

ESSAI PRÉSENTÉ À L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAITRISE EN ERGOTHÉRAPIE (M.SC.)

PAR
GABRIELLE BOUCHARD

L'APPORT DU SAVOIR EXPÉRIENTIEL DANS
LA COMPRÉHENSION DES ENJEUX DE SANTÉ MENTALE

DÉCEMBRE 2020

REMERCIEMENTS

Ce projet n'aurait pu être réalisé sans l'aide de plusieurs personnes.

Je tiens d'abord à remercier ma directrice d'essai, madame Catherine Briand pour son soutien, ses conseils et ses encouragements durant tout le projet. Ses rétroactions, ses connaissances et sa motivation vis-à-vis mon projet m'ont donné l'énergie nécessaire et m'ont apporté des éléments essentiels à la réalisation de celui-ci. Merci énormément pour ton aide et ton soutien ce fut très agréable et formateur de travailler avec toi!

Merci également à Julie Bellemare, ergothérapeute et doctorante en sciences biomédicales, pour les commentaires qui ont permis de bonifier mon projet de même qu'à Breitner Chaves et toute l'équipe de recherche du Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal sans qui la collecte de données n'aurait pas été possible.

Je tiens aussi à remercier mes collègues et amies qui a travers les séminaires et les différentes rencontres ont contribué à l'avancement de ce projet.

Pour terminer, je tiens à remercier ma famille qui par son soutien constant durant mes années universitaires a rendu la réalisation de cette maîtrise et de ce projet possible.

Table des matières

REMERCIEMENTS	II
LISTE DES TABLEAUX	V
RÉSUMÉ	VI
1. INTRODUCTION	1
2. PROBLÉMATIQUE	2
3. BUTS ET OBJECTIFS DE RECHERCHE	4
4. CADRE CONCEPTUEL	5
4.1 PARADIGME DU RÉTABLISSEMENT	5
4.2 DÉFINITION DU SAVOIR EXPÉRIENTIEL	6
4.3 LES NOTIONS THÉORIQUES EN LIEN AVEC LE SAVOIR EXPÉRIENTIEL	7
4.3.1 DÉFINITION DU SAVOIR D'EXPÉRIENCE	7
4.3.2 DÉFINITION DE L'EXPÉRIENCE	8
5. MÉTHODE	9
5.1 DEVIS DE RECHERCHE	9
5.2 MÉTHODE POUR LA REVUE DE LITTÉRATURE NON SYSTÉMATIQUE	9
5.2.1 MÉTHODE DE COLLECTE DE DONNÉES	9
TABLEAU 1 : <i>TRI DES ARTICLES EN FONCTION DES CRITÈRES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION</i>	10
5.2.2 ANALYSE DE DONNÉES	11
5.3 MÉTHODE POUR LA CUEILLETTE DE DONNÉES PAR ENTREVUES	11
5.3.1 MÉTHODE D'ÉCHANTILLONNAGE	11
5.3.2 MÉTHODE DE COLLECTE DE DONNÉES	11
5.3.3 DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE	11
5.3.4 ANALYSE DE DONNÉES	12
5.3.5 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES	12
6. RÉSULTATS	13
6.1 RÉSULTATS DE LA REVUE DE LITTÉRATURE	13
6.1.1 DIFFÉRENTS CONTEXTES	13
6.1.2 APPORT DU SAVOIR EXPÉRIENTIEL	14
6.1.3 COMMENT LE SAVOIR EXPÉRIENTIEL FAIT LA DIFFÉRENCE DANS LA COMPRÉHENSION DES ENJEUX DE SANTÉ MENTALE DANS UNE PERSPECTIVE DE RÉTABLISSEMENT À LA FOIS POUR L'AIDÉ ET POUR L'AIDANT	16
TABLEAU 2 : <i>TABLEAU SYNTHÈSE DES RÉSULTATS DE LA REVUE DE LITTÉRATURE</i>	17
6.2 RÉSULTATS DES ENTREVUES SEMI-STRUCTURÉES	21
TABLEAU 3 : <i>BRÈVE PRÉSENTATION DES CINQ PERSONNES RENCONTRÉES</i>	21
TABLEAU 4 : <i>LES 11 IDÉES PRINCIPALES RESSORTIES DES ENTREVUES</i>	21

6.2.1	LE SAVOIR EXPÉRIENTIEL EST ESSENTIEL.....	22
6.2.2	LE SAVOIR EXPÉRIENTIEL PERMET DE DONNER UNE AUTRE PERSPECTIVE	23
6.2.3	LE SAVOIR EXPÉRIENTIEL PERMET DE MIEUX COMPRENDRE CE QUE LES GENS EN RÉTABLISSMENT VIVENT	23
6.2.4	LE SAVOIR EXPÉRIENTIEL MET DE L'AVANT DES SOLUTIONS DIFFÉRENTES POUR UNE MÊME PROBLÉMATIQUE.....	24
6.2.5	LE SAVOIR EXPÉRIENTIEL FAVORISE L'ENTRAIDE ENTRE LES FORMATEURS	25
6.2.6	LE SAVOIR EXPÉRIENTIEL EST UNE EXPERTISE.....	25
6.2.7	LE SAVOIR EXPÉRIENTIEL DONNE UN SENTIMENT DE CONTRÔLE SUR LA MALADIE ET SUR SON RÉTABLISSMENT.....	26
6.2.8	LE SAVOIR EXPÉRIENTIEL EST UN MESSAGE D'ESPOIR	26
6.2.9	LES FORMATEURS DOIVENT FAIRE PREUVE D'OUVERTURE D'ESPRIT POUR APPRENDRE DU SAVOIR EXPÉRIENTIEL.....	27
6.2.10	LE PARTAGE DE SON SAVOIR EXPÉRIENTIEL PERMET À UNE PERSONNE EN RÉTABLISSMENT ET AUX PERSONNES QUI REÇOIVENT CE SAVOIR D'AVOIR UNE MEILLEURE CONNAISSANCE D'EUX-MÊMES.....	27
6.2.11	LE PARTAGE DU SAVOIR EXPÉRIENTIEL EST FACILITÉ PAR LE MODÈLE DU RECOVERY COLLEGE.....	28
7.	DISCUSSION.....	28
7.1	COMPARAISON DES RÉSULTATS	29
7.1.1	L'UTILISATION DU SAVOIR EXPÉRIENTIEL PERMET DE METTRE SUR LE MÊME PIED D'ÉGALITÉ LES DIFFÉRENTS TYPES DE SAVOIRS	29
7.1.2	LE PARTAGE DU SAVOIR EXPÉRIENTIEL PERMET-IL UNE MEILLEURE COMPRÉHENSION DE LA SITUATION DE LA PERSONNE ET DE LUTTER CONTRE LA STIGMATISATION ?	29
7.1.3	LE PARTAGE DU SAVOIR EXPÉRIENTIEL DONNE DE L'ESPOIR.....	30
7.2	RECOMMANDATIONS ET RETOMBÉES POUR LE TRAVAIL DES ERGOTHÉRAPEUTES..	32
7.3	FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE	32
8.	CONCLUSION	33
9.	RÉFÉRENCES.....	34
	ANNEXE A	37

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : <i>Tri des articles en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion</i>	10
Tableau 2 : <i>Tableau synthèse des résultats de la revue de littérature</i>	17
Tableau 3 : <i>Brève présentation des cinq personnes rencontrées</i>	21
Tableau 4 : <i>Les 11 idées principales ressorties des entrevues</i>	21

RÉSUMÉ

Problématique : Les problématiques de santé mentale sont de plus en plus fréquentes. Toutefois, les patients ayant une problématique de santé mentale sont souvent moins impliqués dans la prise de décision autant en milieu hospitalier qu'en milieu communautaire. Autrement dit, leur savoir expérientiel n'est pas nécessairement perçu comme une expertise et la place des savoirs pratique et théorique est plus marquée. Des études ont été menées afin de démontrer les bénéfices de l'utilisation du savoir expérientiel dans un contexte d'enseignement. Toutefois, peu d'études font mention des autres contextes possibles d'utilisation du savoir expérientiel et de l'apport de celui-ci dans ces autres contextes. **Objectif** : L'objectif de cette étude est de documenter l'apport du savoir expérientiel dans ces autres contextes qui ne sont pas en lien avec l'enseignement afin de découvrir les apports possibles de celui-ci dans différents milieux. **Cadre conceptuel** : Plusieurs cadres conceptuels ont été retenus. Tout d'abord, étant donné que l'utilisation du savoir expérientiel s'inscrit dans le paradigme du rétablissement, le Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement publié par la Commission de la santé mentale du Canada (2015) a été utilisé. Ensuite, les notions théoriques de Collin (1998) et de Demailly et Garnoussi (2015) ont été employées afin de définir le savoir expérientiel et les théories en lien avec celui-ci. **Méthode** : Pour ce faire, un devis qualitatif descriptif a été utilisé. Le devis comporte deux étapes, une courte revue de littérature non systématique et ensuite, des entrevues auprès de formateurs du Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement qui utilisent dans le cadre de leur fonction leur savoir expérientiel. **Résultats** : La revue de littérature composée de 13 articles a mis de l'avant les cinq contextes d'utilisation du savoir expérientiel suivants : pour consultation, par les professionnels de la santé qui en détiennent un, dans des ateliers de coproduction, en contexte de formation et en recherche. Ensuite, plusieurs apports du savoir expérientiel ont été notés tels que la mise en place de politiques plus inclusives, l'augmentation de l'espoir chez les personnes en rétablissement et la favorisation de l'inclusion sociale. Les entrevues menées auprès de cinq participants mettent de l'avant que le savoir expérientiel est essentiel pour les formateurs, qu'il permet de donner une autre perspective aux formateurs et de mieux comprendre ce que les gens en rétablissement vivent. De plus, les entrevues permettent de constater que le savoir expérientiel est une expertise et qu'il favorise l'entraide entre les formateurs. **Discussion** : Les résultats obtenus font valoir tout d'abord que le partage du savoir expérientiel permet une meilleure compréhension de la situation de la personne. Ensuite que le partage de ce savoir donne de l'espoir aux gens en rétablissement ou avec une problématique de santé mentale. Pour terminer, celui-ci permet d'équilibrer l'utilisation des savoirs et de donner sa place au savoir expérientiel afin qu'il soit perçu égal aux savoirs pratique et théorique. **Conclusion** : La présente étude permet de mieux comprendre les effets de l'utilisation du savoir expérientiel auprès des professionnels de la santé, en recherche et dans des formations. Les résultats démontrent que d'utiliser le savoir expérientiel est bénéfique. Toutefois, cette étude n'est qu'un aperçu de ce que l'utilisation du savoir expérientiel a la possibilité d'apporter. De futures études sur le savoir expérientiel sont nécessaires afin de mieux définir les différents contextes et l'apport du savoir expérientiel dans chacun d'eux.

1. INTRODUCTION

Au Québec depuis quelques années, la place des personnes utilisatrices de services de santé (patients) en santé mentale est en évolution. En effet, les pratiques ont changé afin d'augmenter le pouvoir de décision de celles-ci sur leurs soins. Ce qui a eu pour effet de laisser de plus en plus de place aux personnes et à leurs proches dans les équipes. De plus, en mettant de l'avant la personne utilisatrice de services et ses proches lors de décisions sur les soins, cela a donné une place au savoir expérientiel qui était moins valorisé il y a quelques années (Clément & Lévesque, 2016).

Le présent projet d'intégration vise à comprendre l'apport de ce savoir expérientiel dans la compréhension des enjeux de santé mentale dans une perspective de rétablissement à la fois pour l'aidé et pour l'aidant. En fait, l'objectif est de faire ressortir l'apport du savoir expérientiel de la perspective des professionnels de la santé et des formateurs du Recovery College qui ont participé à la formation donnée par le Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement. Ce centre d'apprentissage permet le croisement des différents types de savoir à travers des formations et des ateliers sur différents sujets du domaine de la santé.

Ainsi, la problématique et la pertinence de s'intéresser à ce sujet seront présentées. Ensuite, le cadre conceptuel, la méthodologie et les résultats seront exposés. Pour terminer, une analyse des données sera faite afin de faire des liens entre les résultats obtenus et le cadre conceptuel expliqué. De plus, cette analyse permettra de répondre aux objectifs ciblés du projet d'intégration.

2. PROBLÉMATIQUE

Les problématiques de santé mentale sont très fréquentes. En effet, au Canada chaque année une personne sur cinq est diagnostiquée avec un trouble de santé mentale (Commission de la santé mentale du Canada, 2015). De surcroît, cette problématique n'affecte pas seulement les Canadiens. En effet, si l'on regarde ailleurs en Amérique du Nord, environ 6% des Américains ont une problématique de santé mentale sérieuse (Boyd & al., 2016).

Qui plus est, les études démontrent que les problèmes de santé mentale touchent également les travailleurs de la santé. En effet, il a été prouvé que de 50 à 85 % des travailleurs de la santé ont vécu des problématiques de santé mentale au courant de leur vie (Bike & al., 2009; Deutsch, 1985; Nachshoni & al., 2008). Ces maladies, tout comme les problèmes de santé physique, peuvent engendrer des incapacités. D'ailleurs, les maladies mentales graves représentent cinq des dix principales causes de handicap au Canada et plus d'un million de Canadiens vivent avec l'une d'entre elles (Park & al., 2014). Malgré tout, les soins de santé mentale sont encore régulièrement traités séparément et vus comme secondaires des soins médicaux liés à la santé physique (Hunt & Resnick, 2015).

Historiquement, l'implication des patients dans leurs soins de santé se résumait à approuver les décisions médicales prises au préalable par les médecins et les professionnels (McDermott, 1998) ce qui avait pour effet de leur faire vivre un sentiment d'impuissance face aux soins reçus (Grundy & al., 2015). De nos jours, les professionnels de la santé, tels que les ergothérapeutes, portent une attention particulière sur l'importance d'offrir des soins centrés sur le patient et de permettre à ce dernier de s'exprimer face aux traitements reçus (Association canadienne des ergothérapeutes, 2012). Cependant, il est rare que les patients ayant une problématique de santé mentale aient un droit de parole en lien avec leur expérience dans le réseau de la santé ou au sujet de leur rétablissement. En fait, Grundy et al. (2017) mettent de l'avant qu'il y a actuellement un manque d'implication des utilisateurs de service en santé mentale autant en milieu hospitalier qu'en milieux communautaires.

C'est afin de permettre aux personnes utilisatrices de services de santé de partager leur savoir expérientiel en santé mentale que le paradigme du rétablissement est apparu dans les années 1990. Plus précisément, le paradigme du rétablissement fait référence au fait de « vivre une vie

satisfaisante, pleine d'espoir et enrichissante même si la personne peut encore ressentir des symptômes de sa maladie [*Traduction libre*] » (Pelletier & al., 2019, p. 450). De surcroît, comme mentionné par Pelletier et al. (2019, p. 452), « le mouvement du rétablissement perçoit les personnes ayant vécu avec une problématique de santé mentale ou une maladie mentale comme de vrais experts par expérience [*Traduction libre*] ». En fait, le paradigme du rétablissement promet qu'il existe trois types de savoirs qui sont tous égaux. Ces trois savoirs sont : le savoir clinique, qui consiste à détenir un savoir dérivé de l'expérience professionnelle, un savoir théorique, qui se base sur les données probantes obtenues par la recherche et un savoir expérientiel qui consiste à vivre une expérience, mais surtout à analyser cette expérience et à en ressortir avec des stratégies et une sagesse qu'il est ensuite possible de transmettre (Fox, 2017). C'est ce troisième type de savoir que le paradigme du rétablissement désire faire valoir à la fois auprès des organisations de santé que dans le processus de suivi médical.

Le paradigme du rétablissement a pour objectif que les savoirs professionnels, théoriques et expérientiels soient intégrés ensemble dans la recherche de solutions et dans la prise de décision. C'est-à-dire que les savoirs professionnels et théoriques, déjà très utilisés en santé mentale, soient mêlés au savoir expérientiel d'individus en rétablissement avec lesquels les professionnels ont échangé et avec qui ils ont fait du codéveloppement et de la résolution de problème. Afin de réussir cela, il faut une redéfinition de ce qu'est un savoir (Fox, 2017). En fait, il est nécessaire que la hiérarchie du rapport social entre l'aidé et l'aidant disparaisse et que le rapport devienne d'égal à égal. Il faut considérer chaque individu comme ayant un ou des savoirs qui peuvent contribuer à la relation thérapeutique, mais surtout à la recherche de solution.

À la lumière des écrits, il est possible de faire le constat que l'enseignement par des personnes en rétablissement ayant du savoir expérientiel contribue à mieux préparer les étudiants en soins infirmiers à la pratique dans ce milieu et réduit la stigmatisation qu'ils avaient envers la clientèle en santé mentale (Happell & al.; 2015; Fox, 2016). De plus, Harris, Leskela et Hoffman-Konn (2016) mentionnent que les travailleurs en santé mentale avec un vécu expérientiel ont moins de préjugés envers cette clientèle et voient leur vécu comme étant un atout dans la relation thérapeutique. Néanmoins, moins de données sont disponibles au sujet des professionnels de la santé directement, qu'ils aient un vécu expérientiel en lien avec la santé mentale ou non.

3. BUTS ET OBJECTIFS DE RECHERCHE

Étant donné qu'une recherche dans plusieurs bases de données fait ressortir davantage l'apport du savoir expérientiel dans le milieu de l'enseignement et que l'apport du savoir expérientiel dans ce contexte est positif (Happell & al., 2015; Fox, 2016), il est pertinent d'analyser l'apport de ce savoir dans d'autres contextes que celui de l'enseignement.

L'objectif de ce projet d'intégration est donc de documenter l'apport du savoir expérientiel dans ces autres contextes qui ne sont pas en lien avec l'enseignement afin de découvrir les apports possibles de celui-ci dans différents milieux.

Pour atteindre l'objectif, l'analyse et la cueillette de données se fera en deux temps. Tout d'abord, une revue de littérature sera faite afin de documenter les différents contextes et l'apport du savoir expérientiel dans ceux-ci. En deuxième temps, des entrevues semi-structurées seront menées afin de documenter l'apport du savoir expérientiel dans un autre contexte, soit celui du Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement.

Ainsi, les objectifs spécifiques en lien avec la revue de littérature sont de :

3.1 Décrire ces autres contextes;

3.2 Décrire l'apport du savoir expérientiel dans ces différents contextes et faire émerger comment le savoir expérientiel peut faire la différence dans la compréhension des enjeux de santé mentale.

Ensuite, l'objectif spécifique en lien avec les entrevues semi-structurées est de :

3.3 Documenter l'apport du savoir expérientiel dans le contexte du modèle Recovery College (représentant un de ces contextes différents).

4. CADRE CONCEPTUEL

Cette section présente les fondements théoriques en lien avec le savoir expérientiel et présentera en premier lieu le paradigme du rétablissement dans lequel s'inscrit le concept de savoir expérientiel. En second lieu, il abordera le concept de savoir expérientiel et en troisième lieu, les notions qui s'y rattachent.

4.1 Paradigme du rétablissement

Le savoir expérientiel ainsi que les concepts qui s'y rattachent s'inscrivent dans le paradigme du rétablissement. Selon le Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement publié par la Commission de la santé mentale du Canada (2015), la pratique axée sur le rétablissement a pour objectif de donner de l'espoir aux personnes avec une problématique de santé mentale et vise à traiter les gens avec dignité et respect. De plus, l'approche du rétablissement vise à soutenir chaque personne dans une recherche d'un bien-être et d'une meilleure santé mentale. « Parallèlement, la philosophie du rétablissement repose sur plusieurs concepts, comme l'auto-assistance, l'appropriation du pouvoir et l'action revendicatrice, qui remontent encore plus loin, dans le domaine de la santé mentale et dans d'autres domaines. » (Commission de la santé mentale du Canada, 2015). Ce paradigme a pour objectif d'outiller la personne ayant une problématique de santé mentale afin qu'elle soit en mesure de faire ses propres choix en fonction de ses objectifs et de ses valeurs.

Soulignons que la Commission de la santé du Canada (2015) mentionne que les pratiques axées sur le rétablissement visent les personnes impliquées dans le domaine de la santé mentale que ce soit les professionnels, les personnes accédant aux soins, à leurs proches ou bien d'autres.

Afin d'avoir une pratique axée sur le rétablissement et ainsi de favoriser le rétablissement de la clientèle, les services doivent être offerts d'une manière bien précise. En effet, tel que rapporté par Shepherd et al. (2012) dans le guide *Mise en pratique du rétablissement : une méthodologie en vue d'un changement organisationnel*, il existe 10 grands défis organisationnels à surmonter et à prendre en compte afin d'obtenir un changement organisationnel favorable au rétablissement. Tout d'abord, afin d'avoir une pratique axée sur le rétablissement, il est indispensable d'avoir un engagement de la part des gestionnaires. Par exemple, le guide met de

l'avant l'importance que le clinicien reçoive de la formation continue animée par des gens ayant un savoir expérientiel et l'accès à ce type de formation sera possible avec l'appui des gestionnaires du milieu. De plus, il a été démontré que d'avoir un centre d'éducation sur le rétablissement tel qu'un Recovery College permet de faire avancer les programmes gouvernementaux et transformer la pratique des professionnels. Un autre défi à surmonter au niveau organisationnel est la redéfinition de la participation de la personne utilisatrice de services. En effet, cela est primordial, car l'usager devrait être impliqué dans les plans d'intervention et dans les comités décisionnels puisqu'il est démontré que le savoir expérientiel d'une personne utilisatrice de services est utile car il permet une meilleure compréhension de ce que la personne utilisatrice de services vit et peut contribuer à prendre des décisions éclairées. Le guide met également en lumière les autres faits suivants : 1) l'importance d'embaucher des pairs aidants dans les équipes cliniques, 2) la pertinence d'amener les personnes utilisatrices de services à retourner au travail ou aux études, 3) que le système de santé ne devrait pas être seulement axé sur la maladie et ses symptômes, mais lutter également contre la stigmatisation sociale et 4) qu'une pratique axée sur le rétablissement doit comprendre des programmes de soutien aux employés, également axés sur le rétablissement, afin de les soutenir dans leur santé mentale.

Les mesures proposées valorisent le savoir expérientiel dans les milieux cliniques. De plus, la philosophie proposée par Shepherd et al. (2012) place le savoir expérientiel comme un savoir reconnu et incontournable afin d'avoir une pratique axée sur le rétablissement. À l'évidence, ce nouveau paradigme place le savoir expérientiel au même niveau que les autres savoirs dans sa contribution au rétablissement.

4.2 Définition du savoir expérientiel

Les définitions retenues pour la présente étude sont ceux de Collin (1998), de Demailly et Garnoussi (2015) ainsi que celui proposé par la Commission de la santé mentale du Canada (2015).

Le savoir expérientiel est un savoir important qui est très pertinent à utiliser en santé mentale. Demailly et Garnoussi (2015) définissent le savoir expérientiel comme une connaissance acquise par l'expérience. Cette connaissance doit être accompagnée par « une activité de pensée par laquelle on est instruit par l'expérience. » (Demailly & Garnoussi, 2015, p.8). L'expérience est définie par Collin (1998, paragr. 17) comme un événement à la fois formatif et informatif et qui

correspond à « une réaction de la personne face à un événement ou une situation dans laquelle elle est impliquée, et qui lui permet d'évoluer en découvrant un aspect nouveau de la réalité. ». Dans le même ordre d'idée, Demailly et Garnoussi (2015) mentionnent que le savoir expérientiel comprend trois dimensions soient : l'épreuve de la maladie, celle du soin psychiatrique et celle du rétablissement. Ainsi, afin de pouvoir transmettre cette expérience à d'autres et pour que celle-ci les enrichissent même s'ils ne l'ont pas vécue, un travail de transformation est nécessaire par la personne détenant le savoir (Demailly & Garnoussi, 2015).

Le Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement publié par la Commission de la santé mentale du Canada (2015, p.90) définit le savoir expérientiel de manière semblable en mentionnant qu'il représente « les connaissances que les personnes tirent de leur expérience ». Cela comprend également l'expertise tirée des expériences vécues autant par les personnes, que les organisations familiales et les pairs. De plus, la Commission mentionne que ce savoir joue un rôle essentiel dans l'amélioration des services en santé mentale.

4.3 Les notions théoriques en lien avec le savoir expérientiel

4.3.1 Définition du savoir d'expérience

Afin de bien cerner l'expression « savoir expérientiel », il est pertinent de s'arrêter à la définition proposée par Demailly et Garnoussi (2015), étant que le savoir expérientiel fait partie de la grande catégorie nommée « savoir d'expérience ».

Ce savoir d'expérience comprend non seulement le savoir expérientiel, mais également l'expérience antérieure et les savoirs d'actions acquis en cours de travail (le savoir clinique). Dans le domaine de la santé mentale, pour en faire la distinction, il sera souvent question de savoir pratique ou clinique pour distinguer les actions acquises en cours de travail. L'expression savoir d'expérience est utilisé afin de « légitimer la composante cognitive de l'expérience et l'opposer au savoir scolaire académique, scientifique, théorique, formel, dont les possesseurs ont tendance à délégitimer et insensibiliser la dimension cognitive de l'expérience » (Demailly & Garnoussi, 2015, p. 8).

4.3.2 Définition de l'expérience

Collin (1998) mentionne que l'expérience comprend toujours trois éléments soit qu'elle est particulière, interprétative et transformante. Ceci signifie que l'expérience vécue est propre et unique à chaque personne et qu'elle est interprétée par cette dite personne en fonction de ses croyances personnelles et de ses expériences antérieures. De plus, Collin (1998) mentionne que peu importe l'expérience, si celle-ci est nouvelle, elle transformera toujours la personne dans une certaine mesure.

5. MÉTHODE

Cette section présente les aspects méthodologiques de l'étude visant à documenter l'apport du savoir expérientiel dans les autres contextes qui ne sont pas en lien avec l'enseignement. Ainsi, le devis et les méthodes spécifiques à chaque section de l'essai seront présentés.

La méthode est présentée en deux temps. Pour commencer, il est nécessaire de consulter les bases de données afin de valider les connaissances portant sur le savoir expérientiel dans d'autres contextes que l'enseignement. Ensuite, des entrevues ont été menées afin de comprendre concrètement l'apport du savoir expérientiel dans le modèle du Recovery College, qui est un autre contexte et qui est utilisé au Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement.

5.1 Devis de recherche

Le devis de recherche de l'étude est un devis qualitatif descriptif. Il comporte deux étapes, une courte revue de littérature non systématique et ensuite, des entrevues auprès de formateurs du Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement qui utilisent dans le cadre de leur fonction leur savoir expérientiel, car l'objectif est de décrire l'expérience des personnes questionnées.

5.2 Méthode pour la revue de littérature non systématique

5.2.1 Méthode de collecte de données

Afin de bien cerner la problématique, une recension des écrits a été effectuée. La recherche dans la littérature a été faite à l'aide des bases de données Academic Search Complete, CINAHL, Medline et PsycINFO. Les bases de données CINAHL et Medline ont été choisies, car elles contiennent des articles en lien avec les sciences de la santé. Les bases de données PsycINFO et Academic Search Complete couvrent plutôt les sciences humaines et la psychologie.

Les recherches effectuées dans les bases de données ont été faites à l'aide des trois mêmes groupes de mots-clés soit :

1. "mental health" OR "mental illness" OR "mental disorder" OR "psychiatric illness" AND
2. "experiential knowledge" OR "lived experience" OR "co-production" OR "experiential learning" AND

3. “health professional”.

Ces recherches ont permis d’identifier 19 articles dans Academic Search Complete, 15 articles dans CINAHL, 16 articles dans Medline et 148 articles dans PsycINFO. Au total, 198 articles ont été identifiés à travers cette recherche. En éliminant les doublons, il restait 163 articles. Par la suite, un tri des articles a été fait en fonction de critères d’exclusion prédéterminés tel que démontré dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1
Tri des articles en fonction des critères d’inclusion et d’exclusion

<i>Critères d’exclusion</i>	<i>Nombre d’articles rejetés</i>
<i>Rejeté, car date de publication avant 2010</i>	11
<i>Rejeté, car article dans une autre langue qu’anglais ou français</i>	1
<i>Rejeté par titre, car ne traite pas du savoir expérientiel ou de la co-production dans le domaine de la santé</i>	118
<i>Rejeté par résumé, car ne traite pas du savoir expérientiel ou de la co-production dans le domaine de la santé</i>	15
<i>Rejeté, car traite du savoir expérientiel en enseignement</i>	7

Une fois tous les critères appliqués aux articles, 11 articles pertinents ont été retenus. Par la suite, afin de compléter la revue non systématique, 2 articles provenant d’experts du Québec ou qui n’étaient pas accessibles par les bases de données ont été ajoutés considérant que les initiatives québécoises ne ressortent pas systématiquement, car elles sont souvent publiées dans des revues non indexées. Le nombre total d’articles était donc de 13.

La revue de littérature a pour but de répondre à l’objectif général suivant : documenter l’apport du savoir expérientiel dans les autres contextes qui ne sont pas en lien avec l’enseignement.

De plus, elle a pour objectif de répondre à ces deux objectifs spécifiques :

1. Décrire ces autres contextes;
2. Décrire l’apport du savoir expérientiel dans ces différents contextes et faire émerger comment le savoir expérientiel peut faire la différence dans la compréhension des enjeux de santé mentale.

5.2.2 Analyse de données

Les articles trouvés ont été analysés afin de répondre aux deux objectifs spécifiques mentionnés précédemment. Par conséquent, chaque article retenu a été lu afin de faire ressortir les différents contextes et l'apport du savoir expérientiel dans ceux-ci.

Plus précisément, un tableau a été créé pour analyser chaque article en faisant ressortir les éléments suivants : le but de l'étude, l'utilité pour l'essai, les citations pertinentes, le lien avec les objectifs spécifiques, le devis, le nombre de participants, les interventions faites, les résultats, les retombées, les forces et les faiblesses et la qualité des évidences.

5.3 Méthode pour la cueillette de données par entrevues

5.3.1 Méthode d'échantillonnage

La méthode d'échantillonnage retenue est celle par convenance, car les personnes seront choisies en fonction de leur accessibilité (Fortin & Gagnon, 2016). En effet, l'étude cible comme participants les formateurs ayant fait partie des deux premières cohortes de formation du Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement et l'objectif est d'obtenir 5 participants.

5.3.2 Méthode de collecte de données

Des entrevues semi-structurées individuelles ont été effectuées avec les participants. L'entrevue semi-structurée contenait 23 questions ouvertes, de ces 23 questions, 4 était directement en lien avec la question de recherche (voir Annexe A pour le guide d'entrevue). Ce sont seulement ces 4 questions qui ont été analysées par la suite et qui seront présentées dans les résultats.

5.3.3 Déroulement de l'étude

Les participants ont été sollicités par l'entremise du Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement avec lequel ils ont suivi la formation de formateurs. Les formateurs du Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement ont été choisis, car le Centre est basé sur le modèle Recovery College. Ceci fait en sorte que les formateurs sont des personnes-clés à interroger, car à travers leur formation ils ont été jumelés avec des personnes détenant différents types de savoirs et exposés aux trois types de savoirs autant dans les activités de co-développement avec leurs

collègues que par l'entremise des animateurs qui ont donné la formation des formateurs qui détenaient eux aussi différents types de savoirs.

Voici les quatre questions qui étaient posées aux participants dans les entrevues semi-structurées :

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.

Ces questions avaient pour but de répondre au troisième objectif spécifique étant : documenter l'apport du savoir expérientiel dans le contexte du modèle Recovery College (représentant un de ces contextes différents).

5.3.4 Analyse de données

Les réponses de cinq entrevues ont été analysées manuellement en utilisant un codage à trois niveaux. Le premier niveau étant la codification ouverte qui se rapproche du discours des participants. Ensuite, le codage axial qui permet de faire ressortir les thèmes généraux et finalement la codification sélective qui fait les liens avec la littérature et qui met de l'avant des extraits probants. Dans le cadre, de ce projet d'intégration aucune contre codification n'a été faite. Par contre, une analyse du professeur responsable a été réalisée sous forme de discussion avec l'auteur.

5.3.5 Considérations éthiques

La présente recherche détient un certificat éthique de l'Université du Québec à Trois-Rivières ayant comme numéro : CER-19-258-07.30. De plus, les verbatim des entrevues ont été anonymisés et des codes ont été attribués aux participants pour les identifier afin de respecter la confidentialité des répondants.

6. RÉSULTATS

6.1 Résultats de la revue de littérature

Cette section présente les résultats obtenus lors de la recension des écrits qui portent sur les différents contextes d'utilisation du savoir expérientiel, sur l'apport de ce savoir et sur comment il fait la différence dans la compréhension des enjeux de santé mentale.

6.1.1 Différents contextes

A priori, il y a plusieurs autres contextes que l'enseignement qui ont émergé de la revue de littérature. Tout d'abord, il y a le contexte de consultation. Plus précisément, les personnes avec un savoir expérientiel en santé mentale sont utilisées comme consultants dans plusieurs contextes. Par exemple, ils servent de consultants pour aider à déterminer des valeurs clés et capacités que les futurs professionnels doivent développer (Arblaster & al., 2018). Ils font des consultations pour aider à la mise en place de services qui correspondent davantage aux besoins des patients en santé mentale (Pelletier, 2016). Également, ces personnes sont consultantes afin de proposer des moyens de communication à favoriser avec les patients en santé mentale pour augmenter la participation de ceux-ci dans l'élaboration de politiques de santé (Restall & al., 2011).

En second lieu, il y a le contexte de l'utilisation du savoir expérientiel par les professionnels de la santé. Plusieurs études rapportent que de nombreux professionnels de la santé tels que des psychiatres, travailleurs sociaux et des infirmières détiennent un savoir expérientiel et l'utilisent dans leur quotidien lorsqu'il travaille avec une clientèle en santé mentale (Boyd & al., 2016; Fox, 2017; Harris & al., 2016; Pelletier & al., 2019).

Ensuite, il y a le contexte d'utilisation du savoir expérientiel dans des ateliers de coproduction qui permettent un partenariat entre les utilisateurs de services et les professionnels (Brogan & Ryan, 2017; Grundy & al., 2017). En effet, durant ces formations, il est mentionné que le savoir expérientiel est utilisé au même titre que les autres savoirs pour résoudre des problématiques.

Puis, le savoir expérientiel est utilisé en contexte de formation auprès de professionnels de la santé travaillant en santé mentale (Clifton & al., 2013; Larsen & al., 2018). En effet, des personnes détenant un savoir expérientiel donnent des ateliers et des conférences afin de

sensibiliser les professionnels de la santé aux expériences vécues par les personnes utilisatrices de services.

Enfin, les personnes avec un savoir expérientiel sont impliquées dans le contexte de la recherche (Houle, 2016) comme en participant à une recherche sur l'autogestion.

6.1.2 Apport du savoir expérientiel

Tous contextes confondus, il est possible de constater que l'apport du savoir expérientiel est énorme. Plus spécifiquement, il est possible de constater que le savoir expérientiel apporte beaucoup dans chaque contexte relevé précédemment.

Pour commencer, il est ressorti en lien avec le contexte de consultation que l'implication de personnes détenant un savoir expérientiel dans la prise de décision permettait de mettre en place des politiques plus inclusives (Pelletier, 2016). Cela permettait également d'identifier des moyens de communication plus efficaces tels que la communication directe, c'est-à-dire que la personne détenant le savoir expérientiel s'adresse aux décideurs politiques sans l'entremise de ses proches ou d'organismes (Restall & al., 2011). De plus, les consultations ont permis d'identifier des valeurs à mettre de l'avant avec la clientèle santé mentale, comme le respect et la valorisation de la personne, ainsi que des connaissances que les professionnels devraient avoir, comme la connaissance et la compréhension de la santé mentale ou encore sur la détresse et le rétablissement (Arblaster & al., 2018).

Deuxièmement, pour ce qui a trait aux professionnels de la santé ayant un savoir expérientiel, il est ressorti que le partage de leur savoir expérientiel permet d'augmenter l'espoir de rétablissement chez les patients qu'ils rencontrent et rend accessible à ceux-ci un modèle de rétablissement (Boyd & al., 2016). Ensuite, il est rapporté que les professionnels avec un savoir expérientiel ont plus tendance à écouter le patient et à avoir plus d'empathie (Fox, 2017). De plus, Fox (2017) mentionne qu'habituellement un professionnel en rétablissement facilite l'atteinte de meilleurs résultats par rapport aux objectifs du patient et de sa famille et comprend la nécessité de se concentrer sur les forces du patient. De plus, celui-ci met de l'avant l'importance de balancer les pouvoirs des différents savoirs (théorique, pratique et expérientiel) (Fox, 2017). Plusieurs auteurs mentionnent également que le fait d'avoir un professionnel de la santé avec un savoir expérientiel est moins stigmatisant pour le patient (Boyd & al., 2016; Harris & al., 2016; Pelletier

& al., 2019). Toutefois, bien que ce soit moins stigmatisant pour les patients, il semblerait que les professionnels qui partagent leur vécu en santé mentale peuvent être victimes de stigmatisation de leurs collègues (Harris & al., 2016). Finalement, les professionnels de la santé avec un vécu expérientiel permettent de mettre de l'avant l'efficacité de l'alliance thérapeutique, aident à comprendre les effets de l'approche du rétablissement et font comprendre à leurs collègues l'importance d'un support stable et continu puisque le rétablissement n'est pas un processus linéaire (Pelletier & al., 2019).

Subséquemment, l'utilisation du savoir expérientiel à travers des formations et ateliers de coproduction (où il y a un mélange des savoirs) permet tout d'abord, des innovations au plan du rétablissement et permet aux professionnels de devenir des facilitateurs du processus de rétablissement (Brogan & Ryan, 2017). De surcroît, utiliser la coproduction permet aux participants de mieux se mettre à la place des patients (Grundy & al., 2017). De plus, comme expliqué par Grundy et al. (2017), l'utilisation du savoir expérientiel permet d'impliquer les patients davantage dans les formations ce qui augmente les connaissances des professionnels en lien avec les sujets importants pour les utilisateurs de services.

Ensuite, l'utilisation du savoir expérientiel en contexte de formation auprès des professionnels de la santé permet de favoriser l'inclusion sociale en santé mentale (Clifton & al., 2013). L'étude de Larsen et al. (2018) quant à elle rapporte que l'utilisation du savoir expérientiel dans les formations permet d'améliorer les relations interpersonnelles des professionnels et leur empathie. En outre, cela contribuerait également à augmenter la connaissance sur le rétablissement et sur la pratique orientée vers le rétablissement en plus d'encourager l'utilisation de termes plus respectueux et positifs lorsqu'il est question de santé mentale (Larsen & al., 2018; Pelletier & al., 2019).

En dernier lieu, l'utilisation du savoir expérientiel dans la recherche permet d'obtenir une perspective complémentaire à celle des chercheurs, des décideurs et des intervenants (Houle & al., 2016). Cela permet aux chercheurs d'avoir un soutien dans la préparation de leurs questions et d'éviter des malentendus (Houle & al., 2016). En fait, Houle et al. (2016) expliquent que d'impliquer des personnes ayant un savoir expérientiel dans la recherche a des bénéfices à tous les niveaux. En effet, ils rapportent qu'ils facilitent le recrutement en rendant le projet bénéfique et attrayant pour les autres personnes en rétablissement. De plus, ils ajoutent que les personnes avec

un savoir expérientiel nuancent les données et fournissent des pistes d'interprétation de celles-ci. Avec leurs idées pertinentes et leur savoir expérientiel, elles aident à la création d'outils qui répondent aux besoins des gens. Pour terminer, « l'apport des personnes en rétablissement dans l'équipe confère une validité additionnelle aux résultats et aux outils qui en découlent, augmentant leur acceptabilité par le public, les administrateurs et les intervenants.» (Houle & al., 2016, p. 17).

6.1.3 Comment le savoir expérientiel fait la différence dans la compréhension des enjeux de santé mentale.

La recension des écrits a mis de l'avant plusieurs manières dont le savoir expérientiel fait la différence dans la compréhension des enjeux de santé mentale. Cette différence est perceptible dans le contexte de la consultation, autant chez les professionnels détenant un savoir expérientiel que chez ceux-ci qui n'en ont pas, que dans le contexte de formation auprès de professionnels de la santé. Toutefois, le seul article en lien avec l'utilisation du savoir expérientiel en contexte de recherche ne permet pas de faire ressortir de différences dans la compréhension des enjeux de santé mentale.

Le savoir expérientiel change la perspective des professionnels sur les problématiques de santé mentale (Grundy & al., 2017). Ceci leur permet d'avoir une meilleure compréhension et perception de la problématique et par le fait même d'avoir une meilleure empathie, un plus grand optimisme et une habileté nouvelle à motiver le patient face à son rétablissement (Boyd & al., 2016).

En apportant une nouvelle perspective et une meilleure compréhension des enjeux de santé mentale, le savoir expérientiel encourage les professionnels à mettre l'accent sur la croissance post-trauma (Boyd & al., 2016). De plus, il a été observé que celui-ci est un atout pour la relation thérapeutique, peu importe que le professionnel divulgue qu'il possède un savoir expérientiel ou non (Boyd & al., 2016).

Le savoir expérientiel permet également d'améliorer la compréhension du processus de rétablissement (Brogan & Ryan, 2017). Cela apporte une nouvelle perspective et permet de voir le rétablissement comme un voyage et non un point d'arrivée (Fox, 2017). De plus, cela augmente la croyance des professionnels envers les possibilités de rétablissement des patients (Larsen & al., 2018).

De plus, celui-ci fait la différence dans la compréhension des enjeux de santé mentale à un point tel que le savoir expérientiel encourage les professionnels à créer un environnement qui redonne le pouvoir de leur rétablissement aux utilisateurs de services en santé mentale en leur laissant une plus grande place au plan de la prise de décisions. (Brogan et Ryan, 2017).

De surcroît, la nouvelle perceptive apportée par le savoir expérientiel et la meilleure compréhension des enjeux rendent les données recueillies auprès des personnes utilisatrices de services et les histoires transmises par celles-ci plus significatives (Grundy & al., 2017). Cela permet d'orienter les priorités dans des programmes de la santé et en milieu hospitalier (Arblaster & al., 2018). En effet, le partage ou le fait de détenir un savoir expérientiel permet d'orienter les besoins vers ce qui est réellement important pour les patients. Plus précisément, le savoir expérientiel fait la différence dans ce que le patient avec ce savoir « peut apporter à l'offre de soins réformée (organisationnel) et à la communauté (communautaire), puis ce que les groupes d'usagers peuvent exercer comme influence en s'organisant (politique). » (Pelletier, 2016, p. 14). Pour terminer, mettre de l'avant le savoir expérientiel permet de prendre des décisions plus inclusives, car celles-ci sont prises en consultation avec les clientèles plus marginalisées comme la clientèle en santé mentale (Restall al., 2011).

Tableau 2

Tableau synthèse des résultats de la revue de littérature

<i>Références</i>	<i>Contextes</i>	<i>Apport du savoir expérientiel</i>	<i>Comment le savoir expérientiel fait la différence dans la compréhension des enjeux de santé mentale</i>
Arblaster, K., Mackenzie, L., Matthews, L., Willis, K., Gill, K., Hanlon, P. and Laidler, R. (2018). Learning from consumers: An eDelphi study of Australian mental health consumers' priorities for recovery-oriented curricula. <i>Australian Occupational Therapy Journal</i> , 65, 586-597. doi:10.1111/1440-1630.12518	Consultants avec un savoir expérientiel en santé mentale pour le programme d'ergothérapie en Australie.	5 valeurs clefs à détenir sont ressorties : Espoir, but et rêves de la personne, sans jugement, respect, valoriser la personne, croire en la personne et en son rétablissement. 12 domaines de capacités à avoir ont été mis de l'avant : connaissance et compréhension de la santé mentale, détresse et rétablissement, traiter le patient comme une personne, ce qui inclut les comprendre ainsi que leurs croyances, espoirs et rêves et leurs contextes familiaux, relation thérapeutique, moyens de travailler avec le patient pour promouvoir le rétablissement, les droits humains,	A permis l'identification de priorités dans le programme d'ergothérapie.

<p>Boyd, J. E., Zeiss, A., Reddy, S. et Skinner, S. (2016). Accomplishments of 77 VA mental health professionals with a lived experience of mental illness. <i>American Journal of Orthopsychiatry</i>, 86(6), 610-619. http://dx.doi.org/10.1037/ort0000208</p>	<p>77 travailleurs de la santé ayant un vécu expérientiel et travaillant pour le Département des vétérans des États-Unis (les principaux professionnels sont des psychiatres, travailleurs sociaux et infirmiers)</p>	<p>la participation du patient dans ses soins, la pratique professionnelle. Les professionnels avec du savoir expérientiel sont dans une position unique pour augmenter l'espoir du rétablissement des patients qu'ils rencontrent.</p> <p>Un professionnel avec du savoir expérientiel a l'opportunité de diminuer la stigmatisation et la discrimination dans son milieu.</p>	<p>Permet aux professionnels d'avoir une meilleure perception, empathie, optimisme, habileté à motiver le patient face au rétablissement.</p> <p>Met davantage l'accent sur la croissance post trauma.</p>
<p>Brogan, C. M. et Ryan, M. (2017). Taking a coproduction approach to integrating recovery oriented care in Irish Mental Health Services. <i>International Journal of Integrated Care</i>, 17(5), 1-8. doi: dx.doi.org/10.5334/ijic.3821</p>	<p>Programme de rétablissement avancé de l'Irlande démontre les bénéfices d'utiliser la coproduction dans le système de santé mentale irlandais.</p>	<p>Permet aux patients d'avoir un modèle de rétablissement lorsqu'ils sont informés que son thérapeute a eu un problème semblable.</p> <p>Permet des innovations au niveau du rétablissement.</p> <p>Permet aux professionnels de devenir des facilitateurs du processus de rétablissement.</p>	<p>Peut être un atout dans la relation thérapeutique que le professionnel divulgue qu'il a un savoir expérientiel ou non.</p> <p>Améliore la compréhension du processus de rétablissement.</p> <p>Encourage à créer un environnement qui redonne le pouvoir de leur rétablissement aux utilisateurs de service de santé mentale.</p>
<p>Clifton, A., Repper, J., Banks, D. et Remnat, J. (2013). Co-producing social inclusion: The structure/agency conundrum. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i>, 20(6), 514-524. doi: 10.1111/j.1365-2850.2012.01953.x</p>	<p>Infirmières en santé mentale dans les hôpitaux au Royaume-Uni.</p>	<p>Permet, selon le modèle de l'inclusion sociale proposée pour les professionnels en santé mentale, de favoriser l'inclusion sociale car le savoir expérientiel est identifié comme un facteur contribuant à l'inclusion sociale en santé mentale.</p>	<p>-</p>
<p>Fox, J. (2017). The Contribution of Experiential Wisdom to the Development of Mental Health Professional Discourse. <i>Schizophrenia Bulletin</i>. 43(3), 481-485. doi:10.1093/schbul/sbv082</p>	<p>Travailleuse sociale, chercheuse et utilisatrice des services de santé mentale, possède un diagnostic de schizophrénie.</p>	<p>Les professionnels avec un savoir expérientiel écoutent habituellement les patients en rétablissement et sont reconnus pour avoir plus d'empathie pour le patient.</p> <p>Permet de meilleurs résultats pour le patient et sa famille.</p> <p>Permet de comprendre la nécessité de se concentrer sur les forces du patient.</p> <p>Met de l'avant l'importance de balancer les pouvoirs des différents savoirs (théorique, pratique et expérientiel).</p>	<p>Permet aux professionnels de comprendre que c'est un voyage (un rétablissement) plutôt qu'un point d'arrivée (une guérison).</p>
<p>Gault, I., Pelle, J. et Chambers, M. (2019). Co-production for service</p>	<p>Professionnels de la santé travaillant en santé mentale en Angleterre ainsi que</p>	<p>Permet de constater que les patients provenant de minorités ethniques qui sont traités en santé mentale ne</p>	<p>-</p>

improvement: Developing a training programme for mental health professionals to enhance medication adherence in black, asian and minority ethnic service users. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care & Health Policy*, 22, 813-823. doi: 10.1111/hex.12936

Grundy, A. C., Walker, L., Meade, O., Fraser, C., Cree, L., Bee, P., Lovell, K. et Callaghan, P. (2017). Evaluation of a co-delivered training package for community mental health professionals on service user- and carer-involved care planning. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(6), 358-366. doi: 10.1111/jpm.12378

Harris, J. I., Leskela, J. et Hoffman-Konn, L. (2016). Provider Lived Experience and Stigma. *American Journal of Orthopsychiatry*, 86(6), 604-609.

Houle, J., Coulombe, S. et Radziszewski, S. (2016). Aller mieux à ma façon : mettre en valeur le savoir expérientiel de la personne en rétablissement pour soutenir l'autogestion et faire de la recherche autrement. *Le partenaire*, 24(3), 15-18.

personne en rétablissement (utilisateurs de services) provenant de minorités ethniques

se sentent pas écouter et compris par les professionnels ni soutenu dans leur prise de médication, et ce même s'ils parlent anglais. Ce qui peut expliquer la différence d'adhérence au traitement si on les compare aux personnes ne faisant pas parties des minorités.

Coordonnateurs de soins avec principalement de l'expérience en soins infirmiers, coordonnateurs de soin issus d'autres professions de la santé (travailleurs sociaux, ergothérapeutes...) et non coordonnateurs de soin de différentes professions qui participent à une formation de coproduction avec des utilisateurs de service en santé mentale et avec leurs proches

Permet aux participants de se mettre dans « les souliers » des utilisateurs de service et de leurs proches.

Permet une meilleure compréhension des enjeux.

Impliquer les utilisateurs de services dans la formation améliore les compétences des professionnels en lien avec les sujets priorités par les usagés.

Ajoute de la valeur aux expériences vécues partagées aux professionnels et ajoute de la perspective.

Facilite la compréhension des enjeux et rend les histoires et données plus significatives.

Travailleurs en santé mentale aux États-Unis avec et sans savoir expérientiel en santé mentale

Professionnels avec du savoir expérientiel : moins stigmatisant envers les patients, connaissent moins le modèle du rétablissement (peut-être se voient-ils comme le pratiquant déjà), stigmatisés par leurs collègues.

(Change quelque chose dans leur posture relationnelle mais ne change rien dans leur pratique).

Permet d'avoir une perceptive complémentaire à celle des chercheurs, décideurs et intervenants.

Implication de personnes ayant un savoir expérientiel en santé mentale et/ou étant en rétablissement dans une recherche sur l'autogestion menée à l'Université de Montréal.

Éclairent sur la manière dont seront interprétées les questions d'entrevues et évitent des malentendus.

« Sur le plan du recrutement des participants, ils ont une façon bien à eux de présenter les choses pour rendre le projet attrayant et en faire ressortir la valeur pour des personnes partageant une expérience similaire. »

Nuancent les données obtenues.

« Elles possèdent des idées pertinentes sur la manière de transférer les résultats sous forme

Larsen, C., Lange, M., Jorgensen, K., Kistrup, K. et Petersen, L. (2018). Coteaching Recovery to Mental Health Care Professionals. *Psychiatric Services*, 69(6), 620-622. doi: 10.1176/appi.ps.201800019

Pelletier, J-F. (2016). La transmission à cinq vitesses du savoir expérientiel : l'expérience du Connecticut. *Le partenaire*, 24(3), 13-14.

Pelletier, J-F., Davidson, L., Gaulin, D. et Bordet, J. (2019). Recovery Mentors as continuing professional development trainers for better recognition of the epistemic value of experiential knowledge and improved access to recovery-oriented practices. *AIMS Public Health*, 6(4), 447-460. doi: 10.3934/publichealth.2019.4.447

Services de santé mentale de la région de la capitale du Danemark. Plusieurs ateliers d'une journée sur le rétablissement pour les travailleurs en santé mentale (environ 3700 professionnels ont participé). Les ateliers étaient animés par des professionnels de la santé et des individus avec un savoir expérientiel.

Consultation d'usagers de service en santé mentale au Connecticut afin de mettre en place des services qui correspondent davantage à leurs besoins.

Des ateliers pour les professionnels de la santé (88 ont participé) animés par des professionnels de la santé et des mentors de rétablissement (Recovery mentors) ayant un savoir expérientiel

d'outils concrets répondant le mieux aux besoins des gens. »

« L'apport de personnes en rétablissement dans l'équipe confère une validité additionnelle aux résultats et aux outils qui en découlent, augmentant leur acceptabilité par le public, les administrateurs et les intervenants.

»
Dans la planification de l'enseignement aux professionnels, améliore les relations interpersonnelles des professionnels et leur empathie (éléments que les utilisateurs de service considèrent comme prioritaires).

Augmente la connaissance sur le rétablissement et sur la pratique orientée vers le rétablissement.

Utilisation de termes plus respectueux et positifs lorsque l'on parle de la santé mentale.

« Le savoir expérientiel des usagers a servi à comprendre et à décrire leur réalité, et à formuler un énoncé de politique plus inclusif reflétant davantage leurs aspirations propres. »

Augmente la croyance des professionnels envers la possibilité de rétablissement des usagers.

Fait la différence dans ce que la personne avec ce savoir « peut apporter à l'offre de soins réformée (organisationnel) et à la communauté (communautaire), puis ce que les groupes d'usagers peuvent exercer comme influence en s'organisant (politique). »

Levier pour diminuer le stigma et comprendre le potentiel de rétablissement.

Permet de mettre de l'avant l'efficacité de l'alliance thérapeutique.

Les mentors aident généralement à comprendre les effets de l'approche du rétablissement.

Les mentors font comprendre l'importance d'un support stable et continue surtout étant donné que le rétablissement n'est pas un processus linéaire.

Permet de conscientiser les professionnels de la santé au langage utilisé qui est parfois irrespectueux. Encourage l'utilisation d'un langage plus

Restall, G., Cooper, J. E. et Kaufert, J. M. (2011). Pathways to Translating Experiential Knowledge into Mental Health Policy. <i>Psychiatric Rehabilitation Journal</i> , 35(1), 29-36.	Consultants avec un savoir expérientiel en santé mentale au Manitoba pour trouver des moyens de communication à favoriser la participation des usagers dans les politiques de santé.	positif qui focus sur les forces et évite le pré-étiquetage des patients 2 moyens de communication avec les personnes détenant du savoir expérientiel : direct qui est très efficace mais plus rare ou indirect (exemple par la famille ou des organismes). Plus l'organisme est petit (plus le contact est direct avec la personne détenant le savoir expérientiel et plus le message se rend facilement et fidèlement aux décideurs politiques).	Permet des décisions plus inclusives car elles sont prises en consultation avec les clientèles plus marginalisées.
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

6.2 Résultats des entrevues semi-structurées

Cette section présente les réponses obtenues à la suite de l'analyse des cinq entrevues semi-structurées. Le tableau ci-dessous permet de présenter brièvement les cinq personnes rencontrées. Les noms utilisés sont fictifs.

Tableau 3
Breve présentation des cinq personnes rencontrées

<i>Noms fictifs</i>	<i>Groupe d'âge</i>	<i>Expérience et/ou emploi</i>
Mathieu	25-29 ans	Intervenant en santé mentale.
Éric	60-64 ans	Doctorant en accompagnement en santé mentale, expérience personnelle et familiale en lien avec la santé mentale.
Julie	40-44 ans	Accompagnatrice en milieu hospitalier des patients malades, intervenante auprès de jeunes à risque et en difficultés
Sophie	50-54 ans	Expérience personnelle avec la santé mentale.
Brigitte	65-69 ans	Intervenant en santé mentale pendant plus de 35 ans. Animatrice d'ateliers en santé mentale.

L'objectif des entrevues était de documenter l'apport du savoir expérientiel dans le contexte du modèle Recovery College utilisé au Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement. L'analyse des verbatim a permis de mettre en lumière 11 idées principales qui sont ressorties dans les cinq entrevues analysées. Le Tableau 4 présente ces 11 idées principales avec une courte définition.

Tableau 4
Les 11 idées principales ressorties des entrevues

<i>Idées principales</i>	<i>Courtes définitions</i>
Le savoir expérientiel est essentiel.	Le savoir expérientiel est un savoir riche et indispensable au même titre que les autres savoirs.

Le savoir expérientiel permet de donner une autre perspective.	Le savoir expérientiel permet de voir une situation sous différents angles.
Le savoir expérientiel permet de mieux comprendre ce que les gens en rétablissement vivent.	Le savoir expérientiel permet d'avoir une vision plus élargie sur la santé mentale et une meilleure compréhension du parcours en santé mentale des individus.
Le savoir expérientiel met de l'avant des solutions différentes pour une même problématique.	Le savoir expérientiel est un partage de faits vécus ce qui a pour effet de mettre de l'avant plusieurs stratégies utilisées par des individus différents pour une même problématique de santé mentale. En effet, une stratégie peut être efficace pour un individu mais ne pas l'être pour un autre.
Le savoir expérientiel favorise l'entraide entre les formateurs.	L'utilisation du savoir expérientiel permet une rencontre avec l'autre et un partage avec celui-ci.
Le savoir expérientiel est une expertise.	Le savoir expérientiel est un partage de connaissances par une personne qui est experte de sa situation.
Le savoir expérientiel donne un sentiment de contrôle sur la maladie et sur son rétablissement.	Le partage de son savoir expérientiel permet de redonner du pouvoir sur la maladie aux personnes en rétablissement.
Le savoir expérientiel est un message d'espoir.	Le partage du savoir expérientiel permet transmettre le message aux personnes en rétablissement qu'il est possible de se rétablir.
Les formateurs doivent faire preuve d'ouverture d'esprit pour apprendre du savoir expérientiel.	Il est nécessaire de la part des formateurs de faire preuve de non-jugement lors du partage du savoir expérientiel avec eux afin de pouvoir ensuite s'éduquer sur le parcours de la personne qui fait son partage.
Le partage de son savoir expérientiel permet à une personne en rétablissement et aux personnes qui reçoivent ce savoir d'avoir une meilleure connaissance d'eux-mêmes.	Afin de partager son savoir expérientiel, il est nécessaire de réfléchir à son expérience et d'en ressortir des apprentissages. Ceci requiert de la personne qu'elle fasse une introspection en lien avec ce qui a été vécu et comment cela a été vécu. De plus, cette introspection est également possible à faire par la personne qui écoute le partage.
Le partage du savoir expérientiel est facilité par le modèle Recovery College.	Le modèle Recovery College met de l'avant les trois types de savoirs et donne une place importante au savoir expérientiel dans son programme.

6.2.1 Le savoir expérientiel est essentiel

Tout d'abord, l'analyse des entrevues a mis de l'avant que le savoir expérientiel est essentiel pour les formateurs du Recovery College, car il complète les autres savoirs et vient en soutien à ceux-ci. En effet, il a été mentionné à plusieurs reprises durant les différentes entrevues que le savoir expérientiel est pertinent, central, riche et par le fait même indispensable au sein du Recovery College.

« *Le savoir expérientiel est fondamental.* » Éric

« *J'utilise mon savoir expérientiel et je le mets en soutien au savoir théorique que les étudiants peuvent avoir ou que les professeurs et des professionnels de la santé ont.* » Julie

6.2.2 Le savoir expérientiel permet de donner une autre perspective

Deuxièmement, l'analyse des entrevues a mis de l'avant que le savoir expérientiel est le partage d'une expérience qui permet de voir une situation sous différents angles. Ce savoir a été qualifié de savoir concret qui comprend un partage de son expérience et le fait de donner des exemples de la vie réelle. En partageant son savoir expérientiel et par le fait même son expérience ainsi qu'en soutenant les témoignages des participants en ce sens, le formateur du Recovery College propose une autre perspective, une autre manière de voir les choses.

« Même s'ils (les individus possédant un vécu expérientiel) ont peur de parler trop souvent, ils ont quand même quelque chose à dire... J'ai la ferme conviction que c'est le cas. Je pense que ça ne peut être que nourrissant de les entendre. ». Mathieu

« C'est la clé et ça donne évidemment une voie qui est différente que voici la façon de faire (...) je trouve ça très intéressant et important. ». Brigitte

« Je reviendrais au fait que si mon savoir expérientiel, je le présente pour apporter un regard nouveau à la personne et que cette personne est capable de voir ce regard nouveau, pour moi, c'est déjà gagné parce qu'il y a de fortes chances qu'en regardant différemment le sujet ou la situation qui est décrite, l'autre le voit différemment. » Éric

6.2.3 Le savoir expérientiel permet de mieux comprendre ce que les gens en rétablissement vivent

Par la suite, le savoir expérientiel permet de mieux comprendre ce que les gens en rétablissement vivent. La reconnaissance et l'utilisation du savoir expérientiel dans le modèle du Recovery College permet aux gens sans savoir expérientiel en santé mentale d'avoir une meilleure compréhension du parcours en santé mentale et des épreuves vécues. Cela est très important, car au cours des formations, tous les savoirs vont se côtoyer et des personnes en rétablissement vont inévitablement travailler avec des personnes détenant un savoir théorique ou pratique.

« (Mon savoir expérientiel) m'a permis de (...) donner mon expérience. Et je sais que différentes personnes de la formation, parce qu'ils m'en ont fait le retour, ont trouvé que c'était très utile.

(...) que ce soit mes amis, que ça soit ma conjointe, que ça soit le travail, que ça soit le médical, le psychiatre et après les intervenants, les psychologues, les travailleurs sociaux, il y a plein de choses. Donc voilà, mon savoir expérientiel, il a été utile pour avoir une vision plus élargie. »

Sophie

« C'est toujours quelque chose qui me touche infiniment et je trouve que des fois, être en contact avec ça (le savoir expérientiel), ça va chercher l'humanité, ça vaut aussi chercher beaucoup de tolérance ou (...) un regard beaucoup plus de compassion plutôt que de dire : « ça as-tu de l'allure ?! » ou d'être plus dur dans des jugements plus arrêtés. Mais là d'y aller de compassion.

» Brigitte

6.2.4 Le savoir expérientiel met de l'avant des solutions différentes pour une même problématique

Quatrièmement, le savoir expérientiel permet de mettre de l'avant des solutions différentes pour une même problématique. En effet, le savoir expérientiel naît d'une expérience qui est ensuite analysée par la personne qui l'a vécue. Puisque chaque expérience est unique, chaque partage en lien avec un savoir expérientiel le sera aussi. Cela rend les échanges de savoir expérientiel très intéressants au sein du Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement, car puisqu'un grand nombre de participants détiennent un savoir expérientiel en santé mentale, il est possible d'aller chercher des connaissances variées, mais surtout diverses solutions pour une même problématique. En effet, le nombre total de formateurs au Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement est de 34, presque la moitié de ceux-ci occupe un poste d'intervenant dans le réseau public ou communautaire de santé mentale et la majorité a un savoir expérientiel avec la maladie mentale par exemple, à titre de patient partenaire, pair-aidant ou membre de l'entourage.

« Le savoir (expérientiel) n'est pas le même pour tous et toutes ». Mathieu

« Son témoignage de vécu (de son savoir expérientiel) a une portée bien plus grande, bien plus convaincante (...) ça ne veut pas dire que c'est la seule référence, mais au moins, c'est un exemple parmi tant d'autres qui a donné (un résultat). » Éric

6.2.5 Le savoir expérientiel favorise l'entraide entre les formateurs

Puis, l'utilisation du savoir expérientiel dans les activités entre les formateurs durant les formations du Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement favorisent l'entraide entre les formateurs. En fait, le partage permet une rencontre avec l'autre et un partage avec celui-ci. De plus, partager son pouvoir expérientiel avec les autres formateurs du Recovery College a un effet rassembleur.

« (...) je pouvais partager, mais je pouvais aussi recevoir les partages des autres et s'entraider. »

Sophie

« ... il est rassembleur le savoir expérientiel. » Julie

« 80% du contenu qui a été bâti, à l'aide des témoignages ou de partages (du savoir expérientiel), se base principalement sur l'interrelation, l'interactivité, l'interrelation des échanges de vécus personnels de chacun... » Éric

6.2.6 Le savoir expérientiel est une expertise

Le savoir expérientiel est une expertise qui fait évoluer la personne après une analyse de son expérience. Ainsi, intégrer le savoir expérientiel dans le modèle du Recovery College permet aux formateurs en rétablissement d'évoluer, car ils analysent ce qu'ils ont vécu avant de le partager. Cette analyse fait ressortir les apprentissages et les connaissances de la personne qui est en fait experte de sa situation.

« Si on se rend compte des deux expériences des autres et qu'on arrive à les valoriser. Les gens vont se sentir reconnus, puis ils vont pouvoir apprendre plus les uns des autres. » Julie

« Je pense que les (les formateurs avec un savoir expérientiel) solliciter pour ces forces-là, cette expertise-là, cette valeur-là qu'ils ont, qui peut être partagée au profit d'autres personnes qui ont ou vont parcourir le même trajet qu'eux... ». Mathieu

6.2.7 Le savoir expérientiel donne un sentiment de contrôle sur la maladie et sur son rétablissement

Utiliser le savoir expérientiel et donner ainsi la parole aux participants des formations leur donne un sentiment de contrôle sur la maladie. En effet, l'analyse des entrevues a permis de constater que de partager son savoir permet de reprendre le pouvoir sur sa vie pour les personnes en rétablissement. De plus, cela a pour effet d'égaliser les pouvoirs dans la relation thérapeutique professionnel-patient ce qui augmente également le sentiment de contrôle chez la personne en rétablissement.

« Le savoir expérientiel c'est la liberté des gens qui vivent ou qui subissent un problème de santé mentale (...) C'est la liberté parce que le savoir expérientiel, c'est ce qu'on vit, c'est ce qu'on subit, c'est ce qu'on a souffert. Et donner voix à ce qu'on a souffert, voilà, c'est une liberté. »

Sophie

« (...) pour moi-même, ce que j'en apprends, c'est que je me sens plus fiable, moins décontenancé, moins en moins fragile. De par le fait que j'ai en mains certains protocoles d'outils d'observation qui me permettent, si tu veux, de regarder la santé mentale, non plus sous l'angle « santé mentale = problèmes », mais « santé mentale = état de la personne. » Éric

« Alors je trouve que ça (le savoir expérientiel) vient bien rééquilibrer, (cela engendre) un type relationnel qui est différent de soigné-soignant, si on veut, ou de cette hiérarchie médicale ou d'ordre plus médical. » Brigitte

6.2.8 Le savoir expérientiel est un message d'espoir

Le savoir expérientiel en santé mentale est un message d'espoir pour les autres formateurs en rétablissement. Effectivement, pour les autres formateurs de voir qu'il est possible de s'en sortir et de voir comment une autre personne avec une problématique semblable a réussi est un excellent message d'espoir afin de constater qu'eux aussi peuvent se rétablir et franchir les mêmes étapes. Cela est motivant pour les autres participants.

« (...) ce par quoi ils sont passés par-dessus pour arriver où ils en sont, c'est vraiment porteur d'espoir. » Mathieu

« Chacun a plus ou moins exposé son profil (à travers des témoignages) avec ses forces et ses faiblesses. Ce qu'il a vécu, en partie, mais surtout comment il s'en est sorti, comment il a pu atteindre des choses, qui n'étaient peut-être pas atteignable (...). » Éric

6.2.9 Les formateurs doivent faire preuve d'ouverture d'esprit pour apprendre du savoir expérientiel

Ensuite, il est primordial pour les formateurs du Recovery College de démontrer une ouverture au savoir expérientiel pour pouvoir apprendre de celui-ci. En effet, les formateurs doivent être ouverts d'esprit et ouverts à l'autre sans jugement afin de pouvoir écouter son partage et bénéficier des apprentissages qu'il désire transmettre.

« Et je trouve que pour des participants ou pour des intervenants, d'être vraiment à l'écoute de cet élément de la personne et de la situer différemment; ça aussi c'est un apprentissage et c'est aussi un acte d'humilité et je dirais une croissance personnelle comme intervenant. » Brigitte

« Il y avait vraiment beaucoup de gens qui avaient un savoir expérientiel dans la formation des formateurs. Puis, à tout moment, les oreilles étaient grandes ouvertes quand il était dévoilé. Des fois, ça fait se rendre compte que le savoir n'est pas le même pour tous et toutes. Puis, c'est bon parce que justement ça amène une richesse, puis ça ne veut pas dire qu'il y en a un qui est moins valide que l'autre, mais ça peut juste montrer la multiplicité de ces savoirs-là. » Mathieu

6.2.10 Le partage de son savoir expérientiel permet à une personne en rétablissement et aux personnes qui reçoivent ce savoir d'avoir une meilleure connaissance d'eux-mêmes

Dixièmement, utiliser et partager son savoir expérientiel permet aux personnes en rétablissement de mieux se connaître. Effectivement, afin de partager son savoir expérientiel, il faut que la personne soit en mesure de faire une introspection en lien avec ce qu'elle a vécu et qu'elle réfléchisse à son expérience pour en ressortir des apprentissages. Ceci a pour finalité de faire en sorte que la personne a une meilleure connaissance d'elle-même. De plus, en recevant le

partage de ce savoir, les autres participants ont également une meilleure connaissance d'eux-mêmes. Il leur est possible à la suite du partage d'analyser l'expérience de l'autre en lien avec ce qu'ils vivent et de faire une introspection à l'aide de celle-ci.

« (...) d'entendre les autres personnes parler, d'avoir les expériences des gens, comme l'expérience de l'un et de l'autre, la façon de voir de l'un et de l'autre, apporte à sa propre réflexion. » Brigitte

« Au début, tu as toute ton histoire, tout ton bagage émotionnel... Puis, petit à petit, c'est d'aller en chercher, c'est là où est la résilience justement (...) C'est quoi qui est porteur, c'est quoi mes forces à travers mon expérience de vie. » Julie

6.2.11 Le partage du savoir expérientiel est facilité par le modèle du Recovery College

Pour terminer, les entrevues ont évidemment mis de l'avant que le partage du savoir expérientiel est facilité par le modèle du Recovery College utilisé dans la formation des formateurs. En effet, ce modèle met de l'avant les trois types de savoirs et donne une place particulière au savoir expérientiel.

« (Le Recovery College) donne la possibilité à un savoir qui n'existe pas, enfin qui n'est pas reconnu, d'exister. » Sophie

« (Dans le modèle Recovery College, le savoir expérientiel) a sa place centrale à mon avis. Il est mis de l'avant même avant le savoir théorique. Parce que le savoir théorique vient en soutien dans la manière de développer nos formations en tout cas. C'est l'impression que ça me donne. » Julie

7. DISCUSSION

L'objectif de cet essai était de documenter l'apport du savoir expérientiel dans les autres contextes qui ne sont pas en lien avec l'enseignement. Cette section analyse les résultats liés à la revue de littérature et aux entrevues. Une comparaison des résultats en plusieurs sections sera présentée. Ensuite, des recommandations seront faites pour le travail des ergothérapeutes et les enjeux et considérations éthiques à considérer seront abordés.

7.1 Comparaison des résultats

7.1.1 L'utilisation du savoir expérientiel permet de mettre sur le même pied d'égalité les différents types de savoirs

Il est reconnu que dans le domaine de la santé, les savoirs théorique et pratiques sont ceux qui sont souvent les plus utilisés et les plus reconnus. Toutefois, les résultats de la présente étude permettent de conclure que l'inclusion du savoir expérientiel avec les professionnels de la santé que ce soit par des formations, des ateliers ou le fait que le professionnel détienne lui-même un savoir expérientiel, permet d'équilibrer l'utilisation des savoirs. De plus, il est mis de l'avant dans la revue de littérature et également dans les entrevues que cela permet le partage des pouvoirs. En fait, cela permet un partage des pouvoirs entre le professionnel et le patient qui ne se voit pas toujours habituellement.

Ces résultats sont congruents avec les principes fondamentaux proposés par le Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement de la Commission de la santé mentale du Canada (2015). En effet, le guide fait mention qu'il est important de se pencher sur « le besoin pour les populations, peu importe leur origine, d'adopter une pensée critique quant à leur approche en matière de santé mentale et de maladie mentale ainsi que sur le besoin de trouver des moyens d'éliminer les déséquilibres de pouvoir et les inégalités qui peuvent avoir une incidence majeure sur l'état de santé et la situation sociale. ». De plus, éliminer les déséquilibres de pouvoir et les inégalités fait également partie d'une approche axée sur le rétablissement (Commission de la santé mentale du Canada, 2015).

7.1.2 Le partage du savoir expérientiel permet-il une meilleure compréhension de la situation de la personne et de lutter contre la stigmatisation ?

La comparaison des résultats entre la revue de littérature et les entrevues démontre que le fait de partager le savoir expérientiel avec des professionnels, des chercheurs ou toute autre personne qui ne détient pas ce savoir, permet une meilleure compréhension de la situation de la personne. En effet, cela permet aux autres de mieux comprendre ce que la personne vit, car en partageant son savoir expérientiel, la personne partage son expérience vécue, ses réflexions et sa perception de la situation. Toutefois, afin de mieux comprendre la personne en rétablissement, il

est primordial que la personne qui écoute fasse preuve d'ouverture d'esprit envers l'autre mais aussi envers ce qui est raconté. Cette meilleure compréhension de la réalité des personnes avec une problématique de santé mentale permet par le fait même de diminuer la stigmatisation envers cette population vulnérable.

D'ailleurs, ces résultats sont cohérents avec des études qui visent à comprendre comment lutter contre la stigmatisation. En effet, l'article de Jennifer et al. (sous presse) rapporte que le fait d'offrir de l'enseignement aux futurs infirmiers au sujet des troubles liés aux abus de substances, et ainsi de leur permettre une meilleure compréhension de la problématique est relié à une diminution de la stigmatisation à l'égard de cette population. De surcroît, une autre étude ayant pour objectif la réduction de la stigmatisation envers une clientèle jeune et marginalisée (ayant diverses problématiques comme étant atteinte du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou faisant de la prostitution) chez les professionnels de la santé a obtenu des résultats semblables (Geibel & al., 2017). En effet, des enseignements et des formations données aux professionnels en lien avec cette clientèle ont permis d'augmenter la compréhension de ceux-ci envers les problématiques des jeunes et de réduire le stigma que les professionnels avaient envers eux. De plus, les jeunes mentionnent par la suite être plus satisfaits envers les services reçus (Geibel & al., 2017).

7.1.3 Le partage du savoir expérientiel donne de l'espoir

La revue de littérature et les entrevues ont démontré que l'utilisation du savoir expérientiel et le partage de celui-ci sont générateurs d'espoir pour les personnes en rétablissement. En effet, l'analyse des résultats a fait ressortir qu'il est bénéfique pour une personne en rétablissement d'entendre d'autres personnes transmettre leur savoir expérientiel, car cela leurs donnent des exemples concrets que la situation peut s'améliorer.

Ce résultat est très intéressant, car il s'inscrit dans les dimensions d'une pratique axée sur le rétablissement proposé dans le Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement de la Commission de la santé mentale du Canada (2015). En fait, le guide propose six dimensions que peut avoir une pratique axée sur le rétablissement et « la promotion d'une culture et d'un langage empreints d'espoir et d'optimisme » est la première dimension abordée. De plus, la Commission de la santé mentale du Canada (2015) explique que l'espoir est un des ingrédients

clés du rétablissement. De plus, le Guide (2015, p. 20) rappelle qu'« Envisager l'avenir de façon positive favorise la santé mentale et le bien-être, et revêt une importance particulière pour les personnes aux prises avec un problème de santé mentale. ». Ainsi, le partage du savoir expérientiel est porteur d'espoir, mais encourage également les personnes ayant des problématiques de santé mentale à voir la vie de manière plus positive, car cela leur permet de voir qu'un rétablissement est accessible. D'ailleurs, il ne faut pas oublier que dans plusieurs cas de diagnostics de problèmes de santé mentale, les personnes se font des fausses perceptions en lien avec leurs habiletés à fonctionner avec la maladie et peuvent se décourager et ne plus croire à leur place dans la société (Commission de la santé mentale du Canada, 2015). Par contre, cette perception est fautive et les patients doivent être en mesure de comprendre qu'ils peuvent encore s'épanouir, réaliser leurs activités de façon autonome et éventuellement se rétablir. C'est pour cette raison que l'espoir est si important dans le rétablissement. En fait, Schrank et al. (2012) vont jusqu'à dire que l'espoir chez la personne en rétablissement est essentiel à avoir et que d'avoir de l'espoir est primordial afin d'atteindre les meilleures chances de rétablissement possible. De surcroît, le Modèle de l'occupation humaine créé par Gary Kielhofner (Taylor, 2017, cité dans Centre de référence du modèle de l'occupation humaine, 2020) rappelle l'incidence des interactions entre l'environnement et la personne. Il est possible de constater que dans ce cas-ci, le discours porteur d'espoir aura certainement une influence positive sur l'individu.

Toutefois, un processus doit être respecté afin que le rétablissement soit porteur d'espoir. En fait, pour que cela se produise, la personne doit avoir cheminé à la suite de son expérience en lien avec la santé mentale. Plus précisément, pour que le rétablissement soit porteur d'espoir, la personne rétablie doit être en mesure de faire profiter de son savoir expérientiel aux autres. Elle doit avoir fait une réflexion et des apprentissages de son cheminement. Ceci implique que la personne en rétablissement doit être suffisamment rétablie pour être en mesure de prendre du recul sur ce qu'elle a vécu, mais également pour être capable de partager son expérience.

D'ailleurs, il est ressorti dans les résultats que ce partage de son savoir expérientiel est également thérapeutique pour la personne en rétablissement. C'est-à-dire, que de sentir qu'elle peut aider les autres avec son savoir lui donne un sentiment que sa parole est importante et que son savoir expérientiel est autant important que les savoirs théorique et pratique.

7.2 Recommandations et retombées pour le travail des ergothérapeutes

Tout d'abord, la première recommandation est de rendre accessible des formations en santé mentale, donnée par des personnes en rétablissement, pour tous les ergothérapeutes. Ceci aura pour effet de diminuer les stigmas qu'ils ont envers cette population vulnérable. Le pouvoir sera partagé davantage dans la relation et le patient se sentira plus écouté et pris en compte dans les décisions pour son rétablissement.

Ensuite, rencontrer des personnes en rétablissement qui partagent leur savoir expérientiel va permettre aux ergothérapeutes d'être eux-mêmes plus optimistes envers le potentiel de rétablissement des utilisateurs de services. En fait, cela leur donnera des exemples de rétablissement concrets et ainsi il sera plus facile pour eux de percevoir le potentiel de rétablissement de leurs patients.

7.3 Forces et limites de l'étude

La présente étude possède des forces et des limites. En ce qui concerne les forces, celle-ci est une des rares études ayant exploré avec des formateurs du Recovery College l'apport du savoir expérientiel. De plus, elle compare des données obtenues à l'aide d'une revue de littérature avec des entrevues ce qui ajoute une richesse aux résultats présentés.

D'autre part, cette étude présente également des limites. Pour commencer, il faut prendre en considération que les seuls répondants aux entrevues étaient des formateurs du Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement. Pour cette raison, ils sont déjà plus sensibilisés au savoir expérientiel et à l'impact que celui-ci peut avoir. Il aurait été intéressant de questionner d'autres répondants qui utilisent leurs savoirs expérientiels dans leurs pratiques. De plus, l'échantillon de participants aux entrevues est petit ($n=5$). Nous ne pouvons pas prétendre avoir atteint la saturation théorique de l'information. D'autre part, la revue de littérature n'est pas une revue de littérature systématique et comprend un petit nombre d'articles (13).

8. CONCLUSION

La présente étude décrit l'apport du savoir expérientiel dans d'autres contextes que celui de l'enseignement dont l'utilisation du savoir expérientiel en contexte de consultation et de formation, avec les professionnels de la santé, dans des ateliers de coproduction et en recherche. L'étude permet de mieux comprendre les effets de l'utilisation du savoir expérientiel auprès des professionnels de la santé, en recherche et dans des formations. Les résultats indiquent qu'il existe de nombreux autres contextes que l'enseignement au travers desquels le savoir expérientiel peut être mis de l'avant. De plus, les résultats démontrent que d'utiliser le savoir expérientiel est permet une meilleure compréhension de la personne en rétablissement par son entourage. De plus, lorsque transmis à d'autres personnes en rétablissement, il donne de l'espoir aux personnes ayant des problématiques de santé mentale. De surcroît, l'utilisation du savoir expérientiel permet un rééquilibre des savoirs et par le fait même des pouvoirs dans la relation thérapeutique.

Bien que les résultats de la présente étude soient intéressants, ce n'est qu'un aperçu de ce que l'utilisation du savoir expérientiel a la possibilité d'apporter. De futures études sur le savoir expérientiel sont nécessaires, afin de mieux définir les différents contextes dans lesquels l'utilisation de celui-ci est pertinente et afin de mieux cerner les apports du savoir dans la compréhension des enjeux de santé mentale dans une perspective de rétablissement à la fois pour l'aidé et pour l'aidant. De plus, il serait pertinent d'analyser davantage l'utilisation du savoir expérientiel dans le contexte de pratique des ergothérapeutes et comment celui-ci peut avoir comme incidence au plan des interactions entre la personne en rétablissement et le thérapeute.

9. RÉFÉRENCES

- Arblaster, K., Mackenzie, L., Matthews, L., Willis, K., Gill, K., Hanlon, P. & Laidler, R. (2018). Learning from consumers: An eDelphi study of Australian mental health consumers' priorities for recovery-oriented curricula. *Australian Occupational Therapy Journal*, 65: 586-597. doi:10.1111/1440-1630.12518
- Association Canadienne des ergothérapeutes. (2012). Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada. <https://www.caot.ca/document/4720/2012profil.pdf>
- Boyd, J. E., Zeiss, A., Reddy, S. & Skinner, S. (2016). Accomplishments of 77 VA mental health professionals with a lived experience of mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 86(6), 610-619. <http://dx.doi.org/10.1037/ort0000208>
- Brogan, C. M. & Ryan, M. (2017). Taking a coproduction approach to integrating recovery oriented care in Irish Mental Health Services. *International Journal of Integrated Care*, 17(5), 1-8. doi: dx.doi.org/10.5334/ijic.3821
- Centre de référence du modèle de l'occupation humaine. (2020). *Modèle de l'Occupation humaine*. CRMOH. <https://crmoh.ulaval.ca/modele-de-loccupation-humaine/>
- Clément, M. & Lévesque, A. (2016). Santé mentale et savoir d'expérience : quelques repères pour le Québec. *Le Partenaire*, 24(3), 5-9.
- Clifton, A., Repper, J., Banks, D. & Remnat, J. (2013). Co-producing social inclusion: The structure/agency conundrum. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(6), 514-524. doi: 10.1111/j.1365-2850.2012.01953.x
- Collin, C. (1998). *La notion d'expérience humaine*. Cégep du Vieux-Montréal. <http://www.cvm.qc.ca/encephi/contenu/articles/experience.htm>
- Commission de la santé mentale du Canada (2015). *Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement*. https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHCC_RecoveryGuidelines_FRE_0.pdf
- Demailly, L. & Garnoussi, N. (2015). Le savoir-faire des médiateurs de santé pairs en santé mentale, entre expérience, technique et style. *Sciences et actions sociale*. 1(1), 1-22.
- Fox, J. (2017). The Contribution of Experiential Wisdom to the Development of Mental Health Professional Discourse. *Schizophrenia Bulletin*. 43(3), 481-485. doi:10.1093/schbul/sbv082
- Fortin, M.-F. & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3^e éd.). Montréal: Chenelière éducation.

- Geibel, S., Hossain, M. I. S., Pulerwitz, J., Sultana, N., Hossain, T., Roy, S., Burnett-Zieman, B., Stackpool-Moore, L., Friedland, B. A., Yasmin, R., Sadiq, N. & Yam, E. (2017). Stigma Reduction Training Improves Healthcare Provider Attitudes Toward, and Experiences of, Young Marginalized People in Bangladesh. *Journal of Adolescence Health, 60*(1), 35-44.
- Grundy, A. C., Bee, P., Meade, O., Callaghan, P., Beatty, S., Ollevean, N. & Lovell, K. (2015). Bringing meaning to user involvement in mental health care planning a qualitative exploration of service user perspectives. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 23*(1), 12-21. doi: 10.1111/jpm.12275
- Grundy, A. C., Walker, L., Meade, O., Fraser, C., Cree, L., Bee, P., Lovell, K. & Callaghan, P. (2017). Evaluation of a co-delivered training package for community mental health professionals on service user- and carer-involved care planning. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 24*(6), 358-366. doi: 10.1111/jpm.12378
- Gault, I., Pelle, J. & Chambers, M. (2019). Co-production for service improvement: Developing a training programme for mental health professionals to enhance medication adherence in black, asian and minority ethnic service users. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care & Health Policy, 22*, 813-823. doi: 10.1111/hex.12936
- Harris, J. I., Leskela, J. & Hoffman-Konn, L. (2016). Provider Lived Experience and Stigma. *American Journal of Orthopsychiatry, 86*(6), 604-609.
- Houle, J., Coulombe, S. & Radziszewski, S. (2016). Aller mieux à ma façon : mettre en valeur le savoir expérientiel de la personne en rétablissement pour soutenir l'autogestion et faire de la recherche autrement. *Le partenaire, 24*(3), 15-18.
- Hunt, M. G. & Resnick, S. G. (2015). Two birds, One Stone : Unintended Consequences and Potential Solution for Problems With Recovery in Mental Health. *Psychiatric Services, 66*(11), 1235-1237. doi: 10.1176/appi.ps.201400518
- Lanzillotta-Rangeley, J., Leslie, J., Little, M., Stem, J., Asselin, E. & Kurahovic, M. (sous presse). Educational Program to Increase Substance Use Disorder Knowledge and Decrease Stigma in First-Year Nursing Students. *Pain management nursing*.
- Larsen, C., Lange, M., Jorgensen, K., Kistrup, k. & Petersen, L. (2018). Coteaching Recovery to Mental Health Care Professionals. *Psychiatric Services, 69*(6), 620-622. doi: 10.1176/appi.ps.201800019
- McDermott, G. (1998). The care programme approach: a patient perspective. *Nursing Times Research, 3*(1), 47-63. <https://doi.org/10.1177/174498719800300112>
- Park, M., Zafran, H., Stewart, J., Salsberg, J., Elis, C., Rouleau, S., Estein, O. & Valente, T. (2014).

Transforming mental health services: A participatory mixed methods study to promote and evaluate the implementation of recovery-oriented care. *Implementation science*, 9(119), doi:10.1186/s13012-014-0119-7

Pelletier, J-F. (2016). La transmission à cinq vitesses du savoir expérientiel : l'expérience du Connecticut. *Le partenaire*, 24(3), 13-14.

Pelletier, J-F., Davidson, L., Gaulin, D. & Bordet, J. (2019). Recovery Mentors as continuing professional development trainers for better recognition of the epistemic value of experiential knowledge and improved access to recovery-oriented practices. *AIMS Public Health*, 6(4), 447-460, doi: 10.3934/publichealth.2019.4.447

Restall, G., Cooper, J. E. & Kaufert, J. M. (2011). Pathways to Translating Experiential Knowledge into Mental Health Policy. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(1), 29-36.

Schrank, B., Bird, V., Rudnick A. & Slade, M. (2012). Determinants, self-management strategies and interventions for hope in people with mental disorders: systematic search and narrative review. *Social Science & Medicine*, 74(4), 554-564. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.11.008

ANNEXE A

Guide d'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 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 :

1. 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 ?

2. 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 ?

3. 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 ?

4. 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 ?
5. 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

1. 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 ?
2. 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)
3. Si vous aviez à expliquer à un collègue la formation des formateurs, qu'est-ce que vous diriez ?
4. 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?
- 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** ?
- 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.
- 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'entretien

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.**