psychologiques (Champagne, 2002) sur la mise en œuvre, soit en facilitant ou en freinant le processus. Inspiré d'un ensemble de travaux nommés plus haut, les déterminants démontrés dans les résultats de cette recherche ont été classés dans quatre catégories afin de guider la discussion (tableau 22).

Tableau 22. – Déterminants catégorisés influençant la mise œuvre du CASR en fonction de leur dimension

Dimension du déterminant	Description	Déterminant (Influence positive)	Déterminant (Influence négative)
Individuelle	Déterminants agissant au niveau individuel des personnes impliquées dans l'intervention	P3, P2, P12, P13, P14	N6, N5, N8
Organisationnelle	Déterminants liés aux aspects organisationnels du CASR (environnement interne)	P1, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10, P11	N1, N2, N3, N4, N7
Externe	Déterminants politiques, culturels et économiques provenant de l'environnement externe de l'organisation	P15	N9, N10

1- Les déterminants provenant de la dimension individuelle.

Les résultats ont démontré que certaines compétences et habilités des gestionnaires du CASR ont eu une influence positive sur plusieurs composantes de sa mise en œuvre (tableau 21). Par exemple, le déterminant « la capacité de mobilisation et persuasion des partenaires » a agi sur la composante « partenaires » de la mise en œuvre dans la mesure où les gestionnaires ont facilité de manière « rationnelle » l'adhésion des organisation partenaires. Les gestionnaires ont démontré également « la capacité de monter un groupe de coalition avec d'autres organisations » vers un objectif commun. Cette capacité a influencé les composantes « partenaires » et « gouvernance », car une

partie des membres des organisation partenaires ont siégé sur le comité de pilotage du CASR, cela ayant une influence sur les décisions de l'organisation. Par ailleurs, les gestionnaires, avec leur style de gestion démocratique et participative, ont favorisé l'engagement des parties prenantes dans les décisions quotidiennes de l'organisation. Ces données rejoignent en un sens d'autres recherches qui ont démontré l'influence des caractéristiques des gestionnaires ou leaders sur l'implantation des innovations (Greenhalgh et coll., 2004; Harvey et Kitson., 2015).

McMurray (1990), à son tour, suggère que certaines maladies mentales chroniques nuiraient à l'efficacité de certains types d'interventions. Les résultats de cette recherche soutiennent en partie cette hypothèse, soit que certaines décompensations liées aux conditions chroniques nuiraient à la formation de formateurs, en raison de la perte de participants des formations au cours de son déroulement.

Par ailleurs, l'équipe de leaders du CASR a pris la décision de sensibiliser les parties prenantes à propos de retombées provenant du modèle RC. Autrement dit, ils ont voulu bien cristalliser les principes et les valeurs du modèle RC auprès des partenaires. Lors de cette étape, les partenaires ont pu, par exemple, réfléchir ensemble sur l'intégration des savoirs (équité des savoirs), la coconstruction des savoirs, le rôle des stigmas sur les services de santé, etc.

En effet, les résultats indiquent que cette approche « rationnelle » a eu une influence positive dans « la coconstruction des formations » et sur la composante « partenariat » de la mise en œuvre du CASR, dans la mesure où elle favorisait l'adhésion des parties prenantes à l'intervention. Dans ce sens, ce résultat rejoint une multitude de recherches sur l'implantation et la diffusion des innovations qui ont démontré que, plus les parties prenantes impliquées dans une innovation la comprennent, plus elles collaborent et adhèrent à l'innovation (Greenhalgh et coll., 2004; Kaminski, 2011; Orr, 2003; Rogers, 1976).

Parmi les principes du modèle RC, il faut mentionner le fait que le modèle est basé sur une approche éducative. Cependant, certains des formateurs travaillent ou sont formés en tant qu'intervenants sociaux ou de santé. La prédisposition à préserver une approche « thérapeutique », soit résister au « changement d'attitude », plutôt que d'adopter une approche éducative par les formateurs a été identifiée comme un facteur contraignant de la mise en œuvre du modèle RC, notamment durant la formation des formateurs. Autrement dit, le réflexe de certains formateurs d'agir comme un « thérapeute-intervenant » plutôt qu'un « facilitateur » nuirait à l'application des principes fondamentaux du modèle, notamment l'équité des savoirs et sa nature éducationnelle.

En effet, ce type de changement signifie acquérir de nouvelles compétences et faire face à de nouvelles situations. Pour certains, l'acquisition de nouvelles compétences s'accompagne de l'incertitude de pouvoir maîtriser ces compétences (Dent et Goldberg, 1999; Kreitner, 1992; Lewin, 1951). Cette constatation soulève l'hypothèse que certains déterminants de nature psychologiques/comportementales changeraient le degré de la mise en œuvre des modèles RC et, par conséquent, influenceraient les résultats produits par l'intervention. Ce travail, par contre, n'a pas pu confirmer d'autres déterminants liés à cette dimension citée par Kreitner (1992), comme la peur de l'échec et la qualité de la formation reçue.

2) Les déterminants provenant de l'environnement interne (dimension organisationnelle)

Le rôle de l'environnement interne des organisations sur la réussite ou l'échec des interventions a été largement étudié dans la littérature scientifique (D'anno et Price, 1985; Eaton et coll., 2011; Feldstein et Glasgow, 2008; Mintzberg, 1978; Ostroff, Kinicki et Tamkins, 2003). Or, aucune étude disponible ne porte sur les centres d'apprentissage RC. Nos données indiquent que plusieurs éléments à la fois facilitateurs et contraignants de la mise en œuvre sont liés à l'environnement interne de l'organisation, en agissant sur plusieurs composantes de la mise en œuvre. Par exemple, le CASR a pris la décision de réaliser les formations en dyades de manière complémentaire, soit une

personne détenant un savoir expérientiel dans le domaine de la santé mentale et l'autre détenant un savoir clinique ou théorique. Les données indiquent que cette innovation organisationnelle, à notre connaissance unique dans le monde, a favorisé la composante « formation et suivi des formateurs », car les formateurs se sentaient motivés de pouvoir constater les produits de l'intégration des savoirs (p. ex. coconstruction de formations).

L'équité des savoirs, dont la valorisation du savoir expérientiel, renforce et incarne les valeurs du modèle RC sur le terrain, tout en facilitant un processus de coconstruction des formations plus inclusif et participatif, deux éléments fondamentaux pour la production des résultats escomptés par l'intervention.

Cependant, Crozier et Friedberg (1977) suggèrent que ce type de relation au sein d'une organisation serait probablement porteuse de tensions, pourtant les données de recherche n'ont pas repéré des « enjeux politiques » liés à l'équité des savoirs (théorique/clinique/expérientiel, etc.) provenant de cette relation et préconisée par le modèle RC. Les premiers « étudiants » ont toutefois été soumis à un processus de sélection rigoureux, car l'objectif était également de les préparer à devenir des formateurs dans le nouveau centre d'apprentissage. Il est fort probable qu'ils étaient déjà ouverts à ce type d'approche, ce qui a pu « masquer » certains enjeux associés à cette approche.

Un autre déterminant qui a favorisé le déroulement de multiples composantes de l'intervention, notamment la composante « gestion opérationnelle », a été « la flexibilité et la capacité d'adaptation de l'organisation ». Cette flexibilité organisationnelle du CASR a permis « une ouverture » permettant de gérer les attentes des organisations partenaires et d'adapter la gestion du CASR aux obstacles émergents, y compris la dynamique complexe de gestion des ressources humaines. Ce résultat rejoint d'autres recherches qui ont démontré que la flexibilité organisationnelle à s'ajuster à son environnement joue un rôle essentiel à la fois dans sa « survie » et dans l'implantation des

innovations (Durand, 2006; Hannan et Freeman, 1989; Lawrence et Lorsch, 1967; Sarta, Durand, et Vergne, 2021).

En ce qui concerne les déterminants « contraignants » au plan organisationnel, le manque d'une « politique interne » de rétroaction a influencé négativement « la formation et le suivi des formateurs ». Sans une rétroaction adéquate, les résultats indiquent que les formateurs n'évolueraient pas de manière satisfaisante vers les compétences souhaitables établies par le CASR. Autrement dit, le manque de rétroaction des activités réalisées nuirait à l'amélioration continue des formateurs. De plus, cela nuirait à leur motivation. En effet, de nombreuses recherches organisationnelles démontrent que la rétroaction est un élément critique dans le processus d'évolution et d'amélioration continue des compétences (Jawahar, 2010; Murphy et Cleveland, 1995).

3) Les déterminants provenant de l'environnement externe de l'intervention

Le fait de disposer d'une équipe de chercheurs expérimentés dans l'acquisition de subventions de recherche n'aurait pas suffi à assurer le fonctionnement du CASR sans que les ressources de recherche aient été mises à disposition par les organismes scientifiques du pays.

À cet effet, la disponibilité de ressources publiques pour ce type de recherche est ultimement une décision politique (Kingdon et Stano, 1984). L'allocation des ressources publiques oriente en partie l'intérêt des organisations qui sont intéressées par l'utilisation de ces ressources (Hillman, Withers et Collins, 2009). Ce type de décision politique peut être influencé, entre autres, par les valeurs et les préférences de la population, ainsi que par les évidences scientifiques disponibles (Brownson, Fielding, et Maylahn, 2009).

Dans cette même perspective, les valeurs du système de santé, notamment de décideurs politiques, axées fortement sur la vision biomédicale de la santé mentale ont été associées à un déterminant contraignant de la mise en œuvre du RC québécois, notamment à propos de la disponibilité de

ressources financières permettant de subventionner le modèle RC, axé vers le paradigme du rétablissement (Mead et Copeland, 2000). En effet, dans un contexte de pénurie ou de dispute pour les ressources, les décideurs politiques peuvent privilégier les interventions ou les services qui sont plus en lien avec leurs valeurs ou leurs croyances (Weber, 2019).

4) La dualité de la crise COVID-19

La crise engendrée par la pandémie du coronavirus a été caractérisée par une dualité de leur influence. Elle a entraîné, d'une part, un ralentissement important dans le processus « d'offre de formations et de l'inscription » et, d'autre part, cela a permis à l'équipe de faire des efforts pour l'obtention des nouvelles subventions de recherche qui ont prolongé la « survie » du CASR. Les formations présentiels, considérées comme fondamentales pour les changements proposés par le modèle RC, ont été annulées en raison de recommandations des autorités de la santé publique de la province.

Le financement obtenu lors de la pandémie a été utilisé pour l'adaptation et la création de formations en ligne, une première dans le monde. Cette recherche, par contre, n'a pu établir les répercussions de cette modalité de formation dans le modèle de changement proposé par l'intervention.

5.4 Limites de la recherche.

1. Cette étude constitue une première dans l'implantation d'un centre d'apprentissage RC dans le monde. Étant donné cela, il n'a pas été possible de comparer les résultats avec ceux d'autres modèles RC implantés ailleurs.
2. En raison de la crise sanitaire (COVID-19), durant la collecte de données, des adaptations ont été réalisées pour effectuer les entrevues en ligne. Par exemple, les personnes devraient être à l'aise avec ce type de technologie et être en mesure de participer en dépit d'un

contexte difficile. Cela a créé des limites dans le processus d'échantillonnage, soit la tendance à sélectionner des participants plus à l'aise avec l'utilisation des outils en ligne ou qui y avaient accès et qui n'étaient pas trop affectés sur le plan psychologique par la crise sanitaire.

3. L'étude de cas ne permet pas (ni ne prétend) une généralisation à « base statistique ». Cette recherche, par contre, approfondit la compréhension concernant l'implantation d'un modèle RC et son interaction avec son milieu. Autrement dit, la recherche vise l'enrichissement théorique du modèle RC, mais les résultats ne permettent pas une généralisation de manière automatique à d'autres contextes. Cela dit, les membres du personnel chargés d'autres centres d'apprentissage RC doivent mettre en perspective le contexte du modèle RC québécois et le comparer avec leur contexte afin de juger de la pertinence et de l'applicabilité des résultats dans leur réalité.
4. Cette étude représente une cohorte temporelle de 13 mois d'implantation du CASR entre octobre 2019 et novembre 2020. Cela dit, les analyses et recommandations sont relatives à la réalité du centre d'apprentissage au cours de cette période. Plusieurs changements post-COVID étaient prévus et certains résultats ou recommandations de cette recherche peuvent ne pas être à jour à l'égard de la réalité actuelle.
5. En ce qui concerne les données, l'étude a mis à contribution les expertises des directeurs principaux pour obtenir un regard externe, toutefois, en raison des répercussions de la crise sanitaire, la recherche n'a pas systématiquement utilisé une contre-codification et contre-validation de tout le matériel.

Chapitre 6 – Conclusion

Cette analyse d'implantation a contribué à mieux saisir et à mieux expliquer le modèle RC implanté au Québec, Canada. Ce travail amène une réflexion sur trois volets. 1) l'analyse du bien-fondé et du modèle opérationnel de l'intervention; 2) la transformation de la forme de l'intervention au cours de son implantation; 3) l'analyse des déterminants influençant le degré de la mise en œuvre. Les résultats de l'analyse logique indiquent de façon générale que l'intervention a un bon fondement théorique. Quant aux transformations de la forme de l'intervention, les résultats révèlent un ensemble de 12 déterminants qui ont opéré des changements importants à l'intervention au cours de ses trois phases d'implantation. Les résultats ont également mis en exergue un degré d'implantation modéré à élevé. La recherche, par contre, a démontré que trois des composantes clés de la mise en œuvre ne sont pas implantées de manière satisfaisante (P14- Offre de formations et mécanismes de promotion et d'inscription ; P15- Suivi des étudiants et amélioration continue des formations ; P16- Stratégies de gestion du changement)

Concernant les déterminants expliquant le degré de mise en œuvre, les résultats ont démontré 25 déterminants de nature individuelle, psychologique, politique et organisationnelle exerçant une influence positive, négative ou mixte dans la mise en œuvre.

Cette étude constitue la première analyse d'implantation d'un modèle RC dans le monde et plusieurs recommandations découlent de ce travail :

Recommandation 01 :

La première recommandation de cette analyse est que le Centre doit adopter des stratégies qui favorisent sa pérennité financière. À ce propos, les résultats de l'analyse opérationnelle de l'intervention suggèrent quelques stratégies. Premièrement, réaliser un partenariat capable d'assurer sa pérennité. À cet effet, le CASR pourrait essayer d'insérer ses formations dans le cadre

des services offerts par le système de santé de la province ou trouver, au moins, un partenaire financier local (p. ex. organisme, association, entreprise) capable de fournir les moyens financiers essentiels à son fonctionnement. Deuxièmement, le CASR pourrait réviser son modèle d'affaires afin d'obtenir un meilleur équilibre entre les ressources provenant des formations et sa structure de coûts actuels.

Recommandation 02 :

En ce qui concerne le résultat attendu « transformation des pratiques des services et système de santé », le CASR devrait reformuler son modèle de changement en intégrant des éléments découlant de l'analyse logique afin d'accroître les chances d'atteindre cet objectif.

Par exemple, le CASR pourrait adopter une stratégie claire pour sensibiliser et persuader l'opinion publique en rapport avec les problèmes du paradigme dominant de santé mentale (Burstein, 2003; Herbst, 1998; Rounce, 2004).

Par ailleurs, cet objectif distal de l'intervention remet en cause des liens de pouvoir bien établis depuis plusieurs années (Crozier et Friedberg, 1977; Lewis, 2006). À cet égard, il est recommandé de réfléchir à des stratégies concernant les enjeux de pouvoir qui pourraient nuire à ce résultat escompté. De plus, les résultats de l'analyse logique mettent en exergue que d'autres déterminants doivent être considérés afin de soutenir la construction de stratégies adaptées pour réaliser cet objectif, comme l'évaluation du niveau de réceptivité des preneurs de décisions aux innovations (Kingdon et Stano, 1984); les valeurs de la société (Scott et Davis, 2015) et même le nombre d'innovations que se disputent les mêmes ressources dans le système de santé (Hillman, Withers et Collins, 2009; Pfeffer et Salancik, 2003).

Recommandation 03 :

Les effets obtenus par les interventions sociales ne sont pas constants sur le long terme (Campbell et Riecken, 1968; Champagne et coll., 2011c). Cela dit, il est recommandé au CASR d'établir une stratégie afin d'assurer le suivi (moyen et long terme) des activités des participants en vue d'accroître les chances de pérenniser les effets souhaités par l'intervention. De plus, les changements proposés par l'intervention sont complexes et plusieurs obstacles imprévus peuvent survenir. Ainsi, la mise en place de stratégies de gestion de changement pourraient favoriser une adaptation optimale de l'organisation face aux situations contraignantes de son implantation.

Recommandation 04 :

Des problèmes liés à la rétroaction régulière des formateurs ont été identifiés comme un obstacle à l'évolution des compétences de ce groupe. Il devient impératif de mettre en place une politique interne dans le CASR pour la rétroaction, le suivi et la formation continue des formateurs afin de permettre d'évoluer en tant que formateur. De plus, l'intégration des savoirs (savoir clinique, théorique, expérientiel, etc.), incarnée par les dyades de formateurs, doit être suivie de près, car « les tensions » non identifiées par le CASR pourraient compromettre la qualité des formations et les objectifs de l'organisation (Crozier et Friedberg, 1977). Par ailleurs, d'autres études pourraient explorer dans quelle mesure cette intégration de savoirs influencerait la production des effets de l'intervention.

Recommandation 05 :

Puisqu'un outil pour mesurer le degré de mise en œuvre a été mis en place, il serait intéressant de le partager avec d'autres centres d'apprentissage RC afin d'évaluer sa pertinence, ainsi que le besoin d'adaptation dans d'autres milieux.

Recommandation 06 :

L'autodétermination et le pouvoir d'agir sont des concepts distincts. Les stratégies qui améliorent l'autodétermination ne sont pas forcément garantes du développement du pouvoir d'agir. Il est recommandé que le CASR fasse la distinction entre ces deux concepts et considère des modifications dans le modèle de changement pour augmenter les chances de succès de l'intervention, notamment en ce qui concerne la composante « pouvoir d'agir ». Par exemple, le CASR doit réfléchir davantage à comment il pourrait favoriser l'engagement social des participants afin d'effectivement améliorer leur pouvoir d'agir.

Recommandation 07 :

Étant donné que l'étude a été réalisée au moment de l'implantation, il serait intéressant de conduire des études afin d'évaluer davantage les répercussions du contexte sur les effets escomptés (analyse d'implantation du type 3), ainsi que sur l'impact des variations dans le degré de mise en œuvre vers les résultats escomptés (analyse d'implantation du type 2).

Références bibliographiques

- Aguerre, C. (2017). Regards croisés sur la santé, le rétablissement et le bien-être: psychologie positive, psychopathologie clinique et psychologie de la santé. *Revue québécoise de psychologie*, 38(1), 83-102.
- Anfossi, 2017. The Current State of Recovery Colleges in the UK. Nottingham, UK, Implementing Recovery Through Organisational Change.
- Armandi, B., Oppedisano, J., et Sherman, H. (2003). Leadership theory and practice: a “case” in point. *Management Decision*.
- Arveiller, J.-P., et Cyrille, B. (2018). La méthode IPS (Individual Placement and Support ou soutien à l’emploi). Origines et pratiques. *Pratiques en sante mentale*, 64(3), 27-34.
- Ashcroft, R., et Van Katwyk, T. (2016). An Examination of the Biomedical Paradigm: A View of Social Work. *Social Work in Public Health*, 31(3), 140-152. doi:10.1080/19371918.2015.1087918
- Astbury, B., et Leeuw, F. L. (2010). Unpacking Black Boxes: Mechanisms and Theory Building in Evaluation. *American Journal of Evaluation*, 31(3), 363-381. doi:10.1177/1098214010371972
- Awamleh, R., et Gardner, W. L. (1999). Perceptions of leader charisma and effectiveness: The effects of vision content, delivery, and organizational performance. *The leadership quarterly*, 10(3), 345-373.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191.
- Bartolomei, J., Bardet Blochet, A., Ortiz, N., Etter, M., Etter, J.-F., et Rey-Bellet, P. (2012). Le plan de crise conjoint: familles, patients et soignants ensemble face à la crise. *Schweizer Archiv fur Neurologie und Psychiatrie*, 163(2), 58.
- Barton, J., et Henderson, J. (2016). Peer support and youth recovery: a brief review of the theoretical underpinnings and evidence. *Canadian Journal of Family and Youth/Le Journal Canadien de Famille et de la Jeunesse*, 8(1), 1-17.

- Bass, B. M. (1990). From transactional to transformational leadership: Learning to share the vision. *Organizational dynamics*, 18(3), 19-31.
- Bass, B. M., et Riggio, R. E. (2006). *Transformational leadership*: Psychology press.
- Baumgartner, F. R. (2001). Agendas: Political. In N. J. Smelser et P. B. Baltes (Eds.), *International Encyclopedia of the Social et Behavioral Sciences* (pp. 288-291). Oxford: Pergamon.
- Baxter, S. K., Blank, L., Woods, H. B., Payne, N., Rimmer, M., et Goyder, E. (2014). Using logic model methods in systematic review synthesis: describing complex pathways in referral management interventions. *BMC Medical Research Methodology*, 14(1), 62. doi:10.1186/1471-2288-14-62
- Bednar, R. L., et Peterson, S. R. (1995). *Self-esteem: Paradoxes and innovations in clinical theory and practice*: American Psychological Association.
- Béland, D. (2019). *How Ideas and Institutions Shape the Politics of Public Policy*. doi:DOI: 10.1017/9781108634700
- Bellier-Teichmann, T., Fusi, M., et Pomini, V. (2017). Évaluer les ressources des patients: une approche centrée sur le rétablissement. *Pratiques psychologiques*, 23(1), 41-59.
- Blais, M., et Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale: description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26(2), 1-18.
- Blanchard, F. A., Weigel, R. H., et Cook, S. W. (1975). The effect of relative competence of group members upon interpersonal attraction in cooperating interracial groups. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32(3), 519.
- Bonnemain, H. (1984). La psychiatrie de l'antiquité à nos jours: Jacques Postel et Claude Quételet, Nouvelle histoire de la psychiatrie. *Revue d'Histoire de la Pharmacie*, 72(260), 89-90.
- Bonsack, C., Rexhaj, S., et Favrod, J. (2015). *Psychoéducation: définition, historique, intérêt et limites*. Paper presented at the Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique.
- Bourne, P., Meddings, S., et Whittington, A. (2018). An evaluation of service use outcomes in a recovery college. *Journal of Mental Health*, 27(4), 359-366.
- Bourqia, R. (2006). Les valeurs: changements et perspectives.

- Briand, C., et Bédard, M. (2019). L'ergothérapeute: un agent de changement et un leader pour une recherche en santé mentale axée vers le rétablissement. *Revue francophone de recherche en ergothérapie*, 5(1), 3-9.
- Brohan, E., Slade, M., Clement, S., et Thornicroft, G. (2010). Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. *BMC Health Services Research*, 10(1), 80. doi:10.1186/1472-6963-10-80
- Brooks et coll., 2011
- Brossoit, K. B. (2001). *Understanding employee empowerment in the workplace: Exploring the relationships between transformational leadership, employee perceptions of empowerment, and key work outcomes*. (61). ProQuest Information et Learning, US.
- Brousselle, A., et Champagne, F. (2011). Program theory evaluation: Logic analysis. *Eval Program Plann*, 34(1), 69-78. doi:10.1016/j.evalprogplan.2010.04.001
- Brousselle, A., Champagne, F., Contandriopoulos, A., et Hartz, Z. (2011). *L'évaluation: concepts et méthodes: Deuxième édition*: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Brownson, R. C., Fielding, J. E., et Maylahn, C. M. (2009). Evidence-based public health: a fundamental concept for public health practice. *Annu Rev Public Health*, 30, 175-201. doi:10.1146/annurev.publhealth.031308.100134
- Bryman, A., et Bell, E. (2011). *Business Research Methods* 3rd ed. New York. In: Oxford Press. Bui, K. VT (2002). First-generation college students at a four
- Buchanan, A. E., et Brock, D. W. (1989). *Deciding for others: the ethics of surrogate decision making*: Cambridge University Press.
- Burstein, P. (2003). The Impact of Public Opinion on Public Policy: A Review and an Agenda. *Political Research Quarterly*, 56(1), 29-40. doi:10.1177/106591290305600103
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Crawford, L. E., Ernst, J. M., Burleson, M. H., Kowalewski, R. B., . . . Berntson, G. G. (2002). Loneliness and health: Potential mechanisms. *Psychosomatic medicine*, 64(3), 407-417.
- Cameron J, Hart A, Brooker S, et coll (2018). Collaboration in the design and delivery of a mental health recovery college course: experiences of students and tutors. **J Ment Health** 2018; 27:374–381

- Campbell, D. T., et Riecken, H. (1968). Quasi-experimental design. *International encyclopedia of the social sciences*, 5(3), 259-263.
- Carroll, C., Patterson, M., Wood, S., Booth, A., Rick, J., et Balain, S. (2007). A conceptual framework for implementation fidelity. *Implementation science*, 2(1), 1-9.
- Carvalho, S. R., Andrade, H. S. d., Cunha, G. T., et Armstrong, D. (2016). Paradigmas médicos e Atenção Primária à Saúde: vigilância da população e/ou produção de vida? *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 20, 531-535.
- Chamberlin, J., et Schene, A. H. (1997). A working definition of empowerment. *Psychiatric rehabilitation journal*, 20, 43-46.
- Champagne, F. (2002). *La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé: Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.*
- Champagne, F., Brousselle, A., Contandriopoulos, A., et Hartz, Z. (2011a). L'analyse logique. Dans Brousselle, A; Champagne, F ; Contandriopoulos, A.P et Hartz, Z. L'évaluation : concepts et méthodes (2ième éd., p. 117-126). Montréal: les Presses de l'Université de Montréal
- Champagne, F., Brousselle, A., Contandriopoulos, A., Hartz, Z., et Denis, J. (2011b). L'analyse de l'implantation. Dans Brousselle, A; Champagne, F ; Contandriopoulos, A.P et Hartz, Z. L'évaluation : concepts et méthodes (2ième éd., p. 237-273). Montréal: les Presses de l'Université de Montréal.
- Champagne, F., Brousselle, A., Contandriopoulos, A.-P., et Hartz, Z. (2011c). L'analyse des effets. Dans Brousselle, A; Champagne, F ; Contandriopoulos, A.P et Hartz, Z. L'évaluation : concepts et méthodes (2ième éd., p. 173-198). Montréal: les Presses de l'Université de Montréal.
- Champagne, F., Brousselle, A., Hartz, Z., Contandriopoulos, A., et Denis, J. (2011d). Modéliser les interventions. Dans Brousselle, A; Champagne, F; Contandriopoulos, A.P et Hartz, Z. L'évaluation : concepts et méthodes (2ième éd., p. 71-84). Montréal: les Presses de l'Université de Montréal
- Champagne, F., Contandriopoulos, A. Brousselle, A, Hartz, Z., et Denis, J. (2011e). L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes. Dans A. Brousselle, F. Champagne,

- A.P. Contandriopoulos et Z. Hartz (dir.), *L'évaluation : concepts et méthodes* (2ième éd., p. 49-70). Montréal: les Presses de l'Université de Montréal
- Champagne, F., et Denis, J.-L. (1992). Pour une évaluation sensible à l'environnement des interventions : l'analyse de l'implantation. *Service social*, 41(1), 143-163. doi:<https://doi.org/10.7202/706562ar>
- Champagne, F., Denis, J.-L., Pineault, R., et Contandriopoulos, A.-P. (1991). Structural and Political Models of Analysis of the Introduction of an Innovation in Organizations: The Case of the Change in the Method of Payment of Physicians in Long-Term Care Hospitals. *Health Services Management Research*, 4(2), 94-111. doi:10.1177/095148489100400203
- Charbonneau-Desfossés, A. (2016). L'architecture asilaire à Montréal à la fin du XIXe siècle: le cas de l'asile St-Jean-de-Dieu, Longue Pointe (1873-1890) et l'application du plan kirkbridien. Mémoire de maîtrise, 136 pages.
- Chaves, B. G., Briand, C., et Bouabida, K. (2021a). Innovation in Healthcare Organizations: Concepts and Challenges to Consider. *International Journal of Health Research and Innovation*, 9(1).
- Chaves, B. G., Briand, C., Bouabida, K., et Garcia, C. G. B. (2021b). Evaluation in healthcare organizations: a literature review about innovation assessment. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13(12), e9290-e9290.
- Chaves, B. G., Briand, C., Lord, M.-M., Thériault, J., Lambert, F., et de Medeiros, J. M. (2021). Logic model for mental health interventions: the Recovery College model in Quebec, Canada. *International Journal of Development Research*, 11(07), 48781-48784.
- Chen, H., Pan, H.-L. W., Morosanu, L., et Turner, N. (2018). Using logic models and the action model/change model schema in planning the learning community program: A comparative case study. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 33(1).
- Chen, H.-T. (1989). The conceptual framework of the theory-driven perspective. *Evaluation and Program Planning*, 12(4), 391-396. doi:[https://doi.org/10.1016/0149-7189\(89\)90057-8](https://doi.org/10.1016/0149-7189(89)90057-8)
- Chen, H. T. (2014). *Practical program evaluation: Theory-driven evaluation and the integrated evaluation perspective*: Sage Publications.

- Chen, W. W., Cato, B. M., et Rainford, N. (1999). Using a logic model to plan and evaluate a community intervention program: A case study. *International Quarterly of Community Health Education*, 18(4), 449-458.
- Clark, J. S., Porath, S., Thiele, J., et Jobe, M. (2020). *Action research*: New Prairie Press.
- Commission de la santé mentale du Canada (2015). Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement, Ottawa (Ontario), chez l'auteur, 2015.
- Connor, S., et Wilson, R. (2006). It's important that they learn from us for mental health to progress. *Journal of Mental Health*, 15(4), 461-474.
- Contandriopoulos, A., Rey, L., Brousselle, A., et Champagne, F. (2011). Évaluer une intervention complexe: enjeux conceptuels, méthodologiques, et opérationnels. *The Canadian journal of program evaluation= La Revue canadienne d'évaluation de programme*, 26(3), 1.
- Coodin, S. (2001). Body mass index in persons with schizophrenia. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 46(6), 549-555.
- Cook, S. W. (1985). Experimenting on social issues: The case of school desegregation. *American Psychologist*, 40(4), 452.
- Copeland, M. (2004). *Self-Determination in Mental Health Recovery: Taking Back Our Lives*.
- Copeland, M. E. (1997). *Wellness recovery action plan*: Brattleboro, VT: Peach Press.
- Corrigan, P. W., et Garman, A. N. (1997). Considerations for research on consumer empowerment and psychosocial interventions. *Psychiatric services*.
- Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., et Rüsçh, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatr Serv*, 63(10), 963-973. doi:10.1176/appi.ps.201100529
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., et Petticrew, M. (2008). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *Bmj*, 337.
- Cresswell, J., et Plano Clark, V. (2011). *Designing and conducting mixed method research*. 2nd Sage. *Thousand Oaks, CA*, 201.

- Crowther, A., Taylor, A., Toney, R., Meddings, S., Whale, T., Jennings, H., . . . Slade, M. (2019). The impact of Recovery Colleges on mental health staff, services and society. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 28(5), 481-488. doi:10.1017/S204579601800063X
- Crozier, M., et Friedberg, E. (1977). L'acteur et le système.
- Cummings, T. G., et Worley, C. G. (2014). *Organization development and change*: Cengage learning.
- D'ahunno, T., et Price, R. H. (1985). Organizational adaptation to changing environments: Community mental health and drug abuse services. *American Behavioral Scientist*, 28(5), 669-683.
- Damanpour, F. (1991). Organizational Innovation - a Metaanalysis of Effects of Determinants and Moderators. *Academy of Management Journal*, 34(3), 555-590. doi:Doi 10.2307/256406
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., et Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4(1), 50. doi:10.1186/1748-5908-4-50
- De Angulo, J. M., et Losada, L. S. (2015). Health paradigms shifts in the 20th Century. *Christian Journal for Global Health*, 2(1).
- Deci, E. L., et Ryan, R. M. (2000). The "What" and "Why" of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268. doi:10.1207/S15327965PLI1104_01
- Deegan, P. (1996). Recovery as a journey of the heart. *Psychiatric rehabilitation journal*, 19(3), 91.
- Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19. doi:10.1037/h0099565
- Dell'Anna, S., Pellegrini, M., lanes, D., et Vivanet, G. (2020). Learning, Social, and Psychological Outcomes of Students with Moderate, Severe, and Complex Disabilities in Inclusive Education: A Systematic Review. *International Journal of Disability, Development and Education*, 1-17. doi:10.1080/1034912X.2020.1843143
- Denis, J.-L., et Champagne, F. (1990). L'analyse de l'implantation : modèles et méthodes. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 5(2), 47.

- Dennis, C.-L. (2003). Peer support within a health care context: a concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 40(3), 321-332. doi:[https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(02\)00092-5](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(02)00092-5)
- Dent, E. B., et Goldberg, S. G. (1999). Challenging "resistance to change". *The Journal of applied behavioral science*, 35(1), 25-41.
- Devers, K. J. (1999). How will we know" good" qualitative research when we see it? Beginning the dialogue in health services research. *Health services research*, 34(5 Pt 2), 1153.
- Dickerson, F. B. (1998). Strategies that foster empowerment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5(2), 255-275. doi:[https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(98\)80010-2](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(98)80010-2)
- DiMaggio, P. J., et Powell, W. W. (1983). The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *American Sociological Review*, 147-160.
- Dobson, D., et Cook, T. J. (1980). Avoiding type III error in program evaluation: Results from a field experiment. *Evaluation and Program Planning*, 3(4), 269-276. doi:[https://doi.org/10.1016/0149-7189\(80\)90042-7](https://doi.org/10.1016/0149-7189(80)90042-7)
- Donaldson, S. I. (2007). *Program theory-driven evaluation science: Strategies and applications*: Routledge.
- Dorvil, H. (2005). Nouveau plan d'action: quelques aspects médicaux, juridiques, sociologiques de la désinstitutionnalisation. *Cahiers de recherche sociologique*(41-42), 209-235.
- Downing, J. E. (2010). *Academic instruction for students with moderate and severe intellectual disabilities in inclusive classrooms* (Vol. null).
- Dunn EA, Chow J, Meddings S, et coll (2016). Barriers to attendance at recovery colleges. **Ment Health Social Incl**; 20:238–246
- Durand, R. (2006). *Organizational evolution and strategic management*: Sage.
- Eaton, J., McCay, L., Semrau, M., Chatterjee, S., Baingana, F., Araya, R., . . . Saxena, S. (2011). Scale up of services for mental health in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 378(9802), 1592-1603. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60891-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60891-X)
- Ebrahim S, Glascott A, Mayer H, et coll (2018). Recovery colleges: how effective are they? **J Ment Health Train Educ Pract**; 13:209–218

- Eggert, L. L., Thompson, E. A., Herting, J. R., et Nicholas, L. J. (1995). Reducing suicide potential among high-risk youth: Tests of a school-based prevention program. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25(2), 276-296.
- Elander, G., et Hermerén, G. (1989). Autonomy and paternalistic behaviour in care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 3(4), 153-160.
- Erickson, C. D. (2006). On the stigma of mental illness: practical strategies for research and social change. *Psychiatric services*, 57(7), 1048-1048.
- Feldstein, A. C., et Glasgow, R. E. (2008). A practical, robust implementation and sustainability model (PRISM) for integrating research findings into practice. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 34(4), 228-243.
- Ferrari, P., Lequin, P., Milovan, M., Suter, C., Golay, P., Besse, C., . . . Favrod, J. (2018). *Autodétermination et décision partagée dans les phases critiques du rétablissement*. Retrieved from
- Fielden, S. J., Rusch, M. L., Masinda, M. T., Sands, J., Frankish, J., et Evoy, B. (2007). Key considerations for logic model development in research partnerships: A Canadian case study. *Evaluation and Program Planning*, 30(2), 115-124. doi:<https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2007.01.002>
- Finkelstein, J., Lapshin, O., et Wasserman, E. (2008). Randomized study of different anti-stigma media. *Patient Education and Counseling*, 71(2), 204-214.
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., Wallace, F., Burns, B., . . . Barwick, M. (2005). Implementation research: A synthesis of the literature.
- Fleuren, M., Wiefferink, K., et Paulussen, T. (2004). Determinants of innovation within health care organizations: literature review and Delphi study. *International journal for quality in health care*, 16(2), 107-123.
- Fleury, M.-J., et Grenier, G. J. R., revue transdisciplinaire en santé. (2004). Historique et enjeux du système de santé mentale québécois. 10(1), 21-38.
- Foerschner, A. M. J. I. J. (2010). The History of Mental Illness: From "Skull Drills" to "Happy Pills". 2(09).

- Franken, K., Lamers, S. M., Ten Klooster, P. M., Bohlmeijer, E. T., et Westerhof, G. J. J. o. c. p. (2018). Validation of the Mental Health Continuum-Short Form and the dual continua model of well-being and psychopathology in an adult mental health setting. *74*(12), 2187-2202.
- Freire, P. (2014). *Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido*: Editora Paz e Terra.
- Gilmour, H. (2008). Depression and risk of heart disease. *Health Reports*, *19*(3), 7.
- Goffman, E. (2009). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Simon and Schuster.
- Gray, B. (1985). Conditions facilitating interorganizational collaboration. *Human relations*, *38*(10), 911-936.
- Greenhalgh, T., et Papoutsi, C. (2019). Spreading and scaling up innovation and improvement. *Bmj*, *365*, l2068. doi:10.1136/bmj.l2068
- Greenhalgh, T., Robert, G., Bate, P., Macfarlane, F., et Kyriakidou, O. (2008). *Diffusion of innovations in health service organisations: a systematic literature review*: John Wiley et Sons.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., et Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *The milbank quarterly*, *82*(4), 581-629.
- Greenwood, R., et Hinings, C. R. (2017). Understanding strategic change: The contribution of archetypes. *Academy of management Journal*.
- Grigsby, A. B., Anderson, R. J., Freedland, K. E., Clouse, R. E., et Lustman, P. J. (2002). Prevalence of anxiety in adults with diabetes: a systematic review. *Journal of psychosomatic research*, *53*(6), 1053-1060.
- Haas, P. M. (1992). Introduction: epistemic communities and international policy coordination. *International organization*, 1-35.
- Hall, G. E., et Loucks, S. F. (1977). A developmental model for determining whether the treatment is actually implemented. *American Educational Research Journal*, *14*(3), 263-276.

- Hamilton, S., Pinfold, V., Cotney, J., Couperthwaite, L., Matthews, J., Barret, K., . . . Thornicroft, G. (2016). Qualitative analysis of mental health service users' reported experiences of discrimination. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *134*, 14-22.
- Hannan, M. T., et Freeman, J. (1977). The population ecology of organizations. *American journal of sociology*, *82*(5), 929-964.
- Hannan, M. T., et Freeman, J. (1989). *Organizational ecology*: Harvard university press.
- Harnois, G., et Gabriel, P. (2000). Mental health and work: Impact, issues and good practices.
- Harvey, G., et Kitson, A. (2015). PARIHS revisited: from heuristic to integrated framework for the successful implementation of knowledge into practice. *Implementation science*, *11*(1), 1-13.
- Kitson, A., Harvey, G., et McCormack B.(1998). Enabling the implementation of evidence based practice: a conceptual framework. *Qual Health Care*. 1998;7(3):149–58.
- Hatlen, P. (2004). Is social isolation a predictable outcome of inclusive education? *Journal of Visual Impairment et Blindness*, *98*(11), 676-678.
- Havelock, R. G. (1973). *The change agent's guide to innovation in education*: Educational Technology.
- Heikkinen, E. (2000). A paradigm shift: from disease to health orientation. *The Aging Male*, *3*(4), 171-176. doi:10.1080/13685530008500345
- Henwood, K. L., et Pidgeon, N. F. (1992). Qualitative research and psychological theorizing. *British Journal of Psychology*, *83*(1), 97–111
- Herbst, S. (1998). *Reading public opinion: How political actors view the democratic process*: University of Chicago Press.
- Herek, G. M., et Capitano, J. P. (1996). "Some of My Best Friends" Intergroup Contact, Concealable Stigma, and Heterosexuals' Attitudes Toward Gay Men and Lesbians. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *22*(4), 412-424. doi:10.1177/0146167296224007
- Hillman, A. J., Withers, M. C., et Collins, B. J. (2009). Resource dependence theory: A review. *Journal of management*, *35*(6), 1404-1427.

- Hopkins, L., Foster, A., et Nikitin, L. (2018). The process of establishing Discovery College in Melbourne. *Mental Health and Social Inclusion*, 22(4), 187-194. doi:10.1108/MHSI-07-2018-0023
- Houghton, C., Murphy, K., Shaw, D., et Casey, D. (2015). Qualitative case study data analysis: An example from practice. *Nurse researcher*, 22(5).
- Hudon, C., Chouinard, M., Brousselle, A., Bisson, M., et Danish, A. (2020). Evaluating complex interventions in real context: Logic analysis of a case management program for frequent users of healthcare services. *Evaluation program planning*, 79, 101753.
- Hughes, D. J., Lee, A., Tian, A. W., Newman, A., et Legood, A. (2018). Leadership, creativity, and innovation: A critical review and practical recommendations. *The leadership quarterly*, 29(5), 549-569. doi:https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2018.03.001
- Jacob, K. S. (2015). Recovery model of mental illness: a complementary approach to psychiatric care. *Indian journal of psychological medicine*, 37(2), 117-119. doi:10.4103/0253-7176.155605
- Jacquat, A., et Kilchoer, J. (2020). *Obstacles et facilitateurs au coaching infirmier auprès des personnes lors de la prise de décision partagée durant le parcours de la maladie chronique: perception des infirmiers/ères*. Haute Ecole de Santé de Fribourg,
- Jawahar, I. (2010). The mediating role of appraisal feedback reactions on the relationship between rater feedback-related behaviors and ratee performance. *Group et Organization Management*, 35(4), 494-526.
- Jean-François, R., et Gervais, L. (2001). Les enjeux du partenariat aujourd'hui. *Nouvelles pratiques sociales*, 14(1), 20-30.
- Jenkins-Smith, H. C., Nohrstedt, D., Weible, C. M., et Sabatier, P. A. (2014). The advocacy coalition framework: Foundations, evolution, and ongoing research. *Theories of the policy process*, 3, 183-224.
- Johnston, K. A. (2018). Toward a theory of social engagement. *The handbook of communication engagement*, 1, 19-32.
- Judge, T. A., et Piccolo, R. F. (2004). Transformational and transactional leadership: a meta-analytic test of their relative validity. *Journal of applied psychology*, 89(5), 755.

- Kaminski, J. (2011). Diffusion of innovation theory. *Canadian Journal of Nursing Informatics*, 6(2), 1-6.
- Kedote, M. N. (2013). Analyse d'implantation du programme de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant au Bénin.
- Kelly, P. (1978). Technological innovation: A critical review of current knowledge.
- Kingdon, J. W., et Stano, E. (1984). *Agendas, alternatives, and public policies* (Vol. 45): Little, Brown Boston.
- Kirby, M., et Keon, W. (2006). Out of the shadows at last: transforming mental health, mental illness and addiction services in Canada. Ottawa (ON): Standing Senate Committee on Social Affairs. *Science and Technology*.
- Knaak, S., Mantler, E., et Szeto, A. (2017). Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. *Healthcare Management Forum*, 30(2), 111-116. doi:10.1177/0840470416679413
- Kreitner, R. (1992). *Management* (H. Mifflin Ed. 5th ed.).
- Kuipers, E. (1996). Interventions with families: Dealing with psychosis. *Collaborative mental health care*, 214-227.
- Lambert, F. (2011). Analyse de Production. In *L'évaluation: concepts et méthodes*. (Deuxième édition ed.).
- Länsisalmi, H., Kivimäki, M., Aalto, P., et Ruoranen, R. (2006). Innovation in healthcare: a systematic review of recent research. *Nursing science quarterly*, 19(1), 66-72.
- Laperrière, A. (1997). La théorisation ancrée (grounded theory): démarche analytique et comparaison avec d'autres approches apparentées. *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques*, 4, 309-333.
- Latimer, E., et Rabouin, D. (2011). Soutien d'intensité variable (SIV) et rétablissement: que nous apprennent les études expérimentales et quasi expérimentales? *Santé mentale au Québec*, 36(1), 13-34.
- Lawrence, P. R., et Lorsch, J. W. (1967). Differentiation and integration in complex organizations. *Administrative science quarterly*, 1-47.

- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., et Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452.
- Lecomte, T. (2004). *Manuel de réadaptation psychiatrique* (P. d. I. U. d. Québec Ed.).
- Lehmann, H. E. (1993). Before They Called It Psychopharmacology. *Neuropsychopharmacology*, 8(4), 291-303. doi:10.1038/npp.1993.69
- Leithwood, K. A., et Montgomery, D. J. (1980). Evaluating Program Implementation. *Evaluation Review*, 4(2), 193-214. doi:10.1177/0193841X8000400202
- Lesage, A., et Émond, V. (2012). Surveillance des troubles mentaux au Québec: prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services. Surveillance des maladies chroniques. In: Québec City, QC, Canada: Institut national de santé publique.
- Lesage, A., et Émond, V. (2013). *Surveillance des troubles mentaux au Québec: prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services*: Institut national de santé publique du Québec.
- Lewin, K. (1951). Field theory in social science: selected theoretical papers (Edited by Dorwin Cartwright.).
- Lewis, C. C., Boyd, M. R., Walsh-Bailey, C., Lyon, A. R., Beidas, R., Mittman, B., . . . Chambers, D. A. (2020). A systematic review of empirical studies examining mechanisms of implementation in health. *Implementation science*, 15(1), 21. doi:10.1186/s13012-020-00983-3
- Lewis, J. M. (2006). Being around and knowing the players: Networks of influence in health policy. *Social Science et Medicine*, 62(9), 2125-2136. doi:https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.10.004
- Lim, K.-L., Jacobs, P., Ohinmaa, A., Schopflocher, D., et Dewa, C. S. (2008). A new population-based measure of the economic burden of mental illness in Canada. *Chronic Dis Can*, 28(3), 92-98.
- Lincoln, Y.S., et Guba E. (1985) *Naturalistic Inquiry*. Sage.
- Link, B. G., et Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*, 27(1), 363-385.

- Linton, J. D. (2002). Implementation research: state of the art and future directions. *Technovation*, 22(2), 65-79. doi:[https://doi.org/10.1016/S0166-4972\(01\)00075-X](https://doi.org/10.1016/S0166-4972(01)00075-X)
- Loseke, D. R. (2007). The study of identity as cultural, institutional, organizational, and personal narratives: Theoretical and empirical integrations. *The Sociological Quarterly*, 48(4), 661-688.
- Lucksted, A., et Coursey, R. D. (1995). Consumer perceptions of pressure and force in psychiatric treatments. *Psychiatr Serv*, 46(2), 146-152. doi:10.1176/ps.46.2.146
- Lüder, K. (1992). A contingency model of governmental accounting innovations in the political-administrative environment. *Research in governmental and nonprofit accounting*, 7(1), 99-127.
- Lunt, A. (2002). A theory of recovery. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 40(12), 32-39.
- Luo, Y., Hawkey, L. C., Waite, L. J., et Cacioppo, J. T. (2012). Loneliness, health, and mortality in old age: A national longitudinal study. *Social Science et Medicine*, 74(6), 907-914.
- Ma, R., Mann, F., Wang, J., Lloyd-Evans, B., Terhune, J., Al-Shihabi, A., et Johnson, S. (2020). The effectiveness of interventions for reducing subjective and objective social isolation among people with mental health problems: a systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55(7), 839-876. doi:10.1007/s00127-019-01800-z
- Machado-da-Silva, C. L., FONSECA, V. S. d., et Fernandes, B. H. R. (1999). Um modelo e quatro ilustrações: em análise a mudança nas organizações. *XXIII Encontro Anual da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração, Anais... Foz do Iguaçu (PR)*.
- Mackenzie, J., Tan, P.-L., Hoverman, S., et Baldwin, C. (2012). The value and limitations of Participatory Action Research methodology. *Journal of Hydrology*, 474, 11-21. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jhydrol.2012.09.008>
- Mäkelä M., et Thorsen T. A. (199). Framework for guidelines implementation studies. In: Thorsen T, Mäkelä M, editors. *Changing professional practice*. Copenhagen: Danish Institute for Health Services Research and Development.
- Maranzan, K. A. (2016). Interprofessional education in mental health: An opportunity to reduce mental illness stigma. *Journal of interprofessional care*, 30(3), 370-377.

- Mark, M. M. (1986). Validity typologies and the logic and practice of quasi-experimentation. *New Directions for Program Evaluation*, 1986(31), 47-66.
- Martin-Bluteau, G. (2020). *Les facteurs qui influencent le rétablissement chez les personnes âgées ayant un trouble mental grave*. Université du Québec à Chicoutimi,
- Mccann, T. V., et Clark, E. (2004). Advancing self-determination with young adults who have schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(1), 12-20. doi:10.1111/j.1365-2850.2004.00645.x
- McCann, T. V., et Clark, E. (2005). Adopting Care Provider–Facilitator Roles: Community Mental Health Nurses and Young Adults with an Early Episode of Schizophrenia. *Social Theory et Health*, 3(1), 39-60.
- McClelland, D. C., Atkinson, J. W., Clark, R. A., et Lowell, E. L. (1976). The achievement motive.
- McGregor, J., Repper, J., et Brown, H. (2014). “The college is so different from anything I have done”. A study of the characteristics of Nottingham Recovery College. *The Journal of Mental Health Training, Education Practice*.
- McGrew, J. H., Bond, G. R., Dietzen, L., & Salyers, M. (1994). Measuring the fidelity of implementation of a mental health program model. *Journal of consulting and clinical psychology*, 62(4), 670.
- McMurray, A. (1990). *Community health nursing: Primary health care in practice*.
- Mead, S., et Copeland, M. E. (2000). What Recovery Means to Us: Consumers' Perspectives. *Community Mental Health Journal*, 36(3), 315-328. doi:10.1023/A:1001917516869
- Meddings, S., Campbell, E., Guglietti, S., Lambe, H., Locks, L., Byrne, D., et Whittington, A. (2015). *From service user to student—the benefits of recovery college*. Paper presented at the Clinical Psychology Forum.
- Meddings S, Guglietti S, Lambe H, et al.: Student perspectives: recovery college experience. *Ment Health Social Incl* 2014; 18:142–150
- Mental Health Commission of Canada (2009). *Toward recovery and wellbeing: A framework for a mental health strategy for Canada*. 127 pages.
- Mental Health Commission of Canada (2012). *Changing Directions, Changing Lives: The Mental Health Strategy for Canada*, 152 pages

- Mental Health Commission of Canada (2016). Advancing the mental health strategy for Canada: A framework for action (2017-2022), 26 pages.
- Meyer, J. W., et Scott, W. R. (1992). *Organizational environments: Ritual and rationality*: Sage Publications, Inc.
- Mezirow, J. (2018). Transformative learning theory. In *Contemporary theories of learning* (pp. 114-128): Routledge.
- Michie, S., Johnston, M., Abraham, C., Lawton, R., Parker, D., et Walker, A. (2005). Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: a consensus approach. *BMJ Quality et Safety*, *14*(1), 26-33.
- Mintrom, M., et Norman, P. (2009). Policy entrepreneurship and policy change. *Policy Studies Journal*, *37*(4), 649-667.
- Mintrom, M., et Vergari, S. (1996). Advocacy coalitions, policy entrepreneurs, and policy change. *Policy Studies Journal*, *24*(3), 420-434.
- Mintzberg, H. (1978). Patterns in strategy formation. *Management science*, *24*(9), 934-948.
- Moran, J. W., et Brightman, B. K. (2001). Leading organizational change. *Career development international*, *6*(2), 111-119.
- MSSS (2015). Plan d'action en santé mentale 2015-2020 - Faire ensemble et autrement. 87 pages.
- Murphy, K. R., et Cleveland, J. N. (1995). *Understanding performance appraisal: Social, organizational, and goal-based perspectives*: Sage.
- Nesse, R. M., et Stein, D. J. (2019). How evolutionary psychiatry can advance psychopharmacology . *Dialogues in clinical neuroscience*, *21*(2), 167-175. doi:10.31887/DCNS.2019.21.2/rnesse
- Newman-Taylor, K., Stone, N., Valentine, P., Hooks, Z., et Sault, K. (2016). The Recovery College: A unique service approach and qualitative evaluation. *Psychiatric rehabilitation journal*, *39*(2), 187.
- Ng, J. Y., Ntoumanis, N., Thøgersen-Ntoumani, C., Deci, E. L., Ryan, R. M., Duda, J. L., et Williams, G. C. (2012). Self-Determination Theory Applied to Health Contexts: A Meta-Analysis. *Perspect Psychol Sci*, *7*(4), 325-340. doi:10.1177/1745691612447309

- Novotney, A. (2019). Continuing education the risks of social isolation. *Monitor on Psychology*. p.. 33-37.
- O'Donnell, R., et O'Reardon, C. (2000). Social partnership in Ireland's economic transformation. *Social Pacts in Europe—New Dynamics*, 237-256.
- OMS. (2011). *Impact of economic crises on mental health*.
- OMS. (2013). *Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020*: Organisation mondiale de la Santé.
- OMS. (2017). *Depression and other common mental disorders: global health estimates*. Retrieved from
- Orr, G. (2003). Diffusion of innovations, by Everett Rogers (1995). Retrieved January, 21, 2005.
- Ortlipp, M. (2008). Keeping and using reflective journals in the qualitative research process. *The qualitative report*, 13(4), 695-705.
- Ostroff, C., Kinicki, A., et Tamkins, M. (2003). Organizational culture and climate. Handbook of psychology: Industrial and organizational psychology (Vol. 12, pp. 565–593). In: Wiley.
- Pachoud, B., Le Roy-Hatala, C., des Moutis, C., et Cavroy, J.-P. (2019). Pratiques orientées vers le rétablissement: a-t-on pris la mesure des transformations requises? *L'information psychiatrique*, 95(7), 520-528.
- Parsons, A. E. (2018). *From asylum to prison: Deinstitutionalization and the rise of mass incarceration after 1945*: UNC Press Books.
- Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., . . . Eaton, J. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*, 392(10157), 1553-1598.
- Patton, M. Q. (1999). Book Review: Realistic Evaluation. *American Journal of Evaluation*, 20(2), 385-388.
- Patton, M. Q. (2005). Qualitative research. *Encyclopedia of statistics in behavioral science*.
- Pawson, R. (2006). *Evidence-based policy: a realist perspective*: sage.
- Pelletier, J.-F. L., Marc; Rioux, Marie-Ève; Davidson, Larry (2018). Le Questionnaire sur les facteurs contextuels (QFC): un outil pour favoriser le mentorat de rétablissement et l'humanisation

- des soins et pour prévenir les maladies mentales nosocomiales. *L'information psychiatrique*, 94(10), 825-834.
- Perese, E. F., et Wolf, M. (2005). Combating loneliness among persons with severe mental illness: social network interventions' characteristics, effectiveness, and applicability. *Issues Ment Health Nurs*, 26(6), 591-609. doi:10.1080/01612840590959425
- Perkins, R., Meddings, S., Williams, S., et Repper, J. (2018). Recovery colleges 10 years on. *Nottingham: ImROC*.
- Perkins, R., Repper, J., Rinaldi, M., et Brown, H. (2012). 1. Recovery Colleges.
- Perkins, R., Rinaldi, M., et Brown, H. (2012). *Implementing Recovery through Organisational Change*. London: Centre for Mental Health
- Perkins R, Repper J: When is a “recovery college” not a “recovery college”? *Ment Health Social Incl* 2017; 21:65–72
- Pfeffer, J., et Salancik, G. R. (2003). *The external control of organizations: A resource dependence perspective*: Stanford University Press.
- Piat, M., et Sabetti, J. (2012). Recovery in Canada: toward social equality. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*, 24(1), 19-28. doi:10.3109/09540261.2012.655712
- Pinel, P. (1801). *Traité sur l'Alienation mentale*.
- Pinfold, V., Huxley, P., Thornicroft, G., Farmer, P., Toulmin, H., et Graham, T. (2003). Reducing psychiatric stigma and discrimination. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(6), 337-344. doi:10.1007/s00127-003-0641-4
- Pires, A. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative: essai théorique et méthodologique. *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, 113-169.
- Pivik, J., McComas, J., et Laflamme, M. (2002). Barriers and Facilitators to Inclusive Education. *Exceptional Children*, 69(1), 97-107. doi:10.1177/001440290206900107
- Pomey, M.-P., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, M.-C., . . . Jouet, E. (2015). Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. [The Montreal Model: The Challenges of a Partnership Relationship between

- Patients and Healthcare Professionals]. *Santé Publique*, 51(HS), 41-50. doi:10.3917/spub.150.0041
- Poncet, F., Swaine, B., et Pradat-Diehl, P. (2017). Documenter un programme de réadaptation en référence au modèle logique théorique : un atout dans la démarche évaluative. [Documenting a Rehabilitation Program Using a Logic Model: An Advantage to the Assessment Process]. *Santé Publique*, 29(1), 7-19. doi:10.3917/spub.171.0007
- Price, A. D. F., et Chahal, K. (2006). A strategic framework for change management. *Construction Management and Economics*, 24(3), 237-251. doi:10.1080/01446190500227011
- Price-Robertson, R., Obradovic, A., et Morgan, B. (2017). Relational recovery: beyond individualism in the recovery approach. *Advances in Mental Health*, 15(2), 108-120. doi:10.1080/18387357.2016.1243014
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maseko, J., Phillips, M. R., et Rahman, A. (2007). No health without mental health. *The Lancet*, 370(9590), 859-877. doi:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61238-0
- Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., . . . Hensley, M. (2011). Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Adm Policy Ment Health*, 38(2), 65-76. doi:10.1007/s10488-010-0319-7
- Provencher, H., et Keyes, C. L. J. L. i. p. (2010). Une conception élargie du rétablissement. 86(7), 579-589.
- Gouvernement du Québec (2002). Loi sur la santé publique, RLRQ, chapitre S-2.2.
- Gouvernement du Québec. (2017). Faire ensemble et autrement : La mise en place et le maintien de pratiques axées sur le rétablissement. Direction de la santé mentale, MSSS, 15 pages.
- Rajkumar, R. P. (2020). COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian Journal of Psychiatry*, 52, 102066. doi:https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102066
- Rapp, C. A., et Goscha, R. J. (2006). *The strengths model: Case management with people with psychiatric disabilities*: Oxford University Press.
- Renger, R., et Titcomb, A. (2002). A Three-Step Approach to Teaching Logic Models. *American Journal of Evaluation*, 23(4), 493-503. doi:10.1177/109821400202300409

- Rey, L., Brousselle, A., et Dedobbeleer, N. (2011). LOGIC ANALYSIS: TESTING PROGRAM THEORY TO BETTER EVALUATE COMPLEX INTERVENTIONS. *The Canadian journal of program evaluation = La Revue canadienne d'évaluation de programme*, 26(3), 61-89. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27239095>
- Rinaldi, M., Marland, M., et Wybourn, S. (2012). *Annual Report 2011–2012: South West London Recovery College*.
- Rogers, E. M. (1976). New product adoption and diffusion. *Journal of consumer Research*, 2(4), 290-301.
- Rogers, E. M. (2010). *Diffusion of innovations*: Simon and Schuster.
- Rokeach, M. (1973). *The nature of human values*: Free press.
- Rokeach, M. (2008). *Understanding human values*: Simon and Schuster.
- Rosenberg, M. (2015). *Society and the adolescent self-image*: Princeton university press.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological monographs: General and applied*, 80(1), 1.
- Rounce, A. D. (2004). *Political actors' perceptions of public opinion: assessing the impact of opinion on decision making*. Paper presented at the Prepared for the Canadian Political Science Association's Annual Meeting, Winnipeg, Manitoba, June.
- Ryan, R. (2009). Self determination theory and well being. *Social Psychology*, 84(822), 848.
- Ryan, R. M., et Deci, E. L. (2017). *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*: Guilford Publications.
- Ryan, R. M., Patrick, H., Deci, E. L., et Williams, G. C. (2008). Facilitating health behaviour change and its maintenance: Interventions based on self-determination theory. *The European health psychologist*, 10(1), 2-5.
- Ryan, R. M., Plant, R. W., et O'Malley, S. (1995). Initial motivations for alcohol treatment: Relations with patient characteristics, treatment involvement, and dropout. *Addictive behaviors*, 20(3), 279-297.
- Rye, C. (2001). *Change management: The 5-step action kit*: Kogan Page.
- Sarta, A., Durand, R., et Vergne, J.-P. (2021). Organizational Adaptation. *Journal of management*, 47(1), 43-75. doi:10.1177/0149206320929088

- Savary, S. (2010). Analyse d'implantation d'un système de gestion intégrée en environnement et en santé et sécurité du travail.
- Saxena, S., Thornicroft, G., Knapp, M., et Whiteford, H. (2007). Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *The Lancet*, 370(9590), 878-889. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61239-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61239-2)
- Schein, E. H. (2010). *Organizational culture and leadership* (Vol. 2): John Wiley et Sons.
- Scheirer, M. A., et Rezmovic, E. L. (1983). Measuring the Degree of Program Implementation: A Methodological Review. *Evaluation Review*, 7(5), 599-633. doi:10.1177/0193841X8300700502
- Schneider, B., Ehrhart, M. G., et Macey, W. H. (2013). Organizational climate and culture. *Annual review of psychology*, 64, 361-388.
- Schneider, B., et Reichers, A. E. (1983). On the etiology of climates. *Personnel psychology*, 36(1), 19-39.
- Schneider, M., Teske, P., et Mintrom, M. (2011). *Public entrepreneurs: Agents for change in American government*: Princeton University Press.
- Scott, W. R., et Davis, G. F. (2015). *Organizations and organizing: Rational, natural and open systems perspectives*: Routledge.
- Scriven, M. (1967). The methodology of evaluation (AERA Monograph series on curriculum evaluation, No. 1). *New York: Rand Mc Nally*.
- Seddon, T., Billett, S., et Clemans, A. (2004). Politics of social partnerships: a framework for theorizing. *Journal of Education Policy*, 19(2), 123-142. doi:10.1080/0144341042000186309
- Segal, S. P., Silverman, C., et Temkin, T. (1993). Empowerment and self-help agency practice for people with mental disabilities. *Social work*, 38(6), 705-712.
- Serrat, R., Villar, F., et Celdrán, M. (2015). Factors associated with Spanish older people's membership in political organizations: the role of active aging activities. *European journal of ageing*, 12(3), 239-247.
- Shepherd, G., Boardman, J., et Burns, M. (2010). Implementing recovery. *A methodology for organisation change*. London: Sainsbury Centre for Mental Health.

- Shepherd, G., Boardman, J., et Slade, M. (2008). *Making recovery a reality*: Citeseer.
- Shön, D., et Rein, M. (1994). *Frame reflection: Toward the resolution of intractable policy controversies*: Basic Books, New York.
- Smetanin, P., Briante, C., Stiff, D., Ahmad, S., et Khan, M. (2015). *The life and economic impact of major mental illnesses in Canada*: Mental Health Commission of Canada.
- Sommer J., Gill K., Stein-Parbury J.(2018). Walking side-by-side: recovery colleges revolutionising mental health care. *Ment Health Social Incl*; 22:18–26
- Sommer, J., Gill K.H., Stein-Parbury, J. et coll.(2019). The role of recovery colleges in supporting personal goal achievement. *Psychiatr Rehabil J*; 42:394–400
- Sørensen, E. (2017). Political innovations: innovations in political institutions, processes and outputs. *Public Management Review*, 19(1), 1-19. doi:10.1080/14719037.2016.1200661
- Souders, M. C., et Dillard, K. N. (2014). Framing Connections: An Essay on Improving the Relationship between Rhetorical and Social Scientific Frame Studies, Including a Study of GW Bush’s Framing of Immigration. *International Journal of Communication (19328036)*, 8.
- Strauss, A. L., Soulet, M.-H., Corbin, J. M., Emery, S., et Soulet, M.-H. (2004). *Les fondements de la recherche qualitative: techniques et procédures de développement de la théorie enracinée*: Academic Press/Saint-Paul.
- Stravynski, A., Marks, I., et Yule, W. (1982). Social skills problems in neurotic outpatients: Social skills training with and without cognitive modification. *Archives of General Psychiatry*, 39(12), 1378-1385.
- Stuart, H. (2016). Reducing the stigma of mental illness. *Global mental health (Cambridge, England)*, 3, e17-e17. doi:10.1017/gmh.2016.11
- Sylvestre, J., Nelson, G., et Aubry, T. (2017). *Housing, citizenship, and communities for people with serious mental illness: Theory, research, practice, policy perspectives* (Oxford University Press ed.).
- Tarquinio, C., Kivits, J., Minary, L., Coste, J., et Alla, F. (2015). Evaluating complex interventions: perspectives and issues for health behaviour change interventions. *Psychology et health*, 30(1), 35-51.

- Terzian, E., Tognoni, G., Bracco, R., De Ruggieri, E., Ficociello, R. A., Mezzina, R., et Pillo, G. (2013). Social network intervention in patients with schizophrenia and marked social withdrawal: a randomized controlled study. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *58*(11), 622-631.
- Thériault, J., Lord, M., Briand, C., Piat, M., et Meddings, S. (2020). Recovery Colleges After a Decade of Research: A Literature Review. *Psychiatric Services*, *71*(9), 928-940.
- Thiebaut, G.-C., Brousselle, A., Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., et Hartz, Z. (2011). Introduction. Positionner l'évaluateur face aux enjeux de l'évaluation. In *L'évaluation: concepts et méthodes* (Deuxième édition ed.).
- Thomas, D. R. (2006). A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data. *American journal of evaluation*, *27*(2), 237-246.
- Thompson, H., Simonds, L., Barr, S., et Meddings, S. (2021). Recovery colleges: long-term impact and mechanisms of change. *Mental Health and Social Inclusion*.
- Thornicroft, G. (2006). *Shunned: Discrimination against people with mental illness* (Vol. 301): Oxford university press Oxford.
- Tolbert, P. S., et Zucker, L. G. (1999). The institutionalization of institutional theory. *Studying Organization. Theory et Method. London, Thousand Oaks, New Delhi*, 169-184.
- Toney, R., Knight, J., Hamill, K., Taylor, A., Henderson, C., Crowther, A., . . . Pollock, K. (2019). Development and evaluation of a Recovery College fidelity measure. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *64*(6), 405-414.
- Toney, R, Elton D, Munday E, Hamill K, Crowther A, Meddings S, Clin D., . . . Slade M, (2018). Mechanisms of Action and Outcomes for Students in Recovery Colleges. *Psychiatric services*, *69*(12), 1222-1229. doi:10.1176/appi.ps.201800283
- Toney, R., Knight, J., Hamill, K., Taylor, A., Henderson, C., Crowther, A., . . . Slade, M. (2018). Development and Evaluation of a Recovery College Fidelity Measure. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *64*(6), 405-414. doi:10.1177/0706743718815893
- Torales, J., O'Higgins, M., Castaldelli-Maia, J. M., et Ventriglio, A. (2020). The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *Int J Soc Psychiatry*, *66*(4), 317-320. doi:10.1177/0020764020915212

- True, J. L., Jones, B. D., et Baumgartner, F. R. (1999). Punctuated equilibrium theory. *Theories of the policy process*, 175-202.
- Tsemberis, S., et Gurdak, K. J. V. s. (2018). Housing First: de la rue à un foyer, de son foyer au monde. (3), 31-52.
- Uphill, M., Sly, D., et Swain, J. J. F. i. P. (2016). From mental health to mental wealth in athletes: Looking back and moving forward. 7, 935.
- Välimäki, M. (1998). Psychiatric patients' views on the concept of self-determination: findings from a descriptive study. *Journal of clinical nursing*, 7(1), 59-66.
- Vauclair, C.-M., Hanke, K., Fischer, R., et Fontaine, J. (2011). The Structure of Human Values at the Culture Level: A Meta-Analytical Replication of Schwartz's Value Orientations Using the Rokeach Value Survey. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 42(2), 186-205. doi:10.1177/0022022110396864
- Waddock, S. A. (1989). Understanding Social Partnerships: An Evolutionary Model of Partnership Organizations. *Administration et Society*, 21(1), 78-100. doi:10.1177/009539978902100105
- Waddock, S. A. (1991). A Typology of Social Partnership Organizations. *Administration et Society*, 22(4), 480-515. doi:10.1177/009539979102200405
- Wallot, H.-A. J. S. m. a. Q. (1988). Pour un bilan des services psychiatriques et de santé mentale au Québec. 13(2), 21-34.
- Wallot, H. J. S. m. a. Q. (1979). Perspective sur l'histoire québécoise de la psychiatrie: le cas de l'asile de Québec. 4(1), 102-122.
- Wanchai, A., et Phrompayak, D. (2019). A systematic review of factors influencing social participation of older adults. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 23(2), 131-141.
- Weber, C. (2019). Ideology and Values in Political Decision Making. In *Oxford Research Encyclopedia of Politics*.
- Weinberger, D. R., et Radulescu, E. (2016). Finding the Elusive Psychiatric "Lesion" With 21st-Century Neuroanatomy: A Note of Caution. *Am J Psychiatry*, 173(1), 27-33. doi:10.1176/appi.ajp.2015.15060753

- Weinstein, N., Ryan, R. M., et Deci, E. L. (2012). Motivation, meaning, and wellness: A self-determination perspective on the creation and internalization of personal meanings and life goals.
- Weiss, C. H. (1997). How Can Theory-Based Evaluation Make Greater Headway? *Evaluation Review*, 21(4), 501-524. doi:10.1177/0193841X9702100405
- Weiss, L. A., Westerhof, G. J., et Bohlmeijer, E. T. J. P. o. (2016). Can we increase psychological well-being? The effects of interventions on psychological well-being: A meta-analysis of randomized controlled trials. *11*(6), e0158092.
- Wejnert, B. (2002). Integrating models of diffusion of innovations: A conceptual framework. *Annual review of sociology*, 28(1), 297-326.
- White, J., et Andrews, F. J. (2018). *Facilitators of social connectedness in new outer suburban communities*.
- White, R. W. (1959). Motivation reconsidered: The concept of competence. *Psychological review*, 66(5), 297.
- White, W., et Finch, A. (2006). The recovery school movement: Its history and future. In: Counselor.
- Williamson, O. E. (1981). The economics of organization: The transaction cost approach. *American journal of sociology*, 87(3), 548-577.
- Willis, C. D., Riley, B. L., Stockton, L., Abramowicz, A., Zummach, D., Wong, G., . . . Best, A. (2016). Scaling up complex interventions: insights from a realist synthesis. *Health Research Policy and Systems*, 14(1), 88. doi:10.1186/s12961-016-0158-4
- Windsor, L., Roberts, G., Dieppe, P. (2017). Recovery colleges—safe, stimulating and empowering. *Ment Health Social Incl*; 21:280–288
- Yeo, M., Moorhouse, A., Khan, P., et Rodney, P. (2020). *Concepts and Cases in Nursing Ethics—Fourth Edition*: Broadview Press.
- Yin, R. (2003). Designing case studies. *Qualitative Research Methods*, 359-386.
- Yohanna, D. J. A. J. o. E. (2013). Deinstitutionalization of people with mental illness: causes and consequences. *15*(10), 886-891.

Zimmerman, B. J. (2000). Self-Efficacy: An Essential Motive to Learn. *Contemporary Educational Psychology, 25*(1), 82-91. doi:<https://doi.org/10.1006/ceps.1999.1016>

Annexes

Annexe 01 : guide d'entrevue pour l'équipe gestionnaire du Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement

Identification

- 1- Pourriez-vous me dire votre nom, votre âge, quel est votre rôle dans le Centre d'apprentissage, votre formation et votre expérience avec la santé mentale ?
- 2- Comment avez-vous entendu parler du modèle *Recovery College* ?

Centre d'apprentissage (mise en oeuvre)

Objectifs : Mieux saisir les éléments clés de la mise en œuvre du modèle, selon la vision des gestionnaires, de même que les stratégies mises en place pour la consolidation du Centre. On vise également à mieux comprendre quels sont les facilitateurs et les obstacles à son implantation.

- 3- Comment décririez-vous le Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement ?
- 4- Est-ce que le Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement pourrait être considéré comme bien implanté et consolidé au Québec, selon vous ? Justifiez votre réponse svp.
- 5- À quoi correspondrait un Centre d'apprentissage de type *Recovery College* bien implanté, selon vous ?
- 6- D'après vous, quels sont les facteurs ou éléments les plus importants qui favorisent une implantation efficiente du modèle *Recovery College* au Québec ? Comment ces facteurs favorisent l'implantation du modèle ? Justifiez votre réponse svp.
- 7- Quelles sont les stratégies mises en place par le Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement qui favorisent le mieux la consolidation du modèle au Québec ?

8-Quels étaient les principaux obstacles à la pérennité et à la consolidation du Centre d'apprentissage avant l'arrivée de la COVID-19, selon vous ? Justifiez votre réponse svp.

9- Quels sont les principaux obstacles à la pérennité et à la consolidation du Centre d'apprentissage au Québec, après l'arrivée de la COVID-19, selon vous ? Justifiez votre réponse svp.

10- Face à la crise de la COVID-19, quelles stratégies considérez-vous comme essentielles pour assurer la mise en œuvre du projet en général ?

11- Comment les principes du modèle *Recovery College* (mixité, équité des savoirs, valorisation du vécu, co-production, etc.) influencent-ils la mise en œuvre du projet d'implantation du Centre ? Développez votre réponse et donnez des exemples, si possible.

Développement des formateurs – comme acteur clé du processus

Objectif : *Mieux comprendre les obstacles et les facilitateurs pour le développement des formateurs, ainsi que vérifier comment les gestionnaires aperçoivent les mécanismes d'action de la formation vers les participants.*

12- Quelles sont les stratégies mises en place par le Centre d'apprentissage pour soutenir davantage le développement des formateurs ?

13- D'après vous, quels sont les principaux facteurs qui favorisent la participation et le développement des formateurs dans le Centre d'apprentissage ?

14- D'après vous, quels sont les principaux facteurs qui nuisent à la participation et au développement des formateurs du Centre d'apprentissage ?

15- D'après vous, comment le fait de participer au Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement peut-il transformer la vie personnelle et/ou professionnelle des participants ? Donnez des exemples concrets svp.

Style de gestion et leadership

16- Comment décririez-vous le style de gestion, de prise de décision et de leadership qui est mis en place dans le Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement ? Justifiez votre réponse svp.

17- Comment ce « modèle de gestion » peut-il influencer sur le projet en général ? Justifiez votre réponse svp.

18- Quelles sont les principales stratégies de gestion mises en place pour assurer la mise en oeuvre des principes du modèle *Recovery College* au sein du Centre d'apprentissage ? (l'administration, les formations, etc.) Donnez des exemples concrets, si possible.

Retombées personnelles du gestionnaire

20- En terminant, comment cette expérience a-t-elle transformé votre propre vie personnelle et/ou professionnelle ?

Aimeriez-vous ajouter d'autres éléments concernant le processus de mise en oeuvre, de formation ou de gestion du Centre apprentissage Santé et Rétablissement ?

Annexe 02 : guide d'entrevue – version partenaire

ID : _____

Organisme : _____

Pour nous seulement :

Objectif de recherche de cette entrevue avec les partenaires :

(1) Mieux saisir la contribution des organismes partenaires dans le co-développement et la prestation de la formation des formateurs (2) Mieux saisir l'expérience vécu des partenaires et les retombées que cette implication a eu sur eux et leur organisme (3) Identifier les enjeux vécus par les partenaires au cours de cette implication (4) Identifier l'évolution de leur compréhension du modèle *Recovery College*, leur compréhension de la formation des formateurs (incluant leur compréhension des mécanismes d'action) et les effets et retombées perçues des quatre jours de la formation des formateurs (5) Valider la compréhension logique de la formation des formateurs, les mécanismes d'action, afin de pouvoir identifier les variables à tenir compte pour le volet quantitatif (devis séquentiel exploratoire, QUAL => QUANT)

Important - passation : Il s'agit d'un guide d'entrevue structurée. Toutes ces questions sont à poser (questions générales et sous-questions) à tout le monde. Différent d'un guide d'entrevue non-structurée ou semi-structurée.

Accueil et confidentialité

- Présentation brève des objectifs de la recherche et explications sur le formulaire de libre consentement de même qu'offrir un soutien aux éventuels questionnements et inquiétudes des participants avant d'entreprendre l'entretien.
- Si la personne n'est pas d'accord avec un aspect de la recherche ou refuse de signer le formulaire de libre consentement, l'entretien ne pourra pas avoir lieu. De plus, le participant a le droit d'y mettre fin en tout temps, même après le début de l'entretien.

ENTREVUE

Thème 01 : Présentation et mise en contexte

Objectif : Créer un climat favorable à la participation de la personne interviewée en allant chercher des informations pertinentes sur elle, son organisation et son histoire dans le projet (éléments de contexte)

Questions :

- 1) Pouvez-vous me décrire rapidement qui vous êtes ? Pour ce faire, je vais vous poser quelques questions.
 - a) Quel est votre nom et l'organisation que vous représentez ?
 - b) Quelle fonction exercez-vous dans l'organisation?
 - c) Quelle est votre formation (domaine d'activités, diplômes s'il y a lieu) ?
 - d) Quelle est votre expérience avec la santé mentale ?
 - e) Quel est le rôle de votre organisation dans le réseau de santé mentale ?
 - f) Quel est le rôle de votre organisation dans la formation des formateurs et dans le grand projet *Recovery College* ?
- 2) Pouvez-vous me décrire qu'est-ce qui vous a amené ou motivé à devenir partenaire du projet *Recovery College* ?
 - a) Comment avez-vous pris connaissance du projet *Recovery College* ?

Thème 02 : Contribution, expérience et enjeux

Objectifs : Mieux saisir leur implication et contribution à la formation des formateurs (et autres activités) ainsi que documenter les enjeux vécus ou perçus dans le processus de co-construction et de prestation de la formation des formateurs (et au cours de l'implantation) du centre d'apprentissage Santé et Rétablissement.

1. Pouvez-vous me décrire plus en détails votre implication et celle de votre organisation dans le développement et la prestation de la formation des formateurs ?
 - a. Selon vous, quelle est votre contribution/expertise spécifique et celle de votre organisation dans la formation des formateurs ?
2. Pouvez-vous me décrire l'expérience que vous avez vécue lors du processus de construction de la formation des formateurs ?
3. Pouvez-vous me décrire l'expérience que vous avez vécue lors de la prestation de la formation des formateurs ?
4. Si vous deviez choisir 3-5 mots pour décrire votre expérience de partenariat, lesquels choisiriez-vous ? Avez-vous des exemples concrets pour illustrer vos propos et les mots que vous avez choisis ?
5. Y a-t-il des choses qui ont facilité votre participation et motivation (qui vous a donné envie de poursuivre, malgré les difficultés durant le processus) ? *Si oui*, pourriez-vous m'expliquer de quoi il s'agit.
6. Y a-t-il des choses qui ont plutôt nuit à votre participation et motivation (qui vous a donné envie d'abandonner le processus) ? *Si oui*, pourriez-vous m'expliquer de quoi il s'agit ?

Thème 04 : Retombées

Objectif : Identifier les retombées que cette implication a eu sur eux et leur organisme

1. Pouvez-vous me décrire les retombées que cette implication à eux sur vous personnellement ?
2. Pouvez-vous me décrire les retombées que cette implication à eux sur votre organisation ?
3. En bref, qu'avez-vous le plus retenus de votre implication ? Et, qu'est-ce qui sera le plus utile pour vous ou votre organisation? Donnez des exemples concrets.

Thème 05 : Compréhension du modèle et mécanismes d'action

Objectif : Identifier l'évolution de leur compréhension du modèle Recovery College et de la formation des formateurs ainsi que mieux comprendre leurs impressions par rapport aux retombées sur les formateurs et certains mécanismes d'action.

1. Pouvez-vous me décrire comment votre compréhension du modèle *Recovery College* a changé au cours du processus ? (Ex : Vos impressions au début du processus par rapport à aujourd'hui)
 - a. À quoi attribuez-vous cette évolution ?
2. Selon vous, quelle est la place de la formation des formateurs dans la réalisation des objectifs globaux du centre d'apprentissage santé et rétablissement ?
3. Selon vous, quels sont les objectifs de la formation de formateurs ?
4. Selon vous, comment la formation des formateurs peut être utile pour les formateurs ?
 - a. Plus spécifiquement, quelles sont les retombées sur la vie personnelle et professionnelle des formateurs ?

Clôture de l'entrevue

1. À ce jour, quelles sont vos attentes en regard de la formation des formateurs ?
2. Quelles sont vos motivations à poursuivre en tant que partenaire au Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement ?
3. Quelles sont les choses que vous voudriez ajouter à cette entrevue?

C'est ce qui met fin à l'entrevue. Nous vous remercions grandement de votre participation et collaboration.

Annexe 03 : guide d’entrevue –version pour les formateurs

ID : _____

Type de savoir de la personne interviewée

Théorique Expérientiel Pratique/Clinique

Pour nous seulement :

Objectif de recherche de cette entrevue avec les formateurs (entrevue 1 pour eux) :

(1) Mieux saisir l’expérience vécu des formateurs lors des quatre jours de la formation des formateurs par des exemples concrets de leur expérience (2) Identifier les effets et retombées perçues par les formateurs des quatre jours de la formation des formateurs ainsi que leur compréhension des mécanismes d’action (3) Valider la compréhension logique de la formation des formateurs, les mécanismes d’action, afin de pouvoir identifier les variables à tenir compte pour le volet quantitatif (devis séquentiel exploratoire, QUAL => QUANT) (4) Identifier les enjeux vécus par les formateurs dans leur parcours de formation des formateurs, la co-construction de formation et autres activités liées à leur rôle de formateur (5) Prendre leurs recommandations quant à la suite des choses

IMPORTANT – entrevue 2 : À partir du moment où les formateurs s’inscrivent à une formation, ils seront également invités à faire partie de l’étude sur les effets du modèle en complétant les questionnaires et en participant à l’entrevue pour les participants. Ainsi, nous aurons aussi leur perception concernant le modèle *Recovery College* (effets et retombées perçus, compréhension du modèle et mécanismes d’action dans un contexte donné).

Important - passation : Il s’agit d’un guide d’entrevue structurée. Toutes ces questions sont à poser (questions générales et sous-questions) à tout le monde. Différent d’un guide d’entrevue non-structurée ou semi-structurée.

Accueil et confidentialité

- Présentation brève des objectifs de la recherche et explications sur le formulaire de libre consentement de même qu’offrir un soutien aux éventuels questionnements et inquiétudes des participants avant d’entreprendre l’entrevue.

- Si la personne n'est pas d'accord avec un aspect de la recherche ou refuse de signer le formulaire de libre consentement, l'entrevue ne pourra pas avoir lieu. De plus, le participant a le droit d'y mettre fin en tout temps, même après le début de l'entrevue.

ENTRETIEN

Thème 01 : Présentation et mise en contexte

Objectif : Créer un climat favorable à la participation de la personne interviewée en allant chercher des informations pertinentes sur elle et son histoire dans le projet (éléments de contexte)

Questions :

1. Je vais d'abord débiter par vous poser quelques questions qui vont nous permettre de vous décrire vous et votre organisation.

- a) Quel est votre nom, votre âge ?
- b) Quel est votre domaine d'activité, vos diplômes s'il y a lieu ?
- c) Quelle est votre expérience avec la santé mentale ?
- d) Comment vous avez pris connaissance du projet *Recovery College* ?

2. Pouvez-vous me décrire qu'est-ce qui vous a amené ou motivé à devenir formateur du Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement ?

Thème 02 : Expérience vécue lors des 4 jours de formation des formateurs

Objectifs : Mieux saisir l'expérience vécue des formateurs lors des 4 journées de la formation des formateurs et l'illustrer par des exemples concrets ainsi que documenter les enjeux vécus et recommandations

Questions :

7. Pouvez-vous me décrire l'expérience que vous avez vécue lors des quatre jours de formation ?
 - a) Comment vous êtes-vous senti(e) pendant les quatre jours de formation ?
 - b) Comment vous êtes-vous senti (e) au sein de ce groupe ?
8. Si vous deviez choisir 3-5 mots pour décrire votre expérience de formation, lesquels choisiriez-vous ? Avez-vous des exemples concrets pour illustrer vos propos et les mots que vous avez choisis ?

9. Y-a-t-il des choses qui ont nuit à votre participation et motivation (qui vous a donné envie d'abandonner la formation durant le processus) ? *Si oui*, pourriez-vous m'expliquer de quoi il s'agit ?
10. Y-a-t-il des choses qui ont plutôt facilité votre participation et motivation (qui vous a donné envie de poursuivre la formation malgré les difficultés durant le processus) ? *Si oui*, pourriez-vous m'expliquer de quoi il s'agit ?
11. Pouvez-vous m'indiquer les recommandations que vous aimeriez faire concernant les quatre jours de formation ? (suivi importance—23min)

Thème 03 : Apprentissages, effets et mécanismes d'action

Objectifs : Identifier les effets et retombées perçues par les formateurs des quatre jours de la formation des formateurs (sur leur travail de formateur et sur leur vie personnelle) ainsi que leur compréhension des mécanismes d'action. Mieux comprendre l'influence des outils et stratégies pédagogiques sur leur apprentissage, leur travail de formateurs et leur vie personnelle.

Questions

4. Pouvez-vous me décrire ce que vous avez appris dans le cadre des quatre jours de formation ?
J'ai maintenant quelques questions spécifiques qui vont peut-être vous paraître redondantes. Merci d'y répondre en y ajoutant des détails et des exemples concrets.
 - a. Quels sont les apprentissages, outils ou stratégies que vous avez retenus le plus au cours de la formation des formateurs?
 - b. Comment ses apprentissages, outils, stratégies vous sont utiles dans le cadre de votre travail de formateur ? Donnez des exemples concrets.
 - c. Quels apprentissages, outils, stratégies sont les plus importants selon vous et pourquoi ?
5. Pouvez-vous me décrire ce que vous avez appris le plus dans le cadre des quatre jours de formation pour votre vie personnelle ?
 - a. Pouvez-vous me donner des exemples concrets des retombées sur votre vie personnelle (de devenir formateur et d'avoir suivi la formation des formateurs)
6. Si vous aviez à expliquer à un collègue la formation des formateurs, qu'est-ce que vous diriez ?
7. Au mieux de votre connaissance, quels sont les objectifs et les apprentissages des quatre jours de la formation des formateurs ?

Offrir à cette étape une pause à la personne.

Thème 04 : Enjeux et recommandations

Objectifs : Identifier les enjeux vécus par les formateurs dans le processus et les activités liées à leur rôle de formateur. Prendre leurs recommandations quand à la suite des choses.

Questions

1. Pouvez-vous me décrire les difficultés, obstacles ou enjeux qui nuisent à votre travail de formateur ? (dans la formation, la co-construction des formations, la communauté de pratique, etc.)
2. Pouvez-vous me décrire les éléments qui facilitent votre travail de formateur ? (dans la formation, la co-construction des formations, la communauté de pratique, etc.)
3. Pourrions-nous vous soutenir davantage ? Si oui, comment ?
4. Après ce jour, quelles sont vos attentes et vos motivations pour continuer à travailler comme formateur au Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement ?

Le prochain et dernier thème concerne des concepts et principes importants étudiés par des étudiants à la maîtrise professionnelle en ergothérapie. Merci d'y répondre du mieux de votre connaissance.

Thème 5 : Stigma et préjugés/Savoir expérientiel

Objectifs : Explorer les mécanismes par lesquels la formation des formateurs peut contribuer à la réduction de la discrimination et de la stigmatisation liées à la maladie mentale. En plus, explorer l'importance de la valorisation du savoir expérientielle (équités des savoirs) d'après les formateurs.

Questions

Stigma et préjugés :

- 1 Comment le fait de participer à la formation des formateurs a modifié **vos propres** stigmas et préjugés en lien avec la maladie mentale? (la force du temoiage)
- 2 Comment le processus de la formation des formateurs peut-il contribuer au processus de réduction des stigmas et préjugés liés à la maladie mentale **de l'ensemble des formateurs** ? (mixité, ouverture à l'autre, valorisation du savoir experientiell)
- 3 Pourriez-vous me nommer des apprentissages, stratégies ou outils acquis dans le cadre de la formation des formateurs qui vous seront utiles pour la lutte à la stigmatisation de la maladie mentale ? Donnez moi des exemples concrets. (educatio, differencier le stigmas)
- 4 Selon vous, comment le fait de participer à une formation du Centre d'apprentissage en santé et rétablissement (**NON PAS la formation des formateurs**) conscientise les participants aux stigmas et préjugés liés à la maladie mentale?

Savoir expérientiel :

- 1 Pouvez-vous me décrire comment le savoir expérientiel a sa place dans le modèle *Recovery College* et ce que vous en pensez ?
- 2 Pouvez-vous me décrire comment le savoir expérientiel a eu sa place dans la formation des formateurs et dans votre travail de dyade/triade ? Donnez moi des exemples concrets.
- 3 À votre avis, comment cette valorisation du savoir expérientiel peut transformer les choses ?
- 4 Dans votre expérience personnelle et de formation des formateurs, comment le savoir expérientiel a eu un impact sur vous et sur votre compréhension des enjeux de santé mentale? Donnez moi des exemples concrets.

Clôture de l'entrevue

Quelles sont les choses que vous voudriez ajouter à cette entrevue?

C'est ce qui met fin à l'entrevue. Nous vous remercions grandement de votre participation et collaboration.

** Terminer en demandant si la personne accepte d'être recontacter pour une seconde entrevue après avoir donné 1 ou 2 formations.

Annexe 04 : Guide d'entrevue pour les membres de l'équipe de création (fondatrices) du Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement

Identification

1 - Pourriez-vous me dire votre nom, votre âge, votre rôle dans le Centre d'apprentissage, votre formation et votre expérience avec la santé mentale ?

Documentation historique du processus

2- Comment avez-vous pris connaissance du modèle *Recovery College* ? À quels besoins de la population québécoise vouliez-vous répondre au moment de décider d'implanter un Centre d'apprentissage dans la province ?

I- Planification initiale (avant la création du Centre)

3- Pourriez-vous me décrire les étapes du processus initial de planification de la création du Centre d'apprentissage au Québec ? Quelles étaient les stratégies et les ressources initialement prévues avant l'implantation du modèle dans la province ?

4- Est-ce que ces étapes initiales ont été réalisées ? Quelles adaptations ont été nécessaires au cours du processus de création et d'implantation ? (Les besoins non prévus ou émergents)

5- Quelles ont été les principales contraintes ou quels enjeux avez-vous rencontrés à partir du processus initial de planification jusqu'au moment de la création et de l'implantation du Centre, et quelles solutions ont été mises en place ?

6- Quels facteurs ou éléments ont plutôt facilité ce processus de planification initial jusqu'à l'implantation du Centre d'apprentissage ?

II- Après l'implantation

7- Quelles principales contraintes ou quels enjeux avez-vous rencontrés lors du processus d'implantation du Centre jusqu'à aujourd'hui ? Quelles solutions ont déjà été mises en place ? Donnez des exemples svp.

8- Comment expliqueriez-vous l'écart entre ce qui a été initialement planifié et ce qui a été mise en place à ce jour ?

9- Quels principaux apprentissages avez-vous acquis tout au long de ce processus ?

10- Voudriez-vous ajouter d'autres éléments concernant le processus historique de création et d'implantation du Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement ?

Annexe 05 : codes des entrevues avec les formateurs et les partenaires

Nom	Description	Fichiers	Références
Apprentissages	La personne décrit les apprentissages faits : les connaissances apprises, les méthodes de travail et stratégies apprises, les outils appris, etc. Cela peut également inclure la vision des partenaires concernant les apprentissages pour les formateurs.	7	35
Stratégies et compétences	Le formateur décrit certaines stratégies pédagogiques acquises ou l'élargissement de certaines compétences.	4	6
Atteintes	La personne parle des attentes qu'elle avait concernant la formation (avant et pendant celle-ci). La personne parle des attentes qu'elle a concernant la suite (l'après-formation).	9	17
Description de l'expérience	La personne décrit l'expérience vécue lors du recrutement ou de la formation des formateurs.(le ressenti)	7	24
Description du modèle et de la formation	La personne décrit ou illustre de façon générale et/ou conceptuelle le modèle et ses principes. La personne peut décrire directement ou indirectement les principes incarnés lors de la formation. Au-delà de l'expérience vécue, il donne les grandes lignes qui structurent sa compréhension du modèle et de la formation.	7	49
Approche éducationnelle	Le formateur ou partenaire décrit la pédagogie ou approche éducationnelle comme un élément clé du modèle.	2	4
Basée sur les forces	Le formateur soulève certains éléments de la formation qui mettent en évidence le principe de focaliser sur les forces des participants	2	2

Nom	Description	Fichiers	Références
Changement de représentations	Le formateur ou partenaire décrit le changement de représentation par le biais d'une réflexion critique comme un élément clé du modèle.	1	1
Co-construction	Le formateur décrit des éléments de la formation liés à la co-construction des savoirs.	5	9
Espace de parole	Le formateur décrit des éléments qui renforcent la stratégie en tant qu'espace de parole et échange à tous et toutes.	6	11
Inclusion Sociale	La personne décrit des éléments qui met en évidence les caractéristiques inclusives du modèle.	2	2
Intégration de Savoirs	Le formateur décrit la façon par laquelle le principe de l'intégration des savoirs était présent lors de la formation.	6	8
Mixité	Le formateur décrit certaines situations où la mixité ou inclusivité était présente ou incarnée.	3	6
Savoir expérientiel	Le formateur décrit (directement ou indirectement) certains éléments permettant de soulever l'importance du savoir expérientiel ou la façon par lequel la valorisation du savoir expérientiel est incarnée lors de la formation	7	18
Équité de savoir	Le formateur décrit la présence ou l'importance d'une relation d'équité de savoirs lors de la formation.	3	4
Facteurs facilitants	La personne décrit les facteurs qui ont facilité son expérience de formation.	6	16
Climat organisationnel	Le formateur ou partenaire décrit « le climat organisationnel » (ex.: la perception positive de son milieu de formation, la qualité des relations, la perception d'ouverture du groupe, etc.) comme un élément facilitant lors de sa participation dans la formation ou contribution au CARS.	4	5
Co-formations en duo	Le formateur décrit le travail en dyade comme un facteur facilitateur lors et après la formation	2	2
Communauté des pratiques	Le formateur décrit le rôle potentiel de la communauté des pratiques pour les formateurs.	3	5

Nom	Description	Fichiers	Références
Confiance vers le projet	Le formateur décrit des éléments qui ont facilité son processus de « confiance » vers le projet en général. (ex.: la capacité technique de gens, perception de compétence des membres du centre, professionnalisme, la structure, les partenaires, ressources disponibles, etc.).	2	2
Gestion flexible et ouverte.	Le partenaire ou formateur décrit certaines caractéristiques de la gestion du CASR qui favorisent les formations.	1	1
Ouverture à la pensée critique	Le partenaire ou formateur décrit l'importance d'un milieu ouvert à la réflexivité concernant la préparation du programme de formation des formateurs ou lors des formations.	1	1
Personne-ressource (soutien organisationnel)	Le formateur décrit comme important le soutien des membres de l'administration du centre d'apprentissage (personnes-ressources) lors de son parcours pendant ou après la formation.	2	3
Qualité des activités	Le formateur ou partenaire décrit la qualité des discussion ou des activités comme un élément motivant ou facilitant lors de leurs processus de participation ou contribution.	1	1
Rencontres en personne	Le formateur ou partenaire décrit le travail en personne comme un élément facilitant du processus.	1	1
Rétroaction	Le formateur décrit l'importance de la rétroaction dans le cheminement des formateurs.	1	1
Facteurs limitants	Le formateur décrit les facteurs qui ont limité son expérience de formateur (dans le cadre de la formation des formateurs et au delà) (pour sa motivation, son travail de formateur). Obstacles, enjeux, etc	6	22
Divergence d'atteintes	Le formateur ou partenaires décrit certains enjeux liés au travail intersectoriel(ex. divergence d'atteintes, d'intérêt, communication, prise de décision, etc.)	1	1
Facteurs personnels	Le participant décrit certaines caractéristiques individuelles ou relationnelles (ex: psychologiques, comportemental, habitudes, culturelles, etc.) pouvant nuire son épanouissement avant, durant ou après la formation.	2	2

Nom	Description	Fichiers	Références
Gestion du Temps	La personne décrit la gestion du temps de la formation comme un élément qui pourrait nuire la motivation ou apprentissage du formateur lors de la formation.	2	2
Long déplacement vers les formations	Le formateur décrit le déplacement à la formation comme un contrainant lors du processus de formation	1	1
Manque de pratique	Enjeux liés au manque de pratiques des formateurs.	2	5
Manque de rétroaction	Le formateur décrit le manque de rétroaction ou suivi comme un facteur qui pourrait nuire son développement.	2	2
Problèmes de communication	Le formateur décrit des éléments liés à la communication qui nuisent son travail	3	5
Rencontres en ligne	Le formateurs ou partenaires décrit les rencontres en lignes comme une barrière a son parcours, apprentissage ou compression du modèle.	1	1
l'importance de la formation des formateurs	Le partenaire décrit la relevance de la formation des formateurs vers le modèle en général.	1	1
Objectifs d'apprentissage	La personne décrit les objectifs de la formation tels qu'elle les perçoit.	7	11
Recommandations	La personne fait des recommandations. Code Axial / Catégorie.	6	27
Centre d'apprentissage	Le formateur suggère des recommandations pour l'amélioration du centre d'apprentissage.	5	9
Communauté des pratiques	Le formateur fait une recommandation directe (ou indirecte) pour améliorer la routine o de la communauté de pratique.	2	2
Diffusion	Le formateur décrit l'importance d'optimiser la publicité et diffusion du centre d'apprentissage.	1	1
Intégration des cohortes.	Le formateur décrit des stratégies peuvent améliorer l'intégration entre le cohortes.	1	1
Modèle de paiement	Le formateur suggère un « modèle de paiement » différent pour l'ensemble de formateurs	1	1
Formations	Le formateur ou partenaire décrit des recommandations pour la formation des formateurs.	6	14

Nom	Description	Fichiers	Références
Retombées de la Formation des formateurs	La personne décrit les retombées qu'elle perçoit du fait d'avoir suivi la formation des formateurs ou les potentielles retombées sur l'ensemble de participants.	7	23
L'ensemble des formateurs	Le formateur décrit les potentielles retombées de la stratégie pour l'ensemble des participants.	1	1
la vision des partenaires des retombées.	Le partenaire décrit les possibles retombées aux formateurs.	3	6
Vie personnelle	Le formateur décrit la contribution de la formation vers sa vie personnelle	4	16
Vie professionnelle	La personne décrit des retombées sur sa vie professionnelle.	1	1
Retombés aux partenaires	Le partenaire décrit certaines retombées du fait d'avoir participé au processus de réflexion de la formation des formateurs ou du fait d'avoir participé en tant que formateur.	4	8
Acteurs	Le partenaire décrit des retombées personnelles ou professionnelles du fait d'avoir participé du projet.	3	5
Organisationnel	Le partenaire décrit certains retombées de leurs organisations du fait d'avoir participé du processus.	3	3
Évolution de la connaissance du modèle	Le partenaire décrit comment sa connaissance du modèle a évalué en fonction de son implication en tant que partenaire.	2	3

Annexe 06 : code des entrevues avec les gestionnaires du CASR

Nom	Description	Fichiers	Références
Composants déterminants de la mise en oeuvre	La personne décrit direct ou indirectement des composants importants de la mise en oeuvre d'un centre d'apprentissage RC.	3	13
Conformité aux principes du modèle RC	Le gestionnaire décrit le respect et la conformité aux principes du modèle comme essentiels à la mise en oeuvre ainsi que des mécanismes pour l'assurer.	1	1
Formation des formateurs	Certains processus liés à la formation des formateurs (recrutement, coaching, rétroaction, etc.) sont décrits comme un élément de la mise en oeuvre.	1	1
La gestion participative (Gouvernance)	Le gestionnaire décrit la présence de mécanismes de co-gestion/co-partenariat (ex.comité de pilotage) avec représentants de plusieurs parties prenantes comme un composant important pour la mise en oeuvre de l'intervention.	1	1
Les principes du modèle (vision stratégique)	Les gestionnaires décrivent les principes du modèle comme un composant clé de la mise en oeuvre.	3	5
Mobilisation des ressources internes (gestion opérationnelle)	Des stratégies de mobilisation des ressources humains et financière internes du CARS: rencontre hebdomadaires, CP, journées scientifiques, etc..	2	2
Offre de formations	La personne décrit le processus lié à l'offre de formation (inscription, planification, etc.) comme un composant important de la mise en oeuvre modèle.	1	1
Partenariat, une excellente stratégie.	Les gestionnaires décrivent le co-partenariat comme composant important de la mise en oeuvre.	3	4
Ressources financières	Les gestionnaires décrivent les ressources disponibles (financière, humaines, matériaux, etc.) comme composants de la mise en oeuvre (Inputs)	2	2

Nom	Description	Fichiers	Références
La gestion collective et participative	La gestionnaire décrit le modèle de gestion dominant dans l'organisation et l'impact du modèle actuel de gestion sur l'intervention en général.	2	6
Le degré de la mise en oeuvre	Le gestionnaire décrit sa vision concernant l'état de la mise en oeuvre du CASR.	2	4
Les barrières de la mise en oeuvre.	Les gestionnaires décrivent certains éléments qui ont nui la mise en oeuvre du modèle et de ses composants clés.	1	8
Délai de traitement des demandes	Le gestionnaire décrit des enjeux liés au délai des demandes en raison des difficultés de la gestion de prise de décision.	1	1
Financement, condition de la pérenité	Le financement est soulevé comme une préoccupation ou barrière.	3	3
L'instinct professionnel d'intervenir	Le gestionnaire décrit les difficultés de bien distinguer l'approche interventionniste de l'approche éducative du modèle RC.	1	1
Les enjeux de la collaboration intersectorielle	Le gestionnaire décrit quelques enjeux (temps, intérêt, des attentes, compréhension, etc.) liés à l'implication des multiples partenaires.	2	2
Les enjeux de la divergence des attentes.	Le gestionnaire décrit les enjeux liés à une hétérogénéité du groupe des formateurs. Ex.des attentes, compréhension, niveau du rétablissement, etc.	1	1
Manque de clarté dans la gouvernance	Le gestionnaire décrit certaines difficultés liées à un manque de clarté concernant la gouvernance du CARS.	1	1
Méconnaissance de concepts clés du modèle RC	Le gestionnaire décrit la méconnaissance des principes du modèle (ex. rétablissement, approche éducation, savoir expérientiel, etc.) comme barrière à l'implantation de l'intervention.	1	3
Perte des formateurs et difficultés pour les retenir	Le gestionnaire décrit que la perte de formateurs serait une barrière importante pour la consolidation du modèle.	1	1
Vision traditionnelle des services de santé mentale	La gestionnaire décrit le modèle traditionnel des services en santé mentale comme une barrière au modèle en général.	1	1
Les répercussions mixtes de la COVID-19	Les gestionnaires décrivent les répercussions mixtes de la COVID-19 sur plusieurs composants de l'intervention.	3	6
Les « facilitants » de la	La personne décrit certains éléments qui ont	3	14

Nom	Description	Fichiers	Références
mise en oeuvre	favorisé la mise en oeuvre du modèle et de ses composants clés.		
Communauté des pratiques	La personne décrit la communauté des pratiques comme un élément favorable au centre d'apprentissage ou aux formateurs.	3	4
Connaissance du modèle RC à l'internationale	La gestionnaire décrit l'expérience internationale (visite, communauté de pratique internationale, congrès, etc.) comme un facilitant pour de la mise en oeuvre.	1	1
Croyance vers l'efficacité du modèle RC	Le gestionnaire décrit que la perception de l'efficacité ou utilité du modèle par des personnes fondamentale pour son implantation.	1	1
Flexibilité et capacité d'adaptation	La personne décrit la capacité à s'adapter comme nécessaire et importante pour la réussite du projet,	1	1
Gestion participative et horizontale	La gestionnaire décrit un modèle de gestion participatif)plus adéquat pour le CASR plutôt qu'un modèle « top-down ».	1	2
La reconnaissance du gouvernement.	La personne décrit la reconnaissance gouvernementale ou d'autres organismes (ministère, université, etc..) comme facteur facilitant de la consolidation du modèle.	1	1
Ouverture au modèle RC et ses principes	La gestionnaire décrit l'ouverture au modèle RC par des professionnels, apprenants, formateurs, systèmes de santé, etc., comme un facteur favorisant à son implantation.	1	2
Partage d'expérience et co-construction	Le gestionnaire décrit le milieu de partage et co-construction de savoirs comme un élément facilitateur pour certains formateurs qui ont davantage un savoir théorique/clinique.	1	1
Partenaires stratégiques, une excellente stratégie.	La gestionnaire décrit le partenariat comme élément important pour la reconnaissance, mise en oeuvre ou diffusion du CASR.	2	3
Lien de confiance auprès des partenaires	La gestionnaire décrit que le lien de confiance entre les partenaires et les membres de la gestion a été fondamental pour l'engagement des partenaires, par conséquent, pour favoriser la mise en oeuvre de l'intervention..	1	1
Stratégie pédagogique, l'apprenant-formateur	Le gestionnaire décrit un ensemble d'éléments liés à la pédagogie du CASR qui	1	1

Nom	Description	Fichiers	Références
en tant que maître de son propre processus d'apprentissage.	sont vus comme facilitants pour les apprenants.		
Valorisation du savoir expérientiel	La gestionnaire décrit la valorisation du savoir expérientiel comme un facteur facilitateurs pour l'implantation du modèle RC.	2	2
Équipe de recherche	La gestionnaire décrit la participation de chercheurs comme essentielle pour l'existence du modèle, notamment sur le plan financier.	1	1
Retombées du processus	La personne décrit les retombées pour sa vie personnelle, professionnelle ou pour d'autres participants ainsi que propose certains « mécanismes d'action » qui expliquerait les bénéfices de l'intervention. ».	3	5
Vision du modèle d'affaire	La personne décrit sa vision générale du « modèle d'affaire » du centre d'apprentissage.	2	2

Annexe 07 : code des entrevues avec les fondatrices

Nom	Description	Fichiers	Références
Apprentissages (13B)	La fondatrice 13B décrit ses apprentissages lors du processus d'implantation du modèle.	1	1
Apprentissages (11B)		1	1
Changement de paradigmes (11B)	La personne décrit la décision d'établir le CASR dehors des institutions traditionnelles.	1	1
Difficulté de la pérennité (11B)	La personne décrit certains enjeux pour assurer la pérennité des projets au Québec	1	1
Enjeux d'implantation (la complexité des partenariats)	La personne décrit les enjeux vécus lors de la mise en oeuvre de l'intervention.	1	1
L'importance du processus vers les transformations (13B)	La personne soulève l'importance de consacrer du temps au processus d'implantation pour le succès de l'implantation. (la mise en ouvre).	1	1
La résistance au changement (11B)	La personne décrit certaines résistances vécues ou ressenties lors du processus d'implantation du modèle.	1	1

Nom	Description	Fichiers	Références
La résistance au changement (13B)	La personne décrit certaines résistances vécues ou ressenties lors du processus d'implantation du modèle.	1	5
Manque de leadership et d'intérêt du gouvernement	La personne décrit certains problèmes liés au manque d'intérêt et leadership du gouvernement vers le modèle ainsi que les solutions trouvées.	1	1
Milieu de l'éducation, un facilitant (11B)	La personne décrit le milieu de l'éducation comme un facteur facilitant pour la mise en oeuvre de la stratégie.	1	1
Partenaires, un élément pour la pérennité	La personne décrit le rôle des partenaires vers la pérennité du modèle.	1	2
Solution à la résistance (13B)	La personne décrit les stratégies mises en place face aux résistances locales	1	2
Solution à la résistance (11B)	La personne décrit les stratégies mises en place face aux résistances locales	1	2
Stratégie pour impliquer les partenaires (11B)	La personne décrit la stratégie mise en place pour impliquer les partenaires dans le processus.	1	1
Équipe (13B)- équipe de gens qui ont une vision.	La personne décrit le besoin d'une équipe comme élément de succès d'une implantation innovante.	1	1

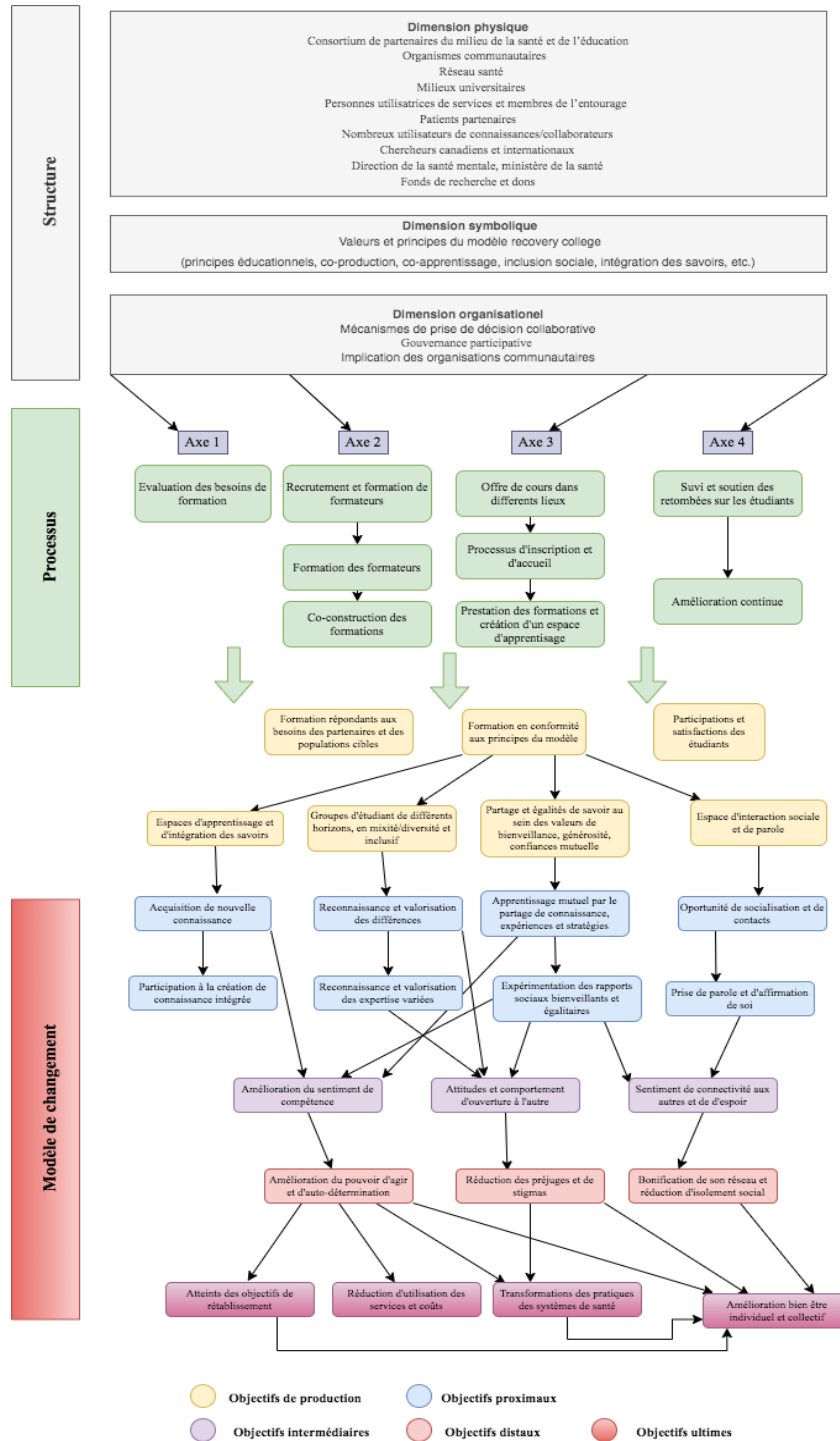
Annexe 08 : Modèle Logique de la I Phase de la mise en œuvre du Modèle recovery college du Québec

Ressources et partenariat	Principes clés et activités envisagées	Extrants	Résultats attendus (issus de la littérature du domaine)		
			Court terme	Moyen terme	Long terme
<p>Consortium de partenaires du milieu de la santé et de l'éducation</p> <ul style="list-style-type: none"> • CIUSSS et GMF • Organismes communautaires en santé mentale dont l'ACSM-Mtl • Cégeps et milieux universitaires • Personnes utilisatrices de services et membres de l'entourage • Équipe de chercheurs (incluant le soutien de chercheurs (incluant le soutien de chercheurs internationaux) • Nombreux utilisateurs de connaissances du réseau de la santé 	<p>Offre d'une variété de cours sur différents sujets liés à la santé, au rétablissement et à la santé mentale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cours co-construits et co-animés par des personnes avec un savoir expérientiel et des personnes avec un savoir théorique ou clinique des problèmes de santé mentale <ul style="list-style-type: none"> o Thème 1 Apprendre et réfléchir sur le rétablissement et le bien-être personnel: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Comprendre les étapes du rétablissement ▪ Écrire et partager mon savoir ▪ Identifier les forces et ressources dont je dispose o Thème 2 : Développer mes connaissances et compétences : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Savoir gérer mon anxiété ▪ Mieux vivre avec une maladie bipolaire ▪ Construire ma confiance en soi ▪ Appliquer des principes de pleine conscience o Thème 3 : Me préparer à passer à une autre étape <ul style="list-style-type: none"> ▪ Retourner aux études ▪ Les étapes vers un travail rémunéré ▪ Outils en matière de plan de rétablissement • Basés sur des principes éducationnels où chaque étudiant a son plan d'apprentissage individuel. • Centrés sur la personne : la personne choisit elle-même son/ses cours. Il n'y a pas de recommandation d'un médecin, pas besoin de diagnostic ou d'évaluation formelle. Accès à un tuteur/orienteur pour le choix des cours. • Inclusif, principe de mixité sociale i.e. est accessible à tous (personnes avec ou sans problème de santé mentale, aidants, familles et membres de l'entourage, intervenants, personnels administratifs, enseignants, citoyens, etc.), sans égard à l'origine culturelle, le parcours éducationnel, l'âge. • Opérés selon des principes de pédagogie active et de partage des expertises et compétences entre enseignants-étudiants et entre étudiants. • Orientés vers la communauté : consortium de partenaires et lieux physiques dans les milieux de vie (cégeps, universités, GMF, bibliothèques, etc.) • Axés sur le rétablissement, les forces et ressources du milieu ainsi que sur la lutte contre la stigmatisation. • Ne sont pas des substituts aux traitements et aux évaluations traditionnels et ne se substituent pas aux collèges traditionnels. 	<p>Intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tableau de bord de suivi des profils des étudiants - Suivi des objectifs personnels et des objectifs d'apprentissage - Journal de bord de pré et post rencontres avec l'étudiant (incluant bienfaits perçus, niveau de satisfaction) <p>Coordination</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comptes rendus des réunions du comité de coordination - Tableau de statistiques - Tableau des enjeux et des stratégies <p>Recherche</p> <ul style="list-style-type: none"> - Schématisation de la logique opérationnelle et théorique de l'intervention à différents moments clés du processus - Données d'entrevue auprès des étudiants, des formateurs et autres membres du comité de coordination - Données des questionnaires pour mesurer les effets - Rapport d'analyse - Article scientifique 	<p>Court terme</p> <ul style="list-style-type: none"> Amélioration des connaissances en matière de santé mentale et de rétablissement Développement de nouvelles habiletés et compétences Meilleure mise à profil du savoir expérientiel (pour soi-même ou dans sa pratique) Développement d'un sentiment d'appartenance / Élargissement de son réseau de contacts 	<p>Moyen terme</p> <ul style="list-style-type: none"> Amélioration de son sentiment de compétences en matière de santé mentale et de rétablissement Amélioration de sa confiance en soi et sa capacité d'autodétermination (pour soi ou pour des services axés rétablissement) Reprise d'espoir et d'une vision future positive (pour soi ou pour les personnes atteintes de maladie mentale) Réduction de ses préjugés envers la maladie mentale et envers le réseau de la santé Développement d'un meilleur réseau de soutien (pour son propre rétablissement, pour un proche ou dans un contexte professionnel) 	<p>Long terme</p> <ul style="list-style-type: none"> Meilleure capacité d'autogestion de sa situation de vie Amélioration de son propre rétablissement personnel Atteinte d'objectifs liés au retour aux études, au travail ou autres projets de vie Attitudes et comportements davantage axés vers le rétablissement des personnes Pratiques et services davantage axés vers le rétablissement

Annexe 09 : Modèle Logique de la II Phase de la mise en œuvre du Modèle recoery college du Québec

Ressources et partenariat	Principes clés et activités envisagées	Extrants	Résultats attendus (issus de la littérature du domaine)		
			Court terme	Moyen terme	Long terme
<p>Consortium de partenaires du milieu de la santé et de l'éducation</p> <ul style="list-style-type: none"> Organismes communautaires : prévention/promotion, autogestion/rétablissement en santé mentale Réseaux santé : CISSS, CIUSSS et GNF Cégeps et milieux universitaires Personnes utilisatrices de services et membres de l'entourage Patients partenaires Nombreux utilisateurs de connaissances/collaborateurs Chercheurs canadiens et internationaux Direction de la santé mentale, Ministère de la santé Entente avec l'UQTR (Formation continue et hors campus et Fondation) – projet de Chaire de recherche 	<p>Offre d'une variété de formations sur différents sujets liés à la santé, au rétablissement et à la santé mentale</p> <ul style="list-style-type: none"> Formations co-construites et co-animées par des intervenants détenant un savoir théorique et clinique et des personnes atteintes détenant un savoir expérientiel (doux de formateurs) <ul style="list-style-type: none"> Thème 1 Apprendre et réfléchir sur le rétablissement et le bien-être personnel: <ul style="list-style-type: none"> Mon rétablissement et bien-être Identifier les forces et ressources dont je dispose Développer mon pouvoir d'agir Thème 2 : Développer mes connaissances et compétences : <ul style="list-style-type: none"> Savoir gérer mon anxiété Mieux vivre avec une maladie bipolaire Construire ma confiance en soi Appliquer des principes de pleine conscience Thème 3 : Me préparer à passer à une autre étape <ul style="list-style-type: none"> Développer un projet mobilisateur Construire mon plan de rétablissement Basés sur des principes éducationnels où chaque étudiant a son plan d'apprentissage individuel. Centrés sur la personne : la personne choisit elle-même son/ses formations. Il n'y a pas de recommandation d'un médecin, pas besoin de diagnostic ou d'évaluation formelle. Accès à un tuteur/orienteur pour le choix du plan de formation. Inclusifs, principe de mixité sociale : accessible à tous (personnes avec ou sans problème de santé mentale, aidants, familles et membres de l'entourage, intervenants, personnels administratifs, enseignants, citoyens, etc.), sans égard à l'origine culturelle, le parcours éducationnel, l'âge. Opérés selon des principes de pédagogie active et de partage des expertises et compétences entre enseignants-étudiants et entre étudiants. Développement de savoirs intégrés et de nouvelles compétences. Orientés vers la communauté et la co-production des savoirs : consortium de partenaires et lieux physiques dans les milieux de vie (cégeps, universités, GMF, bibliothèques, etc.) Axés sur le rétablissement, les forces et ressources du milieu ainsi que sur la lutte contre la stigmatisation. Axés aussi sur la reconnaissance du savoir expérientiel et le changement des attitudes et pratiques. Ne sont pas des substituts aux traitements et aux évaluations traditionnels et ne se substituent pas aux collèges traditionnels. 	<p>Suivi d'intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> Tableau de bord de suivi des profils des étudiants Suivi des objectifs personnels et des objectifs d'apprentissage Journal de bord de pré et post rencontres avec l'étudiant (incluant bienfaits perçus, niveau de satisfaction) <p>Suivi de coordination</p> <ul style="list-style-type: none"> Comptes rendus des réunions du comité de coordination Tableau de statistiques Tableau des enjeux et des stratégies <p>Recherche et évaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> Schématisation de la logique opérationnelle et théorique de l'intervention à différents moments clés du processus Données d'entrevue auprès des étudiants, des formateurs et autres membres du comité de coordination Données des questionnaires pour mesurer les effets Rapport d'analyse Articles et présentations scientifiques <p>Transfert des connaissances et technologie</p> <ul style="list-style-type: none"> Site Web : information/inscription en ligne Webinaires et capsules YouTube sur résultats préliminaires Débats-blogues sur le modèle 	<p>Court terme</p> <ul style="list-style-type: none"> Amélioration des connaissances (savoirs intégrés) en matière de santé mentale et rétablissement Développement de nouvelles habiletés et compétences mettant à profil la co-construction de savoirs intégrés Élargissement de son réseau de contacts (pour soi-même ou sa pratique professionnelle) Meilleure mise à profil du savoir expérientiel (pour soi-même ou dans sa pratique professionnelle) 	<p>Moyen terme</p> <ul style="list-style-type: none"> Amélioration de son sentiment de compétences en matière de santé mentale et de rétablissement Amélioration de sa confiance en soi et sa capacité d'autodétermination (pour soi ou pour des services axés rétablissement) Développement d'un meilleur réseau de soutien (pour soi ou pour sa pratique professionnelle) Reprise d'espoir et d'une vision future positive en regard de son rétablissement (pour soi ou pour les personnes atteintes de maladie mentale) Réduction des préjugés envers la maladie mentale et envers le réseau de la santé 	<p>Long terme</p> <ul style="list-style-type: none"> Meilleure capacité d'autogestion de sa santé mentale Amélioration de son bien-être psychologique et/ou de son rétablissement personnel Atteinte d'objectifs personnels ou professionnels liés aux études, au travail ou autres Attitudes et comportements davantage axés vers le rétablissement des personnes Pratiques et services axés vers le rétablissement qui lute explicitement contre la stigmatisation et l'exclusion sociale
<p>Mécanismes de prise de décision et consultation</p> <p>1- Comité de pilotage : équipe de recherche et partenaires</p> <ul style="list-style-type: none"> Coordonner l'ensemble des actions et décisions pour le bon déroulement du projet (1X/mois) <p>2- Comité d'étudiants : représentants d'étudiants</p> <ul style="list-style-type: none"> S'assurer du respect des besoins des étudiants et leur implication dans le modèle (1X/session) <p>3- Comité consultatif international : chercheurs locaux et internationaux</p> <ul style="list-style-type: none"> Soutenir l'équipe de recherche dans l'implantation fidèle des principes clés du modèle et donner son avis sur les enjeux rencontrés (implantation et évaluation) (3X/année) <p>4- Comité national élargi d'utilisateurs de connaissances</p> <ul style="list-style-type: none"> Réfléchir sur les résultats de la recherche et sur l'évaluation et la réplication du modèle dans le reste du Canada (2X/année) 					
<p>Formation des formateurs</p> <ul style="list-style-type: none"> Formation co-construite et co-animée par partenaires principaux 4 modules de formation : <ol style="list-style-type: none"> Concepts de base (santé globale, santé mentale, autogestion et rétablissement) Pédagogies actives et développement de compétences Animation et travail de partenariat patient-intervenant Utilisation du savoir expérientiel et développement de savoirs intégrés Communauté de pratique en ligne des formateurs 					

Annexe 10 : Modèle Logique du Modèle *recovery college* du Québec



Source : Chaves et coll. (2021)