

Soucieuse de soutenir le développement de la clinique infirmière, *Santé Mentale*, vous propose chaque trimestre une rubrique intitulée « Chercheurs de savoirs » afin de diffuser des articles intéressants la clinique et la recherche. Certains feront débat et susciteront des critiques que nous espérons nombreuses et argumentées pour alimenter une clinique infirmière plurielle et vivante.

## ■ Exclusivité de publication

Les manuscrits soumis à la revue ne doivent pas avoir fait l'objet d'une publication antérieure. Ils ne doivent pas non plus avoir été proposés ou acceptés pour publication dans une autre revue ou ailleurs. Cependant, exceptionnellement, *Santé mentale* acceptera de publier un texte déjà publié dans une autre revue ; par exemple : si cette revue est peu accessible et que le sujet est très pertinent pour les sciences infirmières. Dans cette situation, l'auteur devra avoir les autorisations requises de publier à nouveau le texte par le titulaire du droit d'auteur.

## ■ Arbitrage des textes

Lorsqu'un manuscrit est confié à *Santé Mentale* aux fins de publication, il est soumis à l'approbation du Comité de lecture mis en place spécifiquement pour la rubrique « Chercheurs de savoirs » et qui accueille des infirmiers cliniciens et chercheurs :

- Philippe Delmas, inf. Ph.D, Professeur d'université associé, chercheur au sein de l'UFRSI, cadre de santé (de nuit), hôpital Vaugirard (Paris) ;
- Dominique Friard, infirmier de secteur psychiatrique, Gap (05) ;
- Dave Holmes, inf, Ph.D, Professeur agrégé, école des sciences infirmières, Université d'Ottawa, Canada ;
- Sylvie Noiseux, inf, Ph.D, Professeur adjoint, faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Québec ;
- Nicole Ouellet, inf, Ph.D, Professeur agrégé, campus de Rimouski, Québec, directrice de publication de la revue en ligne « *L'infirmière clinicienne* » ;
- Anne-Marie Pronost, inf, Ph.D, Professeur d'université associé, présidente de l'UFRSI, DSI-DRH, clinique pasteur, Toulouse (31).

Les membres du comité de lecture doivent fournir leur compte-rendu et recommandations (acceptation, acceptation avec certaines conditions ou rejet du manuscrit) dans un délai de quatre semaines. La rédactrice en chef informe l'auteur des évaluations. Ce processus peut nécessiter plusieurs semaines. Si la décision est favorable, le comité peut proposer des corrections que l'auteur effectuera dans des délais raisonnables. Au moment de l'envoi de la dernière version du manuscrit, l'auteur doit inclure une déclaration de propriété et de cession de droits d'auteurs.

## ■ Cinq types de manuscrits peuvent être présentés à *Santé Mentale*

### 1. L'article de recherche

Ce type d'article fait état des résultats d'une recherche en sciences infirmières. L'article n'a pas fait l'objet d'une publication dans une autre revue. Il doit présenter une réflexion suffisamment poussée et appuyée par une problématique clairement définie ainsi que par une argumentation solide. Il doit présenter la méthodologie utilisée, les résultats obtenus ainsi qu'une discussion de ceux-ci. Il doit mettre en évidence l'incidence des résultats sur la pratique et la recherche.

### 2. La revue critique des écrits

La revue critique des écrits fait état des connaissances dans un domaine particulier en sciences infirmières. Elle apporte des éléments nouveaux ou traite d'un sujet sous un nouveau jour ou réalise une critique sur l'état des connaissances et donne des pistes d'orientation sur le développement de ces connaissances.

### 3. L'article clinique

L'article clinique est un texte de fond traitant de la pratique et des nouveautés cliniques en sciences infirmières. Cet article est issu de la pratique et doit mettre en évidence des projets, interventions infirmières, technologies récentes ou autre en tenant compte des développements scientifiques et technologiques.

### 4. L'article de réflexion

Ce type d'article présente une réflexion de fond sur une situation, un problème, une idée ou un concept ou une théorie. Il peut traiter aussi d'une question d'ordre philosophique ou épistémologique en lien avec la discipline infirmière.

### 5. L'article méthodologique

Ce type d'article traite de problématiques d'ordre méthodologique rencontrées dans la recherche en sciences infirmières. Elle apporte un regard nouveau sur une méthode, un devis de recherche, une analyse statistique...

Les articles ne doivent pas excéder 25 000 caractères (espaces et bibliographie compris).

Ces recommandations sont empruntées à *L'Infirmière canadienne* ; en savoir plus sur : [www.uqar.qc.ca/revue-inf](http://www.uqar.qc.ca/revue-inf)



De par sa mission de diffusion des savoirs et le partage des pratiques infirmières en français, le Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (Sidiief) est fier de parrainer la rubrique *Chercheurs de savoirs*.



## Schizophrénie : analyser et comprendre le rétablissement

*Cette étude porte sur l'élaboration d'une théorie infirmière du rétablissement de personnes vivant avec la schizophrénie effectuée à partir de l'approche de recherche de la théorisation ancrée.*

■ Sylvie Noiseux.,

inf., Ph.D., Faculté des sciences infirmières,  
Université de Montréal, Canada.

Le phénomène du rétablissement de personnes vivant avec la schizophrénie suscite de plus en plus l'intérêt des chercheurs et des cliniciens à travers le monde, mais ce phénomène soulève encore de nombreuses interrogations au plan conceptuel (Jacobson & Greenley, 2001). Tout d'abord, notons que la notion de rétablissement est connue et utilisée depuis de nombreuses années dans le domaine de la médecine ou de la réadaptation physique. Elle est définie comme un retour des capacités des personnes atteintes d'une maladie physique ou ayant subi un traumatisme nécessitant des soins particuliers (Harrison, 1984; Lock & Strauss, 1994; Spaniol, 1991). Du reste, ces auteurs utilisent fréquemment l'expression anglaise « *recovery of function* » et ainsi défini, le rétablissement fait référence à un retour à la santé (De Villers, 1997) ou encore à une amélioration du fonctionnement « en apparence » de la personne dans ses activités. En effet, le rétablissement de personnes vivant avec un problème de santé mentale est souvent confondu avec les problèmes de santé physique, plus précisément avec les notions de rémission, de guérison.

### ■ Quid du phénomène de rétablissement

Il ressort de l'ensemble des écrits portant sur le rétablissement que l'évolution de la condition de santé des personnes vivant avec un problème de santé va bien au-delà d'un simple retour de leurs capacités fonctionnelles (Anthony, 1991, 1993, 2000; Deegan, 1988, 1992; Fisher, 1994; Leete, Deegan, 2003, 2007; Farkas & Vallée, 1996;

Mead & Coopeland, 2000 ; Provencher, 2002 ; Spaniol et al., 2005). En effet, ces travaux mettent en relief les notions de processus et d'expérience au cœur du phénomène. Le rétablissement signifie non pas une guérison, mais plutôt une expérience d'adaptation aux symptômes, un mieux être et une redéfinition de l'identité personnelle (Anthony, 1993 ; Ashcraft, Anthony & Zeeb, 2006 ; Deegan, 2007). Contrairement à la vision des tenants de la perspective médicale, plusieurs auteurs définissent le rétablissement en santé mentale comme un processus actif, continu et personnel plutôt qu'un résultat associé à une maîtrise des compétences instrumentales et relationnelles (Anthony, 1993 ; Corin, 2002 ; Onken et al., 2007).

Par ailleurs, le développement d'une explication théorique du rétablissement fait référence à un nouveau paradigme dont l'étendue ne peut être considérée sans l'apport d'une diversité de perspectives provenant de différentes sources de données (Strauss & Corbin, 1990). Dans cette optique, les résultats obtenus dans l'étude de Noiseux (2004) démontrent la pertinence d'inclure les personnes atteintes, les proches et les intervenants pour enrichir et raffiner le développement d'une proposition théorique du rétablissement. D'une part, la perception des proches peut grandement contribuer à approfondir notre compréhension du processus de rétablissement puisqu'ils ont, pour la plupart, connu la personne avant que survienne la maladie et qu'ils ont suivi de près son évolution. D'autre part, les intervenants représentent également une source de données importante en raison du rôle qu'ils jouent auprès des personnes dans la « conscientisation » de leurs ressources ou de leur potentiel. De fait, ils sont souvent témoins de résultats significatifs qui dépassent largement la notion de stabilisation ou d'amélioration de leur condition de santé.

Jusqu'à présent, les intervenants ont été peu interpellés dans les études sur le rétablissement si ce n'est dans le cadre de quelques travaux où des chercheurs ont tenté de vérifier comment la mise en œuvre récente de programmes d'interventions dans la communauté pouvait favoriser le rétablissement (Anthony, 1993 ; Chinman et al., 1999 ; Davidson et al., 2007 ; Hutchinson et al., 2006). Or, si pour Provencher (2002) le rétablissement ne peut être docu-



menté et compris qu'à partir de l'expérience perçue et vécue par la personne, l'étude de Noiseux (2004) montre que les patients, les proches comme les intervenants constituent autant de sources d'information pertinentes pour cerner et expliquer le processus de rétablissement en santé mentale, en mettant en relief son caractère subjectif et les contextes interactionnel et structurel qu'il implique. Cette façon d'étudier le rétablissement en santé mentale s'apparente à ce que Strauss (1989) appelle la typologie de trajectoires et qui consiste à faire ressortir la dynamique entre les caractéristiques des acteurs concernés (patients, proches, intervenants) de l'environnement et des facteurs contextuels liés au phénomène à l'étude. Dans cette perspective, l'approche de la théorisation ancrée (*grounded theory*) (Glaser & Strauss, 1967) paraît tout à fait appropriée pour non seulement rejoindre une diversité d'acteurs concernés par l'étude du rétablissement santé men-

tales, mais également pour mieux comprendre, cerner et expliquer ce processus en définissant les concepts ou les catégories et en les mettant en relation qui a pour valeur une proposition minutieuse et raffinée (Strauss & Corbin, 1990, 1998). De fait, l'approche de la théorisation ancrée, telle que retenue dans l'étude de Noiseux (2004), a permis de fournir une explication théorique sur le comment et le pourquoi des personnes vivant avec la schizophrénie arrivent à se rétablir. En somme, l'explication théorique proposée permet de mieux comprendre la façon dont divers éléments interagissent entre eux, mais aussi comment leur réciprocité particularise la dynamique du processus à travers lequel les personnes vivant avec la schizophrénie luttent pour retrouver leur place dans la société. C'est donc dans cette optique, considérant l'état des connaissances portant sur ce phénomène, que l'approche de la théorisation ancrée a été privilégiée pour guider cette recherche au plan méthodologique.



## ■ L'approche de la théorisation ancrée

L'appellation « théorisation ancrée » traduit l'expression anglaise « *grounded theory* », soit l'approche de recherche de théorisation empirique et inductive développée par Glaser et Strauss (1967). Selon Strauss et Corbin (1998), la théorisation ancrée tire son origine de la nouvelle école de Chicago et s'inspire de l'interactionnisme symbolique et des sources du pragmatisme, plus précisément des écrits de plusieurs auteurs (Blumer, 1969 ; Dewey, 1922 ; Hughes, 1971 ; Mead, 1934 ; Park, 1967 ; Thomas, 1966). Selon la perspective de l'interactionnisme, une théorie de la sociologie et de la psychologie sociale (Paillé, 1994), l'être humain construit sa réalité à partir des interactions sociales et agit ainsi en fonction de la signification qu'il accorde aux autres et à lui-même (Mead, 1934). Bref, ces perspectives de l'interactionnisme symbolique et du pragmatisme, fondements philosophiques à la base de l'approche de

la théorisation ancrée, nous ont conduits à réaliser une étude sur le comportement humain en tenant compte d'un contexte social spécifique. Par ailleurs, la théorisation ancrée vise d'abord l'élaboration d'une théorie enracinée dans la réalité sans toutefois être une description de celle-ci ; les « cas » empiriquement observés n'y sont pas considérés pour eux-mêmes, mais comme des données qui émergent du phénomène observé (Laperrière, 1997).

L'utilisation de la théorisation ancrée est toute indiquée pour élaborer une théorie infirmière de niveau intermédiaire (*middle range theory*) permettant d'expliquer, à partir de données empiriques, le rétablissement de personnes vivant avec la schizophrénie considérée, dans les écrits, comme étant un processus complexe et en pleine évolution (Noiseux, 2004, Strauss & Corbin, 1990, 1998). Selon Paillé (1994), l'explication théorique de la réalité investiguée doit être fidèle à la perspective et à la compréhension des personnes ou des acteurs sociaux qui en font le témoignage. Ainsi, la préoccupation du chercheur n'est pas de valider une théorie ou des hypothèses préalablement choisies, mais bien de comprendre et d'interpréter, au moyen d'une démarche analytique récurive, la perspective que les acteurs se font de leur réalité ainsi que de leurs réponses ou comportements qui en découlent (Strauss & Corbin, 1990). Ceci explique l'importance qu'accordent Strauss et Corbin (1998) à la notion de processus qui correspond, selon ces auteurs, aux interactions et aux changements liés au phénomène observé. Dans l'analyse des données, le processus constitue une partie essentielle dans l'élaboration de la théorie en émergence (Strauss & Corbin, 1998).

D'après plusieurs auteurs, la théorisation ancrée est particulièrement utile en regard de nouveaux champs de recherche, comme l'étude de Noiseux (2004) portant sur le rétablissement de personnes vivant avec la schizophrénie (Benoliel, 1996 ; Chenitz & Swanson, 1986 ; Strauss & Corbin, 1990 ; Markowitz, 2001). De plus, des chercheurs lui reconnaissent une valeur considérable pour le développement des connaissances en sciences infirmières (Benoliel, 1996 ; Bowers, 1987 ; Forchuk & Roberts, 1994 ; Strauss & Corbin, 1998), notamment sur les dimensions de la personne et de ses expériences de vie telles que préconisées par la conception infirmière

des réponses humaines dans des situations de santé et de maladie (ANA, 1980). C'est donc dire que la théorisation ancrée exige nécessairement une étude empirique dans un contexte social précis et favorise idéalement le choix d'une diversité de sources de données (usagers, proches, intervenants) (Strauss & Corbin, 1998).

## ■ Méthode de recherche

L'approche de la théorisation ancrée propose une manière systématique de collecte, d'organisation et d'analyse des données pertinentes dans des sites diversifiés (Benoliel, 1996 ; Strauss & Corbin, 1990, 1998). Ainsi, l'approche de recherche retenue pour la présente étude, recourt à un certain nombre d'outils de collecte et d'analyse des données qui lui sont propres et qui ont été détaillées par Strauss et Corbin (1990, 1998). Dans le cadre de l'étude de Noiseux (2004), deux modes de collecte de données a été utilisés : les entrevues semi-structurées et les notes de terrain.

- **L'entrevue semi-structurée** est un moyen puissant et jugé indispensable pour explorer en profondeur la perspective des participants en regard du processus de rétablissement (Fontana & Frey, 1994). La chercheuse a élaboré trois guides d'entrevue : un pour les personnes atteintes, un pour leur proche et un autre pour leur intervenant. Ces guides sont constitués de questions générales et spécifiques. Les questions d'ordre général ont été formulées d'abord en des termes larges, invitant les participants à s'exprimer librement sur leur conception du rétablissement. Puis, des sous-questions spécifiques - « *qui* », « *quoi d'autre* », « *comment* », « *quand* » - ont été ajoutées aux questions générales. Ces questions visaient, d'une part, à inciter les participants à préciser leur pensée quant à leur perspective du rétablissement et, d'autre part, à explorer des thèmes plus spécifiques comme les conditions personnelles (sources de motivation, stratégies d'action, ressources personnelles...), environnementales (relations interpersonnelles, rôles sociaux...) et organisationnelles (accessibilité aux services, pratiques de soins...) qui facilitent ou entravent le rétablissement. Par ailleurs, des données sociodémographiques et cliniques (prise d'une médication...) ont été recueillies à l'aide d'un formulaire développé à cet effet.

- **Tout au long du déroulement de cette étude, des notes de terrain ont été élaborées** pour rendre compte des observations de la chercheuse. Elles ont servi à décrire le contexte entourant les entrevues, les événements factuels, les réactions des personnes, les impressions et les réflexions personnelles et ont permis de discuter de certains biais possibles ou de données susceptibles d'être pertinentes au processus d'analyse des données (Huberman & Miles, 1991).

## ■ Quels résultats ?

- **Les catégories du processus de rétablissement**

L'étude de Noiseux (2004) avait pour objectif de comprendre et de décrire en profondeur les diverses dimensions du rétablissement et ce, à partir de la perception de trois groupes de personnes directement concernées par ce phénomène : des personnes atteintes de schizophrénie, des proches et des intervenants. La première partie des résultats présente le processus de rétablissement de personnes vivant avec la schizophrénie en décrivant les sept catégories mutuellement exclusives qui le reflètent. Rappelons que ces catégories émergent de l'analyse des données qui a été effectuée en tenant compte de l'approche de la théorisation ancrée et que les données colligées ont été organisées à la lumière des éléments du modèle paradigmatique proposé par Strauss et Corbin (1990, 1998). Des étapes d'analyse, il ressort sept conditions ou indicateurs empiriques caractérisant le processus de rétablissement :

- l'expérience de la schizophrénie, la descente aux enfers ;
- le jaillissement d'une étincelle ;
- la démarche d'introspection ;
- l'activation de dispositions personnelles combatives ;
- la découverte de clefs d'un mieux-être ;
- la capacité de manœuvrer le jeu du rapport inégal des forces intérieures et extérieures ;
- la perception d'une lumière au bout du tunnel.

Ces conditions englobent des caractéristiques ou des attributs spécifiques dont l'influence réciproque permet une première explication théorique du rétablissement.

- **Le rétablissement : un mouvement intrinsèque**

La deuxième partie des résultats expose une explication du processus de rétablissement



de personnes vivant avec la schizophrénie qui émerge de l'analyse descriptive des données empiriques. Il s'agit d'une proposition théorique qui vise à expliquer comment et pourquoi ces personnes arrivent à se rétablir. L'explication théorique proposée est construite à partir des liens entre les sept catégories, mentionnées précédemment, poussant ainsi l'analyse vers un niveau d'abstraction supérieur. Ainsi, l'explication théorique est basée sur le postulat selon lequel les personnes vivant avec la schizophrénie ont, pour la très grande majorité, le potentiel et les ressources pour se rétablir.

D'après la démarche d'analyse des données empiriques, le processus de rétablissement semble, pour certaines personnes, émerger d'une descente aux enfers. En effet, on constate que la souffrance abyssale que ressent la personne au plus profond de

cette descente semble être un préalable ou une composante essentielle à la possibilité de vivre un rétablissement. Il apparaît donc plausible de croire que le processus de rétablissement émerge d'un mouvement de l'espace intérieur de l'être qui prend forme à partir du moment où la personne ressent ce profond sentiment de vivre une dérive, un enfer ou encore une déchéance génératrice d'une souffrance devenue intolérable par l'envahissement des symptômes associés à la maladie.

L'impasse de cette descente aux enfers semble éveiller - ou réveiller - l'instinct de survie de la personne ayant pour effet de déclencher le mécanisme inconscient d'une forme de refus de continuer à vivre une telle souffrance. Un déclenchement que les participants ont nommé « *le jaillissement d'une étincelle* ». Cette étincelle, instinctive et spontanée, semble être difficile à expli-

quer par la personne qui dit ressentir au plus profond d'elle-même « *quelque chose qui se met en mouvement et auquel elle participe entièrement* ». Ainsi, bien qu'elle soit brève, cette étincelle semble suffisante pour générer une « remontée » de cette descente infernale qui se traduit dans la

manière de penser et de réagir de la personne. Simultanément, celle-ci se livre à une démarche personnelle d'introspection qui semble se faire sans effort, presque de façon naturelle, comme l'ont rapporté les participants de cette recherche. Par cette démarche introspective, la personne se

souvent de qui elle était, de ce qu'elle aurait voulu être et devenir à travers ses différents projets de vie. Ce retour dans son passé revêt une importance singulière en raison des points de repère que ces souvenirs représentent dans la reconnaissance de ses capacités à identifier ses sources de

## ● Processus d'analyse des données

Il a été effectué de façon concomitante à la collecte des données, tel que préconisé par l'approche de la théorisation ancrée (Strauss & Corbin, 1990). Les entrevues ont été transcrites intégralement et leur lecture systématique par la chercheuse a permis d'en réviser attentivement le contenu et, le cas échéant, de raffiner les questions d'entrevue afin de s'assurer de comprendre et de cerner le phénomène à l'étude. Ce processus d'analyse a exigé un va-et-vient continu entre les données recueillies, les écrits existants et la proposition théorique en émergence. Cette démarche récursive d'analyse a été réalisée à la lumière du modèle paradigmatique (Strauss & Corbin, 1990). Ce modèle exige trois étapes de codifications : la codification ouverte, la codification axiale et la codification sélective.

### ● La codification ouverte

- Cette étape consiste **premièrement** à souligner dans le texte les événements, les faits significatifs. Des thèmes correspondant à chacun des faits abordés par les participants ont été notés dans la marge des textes. Les thèmes, tels que rechute, stratégie, combat, motivation, repère, constituent des exemples de cette première étape que nous qualifions d'exploration systématique des données permettant toute découverte fortuite. Ainsi identifiés, ces thèmes ont été ensuite regroupés dans des tableaux individuels qui présentaient un portrait général du contenu de chaque entrevue, comme le suggèrent Huberman et Miles (1991).

- **Deuxièmement**, toutes les entrevues transcrites ont été transférées dans le logiciel de traitement de données NU-DIST Vivo (*Nonnumerical Unstructured Data Indexing Searching and Theorizing*). Ce dernier a permis d'emmagasiner et de coder les données et ainsi de créer une première grille de codification ouverte. Les codes initiaux sont des mots descripteurs et ils sont déduits de la question de recherche ou induits directement à partir des données empiriques (Lessard-Hébert et al., 1995). À cette étape, les thèmes similaires émergeant de chaque entrevue ont été organisés selon divers codes. Ainsi, débute l'interprétation des données et les codes initiaux sont regroupés selon leurs caractéristiques respectives.

- **Troisièmement**, pour arriver à un niveau conceptuel plus élevé, les codes apparentés ont été regroupés entre eux pour constituer des catégories ou des concepts. Par ailleurs, des comparaisons entre les codes et les catégories ont continuellement été effectuées pour parvenir au regroupement des codes d'énoncés similaires, à la définition de catégories et à l'émergence de relations entre les catégories. Ces catégories ont été révisées et comparées entre elles exigeant un va-et-

vient continu entre les données empiriques. De multiples modifications dans le regroupement des codes similaires ont été effectuées générant ainsi de nombreuses versions de la grille de codification ouverte initiale.

### ● La codification axiale

Cette deuxième étape du processus d'analyse des données permet de raffiner la grille de codification ouverte afin de faciliter la délimitation de l'explication théorique. Il s'agit de mettre en relation les catégories délimitant le phénomène à l'étude selon différents niveaux de « conditions », c'est-à-dire des conditions causales, des contextes interactionnels et structurels, des stratégies d'actions et des conséquences. L'identification de ces conditions constitue le point de départ pour mieux comprendre et cerner l'interaction des conditions individuelles, environnementales et organisationnelles influençant le processus de rétablissement.

### ● La codification sélective

Cette troisième étape d'analyse des données vise l'intégration et le raffinement de la proposition théorique.

- **Premièrement**, le processus d'intégration a été effectué par l'énoncé d'une catégorie centrale (*core category*) : c'est-à-dire quelques mots, une phrase ou une idée conceptuelle qui va au cœur du phénomène. En d'autres termes, une catégorie est dite centrale dans la mesure où les catégories peuvent s'y greffer et les variations entre les catégories y sont justifiées (Strauss & Corbin, 1990). Ainsi, à la fin de l'analyse, il a été possible d'identifier un thème unificateur (*selective coding*) du processus de rétablissement de personnes vivant avec la schizophrénie.

- **Deuxièmement**, cette étape de raffinement de l'explication théorique du rétablissement vise à proposer une seule catégorie centrale et ainsi définir clairement une explication théorique dont les paramètres seront généralisables tout en tenant compte de la singularité des personnes et de leur condition de santé. Pour ce faire, un échantillonnage discriminant a été formé en choisissant des personnes qui étaient susceptibles de maximiser les possibilités de raffiner l'explication théorique (Strauss & Corbin, 1990). Concrètement, 15 participants ont été choisis parmi les 41 personnes de l'échantillon théorique initial puis rencontrés individuellement afin d'en arriver à la validation de la proposition théorique du processus de rétablissement en santé mentale. Huberman et Miles (1991) préconisent le choix de personnes qui ont plus de facilité à s'exprimer sur le sujet à l'étude afin de maximiser la richesse des données.

motivation à vouloir vivre autrement et, de ce fait, à se reconstruire en découvrant de nouveaux champs d'intérêts.

À cette démarche introspective, vient se superposer l'activation de dispositions personnelles combattives qui permettent à la personne de tirer des leçons de son vécu et de son expérience à vivre avec la schizophrénie, signifiant ainsi un réel combat au quotidien. Plus précisément, il s'agit ici de dispositions naturelles alimentant un désir de vivre qui prévaut sur le souhait de mourir malgré une réalité particulièrement douloureuse. Pour certaines personnes, ces dispositions combattives sont suffisamment puissantes et s'activent par elles-mêmes, tandis que pour d'autres elles sont ravivées par des pairs, comme en témoigne cette personne vivant avec la schizophrénie :

*« Lorsque j'étais au plus profond de ma descente aux enfers, on m'a rappelé que j'étais une personne tellement combattive et ça m'a aidée car j'ai senti que quelque chose commençait enfin à changer en moi » (Chloé, PVS, p. 5).*

Ainsi, il apparaît que les quatre premières catégories ou concepts soient étroitement reliés, voire indissociables, et représentent les conditions qui activent ce mouvement intrinsèque de la personne pour se sortir d'une existence symptomatique. Ce mouvement intrinsèque se poursuit continuellement et, progressivement, s'ouvre par des percées sur le monde extérieur. Ces dernières font référence à la fois à l'offre des possibilités ou des opportunités provenant du dehors et à l'ouverture de l'espace intérieur de la personne vers l'extérieur. Selon cette perspective, il lui devient alors possible de trouver ses propres clefs d'un mieux-être. Dès lors, l'ouverture vers l'extérieur exige d'elle des efforts constants, non seulement dans la recherche et l'expérimentation de stratégies d'action pour découvrir ses propres clefs, mais également pour actualiser sa capacité à manœuvrer le jeu du rapport inégal entre ses propres forces intérieures en mouvance et la dynamique des forces extérieures qui les influencent. Ainsi confrontée à cette réalité du dehors, le rôle d'acteur que se donne consciemment la personne prend tout son sens. En effet, ses multiples façons d'interagir avec son environnement et de réagir à la place que lui assigne le système sont déterminantes au chemin qu'elle s'efforce de se tracer sur la



*Confrontée à La  
réalité du dehors,  
Le rôle d'acteur  
que se donne  
consciemment  
La personne prend  
tout son sens.*

scène sociale. Ces contextes interactionnel et structurel sont générateurs de tensions entre le pôle des événements stressants et celui des échanges constructifs. Les efforts et la persévérance de la personne apparaissent alors insuffisants dans son combat quotidien pour se sortir d'une existence symptomatique et percevoir une lumière au bout du tunnel. C'est pourquoi, l'appui et la présence de pairs, de proches ou d'intervenants s'avère indispensable à la lutte à laquelle se livre la personne. Sans cela, il lui devient extrêmement difficile, voire impossible, de retrouver un sens à son existence et une place dans un champ social empreint de stigmatisation en regard de la maladie. Cette aide offerte par l'entourage devient

utile dans la mesure où la personne accepte de s'ouvrir au monde extérieur dont la réalité, quoique plus souvent douloureuse à vivre, devient supportable par les occasions du dehors qui prennent un sens à travers la dynamique du mouvement intrinsèque. À cet égard, la mère d'un jeune homme vivant avec la schizophrénie révèle :

*« C'est au moment où j'ai vu que mon fils tentait de s'ouvrir aux autres que j'ai pu commencer à l'aider réellement, comparativement à la période où il vivait une véritable descente aux enfers. Je croyais d'ailleurs qu'il allait mourir tellement il souffrait » (Lise, PP, p. 8).*

Dès lors, le rôle des proches et des intervenants est un « metteur en scène » qui souligne la « sortie » de soi ou renforce les efforts de la personne et ses victoires, même « minimales », qui la soutient lors de ses rechutes ou ses échecs, puis l'encourage et l'aide à reprendre pied malgré sa fragilité intérieure constamment mise à l'épreuve par la réalité du dehors. Ainsi, grâce au dynamisme du mouvement auquel participe entièrement la personne, celle-ci peut enfin voir une lumière au bout du tunnel. Une luminosité qui se traduit par une reconnaissance d'indices d'un mieux-être dans toutes ses dimensions bio-



psychosociales, comme en témoigne clairement cette personne vivant avec la schizophrénie :

*« Les indices et les signes que je vais mieux sont évidents pour moi et mon entourage. Le fait que je prenne régulièrement mes médicaments et que je fasse mon entraînement physique, tous les jours, a un effet bénéfique au plan biologique. Psychologiquement, je le ressens parce que je me retrouve en tant que personne, je retrouve mes capacités à fonctionner à mon rythme mais de façon autonome, et socialement, je deviens accessible aux autres. Cela sécurise mon entourage qui est capable de constater que je vais mieux et qui cesse d'être inquiet pour moi ». (Pierre, PVS, p. 20).*

En somme, cette lumière ne représente nullement une finalité, mais plutôt une découverte par la personne elle-même de ses propres clefs et de sa capacité à manœuvrer le jeu des forces intérieures et extérieures.

#### • Les paliers de rétablissement

Approché sous l'angle d'une série de mouvements intrinsèques qui sont profondément singuliers, il est plausible de croire qu'il existe plusieurs paliers ou niveaux de

rétablissement chez les personnes vivant avec la schizophrénie. En effet, la notion de rétablissement comprend autant de niveaux qu'il y a de personnes de par le degré d'atteinte de la maladie, le bagage personnel qui les caractérisent et les ressources qui les entourent. En revanche, il ressort des données empiriques certains avis communs et ce, malgré la présence non équivoque de cette subjectivité associée aux différents paliers du processus de rétablissement selon les particularités des personnes. En effet, l'ensemble des participants s'accorde à dire que le rétablissement est un processus qui se déploie dans un long cheminement personnel, exigeant indéniablement un soutien et une patience qui ne s'épuisent pas et qui compte sur l'importance des « petits pas par petits pas », et du « vivre au jour le jour ». Aussi, le rétablissement n'exclut pas la présence de symptômes et même de rechutes qui semblent, à première vue, faire basculer la dynamique du mouvement intrinsèque, mais finalement permet, le temps d'un épisode de crise, de réaliser le chemin parcouru et de se redonner le souffle nécessaire pour reprendre, où on l'a laissé, l'apprentissage à vivre avec la schizophrénie.

#### ■ Répercussions dans la pratique infirmière

Les résultats de cette recherche démontrent qu'il s'avère fondamental de développer davantage la pratique infirmière en santé mentale selon une conception des réponses humaines biopsychosociales (AANN's, 2001) afin de nommer explicitement les attributs de l'infirmière qui font une différence dans l'approche et le soin

auprès des personnes et leurs proches. Somme toute, la réalisation de recherches infirmières portant sur le rétablissement est nécessaire pour fournir un corpus de connaissances solide et guider la pratique sur le potentiel et les ressources de la personne ayant un problème de santé mentale (Stubblefield & Murray, 2002).

L'étude du rétablissement de personnes vivant avec la schizophrénie conceptualisé au départ comme une réponse humaine, s'avère donc un phénomène unique et tout à fait judicieux au domaine des sciences infirmières puisqu'on s'intéresse non pas à la maladie et à son caractère destructif, mais au cheminement constructif et particulier de la personne (Noiseux & Ricard, 2005). La chercheuse a présenté une explication théorique du rétablissement selon des postulats et des valeurs qui mettent l'accent sur le potentiel et les ressources des personnes plutôt que sur les déficits engendrés par la maladie. Enfin, comme toute discipline professionnelle, les infirmières-chercheuses et praticiennes ont une responsabilité sociale envers les actions prises, notamment auprès des personnes vivant avec la schizophrénie et, de ce fait, elles doivent contribuer au développement des connaissances de manière à guider les pratiques de soins susceptibles de faciliter leur rétablissement (Schauer et al., 2007). ☀

#### • Remerciements

Des remerciements vont tout spécialement aux participants qui ont contribué de façon exceptionnelle à la réalisation de cette étude. L'auteure remercie également Monsieur Philippe Delmas pour sa grande disponibilité et pour ses judicieux commentaires à cet article.

#### ● L'auteur

Sylvie Noiseux est professeure adjointe dans le domaine de la santé mentale à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et chercheuse au Centre de recherche Fernand-Seguin affilié à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Elle détient un doctorat en sciences infirmières à cette même université. Sa thèse, qui a obtenu une mention honorifique, a été effectuée sous la direction de Nicole Ricard, professeure titulaire à la Faculté des sciences infirmières à l'Université de Montréal. Sylvie Noiseux poursuit actuellement des études postdoctorales portant sur les interventions « sur mesure » facilitant le rétablissement de personnes vivant avec un problème de santé mentale au Département de psychiatrie de l'Université de McGill. La poursuite des travaux de recherche de Sylvie Noiseux portant sur le rétablissement en santé mentale bénéficient du soutien financier des Institut de recherche du Canada (IRSC) et du Groupe de recherche universitaire de Montréal (GRISIM).

■ Courriel : [Sylvie.Noiseux.2@umontreal.ca](mailto:Sylvie.Noiseux.2@umontreal.ca) ou [s.noiseux@videotron.ca](mailto:s.noiseux@videotron.ca)

## Résumé

Il existe actuellement une volonté politique ardente et une tendance de plus en plus répandue à travers le monde à vouloir mettre en œuvre des soins et des services facilitant le rétablissement des personnes présentant un problème de santé mentale. Cependant, la compréhension de ce phénomène demeure encore une source de confusion considérable tant pour les chercheurs que pour les cliniciens. Le présent article présente les résultats obtenus dans l'étude de Noiseux (2004) portant sur l'élaboration d'une théorie infirmière du rétablissement de personnes vivant avec la schizophrénie. Cette étude a été effectuée à partir de l'approche de recherche de la théorisation ancrée ; une démarche analytique pour la recherche qualitative. En somme, cette approche de recherche a permis de développer une proposition théorique enracinée dans la réalité (grounded theory) en favorisant l'utilisation d'une diversité de sources de données (patients, proches, intervenants) pour mieux comprendre, cerner et expliquer le rétablissement de personnes vivant avec la schizophrénie. De plus, cette approche permet de pousser l'objet d'étude au-delà d'une analyse descriptive en définissant et en mettant en relation les conditions qui caractérisent la dynamique du rétablissement. Les répercussions pour la pratique infirmière sont mentionnées.

## Bibliographie

- ▶ American Nurses Association (ANA), 1980. Nursing : a social policy statement. Kansas City, MO : ANA.
- ▶ American Association of Neuroscience Nurses (AANN's) 2001. AANN's neuroscience nursing : Human responses to neurologic dysfunction (2d ed.) Philadelphia : W. B. Saunders Company.
- ▶ Anthony W. A. (1991). Researching the unresearchable. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 14(3), 1.
- ▶ Anthony W. A. (1993). Recovery from mental illness : the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
- ▶ Anthony W. A. (2000). A recovery-oriented service system : Setting some system level standards. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(2), 159-168.
- ▶ Ashcraft L., Anthony, W. & Zeeb M. (2006). Transformation Can Happen Anywhere. *Behavioral Healthcare*, juillet.
- ▶ Benoliel J. Q. (1996). Grounded theory and nursing knowledge. *Qualitative Health Research*, 6, 406-428.
- ▶ Blumer H. (1969). *Symbolic interactionism*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice Hall.
- ▶ Bowers B. (1987). From intergenerational care giving : Adult caregivers and their aging parents. *Advances in Nursing Science*, 9, 20-31.
- ▶ Chenitz W.C., & Swanson J.M., 1986. Qualitative research using grounded theory. In Auteur, *From practice to grounded theory. Qualitative research in nursing* (pp. 3-15). California : Addison-Wesley.
- ▶ Chinman M., Allende M., Bailey P., Maust J. & Davidson L. (1999). Therapeutic agents of assertive community treatment. *Psychiatric Quarterly*, 70(2), 137-163.
- ▶ Corin E., 2002. Se rétablir après une crise psychotique : ouvrir une voie? Retrouver sa voix ? Santé mentale au Québec, 27 (1), 65-82.
- ▶ Davidson L., J. Tondora, et al. (2007). « Creating a recovery-oriented system of behavioral health care : Moving from concept to reality. » *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(1): 23.
- ▶ Deegan P. E. (1988). Recovery : The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11, 11-19.
- ▶ Deegan P. E. (1992). The independent living movement and people with disabilities : Taking back control over own lives. *Psychosocial Rehabilitation*, 15(3), 3-9.
- ▶ Deegan G., 2003. Discovering recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26 (4), 368-375.
- ▶ Deegan P. E. (2007). « The lived experience of using psychiatric medication in the recovery process and shared decision-making program to support it. » *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(1): 62.
- ▶ De Villers, M. E. (1997). *Multidictionnaire de la langue française*. (3e éd.) Montréal : Québec Amérique.
- ▶ Dewey J. (1922). *Human nature and conduct*. New York : Holt.
- ▶ Farkas M. & Vallée, C. 1996. De la réappropriation au pouvoir d'agir : la dimension discrète d'une réelle réadaptation. *Santé mentale au Québec*, 21(2), 17-28.
- ▶ Fisher D. B. 1994. Overcoming schizophrenia. *Journal of Psychosocial Nursing*, 34(9), 33-3.
- ▶ Fontana A. & Frey J. H. (1994). Interviewing : The art of science. Dans N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (Éds). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks : Sage.
- ▶ Forchuk C. & Roberts J. (1994). How to critique qualitative research articles. *Canadian Journal of Nursing Research*, 25, 47-56.
- ▶ Glaser B. G., & Strauss A. L., 1967. *The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research*. Chicago : Aldine.
- ▶ Harrison V. (1984). A biologist's view of pain, suffering and marginal life. Dans F. Dougherty (Éd.), *The deprived, the disabled and the fullness of life*. Delaware : Michael Glazier.
- ▶ Huberman M. A., & Miles M. B. (1991). *Analyse des données qualitatives : recueil de nouvelles méthodes*. Bruxelles : De Boeck.
- ▶ Hutchinson D.S., Gagne C., Bowers, A., Russinova, Z., Skrinar, G.S., & Anthony, W.A. (2006). A framework for health promotion services for people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29 (4), 241 - 250.
- ▶ Lessard-Hébert M., Goyette, G. & Boutin, G. (1995). *La recherche qualitative. Fondements et pratiques*. Montréal : Éditions nouvelles.
- ▶ Lock J., & Strauss G. D. (1994). Psychiatric hospitalization of adolescents for conduct disorder. *Hospital and Community Psychiatry*, 45(9), 925-928.
- ▶ Hughes E. C. (1971). *The sociological eye : Selected papers*. Chicago : Aldine.
- ▶ Jacobson, N., Greenley D., 2001. What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatric services*, 52 (4), 482-487.
- ▶ Laperrière A., 1997. *La théorisation ancrée (Grounded Theory) : démarche analytique et comparaison avec d'autres approches apparentées*. Dans J. Poupart, L. H. Groulx, J. P. Deslauriers A.
- ▶ Leete E. 1989. How I perceive and manage my illness. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 197-200.
- ▶ Markowitz, F. E. (2001). Modeling processes in recovery from mental illness : Relationships between symptoms, life satisfactions and self-concept. *Journal of Health and Social Behavior*, 42(1), 64-79.
- ▶ Mead S., & Copeland M. E. 2000. What recovery means to us : Consumer's perspectives. *Community Mental Health Journal*, 36, 315-328.
- ▶ Noiseux S. (2004). *Élaboration d'une théorie du rétablissement de personnes vivant avec la schizophrénie*. Thèse doctorale. Faculté des sciences infirmières. Université de Montréal.
- ▶ Noiseux S., Ricard N., 2005. Le rétablissement de personnes vivant avec la schizophrénie. *Perspective infirmière*, 3 (2), 11-20.
- ▶ Onken S. J., C. M. Craig et al. (2007). « An analysis of the definitions and elements of recovery : a review of the literature. » *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(1): 7.
- ▶ Paillé, P. (1994). *L'analyse par théorisation ancrée*. Cahiers de recherche sociologique, 23, 147-181.
- ▶ Park R. E. (1967). *On social control and collective behavior*. Chicago : University of Chicago Press.
- ▶ Provencher, H. L., 2002. L'expérience du rétablissement : perspectives théoriques. *Santé mentale au Québec*, 27 (1), 35-64.
- ▶ Schauer C., A. Everett, et al. (2007). « Promoting the value and practice of shared decision-making in mental health care ». *Psychiatric Rehabilitation Journal* 31(1): 54.
- ▶ Spaniol L. (1991). Editorial. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 4(4), 1.
- ▶ Spaniol L., Wewiorski N. J., Gagne, C., Anthony, W.A., 2005. The process of recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 14, 327-336.
- ▶ Strauss J.S., 1989. Subjective experiences of schizophrenia : toward a new dynamic psychiatry. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 179-188.
- ▶ Strauss A.L., Corbin, J., 1990. *Basics of qualitative research. Grounded theory, procedures and techniques*. California : Sage.
- ▶ Strauss, A. L. & Corbin, J. (1998). *Grounded theory methodology : An overview*. Dans N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Éds). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks : Sage Publications.
- ▶ Stubblefield C. & Murray R. L. (2002). A phenomenological framework for psychiatric nursing research. *Archives of psychiatric nursing*, 16(4), 149-155.
- ▶ Thomas W. I. (1966). *On social organization and social personality*. Chicago : University of Chicago Press.