Université de Montréal

Les formations du Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement comme leviers de transformation : *Étude des retombées perçues et mesurées chez les intervenants de la santé*

Par

Julie Bellemare

Programme de sciences biomédicales

Faculté de médecine

en extension à l'Université du Québec à Trois-Rivières

Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D.)

en sciences biomédicales

Mai 2026

© Julie Bellemare, 2026

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire, de cette thèse ou de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire, de sa thèse ou de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire, cette thèse ou cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire, de cette thèse et de son essai requiert son autorisation.

Programme de sciences biomédicales, Faculté de médecine

en extension à l'Université du Québec à Trois-Rivières

Cette thèse intitulée

Les formations du Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement comme leviers de transformation : étude des retombées perçues et mesurées chez les intervenants de la santé

Présentée par

Julie Bellemare

A été évaluée par un jury composé des personnes suivantes

Pierre-Yves Therriault
Président-rapporteur

Catherine Briand
Directrice de recherche

Myriam Beaulieu
Membre du jury

Marilène Gosselin
Examinatrice externe

Résumé

Introduction : Le passage du paradigme biomédical vers celui du rétablissement implique une transformation profonde des approches, postures et interventions en santé mentale. Or, les formations traditionnelles peinent à modifier durablement ces dimensions, laissant les intervenants aux prises avec des tensions éthiques et organisationnelles persistantes. Dans ce contexte, cette thèse s'intéresse aux *Recovery Colleges*, dispositifs de formation fondés sur la mixité des savoirs et des apprenants. Elle vise à combler le manque de données portant spécifiquement sur les intervenants, un groupe dont l'expérience demeure peu documentée malgré son rôle central dans la transformation des pratiques. **Objectifs :** Cette thèse examine l'expérience et les retombées des formations de type *Recovery College* auprès des apprenants-intervenants. Trois objectifs sont poursuivis : (1) caractériser leur profil sociodémographique, (2) décrire les retombées perçues de la formation et mesurer ses retombées et (3) analyser les objectifs d'apprentissage initiaux ainsi que la perception de leur atteinte. **Méthode :** Reposant sur un devis mixte simultané avec triangulation, la recherche comprend trois études complémentaires. La première, qualitative, explore l'expérience vécue à partir d'entrevues semi-dirigées. La deuxième, quantitative, utilise des modèles multiniveaux pour examiner l'évolution du bien-être, de l'anxiété, de la résilience et de la stigmatisation à trois temps de mesure. La troisième analyse statistiquement les objectifs d'apprentissage sélectionnés avant la formation et la perception de leur atteinte. **Résultats :** Les résultats montrent que la participation aux *Recovery Colleges* est associée à des retombées significatives. Sur le plan qualitatif, les apprenants-intervenants décrivent des transformations de leur pratique professionnelle, une prise de conscience accrue d'enjeux personnels et une amélioration du bien-être. Les mécanismes d'action les plus fréquemment évoqués concernent la composition du groupe, les interactions entre apprenants et formateurs, la complémentarité des savoirs et les modalités pédagogiques. Sur le plan quantitatif, une amélioration du bien-être et de la résilience, ainsi qu'une diminution de l'anxiété et de la stigmatisation liée au dévoilement et à la recherche d'aide, sont observées au fil du temps pour l'ensemble des apprenants. Les intervenants présentent initialement un niveau de bien-être et de résilience plus élevé, ainsi qu'un niveau d'anxiété et de stigmatisation plus faible. Toutefois, leurs trajectoires de changement suivent des courbes parallèles à celles des autres apprenants, suggérant des bénéfices comparables. Concernant les objectifs d'apprentissage, les apprenants sélectionnent des objectifs variés : acquisition d'outils et de connaissances, élargissement des perspectives, amélioration des interactions interpersonnelles et échanges avec des personnes issues de milieux divers. Bien que certains objectifs initiaux diffèrent selon le type d'apprenant, tous rapportent des niveaux similaires d'atteinte. **Conclusion :** Cette thèse montre que les *Recovery* Colleges produisent des retombées concrètes pour les intervenants, soutenues par des mécanismes d'apprentissage mobilisant les dimensions affective, sociale et

cognitive. Les effets observés sont transversaux à la diversité des apprenants et s'inscrivent dans une dynamique d'apprentissage transformateur fondée sur la parité des savoirs. L'analyse met également en lumière une tension entre les repères professionnels traditionnels et l'approche pédagogique du modèle. Ce modèle offre ainsi une voie complémentaire à la formation continue, en articulant développement professionnel et personnel.

Mots-clés : *Recovery College*, retombées, intervenants de la santé, formation continue, développement professionnel, rétablissement

Abstract

Introduction: The shift from the biomedical paradigm to the recovery paradigm entails a profound transformation of approaches, attitudes, and interventions in mental health. However, traditional training programs struggle to bring about lasting change in these areas, leaving practitioners grappling with persistent ethical and organizational tensions. In this context, this thesis examines Recovery Colleges, training programs based on the integration of diverse knowledge and learner backgrounds. It aims to address the lack of data specifically concerning practitioners, a group whose experiences remain poorly documented despite their central role in transforming practices. Objectives: This thesis analyzes the impacts of Recovery College-style training on practitioner-learners. Three objectives are pursued: (1) to characterize their sociodemographic profile, (2) to describe the perceived outcomes of the course and measure its outcomes, and (3) analyze the initial learning objectives as well as the perception of their attainment. **Method:** Method: Based on a concurrent mixed-methods design with triangulation, the study comprises three complementary analyses. The first, qualitative analysis explores participants' lived experiences through semi-structured interviews. The second, quantitative analysis uses multilevel models to examine changes in well-being, anxiety, resilience, and stigma across three measurement points. The third statistically analyzes the learning objectives selected prior to training and the perception of their achievement. **Results:** The results show that participation in Recovery Colleges is associated with significant outcomes. Qualitatively, learner-practitioners describe transformations in their professional practice, increased awareness of personal issues, and improved well-being. The most frequently cited mechanisms of action relate to group composition, interactions between learners and trainers, the complementarity of knowledge, and pedagogical approaches. Quantitatively, improvements in well-being and resilience, as well as a reduction in anxiety and stigma related to disclosure and seeking help, are observed over time for all learners. Participants initially exhibit higher levels of well-being and resilience, as well as lower levels of anxiety and stigma. However, their trajectories of change follow curves parallel to those of other learners, suggesting comparable benefits.

Regarding learning objectives, learners select a variety of goals: acquiring tools and knowledge, broadening perspectives, improving interpersonal interactions, and engaging with people from diverse backgrounds. Although some initial objectives differ by learner type, all report similar levels of achievement. **Conclusion:** This thesis demonstrates that Recovery Colleges produce tangible outcomes for practitioners, supported by learning mechanisms that engage the affective, social, and cognitive dimensions. The observed effects cut across the diversity of learners and are part of a transformative learning dynamic based on the parity of knowledge. The analysis also highlights a tension between traditional professional benchmarks and the model's pedagogical approach. This model thus offers a complementary path to continuing education, linking professional and personal development.

Keywords : Recovery College, perceived benefits, outcomes, health practitioners, courses, continuing professional development, recovery

Table des matières

Résumé 3

Abstract 4

Table des matières 7

Liste des tableaux 13

Liste des figures 15

Remerciements 19

Avant-propos 20

Chapitre 1 – Introduction 21

1.1 Problématique de recherche 21

1.2 Objectifs de la thèse 25

1.3 Organisation de la thèse 25

Chapitre 2 - État des connaissances 26

2.1 Transformation de la pratique professionnelle dans le paradigme du rétablissement 26

2.1.1 Diversité des approches et des interventions mobilisées : un paysage en transition 27

2.1.2 La posture professionnelle orientée vers le rétablissement 28

2.1.3 Diversité et imbrication des concepts mobilisés 30

2.1.4 Déclinaison opérationnelle de la pratique professionnelle orientée vers le rétablissement 32

2.2 *Recovery Colleges* : des formations uniques et validées empiriquement 37

2.2.1 Genèse et développement international des *Recovery Colleges* 37

2.2.2 La « boîte noire » du modèle *Recovery College* 38

2.2.3 Retombées des formations de type *Recovery College* 40

2.2.3.1 Retombées perçues 40

2.2.3.2 Retombées mesurées 45

2.2.3.3 Retombées des *Recovery Colleges* sur les apprenants-intervenants 49

2.2.4 Les *Recovery Colleges* dans le paysage du développement professionnel 50

2.3 Principaux constats 51
2.4 Pertinence scientifique et sociale 52
Chapitre 3 - Cadre conceptuel 54
3.1 La théorie de l'apprentissage transformateur d'Illeris : fondements et dimensions 55
3.2 Modèle intégrateur de changement dans les *Recovery Colleges* 57
Chapitre 4 – Méthodologie 59
4.1 Épistémologie et posture de recherche 59
4.2 Devis global de recherche 60
4.2.1 Stratégie d'intégration des données 62
4.3 Description de l'intervention évaluée 63
4.4 Description synthétique des trois études 64
4.4.1 Étude 1 (QUAL) : expérience vécue et retombées perçues 65
4.4.1.1 Devis et objectif 65
4.4.1.3 Analyse des données 65
4.4.2 Étude 2 (QUANT) : profil sociodémographique et retombées mesurées 66
4.4.2.1 Devis et objectif 66
4.4.2.2 Participants et collecte de données 66
4.4.3 Étude 3 (QUANT) : objectifs d'apprentissage 68
4.4.3.1 Devis et objectif 68
4.4.3.2 Participants et collecte de données 69
4.4.3.3 Analyse des données 69
4.5 Considérations éthiques 70
Chapitre 5 – Résultats 71
5.1 Article 1 - Exploring the role of the Recovery College model as a transformative tool for recovery-oriented practice: perceived benefits and perspectives from health practitioners in Quebec, Canada 72
5.1.1 Contribution des coautrices à l'article 1 72
5.1.2 Abstract 72

5.1.3 Introduction 73
5.1.4 Background 74
5.1.5 Methods 77
5.1.5.1 Design 77
5.1.5.2 Study setting 77
5.1.5.3. Sampling and recruitment 78
5.1.5.4 Data collection 79
5.1.5.5 Data analysis 80
5.1.5.6 Ethical considerations 80
5.1.6 Results 81
5.1.6.1 Sample description 81
5.1.6.2 Experience of MHPs learners in RC courses 83
5.1.6.2.1 Format of the RC courses 83
5.1.6.2.2 Types of knowledge shared 84
5.1.6.2.3 Expectations and recommendations from the RC courses experience 85
5.1.6.3 Perceived benefits of the RC courses 85
5.1.6.3.1 Changes in clinical practice 85
5.1.6.3.2 Awareness raising on professional and personal issues 87
5.1.6.3.3 Well-being and recovery of participants 87
5.1.6.4 Perceived key ingredients of RC 88
5.1.6.4.1 Group composition 88
5.1.6.4.2 Interactions within the group 89
5.1.6.4.3 Complementarity of the different types of knowledge 89
5.1.6.4.4 Pedagogical design and learning activities 89
5.1.7 Discussion 90
5.1.7.1 Study limitations and future perspectives 92
5.1.8 Conclusion 93

5.1.9 References 94

5.2 Article 2 - How Health Practitioners Learners Differ from Other Learners in Recovery College Courses: An Outcomes Study 102

5.2.1 Contribution des coauteurs à l'article 2 102

5.2.2 Abstract 102

5.2.3 Introduction 103

5.2.4 Method 105

5.2.4.1 Study design 105

5.2.4.2 Intervention 105

5.2.4.3 Recruitment and ethical consent 106

5.2.4.4 Data collection procedures 106

5.2.4.5 Sociodemographic characteristics 107

5.2.4.6 Outcome measures 107

5.2.4.6.1 Well-being 107

5.2.4.6.2 Anxiety 107

5.2.4.6.3 Resilience 107

5.2.4.6.4 Stigmatizing attitudes and behaviours 107

5.2.4.7 Regrouping of learner types 108

5.2.4.8 Statistical analysis 108

5.2.5 Results 109

5.2.5.1 Comparison of Sociodemographic Characteristics by Learner Type 109

5.2.5.2 Effects of time and learner type on outcomes 110

5.2.5.3 Fixed effects of time 110

5.2.5.4 Effects of learner type 112

5.2.5.5 Time by learner type interaction 112

5.2.6 Discussion 112

5.2.6.1 Limitations and future perspectives 113

5.2.7 Conclusion 114
5.2.8 Lessons for practice 115
5.2.9 References 116
5.3 Article 3 - From Goal Selection to Goal Attainment: Differences Across Learner Groups in a Recovery College 126
5.3.1 Contribution des coauteurs à l'article 3 126
5.3.2 Abstract 127
5.3.3 Introduction 128
5.3.4 Method 129
5.3.4.1 Study design 129
5.3.4.2 Study setting and learner groups 129
5.3.4.3 Participant recruitment and ethical consent 130
5.3.4.4 Data collection 130
5.3.4.4.1 Goals questionnaire 130
5.3.4.4.2 Sociodemographic data 131
5.3.4.5 Data analysis 131
5.3.5 Results 132
5.3.5.1 Sample description 132
5.3.5.2 Research Question 1: Overall Goal Selection at Baseline (T0) 133
5.3.5.3 Research Question 2: Overall Goal Attainment at Follow-Up (T1) 137
5.3.5.4 Research Question 3: Differences in Goal Selection and Attainment Across Learner Groups 140
5.3.5.4.1 Differences in Goal Selection at Baseline (T0) 140
5.3.5.4.2 Differences in Goal Attainment at Follow-Up (T1) 140
5.3.6 Discussion 142
5.3.6.1 Limits and future perspectives 143
5.3.7 Conclusion 144

5.3.8 References 144
Chapitre 6 – Discussion 147
6.1 Premier constat : des retombées concrètes validant la pertinence du modèle pour les apprenants-intervenants 147
6.2 Deuxième constat : des retombées convergentes à travers la diversité des types d'apprenants 149
6.3 Troisième constat : l'expérience *Recovery College* comme catalyseur de l'apprentissage transformateur des apprenants-intervenants 151
6.4 Quatrième constat : une tension épistémique entre les repères professionnels et l'expérience des *Recovery Colleges* 154
6.5 Forces et limites de la thèse 158
6.5.1 Forces 158
6.5.2 Limites et stratégies futures 158
6.6 Contributions de la thèse 160
6.6.1 Contributions au champ des *Recovery Colleges* 160
6.6.2 Contribution au champ de la formation continue 161
6.6.3 Implications pratiques pour l'accompagnement des intervenants 161
6.7 Perspectives d'avenir 162
Chapitre 7 - Conclusion 164
Références bibliographiques 165
Annexe A − Guide d'entrevue étude 1 (QUAL) 181
Annexe B − Déclaration de l'utilisation de l'intelligence artificielle générative 188

Liste des tableaux

Liste des tableaux dans la thèse :

Liste des figures dans l'article 1 : 15
Tableau 1. – Synthèse de la logique terminologique mobilisée 31
Tableau 2. – Les dix défis organisationnels pour le soutien au rétablissement (Imroc) 33
Tableau 3. – Synthèse d'exemples pour chacun des niveaux de la pratique professionnelle orientée vers le rétablissement 36
Tableau 4. – Synthèse des études de bonne qualité incluant des retombées perçues, selon Briand et al. (2025) 43
Tableau 5. – Synthèse des études de bonne qualité incluant des retombées mesurées, selon Briand et al. (2025) 47
Tableau 6. – Synthèse des variables mesurées, des résultats observés et des références associées 49
Tableau 7. – Synthèse des objectifs et méthodes des études réalisées dans le cadre de la thèse 64
Tableau 8. – Description des articles inclus dans la thèse 71

Liste des tableaux inclus dans l'article 1 :

Table 1. – Description of the participant sample..... 82

Liste des tableaux inclus dans l'article 2 :

Table 1. - Distribution of participants by learner type and measurement time 108
Table 2. – Fixed effects of time and learner type 111
Table 3. – Estimated marginal means across time..... 111

Liste des tableaux inclus dans l'article 3 :

Table 1. – Sociodemographic information of participants at baseline..... 133
Table 2. – Comparison of goal selection at T0 across learner groups 136
Table 3. – Comparison of goals attainment at T1 across learner groups..... 139

Liste des figures

Liste des figures dans la thèse :

Figure 1. – Imbrication des concepts mobilisés dans le paradigme du rétablissement..... 32

Figure 2. – Modèle intégrateur de changement dans les *Recovery Colleges*. Inspiré d'Illeris (2002; 2004), Jarvis (2024; 2007), Fricker (2007), Toney et al. (2018) et Lefay et al. (2025) 58

Figure 3. – Devis mixte simultané. Inspiré de Briand et Larivière (2020). 62

Liste des figures dans l'article 1 :

Figure 1. – Flowchart of the sampling and recruitment of the study..... 79

Figure 2. – Synthesis of the themes associated with each of the three research questions..... 83

Liste des figures dans l'article 2 :

Figure 1. – Growth curves of well being, anxiety, resilience, and stigma outcomes measures (estimated marginal means) across time by type of learner)..... 112

Liste des figures dans l'article 3 :

Figure 1. – Differences between learner groups after post-hoc analysis in goal selection at T0..... 141

“We do not learn from experience… we learn from reflecting on experience.”

John Dewy

« Ce qui est le plus personnel est aussi le plus universel. »

Carl Rogers

Remerciements

En tant qu'ancienne athlète, la métaphore de l'ultra-marathon me semble particulièrement appropriée pour illustrer le parcours doctoral. Bill Bowerman, entraîneur d'athlétisme émérite, disait que « la victoire, c'est de donner le meilleur de vous-même ». Cette pensée a été mon ancrage tout au long de cette aventure. Entreprendre un doctorat, tout en conciliant responsabilités familiales et professionnelles, constitue un défi d'envergure. Franchir la ligne d'arrivée suscite aujourd'hui un sentiment complexe : la fierté de l'accomplissement côtoie la reconnaissance envers celles et ceux qui ont soutenu ma démarche, ainsi qu'un constat lucide des renoncements nécessaires.

Je tiens d'abord à remercier mes parents, mes « supporteurs de la première heure », qui m'ont encouragée dans chacun de mes projets depuis mon jeune âge. Je remercie également ma sœur, Mireille, dont le parcours scientifique demeure une source d'inspiration et qui m'a offert mon premier contact avec la science… et avec les mouches noires des tourbières de la Côte-Nord.

Mes remerciements les plus personnels s'adressent à mon conjoint Gabriel et à nos trois enfants. Bien que le temps passé par « maman » devant son ordinateur leur ait semblé interminable, j'espère que cette aventure leur démontrera qu'avec de la persévérance, chaque petit pas peut mener loin. Merci également à ma belle-famille, mes amies et mes collègues de travail pour leurs encouragements constants.

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude envers ma « coach », ma directrice Catherine. Elle a su allier rigueur, patience et bienveillance, tout en s'adaptant avec une grande ouverture à ma réalité travail-études-famille et à mon « rythme de course » fluctuant. Ses commentaires m'ont poussée à approfondir ma réflexion et à donner le meilleur de moi-même pour rendre justice à la complexité de mon sujet de recherche. J'emporte avec moi des apprentissages précieux pour la suite de mon parcours : l'importance des nuances et de la cohérence et surtout, un respect profond pour la pluralité des savoirs et des expertises.

J'ai eu le privilège de partager la piste de course avec des collègues inspirants. Je pense particulièrement à Annick, Joanie, Galaad et aux membres engagés du club d'écriture de l'UQTR. Leur présence a souvent rendu certains « kilomètres » plus légers, rappelant que même dans les longues courses, la force du groupe peut redonner de l'élan. Le soutien des équipes du CÉRRIS et du CASR a également été précieux. Je tiens aussi à souligner l'apport essentiel des coautrices et coauteurs de mes articles; leur expertise a grandement enrichi la qualité scientifique de ces écrits.

Enfin, je remercie sincèrement les participantes et participants à cette recherche d'avoir donné de leur temps. Sans eux, cette course de fond n'aurait tout simplement pas pu avoir lieu.

Avant-propos

Le désir de rédiger cette thèse prend racine dans mon expérience vécue comme ergothérapeute en santé mentale, une profession que j'ai eu le privilège d'exercer pendant six ans. Au fil de mon travail, j'ai accompagné des personnes hospitalisées vivant avec des troubles sévères de santé mentale, souvent confrontées à une grande détresse psychologique. Ces rencontres ont façonné ma compréhension du rétablissement et ont nourri en moi le souhait profond de contribuer, à ma mesure, à l'amélioration des services qui leur sont destinés. Mon parcours doctoral m'a toutefois permis de reconnaître à quel point cette compréhension demeurait partielle. En découvrant le modèle *Recovery College*, j'ai mieux saisi la force de considérer la diversité des savoirs théoriques, cliniques et expérientiels, et l'importance de les faire dialoguer pour mieux comprendre ce qu'est le rétablissement.

Depuis 2022, j'occupe la fonction d'agente de planification, de programmation et de recherche en santé mentale dans le réseau de la santé et des services sociaux. Ce rôle m'amène à porter un regard renouvelé sur l'importance du transfert de connaissances et sur les conditions qui permettent réellement d'améliorer, humblement mais concrètement, la qualité et la sécurité des soins et services offerts. Il m'a également donné accès à une perspective plus systémique des soins et services de santé.

Ces deux expériences professionnelles, l'une ancrée dans la pratique clinique, l'autre dans une posture plus stratégique et organisationnelle, traversent cette thèse et en constituent la trame de fond. J'ai entrepris ce travail de recherche avec le désir d'outiller les intervenants, de leur offrir des repères pour mieux accompagner les personnes, et peut-être, voir un peu plus clair dans la complexité du rétablissement en santé mentale. C'est dans cet esprit que je vous invite à lire cette thèse.

C'est avec humilité et conviction que j'ai poursuivi cette démarche, portée par les personnes que j'ai accompagnées jadis, et par celles qui œuvrent chaque jour en santé mentale. Puissent ces pages leur être, d'une manière ou d'une autre, un soutien.

Chapitre 1 – Introduction

Ce chapitre situe la problématique de la thèse dans le contexte des transformations contemporaines de la pratique professionnelle en santé mentale, marquées par l'adoption progressive du paradigme du rétablissement. Il examine les tensions que ce virage fait émerger pour les intervenants de la santé et précise les enjeux qui motivent l'analyse de l'expérience et des retombées des formations de type *Recovery College*. Le chapitre se conclut par la présentation des objectifs de recherche et de l'organisation générale du manuscrit.

1.1 Problématique de recherche

Depuis deux décennies, le champ de la santé mentale est marqué par l'émergence du paradigme du rétablissement, désigné dans les écrits comme processus, perspective, vision, approche ou résultat (Assad, 2014). La présente thèse retient la notion de paradigme, entendue comme une perspective holistique articulant des éléments épistémologiques, théoriques et conceptuels cohérents, qui propose une nouvelle façon de concevoir la santé mentale (Boardman et Shepherd, 2012; Farkas, 2007; Kuhn et al., 2018). Contrairement au paradigme biomédical centré sur la réduction des symptômes et le retour à un fonctionnement « normal », le paradigme du rétablissement affirme que toute personne peut mener une vie autodéterminée et satisfaisante, même en présence de symptômes persistants (Anthony, 1993). Il repose sur le pouvoir d'agir, le partage du pouvoir entre les intervenants de la santé et les personnes vivant ou ayant vécu un trouble de santé mentale, ainsi que sur la reconnaissance des savoirs expérientiels (Shepherd et al., 2012; Slade, 2013). Ces derniers sont entendus comme des savoirs issus de l'expérience vécue d'un trouble de santé mentale et du travail réflexif par lequel les personnes concernées donnent du sens à cette expérience, au-delà de ce que le sens commun ou les savoirs cliniques peuvent en rendre compte (Gardien, 2025).

Cette transition de paradigme implique de transformer la nature même des conversations cliniques, en passant d'un dialogue centré sur les déficits à un dialogue axé sur les forces, les ressources et les aspirations de la personne (Perkins et al., s.d.; Shepherd et al., 2016). Elle se concrétise par l'adoption d'approches et d'interventions spécifiques — dont l'approche par les forces, la pair-aidance et les *Recovery Colleges* — qui transforment les interactions et, par extension, la posture relationnelle des intervenants (Shepherd et al., 2012; 2014).

Bien que plusieurs pays aient intégré le rétablissement dans leurs politiques de santé mentale (Australian Health Ministers' Advisory Council, 2013; Mental Health Commission of Canada, 2009; New Zealand

Government, 2002, 2016), la traduction de ces orientations dans les services et la pratique demeure incomplète et constitue un enjeu d'implantation documenté dans la littérature (Piat et al., 2022; 2021).

Au Québec, l'intégration du paradigme du rétablissement dans les politiques publiques s'inscrit dans une évolution amorcée à la fin des années 1990, notamment avec le *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale* (Gouvernement du Québec, 1998). Cette intégration s'est progressivement consolidée au fil des plans d'action successifs et a été soutenue par différents leviers institutionnels, dont la création du Centre national d'excellence en santé mentale en 2008, actif jusqu'en 2021. Dans le *Plan intersectoriel en santé mentale 2022-2026* (Gouvernement du Québec, 2022), le rétablissement est moins explicitement mis de l'avant comme orientation structurante que dans les plans antérieurs, tout en demeurant présent à travers certains repères et principes qui continuent d'informer les politiques actuelles.

L'appropriation du paradigme du rétablissement varie selon les contextes de pratique. À l'échelle canadienne, des décideurs du secteur de la santé mentale ont notamment décrit les services communautaires comme davantage propices à une orientation axée sur le rétablissement que les services hospitaliers, en raison de leur caractère moins formel, de la taille plus restreinte des équipes et de leur plus grande proximité avec les besoins des personnes (Piat et al., 2010). Cette variabilité s'inscrit dans un contexte où des transformations ont été observées dans l'organisation des services, notamment avec le développement et l'intégration du soutien par les pairs au sein des services de santé mentale (Cyr et al., 2016). L'évolution de la formation initiale de certains intervenants contribue également à cette orientation, notamment par l'intégration de contenus relatifs au rétablissement. Les informations disponibles à ce sujet proviennent essentiellement de documents organisationnels produits par les établissements et les instances responsables du développement des programmes, alors que les travaux évaluatifs publiés portant spécifiquement sur ces contenus demeurent limités. L'ampleur et la portée de cette formation demeurent ainsi variables selon les professions et les programmes.

Au Québec, la pratique professionnelle demeure toutefois influencée par des logiques biomédicales qui continuent de structurer les services de santé mentale (Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec, 2018). Dans ce contexte, malgré l'évolution des politiques et le développement d'initiatives visant à soutenir le rétablissement, sa traduction dans les pratiques demeure progressive et différenciée selon les contextes dans lesquels les intervenants exercent**.**

La mise en œuvre du paradigme s'opère à plusieurs niveaux : individuel, organisationnel et sociétal (Le Boutillier et al., 2011; Pachoud et al., 2019). La présente thèse se concentre sur le niveau individuel, soit le rôle central des intervenants dans l'accompagnement des personnes vivant ou ayant vécu un trouble de santé mentale. En tant qu'acteurs de première ligne, les intervenants constituent un levier essentiel pour

concrétiser ce paradigme dans la pratique (Perkins et al., 2022). L'adoption du paradigme du rétablissement transforme profondément leur rôle : d'experts, ils deviennent partenaires du parcours de ces personnes, ce qui implique un repositionnement professionnel et identitaire majeur (Glover, 2012; Shepherd et al., 2012; Slade, 2013). Ce repositionnement exige une transformation des approches, des interventions et de la posture professionnelle afin d'ancrer l'agir professionnel dans une relation plus égalitaire.

Toutefois, ce changement ne s'opère pas dans un vide structurel; il se déploie à l'intersection de la volonté individuelle et de contextes organisationnels marqués par la coexistence de paradigmes parfois contradictoires, la pression liée à la performance et la pénurie de personnel (Lorien et al., 2020; Piat et al., 2021). Ces facteurs limitent le temps et les ressources consacrés à la relation thérapeutique, pourtant centrale au rétablissement (Russinova et al., 2011; Slade, 2013), et complexifient le passage de la théorie à l'application concrète. Cette transition soulève également des enjeux de justice épistémique et mobilise des compétences éthiques et relationnelles encore peu documentées (Zouaoui et al., 2024; Zouaoui et al., 2025). Les intervenants rapportent ainsi des tensions entre leur rôle traditionnel d'expert et les valeurs et principes du rétablissement, particulièrement dans les milieux où la gestion des risques demeure prioritaire (Jørgensen et al., 2022; Le Boutillier et al., 2015).

Dans ce contexte, le repositionnement professionnel ne peut se limiter à l'acquisition de connaissances techniques. Il renvoie plutôt à l'adoption d'une posture devant être expérimentée et intégrée dans la pratique. Il implique, pour les intervenants, un processus de transformation de leur rôle traditionnel d'expert vers une posture de partenaire (Shepherd et al., 2012), que certains auteurs résument par la formule « *on tap, not on top* » (Repper et Perkins, 2003). Roberts et Boardman (2014) soulignent d'ailleurs que l'apprentissage du rétablissement gagne à s'appuyer sur une dimension expérientielle invitant les intervenants à réfléchir à leurs propres expériences de perte, de changement ou de difficulté. Cette démarche vise une « résonance empathique », rappelant l'humanité commune et les aspirations partagées entre intervenants et personnes vivant ou ayant vécu un trouble de santé mentale. Un tel processus favorise la reconnaissance et la valorisation des savoirs expérientiels, tant ceux des personnes vivant ou ayant vécu un trouble de santé mentale que ceux des intervenants.

La formation continue constitue un des leviers importants pour soutenir l'implantation du paradigme du rétablissement (Mental Health Commission of Canada, 2012). Or, les dispositifs de formation continue demeurent souvent structurés autour d'une transmission descendante des savoirs. Ils offrent peu d'occasions de s'engager dans cette réflexion approfondie sur la posture (Leamy et al., 2023). Ce constat suggère que le transfert des principes théoriques se heurte à un manque de cadres formalisés permettant d'expérimenter cette nouvelle posture à l'abri des pressions cliniques usuelles. Même lorsque les formations incluent des savoirs expérientiels, l'apprentissage demeure souvent encadré par des formateurs ne les détenant pas,

limitant une reconnaissance réellement égalitaire (Leamy et al., 2023). Deux méta-analyses récentes confirment par ailleurs les limites de ces formations : elles produisent des effets modérés sur les connaissances et les attitudes, mais peu d'impact sur les interventions utilisées dans la pratique professionnelle (Eiroa-Orosa et García-Mieres, 2019; Jackson-Blott et al., 2019).

Face à ces limites, les *Recovery Colleges* constituent un dispositif de formation novateur, fondé sur la coconstruction des savoirs, le coapprentissage et la reconnaissance des savoirs expérientiels (Lefay et al., 2025). Ouverts aux personnes vivant ou ayant vécu un trouble de santé mentale et leurs proches, aux intervenants, aux gestionnaires et aux étudiants collégiaux ou universitaires, ils s'inscrivent dans une dynamique plus large d'évolution des cultures institutionnelles en santé mentale (Lefay et al., 2025). Leur pédagogie, ancrée dans la mixité des expériences et la participation égalitaire, favorise la démocratisation du savoir et redéfinit les rapports entre les différents types d'apprenants (Meddings et al., 2015 ; Perkins et al., 2012). Les études suggèrent que la participation des intervenants à ces formations peut élargir leur compréhension du paradigme du rétablissement du point de vue expérientiel, améliorer leurs compétences relationnelles et soutenir un repositionnement vers une posture plus collaborative (Crowther et al., 2018 ; Perkins et al., 2017).

L'originalité du modèle réside dans la possibilité d'expérimenter, en contexte réel, des modalités relationnelles qui rompent avec les logiques traditionnelles de distinction entre « celui qui sait » et « celui qui reçoit » (Lefay et al., 2025). En partageant un espace pédagogique — qu'il soit virtuel ou en présence — avec les personnes qu'ils accompagnent habituellement, les intervenants sont confrontés à un bousculement épistémique. Ce contexte de formation particulier opérationnalise la justice épistémique, c'est-à-dire la reconnaissance de la valeur et de la crédibilité des savoirs de chacun (Fricker, 2007), en exigeant la légitimité des savoirs expérientiels au même titre que les savoirs théoriques et cliniques. De ce fait, ce processus impose un renoncement partiel à l'autorité traditionnelle, créant un espace de tension nécessaire à la transformation de la posture relationnelle entre les intervenants et les personnes vivant ou ayant vécu un trouble de santé mentale.

Malgré ces avancées, la littérature sur les formations de type *Recovery College* présente des lacunes : la majorité des études se concentrent sur les personnes vivant ou ayant vécu un trouble de santé mentale ou sur l'ensemble des apprenants, et peu documentent spécifiquement l'expérience et les retombées pour les intervenants. La présente thèse s'intéresse à ce groupe, désigné par le terme « apprenants-intervenants », afin de distinguer leurs expériences et leurs retombées de celles des autres apprenants. Les apprenants-intervenants sont des personnes travaillant dans le domaine de la santé, que ce soit dans le réseau public, communautaire ou privé, et possédant une formation professionnelle ou technique dans ce domaine.

1.2 Objectifs de la thèse

L'objectif général de la thèse est d'examiner l'expérience et les retombées des formations de type *Recovery College* auprès des apprenants-intervenants, afin de décrire et d'expliquer comment ce dispositif soutient, ou non, la transformation de leur pratique professionnelle. Plus spécifiquement, la thèse vise à :

1. Caractériser le profil sociodémographique des apprenants-intervenants et examiner en quoi il se distingue de celui des autres apprenants.
2. Décrire les retombées perçues de la formation et mesurer ses retombées sur certaines dimensions personnelles et professionnelles des apprenants-intervenants.
3. Analyser les objectifs d'apprentissage des apprenants-intervenants avant la formation, identifier ceux qui sont les plus fréquemment sélectionnés et évaluer leur atteinte à la suite de la formation.

1.3 Organisation de la thèse

En ce qui concerne son organisation, la thèse se décline en sept chapitres. Le premier chapitre introduit la problématique de recherche, en précise les enjeux scientifiques et sociaux, et présente les objectifs ainsi que les questions de recherche. Le deuxième chapitre propose un état des connaissances sur la pratique professionnelle orientée vers le rétablissement, ainsi que sur la genèse, les principes, les mécanismes d'action et les retombées des formations de type *Recovery College*. Le troisième chapitre expose le cadre conceptuel mobilisé, centré sur la théorie de l'apprentissage transformateur développée par Illeris (2002; 2004). Le quatrième chapitre décrit la méthode retenue pour atteindre les objectifs de la thèse. Le cinquième chapitre présente les résultats empiriques à travers les trois articles constitutifs de la thèse, qui rendent compte des études menées. Le sixième chapitre met en relation les résultats avec le cadre conceptuel et la littérature scientifique, et aborde les principales contributions de la thèse, ses limites et les pistes de recherche futures. Enfin, le septième chapitre présente la conclusion générale de la thèse.

Chapitre 2 - État des connaissances

Ce chapitre propose une synthèse critique des connaissances scientifiques portant sur la transformation de la pratique professionnelle en santé mentale dans le contexte du paradigme du rétablissement. Il examine, d'une part, la conceptualisation de la pratique professionnelle orientée vers le rétablissement et, d'autre part, la contribution du modèle *Recovery College,* envisagé comme un dispositif de formation inscrit dans cette dynamique de transformation. En mobilisant les travaux de référence dans ces deux domaines, cet état des connaissances met en lumière les données empiriques disponibles, tout en identifiant les limites et les lacunes de la littérature auxquelles la présente thèse vise à contribuer.

La section 2.1 examine la manière dont l'adoption du paradigme du rétablissement transforme la pratique professionnelle. Elle met en lumière, d'une part, la diversité des valeurs et principes, des approches et des interventions qui coexistent aujourd'hui dans les services de santé mentale, et d'autre part, les déplacements de posture et de relation qui les accompagnent. Elle propose enfin une clarification des concepts mobilisés afin d'offrir un cadre cohérent pour comprendre ces transformations. La focale est volontairement centrée sur ces dimensions opérationnelles; l'historique du paradigme, largement documenté dans la littérature, n'est donc pas repris ici. La section 2.2 présente les *Recovery Colleges* comme un dispositif de formation s'inscrivant dans cette dynamique de transformation. Elle en retrace l'origine, précise leurs principes et leurs mécanismes d'action, et synthétise les retombées perçues et mesurées chez les apprenants-intervenants. La section 2.3 met en évidence les principales lacunes de la littérature concernant la contribution des *Recovery Colleges* au développement des pratiques professionnelles en santé mentale. Ces lacunes permettent de préciser le problème de recherche et de faire ressortir les questions auxquelles les trois études de cette thèse cherchent à répondre. Enfin, la section 2.4 présente la pertinence scientifique et sociale de la thèse au regard de ces enjeux.

2.1 Transformation de la pratique professionnelle dans le paradigme du rétablissement

L'adoption du paradigme du rétablissement modifie la manière dont les intervenants exercent leur pratique. Cette transformation ne se déploie pas de façon uniforme : elle s'inscrit dans des contextes où coexistent des valeurs et principes, des approches, des postures et des interventions caractéristiques du paradigme biomédical comme du paradigme du rétablissement (Doucet, 2021). La littérature décrit un ensemble de logiques d'action parfois en tension, qui témoignent d'un mouvement de transition plutôt que d'un basculement complet vers un nouveau paradigme (Piat et al., 2021). Les travaux de Slade (2009; 2013) et de l'organisation anglaise Imroc (Shepherd et al., 2010; Shepherd et al., 2012) permettent de situer ces évolutions en montrant que la transformation repose autant sur des changements

de finalités et de valeurs que sur des ajustements concrets dans les approches et interventions préconisées. Cette diversité d'approches et d'interventions se répercute directement sur la pratique des intervenants, qui sont amenés à naviguer entre différentes logiques d'action.

2.1.1 Diversité des approches et des interventions mobilisées : un paysage en transition

Les approches et les interventions utilisées dans les services de santé mentale présentent une grande diversité, témoignant d'un paysage professionnel en transition. Pour rendre compte de cette diversité, les travaux de Shepherd et al. (2014) proposent une distinction utile entre deux grandes catégories. D'une part, certaines approches et interventions sont explicitement conçues dans une perspective « *pro-recovery* », telles que l'approche par les forces, le recours aux récits de vie et à la pair-aidance, le coaching, les plans de rétablissement personnalisés ou encore l'autogestion. D'autre part, certaines approches et interventions, bien que développées initialement pour répondre à des enjeux de précarité ou d'insertion sociale, peuvent contribuer au rétablissement. Shepherd et al. (2014) citent notamment l'approche Logement d'abord (*Housing First*), l'approche individualisée de placement et de soutien à l'emploi (IPS) ainsi que les plans de crise conjoints.

Un second regard, fondé sur une perspective comparative, est proposé par Slade (2013). Son guide, destiné aux intervenants, compare les services traditionnels et les services orientés vers le rétablissement selon cinq dimensions : 1) les valeurs et la redistribution des rapports de pouvoir, 2) les concepts de base, 3) la nature des savoirs mobilisés, 4) les pratiques concrètes de travail, et 5) les finalités du service.

Cette comparaison met en évidence des différences marquées entre les deux paradigmes : là où le paradigme biomédical accorde une place centrale à la maladie, à l'expertise clinique et à une relation professionnelle davantage structurée autour de cette expertise, le paradigme du rétablissement privilégie une approche fondée sur les forces et une collaboration entre « experts par la pratique » et « experts par expérience ». Ce basculement entre les paradigmes ne représente pas seulement un changement de méthode, mais une transformation des fondements épistémiques de la pratique professionnelle. En ce sens, le paradigme du rétablissement implique une reconnaissance de la justice épistémique (Fricker, 2007). Cela signifie que les savoirs expérientiels ne sont plus perçus comme de simples informations subjectives, mais comme des sources de connaissances légitimes pouvant contribuer à la compréhension des situations et à la construction de l'intervention, au même titre que les savoirs théoriques et cliniques.

En somme, ces deux perspectives permettent de situer la diversité observée dans les services et révèlent un paysage marqué par la coexistence, voire la tension, entre des logiques biomédicales et orientées vers le rétablissement. Plutôt qu'une substitution complète des paradigmes, cette transformation de la pratique s'apparente à une hybridation, où les intervenants doivent naviguer entre des finalités et des types de savoirs parfois divergents au sein d'un même contexte clinique.

Par exemple, lors de la planification de la sortie d'une personne hospitalisée sur une unité de psychiatrie à la suite d'une décompensation, l'équipe peut être appelée à considérer son état clinique, la stabilité de ses symptômes et les risques associés à un retour dans la communauté, tout en tenant compte de ses préférences, de son appréciation de sa situation et de ses projets de vie. La décision repose alors simultanément sur des repères issus du paradigme biomédical et sur une prise en compte des savoirs, des priorités et des aspirations de la personne, illustrant la manière dont ces deux logiques peuvent coexister et s'articuler dans la pratique.

2.1.2 La posture professionnelle orientée vers le rétablissement

Au-delà de la diversité des approches et interventions observée, un autre élément apparaît comme transversal dans la littérature : la manière dont la relation est structurée et orientée. Dans cette perspective, la relation n'est plus seulement le canal par lequel le soin est administré, mais une composante du soin elle-même. De nombreux travaux soulignent en effet le rôle central de la dimension relationnelle dans la pratique professionnelle orientée vers le rétablissement (Gilburt et al., 2008; Piat et al., 2021; Roberts et Boardman, 2014; Russinova et al., 2011; Slade, 2013).

Cette dimension ne renvoie pas uniquement à la qualité du lien, mais à la manière dont la relation redistribue le pouvoir, reconnaît les savoirs expérientiels et soutient l'autodétermination. Une relation peut être chaleureuse ou empathique tout en demeurant inscrite dans une posture biomédicale. Ce qui caractérise la relation orientée vers le rétablissement est plutôt la logique de partenariat qui structure l'interaction. Ainsi, la manière dont l'intervenant organise la relation ne relève pas uniquement de qualités personnelles, mais d'un positionnement professionnel qui organise l'interaction et oriente l'exercice de son rôle. C'est ce positionnement, à la fois relationnel, éthique et réflexif, qui constitue la posture professionnelle.

Les relations perçues comme aidantes reposent sur des qualités humaines telles que l'empathie, la chaleur, le respect, la réciprocité, l'acceptation, la disponibilité et l'optimisme (Borg et Kristiansen, 2004; Piat et al., 2021; Russinova et al., 2011; Shepherd et al., 2012). Ce socle relationnel s'accompagne d'un déplacement du questionnement clinique : l'intervenant délaisse la posture d'expertise centrée sur le déficit (qu'est-ce qui ne va pas?) pour adopter une posture de curiosité centrée sur l'histoire de vie (qu'est-ce qui vous est arrivé ?) (Johnstone et al., 2018). Ces qualités relationnelles constituent ainsi une composante importante de la pratique orientée vers le rétablissement, mais elles prennent leur sens dans le positionnement professionnel qui les sous-tend. Pour rendre compte de ce positionnement et de la manière dont il se traduit dans l'action, la littérature mobilise la notion de posture professionnelle.

La posture professionnelle doit toutefois être distinguée de l'identité professionnelle, bien que ces deux notions soient étroitement liées. L'identité professionnelle renvoie à la manière dont l'intervenant se conçoit comme professionnel; elle s'ancre dans des repères relativement stables, façonnés par la

formation, la socialisation professionnelle, les rôles et les appartenances (Perez-Roux, 2011). Le paradigme du rétablissement invite précisément à revisiter ces repères en redéfinissant ce que signifie « être un intervenant » : la place accordée à l'expertise, la nature du rôle, la frontière entre savoirs professionnels et savoirs expérientiels, ainsi que la manière de se situer dans la relation. Plusieurs travaux soulignent ainsi que le rétablissement ne constitue pas uniquement un changement de pratiques, mais peut également entraîner un déplacement du cadre identitaire. En reconnaissant l'expertise vécue comme une composante légitime du soin et en valorisant la participation active de la personne, le paradigme du rétablissement peut conduire les intervenants à reconsidérer leur conception de leur rôle et de la relation d'aide (Davidson, 2016).

Si l'identité professionnelle renvoie davantage à la manière dont l'intervenant se définit comme professionnel, la posture professionnelle renvoie à la manière dont il se positionne dans les situations de pratique et dans la relation avec l'autre. Bien qu'elle ne fasse pas l'objet d'une définition univoque, la posture peut être comprise comme un positionnement global intégrant des dimensions éthiques, relationnelles et réflexives, qui oriente les manières d'agir dans les situations professionnelles (Bucheton et Soulé, 2009; Lameul, 2008). Cette orientation n'est toutefois pas rigide : dans une perspective de praticien réflexif, elle se construit et s'ajuste dans l'action en fonction de la singularité des situations et des personnes rencontrées (Schön, 2017). Dans le paradigme du rétablissement, cet ajustement suppose notamment que l'intervenant soit en mesure de se décentrer de sa propre perspective pour reconnaître celle de l'autre et une humanité partagée. Cela implique de considérer la personne hospitalisée ou celle sollicitant des soins répétés avec la même dignité et le même égard que ceux accordés à un collègue ou à un membre de sa propre famille (Perkins et al., s.d.). La dimension relationnelle constitue ainsi une composante centrale de la posture professionnelle et traduit concrètement les valeurs du paradigme du rétablissement dans la relation de soin.

Cette posture se traduit concrètement dans l'action par une logique de partenariat et de coconstruction, marquée par le passage d'une intervention « sur » la personne à une intervention « avec » la personne (Repper et Carter, 2011; Shepherd et al., 2012). L'intervenant ne renonce pas pour autant à son expertise; il la mobilise différemment, en la mettant au service du pouvoir d'agir et de l'autodétermination de la personne (Shepherd et al., 2012; Slade, 2013). Cette posture peut prendre différentes formes dans l'action, notamment celles de facilitateur ou de coach, qui traduisent le repositionnement de l'intervenant dans la relation. La coconstruction devient alors un cadre de référence partagé au sein duquel l'intervenant et la personne vivant ou ayant vécu un trouble de santé mentale définissent conjointement les objectifs et les moyens du rétablissement, en articulant les savoirs expérientiels, théoriques et cliniques. Le choix des approches et des interventions s'inscrit ainsi dans cette logique de coconstruction et de décision partagée : il constitue à la fois une expression de la posture professionnelle et un moyen par lequel celle-ci s'incarne et se consolide dans la pratique.

En définitive, les constats issus de la littérature montrent que, dans la pratique professionnelle orientée vers le rétablissement, la posture de l'intervenant constitue un élément structurant de l'exercice professionnel et participe à la transformation de son rôle.

2.1.3 Diversité et imbrication des concepts mobilisés

Au fil de l'analyse de la littérature, un constat s'impose : les concepts mobilisés pour décrire le rétablissement sont nombreux, ce qui peut rendre leur appropriation difficile. La littérature scientifique présente en effet une grande diversité, tant dans la manière de qualifier le rétablissement que dans la façon d'en décrire les différentes composantes et niveaux. Selon les auteurs, ces composantes sont définies à travers des angles variés : les caractéristiques et compétences requises pour une pratique professionnelle orientée vers le rétablissement (Le Boutillier et al., 2011), les domaines-clés, principes et valeurs qui le structurent (Roberts et Boardman, 2014), ses différentes dimensions (Commission de la santé mentale du Canada, 2015), ou encore les pratiques qui le soutiennent (Slade, 2013), les interventions qui le favorisent (Winsper et al., 2020) ou encore le système de soins dans lequel il prend forme (Davidson et al., 2021).

Cette diversité terminologique, bien qu'elle témoigne de la richesse du champ, peut néanmoins complexifier la mise en œuvre concrète d'une pratique professionnelle orientée vers le rétablissement. Dès lors, il apparaît pertinent de proposer une mise en ordre de ces notions. L'objectif n'est pas d'en proposer une définition restrictive, mais plutôt d'offrir un repère de lecture permettant de structurer la réflexion et l'analyse dans le cadre de la présente thèse. Cette organisation conceptuelle est synthétisée dans le Tableau 1, qui précise la fonction attribuée à chaque niveau.

Logique	Concept à utiliser	Définition
Le « pourquoi » — fondements éthiques	Valeurs et principes	Les repères moraux et les croyances qui orientent l'action et donnent un sens à l'intervention.
Le « comment on voit et on se situe » — orientation du regard	Approches et posture	Approches : les cadres conceptuels qui guident la compréhension (p. ex: approche par les forces). Posture : le positionnement professionnel, relationnel, éthique et réflexif de l'intervenant dans sa relation

		avec l'autre (p. ex: partenaire vs expert).
Le « ce qu'on fait » — mise en action	Interventions	Les méthodes structurées et les outils concrets pour agir sur le terrain.
Le résultat intégré — exercice professionnel	Pratique professionnelle	L'articulation dynamique des valeurs, des approches, de la posture et des modes d'intervention dans l'activité clinique quotidienne.

Tableau 1. – Synthèse de la logique terminologique mobilisée

Bien que présentée de manière distincte, cette organisation en quatre niveaux constitue un système d'influences mutuelles plutôt qu'une hiérarchie linéaire. Les valeurs et les principes orientent les approches, la posture et les interventions, tandis que l'expérience issue de la pratique professionnelle vient en retour nourrir et réinterroger ces fondements. Cette structuration vise à stabiliser les repères conceptuels et à établir un langage commun, tout en respectant la nature évolutive du paradigme du rétablissement.

La Figure 1 illustre cette imbrication en prenant pour exemple la valeur de l'espoir. Situé au cœur de la figure, l'espoir influence l'ensemble des dimensions qui lui sont subordonnées. Inversement, l'exercice de la pratique professionnelle permet d'affiner la compréhension des principes initiaux. La perméabilité entre ces différentes dimensions et leur dynamique d'influence mutuelle sont représentées par des lignes pointillées et des vecteurs de liaison.

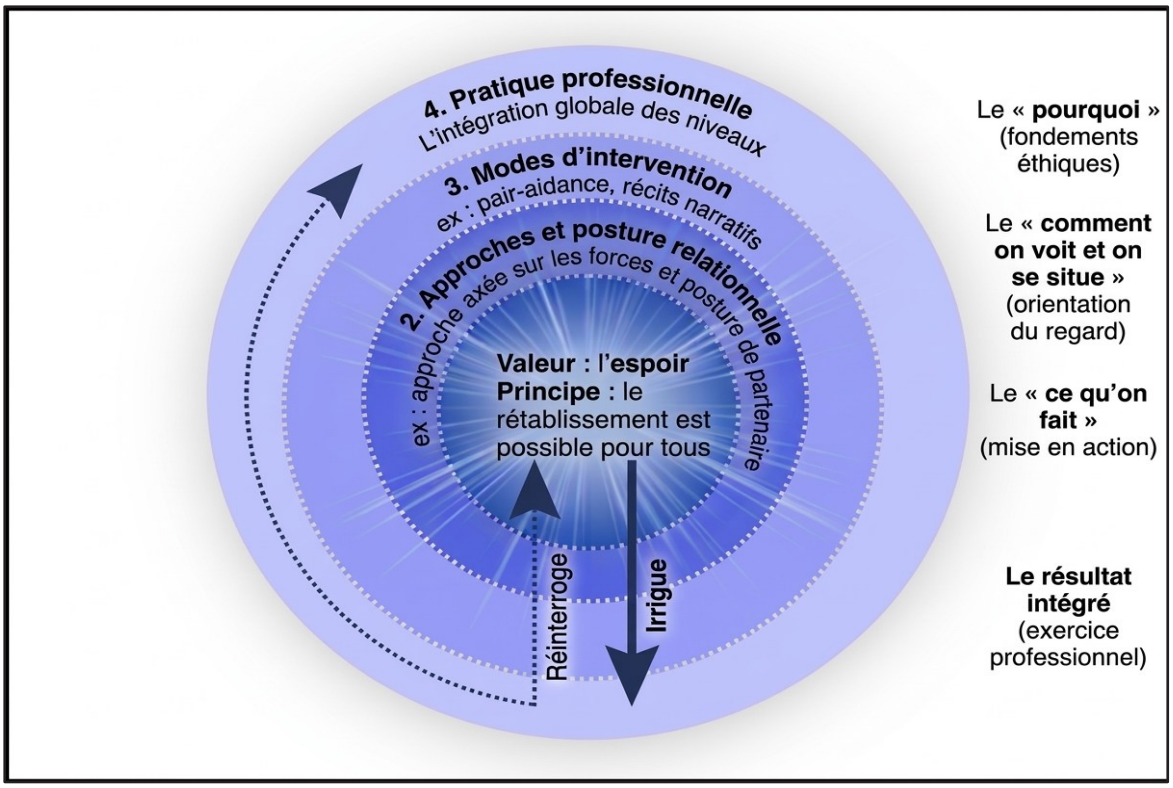


Figure 1. – Imbrication des concepts mobilisés dans le paradigme du rétablissement

Bien que cette structuration conceptuelle facilite la compréhension du paradigme du rétablissement, certains auteurs mettent en garde contre une formalisation excessive de ses principes. Slade et al. (2014) soulignent notamment le risque que cette organisation soit « bureaucratisée », transformant une philosophie profondément humaine en une simple liste de vérification administrative. Williams et al. (2016) ajoutent que si l'identification et la clarification des principes fondamentaux sont utiles pour traduire la vision du rétablissement, la recherche d'un consensus demeure un processus réductionniste. Dans la même perspective, Martin et Koenig (2017) appellent à la prudence, estimant qu'une démarche d'objectivation issue d'un paradigme de recherche positiviste constitue une approche contraire à l'esprit du rétablissement, qui relève avant tout d'un processus subjectif et personnel. Ces critiques invitent ainsi à maintenir un équilibre entre la clarification conceptuelle nécessaire et la préservation de la dimension singulière et expérientielle du rétablissement.

2.1.4 Déclinaison opérationnelle de la pratique professionnelle orientée vers le rétablissement

Si la clarification des concepts mobilisés dans la pratique professionnelle orientée vers le rétablissement est essentielle, le défi pour l'intervenant réside dans sa mise en œuvre concrète au quotidien. Dans cette perspective, la pratique professionnelle orientée vers le rétablissement se définit par la capacité à soutenir l'autonomie de la personne à travers chaque interaction. Concrètement, l'intervenant agit comme un partenaire qui met à la disposition de la personne les informations, outils et réseaux

nécessaires pour qu'elle puisse gérer sa santé mentale selon ses propres priorités. L'objectif est de soutenir l'agentivité : l'intervenant ne « rétablit » pas la personne, mais crée les conditions pour que celle-ci découvre son propre cheminement (Roberts et Boardman, 2014). Cette transition exige de décentrer le regard clinique : il ne s'agit plus de considérer l'individu uniquement sous l'angle de sa condition d'usager d'un système de soins (« patient dans nos services »), mais de le reconnaître d'abord comme un acteur social évoluant dans sa propre trajectoire de vie (« personne dans sa vie ») (Perkins et al., s.d.).

Cette déclinaison concrète ne repose pas uniquement sur l'intervenant, elle s'inscrit dans une culture organisationnelle qui fournit les préconditions nécessaires au rétablissement. Bien que l'analyse de cette thèse porte principalement sur le niveau micro, il importe de rappeler que ces pratiques individuelles ne peuvent se déployer qu'à l'intérieur d'un environnement organisationnel cohérent. Ainsi, une organisation cohérente avec ce paradigme soigne les messages, implicites et explicites, qu'elle transmet sur la valeur accordée aux personnes (Perkins et al., 2022). Ces messages s'incarnent dans des détails souvent négligés : la tonalité d'une lettre de rendez-vous, l'aménagement des espaces d'accueil ou encore l'absence de barrières physiques entre le personnel et les personnes utilisant les services.

Afin d'opérationnaliser ce changement de culture, l'organisation Imroc propose dix leviers d'action destinés aux milieux de soins (Shepherd et al., 2010). Ceux-ci concernent simultanément la culture et le leadership, les interventions, l'éducation et la formation, ainsi que la gestion des ressources humaines. Ces leviers sont présentés dans le Tableau 2 ci-dessous.

Défis organisationnels
1. Transformer la nature des interactions quotidiennes et la qualité de l'expérience vécue
2. Développer des programmes d'éducation et de formation complets, dirigés par les personnes ayant vécu un trouble de santé mentale
3. Établir une « unité d'éducation au rétablissement » (*Recovery Education Unit*) pour piloter ces programmes
4. Assurer un engagement organisationnel fort, créer une culture de soutien et affirmer l'importance du leadership.
5. Accroître la personnalisation des soins et la liberté de choix pour la personne.
6. Modifier l'approche de l'évaluation et de la gestion des risques (vers une prise de risque positive).
7. Redéfinir l'implication des personnes utilisatrices de services à tous les paliers de l'organisation.
8. Transformer la main-d'œuvre (évolution des rôles et intégration de nouveaux profils comme la pair-aidance).
9. Soutenir le personnel dans son propre cheminement de rétablissement et de bien-être.
10. Multiplier les opportunités de construire une vie « au-delà de la maladie ».

Tableau 2. – Les dix défis organisationnels pour le soutien au rétablissement (Imroc)

Même dans des contextes hiérarchiques ou régis par des règles strictes, le personnel de première ligne conserve le pouvoir de transformer la nature des échanges cliniques (Perkins et al., s.d.). Cette

transformation passe par une réflexion constante sur l'impact de ses gestes et de ses mots sur les personnes vivant ou ayant vécu un trouble de santé mentale. À cet égard, la mise en place d'espaces réflexifs structurés, tels que le modèle *A Space to Think* (Perkins et Cooper, s.d.) permet aux intervenants d'adopter une pratique réflexive et favorise la qualité de la pratique.

Le Tableau 3 présente une synthèse des éléments constitutifs de la pratique professionnelle orientée vers le rétablissement. Il répertorie des exemples pour chacun des niveaux conceptuels identifiés dans le Tableau 1, soit les fondements éthiques (valeurs et principes), l'orientation du regard (approches et posture relationnelle) et la mise en action (interventions).

Alors que ces trois niveaux servent de leviers de transformation, le quatrième, la pratique professionnelle, en représente la résultante globale. Il correspond à l'intégration de ces composantes dans l'exercice quotidien de l'intervenant. Ce niveau n'est donc pas détaillé par des exemples isolés dans le tableau.

	Niveaux	Éléments constitutifs (exemples représentatifs)
1	Valeurs	Espoir et optimisme, autodétermination, respect, collaboration, responsabilisation, inclusion sociale et citoyenne, diversité, dignité, confiance mutuelle, primauté de la personne, résilience, pouvoir d'agir, ouverture/acceptation, réciprocité, compassion, justice épistémique, coproduction
	Principes	1. Universalité et potentiel de transformation : Le rétablissement est possible pour tous, peu importe la gravité des symptômes; chaque personne possède le potentiel de transformer sa vie. 2. Primauté du processus sur le résultat : Il s'agit d'un cheminement continu, singulier et non linéaire, plutôt que d'une destination ou d'un résultat clinique prédéfini. 3. Reconstruction de l'identité : Le processus vise la (re)découverte d'une identité personnelle positive, distincte de la maladie ou du handicap, en déplaçant le regard de la pathologie vers les forces et le bien-être. 4. Autodétermination et dignité du risque : Le rétablissement appartient exclusivement à la personne. L'intervenant soutient les buts autodéterminés de celle-ci, même s'ils semblent risqués ou peu réalistes, en reconnaissant son droit de choisir sa propre voie. 5. Partenariat et complémentarité des savoirs : L'expertise clinique coexiste avec le savoir expérientiel. L'intervenant partage son avis avec

	Niveaux	Éléments constitutifs (exemples représentatifs)
		honnêteté tout en reconnaissant ses limites et en valorisant l'expertise de la personne sur sa propre vie. 6. Singularité et inclusion de l'entourage : Les services s'adaptent aux aspirations uniques et au cadre de vie de la personne, incluant la famille et les proches comme partenaires décisifs dans le processus. 7. Réflexivité et sécurisation culturelle : Soutenir l'autre exige une réflexion critique sur sa propre culture, ses valeurs, ses biais et son état de santé mentale. 8. Qualité relationnelle et apprentissage continu : Une relation thérapeutique de haute qualité n'est jamais acquise ; elle repose sur une pratique réflexive systématique et un engagement envers un apprentissage constant.
2	Approches et posture	**Approches :** approche par les forces, approche holistique, approche centrée sur le trauma, approche motivationnelle, approche anti-oppressive, approche narrative, sécurisation culturelle, réduction des méfaits, approches alternatives à la coercition, neuroinclusivité **Posture :** Curiosité centrée sur l'histoire de vie (vs déficit), écoute sans jugement, posture de partenariat et de coproduction (logique du « faire avec »), coaching/facilitation, prise de décision partagée
3	Interventions	**Interventions et outils cliniques :** Plan d'intervention axé sur le rétablissement, plan de crise et directives préalables en matière de soins, autogestion et autosoins, pratique réflexive, soutien de la prise en charge personnelle, utilisation d'outils d'évaluation axés sur les forces plutôt que les déficits (coconstruits avec des personnes ayant un savoir expérientiel), soutien à l'emploi *(Individual Placement and Support)* utilisation des *Personal Recovery Outcomes* et d'outils d'évaluation et d'intervention coproduits par des personnes ayant vécu un trouble de santé mentale, participation à des ateliers de réflexion structurés (p.ex. : *A Space to Think*), dévoilement de soi **Soutien à l'intégration sociale :** pair-aidance et proche-aidance, intégration systématique des proches (avec consentement), lutte contre la stigmatisation et la discrimination, défense des droits et activisme, facilitation de

	Niveaux	Éléments constitutifs (exemples représentatifs)
		l'accès aux ressources communautaires, développement du réseau de supports et promotion de la participation citoyenne, programme Logement d'abord (*Housing First*)
	Références consultées : Commission de la santé mentale du Canada (2015); Fricker (2007); Le Boutillier et al. (2011); Leamy et al. (2011); Perkins et al. (2012); Perkins et al. (s.d.); Roberts et Boardman (2014); Shepherd et al. (2012); Slade (2013)	

Tableau 3. – Synthèse d'exemples pour chacun des niveaux de la pratique professionnelle orientée vers le rétablissement

Au-delà de ces transformations organisationnelles et cliniques, le paradigme du rétablissement redéfinit la responsabilité sociale des intervenants de la santé. En effet, les racines du rétablissement, profondément ancrées dans les mouvements de défense des droits civiques, suggèrent que leur rôle ne s'arrête pas à la porte de la clinique (Farkas, 2018). Comme le souligne Slade (2010), l'intervenant orienté vers le rétablissement est invité à mettre ses compétences, son autorité et son influence au service de l'activisme social et de la justice sociale. Cette perspective transforme l'intervenant en un allié qui agit non seulement sur le bien-être individuel, mais aussi sur les barrières sociétales qui freinent la pleine citoyenneté des personnes vivant ou ayant vécu un trouble de santé mentale.

En somme, la transformation de la pratique professionnelle dans le paradigme du rétablissement s'opère à plusieurs niveaux complémentaires. Elle se manifeste d'abord par une diversification des approches et des interventions, révélant un paysage en transition entre logiques biomédicales et logiques orientées vers le rétablissement. Elle repose ensuite sur une posture professionnelle renouvelée, où la relation, le partenariat et la coconstruction deviennent des composantes centrales de l'action. Elle s'appuie également sur une structuration conceptuelle qui articule valeurs, approches, posture et interventions dans une logique cohérente. Enfin, elle exige des conditions organisationnelles propices, permettant aux intervenants d'incarner ces repères dans leur pratique quotidienne. Ensemble, ces éléments montrent que le rétablissement implique une reconfiguration conjointe des repères identitaires et des modalités d'action professionnelles.

Toutefois, l'intégration de ces repères soulève un défi de taille : celui de la formation des intervenants. Pour que cette philosophie ne devienne pas une exigence bureaucratique, elle doit s'incarner dans des modèles favorisant la coproduction des savoirs et le partage de pouvoir. C'est cette volonté d'opérationnaliser le rétablissement dans un cadre pédagogique qui sera explorée à travers le modèle *Recovery College* dans la section suivante.

2.2 *Recovery Colleges* : des formations uniques et validées empiriquement

Les *Recovery Colleges* offrent des formations sur la santé mentale, le bien-être, le rétablissement et la lutte contre la stigmatisation (Perkins et Repper, 2017; Perkins et al., 2012). Ces centres de formation accueillent des apprenants aux profils variés, dont des personnes ayant vécu un trouble de santé mentale, des intervenants issus des réseaux de la santé ou de l'éducation, des proches, des étudiants du cégep ou de l'université, des gestionnaires, du personnel administratif et tout autre citoyen intéressé. Les formations sont coconstruites et coanimées par une dyade de formateurs aux savoirs complémentaires : savoirs cliniques issus de la pratique professionnelle, savoirs théoriques fondés sur les données probantes et savoirs expérientiels issus de l'expérience vécue d'un trouble de santé mentale (Perkins et al., 2012).

Les *Recovery Colleges* se situent à l'intersection de la promotion de la santé, de la prévention et du rétablissement personnel (Briand et al., 2023a). Afin de saisir la spécificité des *Recovery Colleges*, il est nécessaire d'examiner d'abord leur origine et leur évolution, avant de s'intéresser aux principes qui les fondent, aux mécanismes par lesquels ils agissent et, enfin, aux retombées qu'ils génèrent.

2.2.1 Genèse et développement international des *Recovery Colleges*

Le modèle *Recovery College* trouve ses inspirations dans les années 2000, aux États-Unis, avec la création de *Recovery Education Centres* à Boston et à Phoenix, dans le cadre du développement de services axés sur le rétablissement (Perkins et al., 2012). À Boston, le *Center for Psychiatric Rehabilitation* a mis en place un programme d'éducation destiné aux adultes offrant un large éventail de cours axés sur le bien-être, et visant à soutenir leurs démarches de réadaptation et de rétablissement. Dans le même esprit, le *Recovery Education Centre* de Phoenix proposait un accompagnement assuré par des pairs formés, dont le rôle consistait à soutenir le développement de compétences favorisant le bien-être et l'autonomie au quotidien (Perkins et al., 2018).

Bien que ces initiatives américaines aient précédé l'émergence des *Recovery Colleges,* le modèle qui s'est véritablement formalisé, et auquel se réfèrent aujourd'hui la plupart des établissements, est celui développé au Royaume-Uni à partir de 2009, dans le sud-ouest de Londres (Perkins et Repper, 2017; Toney et al., 2019). Contrairement aux centres américains, qui demeuraient étroitement liés aux services de réadaptation, les *Recovery Colleges* britanniques ont été délibérément conçus comme des structures éducatives distinctes des services cliniques. Ils ne visent pas à traiter les enjeux diagnostiques ou thérapeutiques, mais à proposer un espace d'apprentissage inclusif, fondé sur la coproduction, la coconstruction et la participation active des apprenants. Cette orientation marque une évolution significative par rapport aux approches de formation traditionnelles, en réunissant des savoirs cliniques, théoriques et expérientiels au sein d'un même dispositif éducatif.

Depuis leur implantation au Royaume-Uni, les *Recovery Colleges* ont connu une expansion importante à l'échelle internationale. Une étude récente menée par Hayes et al. (2023) dans le cadre du programme RECOLLECT a recensé 221 *Recovery Colleges* répartis dans 28 pays sur cinq continents. Parmi eux, 174 (79 %) ont répondu au sondage, ce qui a permis de brosser un portrait détaillé de leurs caractéristiques organisationnelles, de leurs profils d'apprenants et de leur fidélité au modèle initial. Les résultats montrent un niveau de fidélité aux principes fondamentaux globalement élevé, avec des variations liées aux contextes culturels, notamment en matière de coproduction et d'adaptation des formations. En 2022, les *Recovery Colleges* ont offert près de 19 864 formations à plus de 55 000 apprenants, confirmant leur rôle croissant en tant qu'innovation en santé mentale et en stratégie de promotion du rétablissement à l'échelle mondiale. Cette expansion internationale témoigne de l'ancrage croissant des *Recovery Colleges* dans les systèmes de santé mentale et s'accompagne d'un intérêt grandissant pour les principes et les mécanismes qui sous-tendent leur fonctionnement. Ces éléments sont examinés dans la section suivante.

2.2.2 La « boîte noire » du modèle *Recovery College*

La littérature scientifique actuelle s'attache de plus en plus à caractériser les principes et les mécanismes d'action qui sous-tendent les retombées des *Recovery Colleges*. Historiquement, cette conceptualisation s'est construite progressivement. Les premiers travaux, notamment ceux de Perkins et al. (2012), ont posé les bases du modèle en mettant de l'avant l'approche éducative centrée sur le rétablissement du modèle, marquée par la reconnaissance des savoirs expérientiels et la participation active des apprenants. Ces travaux initiaux insistent avant tout sur les valeurs et les principes qui distinguent les *Recovery Colleges* des approches traditionnelles en santé mentale.

Dans la continuité, les écrits de McGregor et al. (2014) viennent approfondir cette perspective en mettant davantage l'accent sur les dynamiques relationnelles et pédagogiques à l'œuvre dans ces dispositifs de formation. Ils soulignent notamment l'importance de la coproduction des savoirs et de la redéfinition des rôles entre intervenants et personnes vivant ou ayant vécu un trouble de santé mentale, contribuant ainsi à préciser certaines conditions favorables à l'apprentissage.

Une étape majeure a été franchie avec les travaux de Toney et al. (2019) qui ont stabilisé le modèle en identifiant douze composantes clés par un processus de consensus d'experts internationaux et de validation empirique. L'apport fondamental de cette étude réside dans la distinction entre les éléments structurels immuables et les paramètres adaptables du dispositif. Les auteurs définissent d'abord sept composantes dites « non modifiables », qui constituent l'identité intrinsèque du modèle *Recovery College*. Au cœur de cet ADN se trouvent la coproduction, impliquant que les formations soient conçues et facilitées conjointement par des experts cliniques et par expérience, ainsi que la valorisation de l'égalité dans les rapports de pouvoir. À ces piliers s'ajoutent une orientation vers l'apprentissage (plutôt que vers le traitement), une approche personnalisée répondant aux aspirations de l'apprenant, le

renforcement de la connexion sociale, un ancrage communautaire favorisant l'inclusion hors des murs cliniques, et enfin, un engagement institutionnel explicite envers le rétablissement.

Parallèlement, ces mêmes travaux portés par Toney et al. (2019) identifient cinq composantes modifiables qui permettent au modèle de s'ajuster aux réalités locales sans en perdre l'essence. Ces variables concernent l'accessibilité (les critères d'admission), la nature des locaux (l'emplacement), la spécificité du contenu des cours, l'adoption d'une approche centrée sur les forces et le caractère progressif du parcours, visant à soutenir l'apprenant dans d'autres opportunités sociales ou professionnelles. L'élaboration d'une mesure de fidélité basée sur ces douze repères a permis de transformer une philosophie humaniste en un objet de recherche évaluable. Toutefois, si ces composantes décrivent la structure du modèle, elles ne disent pas encore tout des processus par lesquels les apprenants-intervenants habitent ces principes pour transformer leur pratique. C'est ici que la métaphore de la « boîte noire » prend tout son sens : il s'agit de comprendre comment la mise en œuvre de la coproduction et de relations égalitaires favorise, chez l'intervenant, les changements de posture et autres retombées que cette thèse se propose d'explorer.

C'est dans cette perspective que s'inscrivent les travaux de Lefay et al. (2025), qui visent à mieux caractériser les mécanismes d'action au cœur du modèle et à articuler ces mécanismes avec des théories de l'apprentissage, en s'appuyant sur une analyse philosophique et herméneutique de 13 études clés[1]. La validité de cette synthèse repose sur une sélection rigoureuse d'études dont la qualité méthodologique a été évaluée par les critères recommandés par Kmet et al. (2004).

Dans ce cadre, il importe de distinguer les notions de principes et de mécanismes d'action. Les principes renvoient aux fondements pédagogiques et aux valeurs qui orientent la conception du dispositif, définissant ainsi son cadre normatif. À l'inverse, les mécanismes d'action correspondent aux processus par lesquels ces principes prennent forme et produisent des effets chez les apprenants. En s'appuyant sur le cadre théorique d'Astbury et Leeuw (2010), ces mécanismes sont définis comme des processus dynamiques qui transforment les raisonnements, les perceptions et les comportements des participants, assurant le lien entre les ressources du dispositif et les retombées observées.

L'analyse menée par Lefay et al. (2025) permet de structurer ces mécanismes autour de quatre processus transformateurs clés. Premièrement, un processus de développement personnel et de transformation favorise la croissance identitaire de l'apprenant. Deuxièmement, un processus d'émergence de nouvelles relations transforme les échanges traditionnels en expériences d'apprentissage mutuelles. Troisièmement, un processus lié à l'établissement d'un environnement innovant encourage

[1] Doroud et al. (2023), Thompson et al. (2021), Bester et al. (2021), Reid et al. (2020), Toney et al. (2019), Muir-Cochrane et al. (2019), Perkins et al. (2018), Crowther et al. (2018), Sommer et al. (2018), Toney et al. (2018), McGregor et al. (2014), Shepherd et al. (2014), Perkins et al. (2012)

l'expérimentation et la coproduction. Enfin, un processus d'équilibre des pouvoirs agit en réduisant les barrières hiérarchiques et la stigmatisation.

Si les travaux de Lefay et al. (2025) intègrent ceux de Crowther et al. (2018) pour documenter les mécanismes globaux du modèle, il convient de souligner l'apport singulier des travaux de Crowther et al. (2018). Alors que Lefay adopte une perspective transversale centrée sur tous les apprenants, Crowther et al. (2018) opèrent un changement de focale en s'intéressant spécifiquement aux mécanismes de transformation internes chez les intervenants. Ils identifient ainsi quatre processus qui redéfinissent la posture professionnelle :

1. Une relation fondée sur l'humanité qui outrepasse les barrières cliniques habituelles;
2. Un environnement de reprise du pouvoir (*empowerment*) qui restaure l'autonomie créative et le sentiment d'efficacité de l'intervenant;
3. Un style de travail authentique reposant sur l'honnêteté et l'engagement personnel envers le rétablissement;
4. Une posture d'apprenant où l'intervenant, en se formant aux côtés des personnes ayant vécu un trouble de santé mentale, déconstruit ses préjugés.

En isolant ces leviers, Crowther et al. (2018) ouvrent une voie de recherche encore embryonnaire : celle de l'impact du modèle sur l'identité et la pratique des intervenants eux-mêmes. Toutefois, ces mécanismes restent encore peu explicités dans la littérature. C'est précisément dans cet effort de compréhension des leviers de changement, et plus particulièrement de ceux affectant les intervenants, que s'inscrit la présente thèse.

2.2.3 Retombées des formations de type *Recovery College*

Si l'étude des mécanismes d'action permet de comprendre par quels processus les formations de type *Recovery College* produisent leurs effets, l'analyse des retombées documente l'efficacité et la pertinence du modèle *Recovery College*. À cet égard, une revue[2] systématique récente (Briand et al., 2025) souligne cette richesse en recensant 64 études publiées entre 2013 et 2024. Pour mieux appréhender ces résultats, il convient de distinguer les retombées perçues par les apprenants de celles mesurées par des instruments standardisés, avant d'accorder une attention particulière aux retombées propres aux apprenants-intervenants.

2.2.3.1 Retombées perçues

Le Tableau 4 synthétise les études recensées par Briand et al. (2025) portant sur les retombées perçues des formations de type *Recovery College* chez les apprenants, en ne retenant que celles d'une bonne

[2] La doctorante a contribué à l'analyse des données de cette étude et est également coautrice de l'article.

qualité méthodologique selon les critères de Kmet et al. (2004). Ce tableau présente les principales caractéristiques de ces travaux.

Auteurs (année)	Pays	Apprenants	Échantillon (n)	Devis	Qualité méthodologique
Doroud et al. (2024)	Australie	apprenants, personnel du *Recovery College* et organisations partenaires	82	mixte (sondages, entrevues semi-dirigées, groupes de discussion)	excellente (96%-100%)
Selbekk et al. (2023)	Norvège	apprenants et formateurs	21	qualitatif (entrevues semi-dirigées et groupes de discussion)	excellente (96%-100%)
Briand et al. (2023b)	Canada	apprenants variés	14	qualitatif (entrevues semi-dirigées)	très bonne (86%-95%)
Crowther et al. (2018)	Angleterre	apprenants, personnel du *Recovery College* et organisations partenaires	33	revue systématique et entrevues semi-dirigées	très bonne (86%-95%)
Dalgarno et al. (2018)	Angleterre	Formateurs-intervenants	8	qualitatif (entrevues semi-dirigées)	très bonne (86%-95%)
Harris et al. (2023)	Canada	apprenants, personnel du *Recovery College* et organisations partenaires	29	qualitatif (entrevues semi-dirigées)	très bonne (86%-95%)
Khan et al. (2020)	Canada	apprenants vivant avec une	20	qualitatif (entrevues semi-dirigées)	très bonne (86%-95%)

Auteurs (année)	Pays	Apprenants	Échantillon (n)	Devis	Qualité méthodologique
		instabilité résidentielle			
Khan et al. (2021)	Canada	apprenants vivant avec une instabilité résidentielle	29	qualitatif (entrevues semi-dirigées et groupes de discussion)	très bonne (86%-95%)
Muir-Cochrane et al. (2019)	Australie	apprenants, personnel du *Recovery College* et organisations partenaires	22	qualitatif (entrevues semi-dirigées et groupes de discussion)	très bonne (86%-95%)
Oates et al. (2022)	Angleterre	formateurs-intervenants	23	qualitatif (entrevues semi-dirigées et groupes de discussion)	très bonne (86%-95%)
Reid et al. (2020)	Canada	apprenants vivant avec une instabilité résidentielle	20	qualitatif (entrevues semi-dirigées)	très bonne (86%-95%)
Thompson et al. (2021)	Angleterre	apprenants variés	15	qualitatif (entrevues semi-dirigées)	très bonne (86%-95%)
Zabel et al. (2016)	Angleterre	apprenants variés	21	qualitatif (groupes de discussion)	très bonne (86%-95%)
Newman-Taylor et al. (2016)	Angleterre	apprenants variés	7	qualitatif (groupes de discussion)	bonne (76%-85%)
O'Brien et al. (2024)	Irlande	apprenants, personnel du *Recovery*	36	mixte (sondages et groupes de discussion)	bonne (76%-85%)

Auteurs (année)	Pays	Apprenants	Échantillon (n)	Devis	Qualité méthodologique
		College et organisations partenaires			
Perkins et al. (2017)	Angleterre	personnel de direction, administratif et clinique du système de santé	94	mixte (sondages)	bonne (76%-85%)
Sommer et al. (2018)	Australie	apprenants, personnel du *Recovery College* et organisations partenaires	29	qualitatif (groupes de discussion)	bonne (76%-85%)

Tableau 4. – Synthèse des études de bonne qualité incluant des retombées perçues, selon Briand et al. (2025)

Tel qu'illustré dans le Tableau 4, 17 études qualitatives ou mixtes portant sur les *Recovery Colleges* ont été retenues. Ces travaux témoignent de l'expansion internationale du modèle, bien que les recherches demeurent concentrées dans les pays anglo-saxons et nordiques, notamment en Angleterre (n = 7), au Canada (n = 5), en Australie (n = 3), en Norvège (n = 1) et en Irlande (n = 1).

Les échantillons présentent une variabilité importante, avec des effectifs allant de 7 à 94 participants, ce qui reflète les différents devis de recherche mobilisés. Les études strictement qualitatives, majoritaires, privilégient des cohortes restreintes, tandis que les études à devis mixtes mobilisent des effectifs plus élevés en intégrant des données quantitatives issues de sondages.

Les participants incluent des apprenants aux profils variés ainsi que le personnel des *Recovery Colleges*, les partenaires organisationnels et les formateurs-intervenants. Cette diversité permet de croiser les perspectives et d'appréhender les retombées perçues à différents niveaux du système de santé.

Les formations de type *Recovery College* s'inscrivent ainsi dans une dynamique de transformation à plusieurs niveaux. La littérature montre que les retombées documentées concernent surtout le niveau individuel, tandis que les effets organisationnels et sociétaux restent moins souvent étudiés. Pour structurer cette analyse, elles peuvent être regroupées selon trois dimensions : individuelle, organisationnelle et sociétale.

Au plan individuel, la retombée perçue la plus saillante réside dans une amélioration globale de la conscience de soi et de la confiance en ses propres capacités, consolidant le pouvoir d'agir des apprenants à l'égard de leur santé mentale (Newman-Taylor et al., 2016; O'Brien et al., 2024; Oates et al., 2022; Perkins et al., 2017; Reid et al., 2020; Sommer et al., 2018; Thompson et al., 2021; Zabel et al., 2016). Cette reprise de pouvoir se traduit concrètement par une volonté accrue de prendre soin de soi, qui se manifeste notamment par une meilleure autogestion et par une capacité renforcée à solliciter de l'aide au besoin (Briand et al., 2023b; Muir-Cochrane et al., 2019; Reid et al., 2020; Thompson et al., 2021; Zabel et al., 2016).

Le processus de rétablissement est également soutenu par une reconstruction identitaire, dans laquelle l'apprenant délaisse progressivement le statut de patient pour celui de citoyen (Muir-Cochrane et al., 2019; Reid et al., 2020; Selbekk et al., 2023). Ce déplacement ouvre de nouveaux horizons, permet de développer des compétences de défense de ses droits (*self-advocacy)* et de se réapproprier une agentivité réelle sur sa trajectoire de vie (Doroud et al., 2024), favorisant ainsi la poursuite d'objectifs vocationnels ou éducatifs porteurs de sens (Doroud et al., 2024; Harris et al., 2023; Khan et al., 2020; Muir-Cochrane et al., 2019; Reid et al., 2020; Sommer et al., 2018; Thompson et al., 2021). Cette dynamique est centrale dans le rétablissement, qui repose sur la reconstruction d'un sens personnel permettant d'intégrer l'expérience de la maladie, de lui donner une signification cohérente et de se réapproprier sa trajectoire de vie (Brijan, 2024; Leamy et al., 2011).

Les *Recovery Colleges* sont également décrits comme un tremplin vers de nouvelles opportunités. Thompson et al. (2021) montrent que les apprenants se sentent motivés à avancer, à saisir des occasions et à adopter un mode de vie plus équilibré. Les apprenants possédant un savoir expérientiel rapportent par ailleurs avoir acquis des compétences pratiques qu'ils intègrent dans leur vie quotidienne (Zabel et al., 2016). Plusieurs décrivent leurs expériences d'apprentissage comme un véritable « *game changer* », où la combinaison de savoirs issus de la coproduction ouvre de nouvelles possibilités de compréhension et d'interprétation des réalités.

Ces transformations individuelles s'accompagnent d'une évolution des dynamiques relationnelles. Les apprenants rapportent une amélioration de la qualité des interactions, fondée sur la reconnaissance d'expériences humaines partagées et sur une remise en question des rôles professionnels traditionnels (Briand et al., 2023b; Newman-Taylor et al., 2016; Perkins et al., 2017; Sommer et al., 2018; Thompson et al., 2021). Le sentiment d'appartenance à une communauté solidaire contribue à réduire l'isolement social (Briand et al, 2023b; Muir-Cochrane et al., 2019; Selbekk et al., 2023; Sommer et al., 2018). Les *Recovery Colleges* sont également décrits comme des espaces favorables à l'épanouissement personnel et à la croissance qui offrent un cadre inclusif, sécurisant et porteur d'espoir, où il est possible d'entrer en relation avec les autres de manière différente et plus profonde, tant au sein du *Recovery College* qu'au-delà de celui-ci (Doroud et al., 2024; Harris et al., 2023).

Certaines études mettent aussi en lumière des retombées au niveau organisationnel. Celles-ci incluent un accroissement de la diffusion des connaissances et un approfondissement de la compréhension des pratiques de rétablissement, favorisant un changement de culture organisationnelle (Crowther et al., 2018; Perkins et al., 2017; Sommer et al., 2018; Zabel et al., 2016). Les travaux rapportent également une redéfinition de la participation des personnes vivant ou ayant vécu un trouble de santé mentale au sein des organisations (Crowther et al., 2018; Dalgarno et Oates, 2018), ainsi qu'une réduction de la discrimination à l'égard des intervenants détenteurs d'un savoir expérientiel (Crowther et al., 2018; Perkins et al., 2017).

Enfin, les retombées perçues atteignent une dimension sociétale en influençant les représentations collectives de la santé mentale. À cet égard, les *Recovery Colleges* contribuent notamment au développement de partenariats entre les organisations de santé et le milieu communautaire (Crowther et al., 2018; Sommer et al., 2018). Ces collaborations favorisent également un changement d'attitude et une réduction de la stigmatisation (Crowther et al., 2018; Sommer et al., 2018), invitant à dépasser les approches biomédicales au profit d'approches fondées sur les forces (Crowther et al., 2018; Perkins et al., 2017; Sommer et al., 2018). Cette intégration de perspectives plurielles participe à la construction d'une société plus inclusive, où la diversité des parcours de vie est valorisée comme une richesse plutôt que comme une limite.

2.2.3.2 Retombées mesurées

La classification thématique de la revue systématique de Briand et al. (2025) identifie un regroupement de treize articles consacrés aux retombées mesurées. Parmi ceux-ci, onze satisfont aux critères de qualité de Kmet et al. (2004) et sont synthétisés dans le Tableau 5. À ces travaux publiés s'ajoutent deux études non encore évaluées par les pairs (Lefay et al., s.d.; Rapisarda et al., sous presse). Bien que ces travaux récents ne puissent être considérés comme des preuves établies, ils offrent un éclairage complémentaire sur les tendances actuelles du modèle en contexte québécois et permettent de situer les retombées dans une perspective locale et contemporaine.

Auteurs (année)	Pays	Apprenants	Échantillon (n)	Devis	Qualité méthodologique
Durbin et al. (2021)	Canada	apprenants vivant avec une instabilité résidentielle et un trouble de santé mentale	92	Étude quantitative quasi-expérimentale pré-test/post-test à mesures répétées	excellente (96%-100%)

Auteurs (année)	Pays	Apprenants	Échantillon (n)	Devis	Qualité méthodologique
Rapisarda et al. (2022)	Canada	apprenants variés	107	Étude quantitative quasi-expérimentale pré-test/post-test avec mesures répétées	excellente (96%-100%)
Briand et al. (2024)	Canada	apprenants variés	261	Étude quantitative quasi-expérimentale pré-test/post-test avec mesures répétées	très bonne (86%-95%)
Hopkins et al. (2018)	Australie	apprenants jeunes et adultes	65	Étude mixte quasi-expérimentale pré-test/post-test avec mesures répétées	très bonne (86%-95%)
Paul et al. (2024)	Canada	apprenants aux études post-secondaires	72	Étude mixte quasi-expérimentale pré-test/post-test avec mesures répétées	très bonne (86%-95%)
Yoeli et al. (2022)	Angleterre	apprenants variés	89	Étude mixte quasi-expérimentale pré-test/post-test avec mesures répétées	très bonne (86%-95%)
Ebrahim et al. (2018)	Angleterre	apprenants variés	89	Étude mixte quasi-expérimentale pré-test/post-test avec mesures répétées	bonne (76%-85%)
Sommer et al. (2019)	Australie	apprenants ayant un trouble de santé mentale	64	Étude mixte quasi-expérimentale pré-test/post-test	bonne (76%-85%)

Auteurs (année)	Pays	Apprenants	Échantillon (n)	Devis	Qualité méthodologique
				avec mesures répétées	
Stevens et al. (2018)	Angleterre	apprenants ayant un trouble de santé mentale	14 (volet bien-être)	Étude mixte quasi-expérimentale pré-test/post-test avec mesures répétées	bonne (76%-85%)
Sutton et French (2019)	Angleterre	intervenants de la santé	135	Étude quantitative transversale avec mesures pré-test seulement	bonne (76%-85%)
Wilson et al. (2019)	Angleterre	apprenants ayant un trouble de santé mentale	25	Étude mixte quasi-expérimentale pré-test/post-test avec mesures répétées	bonne (76%-85%)

Tableau 5. – Synthèse des études de bonne qualité incluant des retombées mesurées, selon Briand et al. (2025)

Le corpus sélectionné mobilise majoritairement des devis quasi-expérimentaux de type pré-post sans groupe témoin, certains intégrant des mesures longitudinales ($t \geq 3$), permettant ainsi d'évaluer la stabilité temporelle des changements. Les études sont concentrées dans les pays anglo-saxons, avec cinq études menées en Angleterre, quatre au Canada et deux en Australie. La taille des échantillons varie de 14 à 434 participants et couvre une diversité de profils, incluant des personnes vivant avec un trouble de santé mentale ou une instabilité résidentielle, des étudiants postsecondaires et des intervenants du réseau de la santé.

Les résultats indiquent une amélioration statistiquement significative du bien-être (Briand et al., 2024; Paul et al., 2024; Yoeli et al., 2022; Durbin et al., 2021; Ebrahim et al., 2018 ; Stevens et al., 2018) et du pouvoir d'agir (Briand et al., 2024; Rapisarda et al., 2022; Durbin et al., 2021; Ebrahim et al., 2018), qui constituent les deux retombées mesurées les plus documentées. Les travaux de Rapisarda et al. (2025) précisent que si l'amélioration du bien-être s'observe chez l'ensemble des apprenants, les gains relatifs au pouvoir d'agir sont plus marqués chez ceux présentant des scores initiaux inférieurs.

Au-delà de ces variables pivots, les formations entraînent également une réduction du niveau d'anxiété, même pour les formats courts ou en ligne (Briand et al., 2024; Rapisarda et al., 2022). La participation aux formations favorise également une diminution des comportements stigmatisants et encourage les démarches de recherche d'aide (Briand et al., 2024).

L'atteinte des objectifs d'apprentissage personnels poursuivis par la participation aux formations s'améliore également de manière significative, cette progression étant corrélée à l'intensité de l'engagement, au taux d'assiduité et à la participation soutenue (Sommer et al., 2019; Yoeli et al., 2022). Rapisarda et al. (sous presse) montrent que la concordance entre les attentes initiales et l'expérience vécue module l'ampleur des retombées.

Certaines variables sont moins sensibles aux formations. La résilience ne présente qu'une progression marginale et l'autogestion montre des effets mitigés, avec par exemple une augmentation limitée à la sous-échelle vitalité seulement (Lefay et al., s.d.).

Lefay et al. (s.d.) montrent que la nature des gains varie selon le type d'apprenant, dans leur étude quasi-expérimentale à mesures répétées où les apprenants ont été répartis en cinq groupes. Pour le groupe composé de pairs-aidants, de patients-partenaires et de proches, les retombées concernent prioritairement le renforcement du pouvoir d'agir, notamment dans les dimensions d'autonomie et d'activisme communautaire. Pour les intervenants, les gestionnaires et les étudiants postsecondaires, l'impact apparaît principalement associé à la réduction des attitudes stigmatisantes et à l'ouverture au dévoilement de soi. Concernant l'autogestion, les résultats montrent que les intervenants et les gestionnaires affichent des scores initiaux d'autogestion plus faibles, reflétant une difficulté à mobiliser des ressources pour leur propre santé mentale, ces scores tendant toutefois à s'améliorer après la formation.

L'ensemble des retombées mesurées, incluant les résultats observés et les références, est synthétisé dans le Tableau 6. Il convient de noter que la majorité des études décrivent peu les caractéristiques détaillées des formations, ce qui limite la compréhension des facteurs spécifiques contribuant aux effets observés.

Variables mesurées	Résultats principaux	Références associées
Atteinte des buts	Amélioration significative (pré-post et longitudinale); facteurs associés : taux d'assiduité, nombre de formations suivies et durée de participation au sein du *Recovery College*	Yoeli et al. (2022), Sommer et al. (2019)
Attitudes face à l'éducation et l'apprentissage	Augmentation longitudinale significative de l'importance accordée à l'éducation pour	Hopkins et al. (2018)

Variables mesurées	Résultats principaux	Références associées
	l'avenir et de l'envie de poursuivre des études chez les jeunes Diminution significative longitudinale de l'importance accordée à la pertinence du contenu du cours pour l'apprentissage chez les adultes	
Autogestion	Aucun effet significatif	Briand et al. (2024)
Anxiété	Réduction longitudinale significative; exposition limitée (format court et en ligne)	Rapisarda et al. (2022), Briand et al. (2024)
Bien-être	Amélioration significative (pré/post et longitudinale)	Ebrahim et al. (2018), Durbin et al. (2021), Briand et al. (2024), Paul et al. (2024), Yoeli et al. (2022), Stevens et al. (2018)
Inclusion sociale	Amélioration longitudinale significative	Wilson et al. (2019)
Pouvoir d'agir	Amélioration significative	Ebrahim et al. (2018), Durbin et al. (2021), Rapisarda et al. (2022), Briand et al. (2024)
Résilience	Légère augmentation longitudinale significative	Briand et al. (2024)
Attitudes et comportements stigmatisants	Réduction longitudinale significative (comportement de dévoilement/recherche d'aide)	Briand et al. (2024)

Tableau 6. – Synthèse des variables mesurées, des résultats observés et des références associées

2.2.3.3 Retombées des *Recovery Colleges* sur les apprenants-intervenants

Après avoir présenté les retombées globales, l'analyse porte sur les effets spécifiques du modèle chez les apprenants-intervenants, groupe au cœur de la présente recherche. Ces acteurs occupent une fonction charnière, à l'intersection des savoirs cliniques, théoriques et expérientiels. Cette posture hybride peut générer des transformations identitaires et professionnelles qui se distinguent de celles observées chez les autres apprenants. Selon la recension de Briand et al. (2025), la littérature documente ces changements à travers quatre études principales, mettant en lumière un impact multidimensionnel touchant à la fois les représentations, les postures professionnelles et la santé globale des intervenants.

Le premier axe de transformation concerne le déplacement identitaire et l'assouplissement des rôles. Les travaux qualitatifs de Crowther et al. (2018) identifient cet assouplissement comme le mécanisme central du changement. En participant aux formations, les intervenants parviennent à réduire la distance hiérarchique avec les usagers des services, favorisant une transition vers une posture plus horizontale. Bien que le maintien des réflexes d'expertise demeure un défi pour certains, l'expérience offre une vision renouvelée de l'autre, moins centrée sur le diagnostic et davantage orientée vers la collaboration. Ce constat est corroboré par Sommer et al. (2018), dont l'analyse thématique révèle que la participation aux formations mène à l'abandon d'attitudes directives ou contrôlantes au profit d'une approche centrée sur les forces et le rétablissement.

Le second axe traite de la reconceptualisation de la pratique professionnelle. L'étude mixte de Perkins et al. (2017) souligne que l'immersion dans le modèle favorise une réflexion critique sur le sens du rétablissement. Cette évolution se traduit par un renforcement de l'empathie et une adoption plus systématique de pratiques coproduites, comme le plan d'intervention réalisé avec la personne ayant vécu un trouble de santé mentale. De plus, les *Recovery Colleges* sont perçus comme des espaces sécurisants et stimulants, permettant aux intervenants de réfléchir à leurs propres besoins de bien-être, ce qui contribue à la réduction du stress professionnel et au renforcement de leur sentiment de compétence.

Toutefois, l'observation de ces changements peut se heurter à des enjeux méthodologiques, comme l'illustre l'évaluation quantitative de Sutton et French (2019). Ces auteurs rapportent un effet plafond chez les participants qui présentent déjà, avant la formation, des attitudes très positives envers le rétablissement et de faibles niveaux de stigmatisation. Ce phénomène souligne l'importance de considérer le niveau d'adhésion initial des intervenants et suggère la nécessité d'inclure, dans les recherches futures, des profils moins engagés a priori afin de mieux mesurer la portée transformatrice réelle du modèle.

Ainsi, les travaux recensés indiquent que la participation des apprenants-intervenants produit un impact à la fois personnel et professionnel. Ces transformations, bien qu'en continuité avec les retombées générales du modèle, prennent une forme particulière en raison des responsabilités cliniques des intervenants et de la nécessité de renégocier leur autorité professionnelle au profit d'un dialogue authentique et égalitaire, afin d'être orientés vers le rétablissement.

2.2.4 Les *Recovery Colleges* dans le paysage du développement professionnel

Les *Recovery Colleges* peuvent être situés parmi plusieurs évolutions contemporaines de la formation continue en santé mentale. Il ne s'agit pas ici de proposer une revue exhaustive du développement professionnel, mais d'identifier certains repères conceptuels qui permettent de comprendre comment

les *Recovery Colleges* s'inscrivent dans ce paysage. Historiquement centrée sur la transmission magistrale de connaissances théoriques ou cliniques, la formation des intervenants s'oriente désormais vers des modalités plus interactives qui valorisent l'apprentissage par la pratique, l'échange entre pairs et la réflexion sur le vécu (Billett, 2020; Eraut, 2004). Cette évolution se traduit par la mobilisation de pédagogies actives et de dispositifs variés, qui accordent une place croissante à l'expérience, à la collaboration et à la contextualisation des savoirs.

Dans le domaine de la santé, les démarches expérientielles occupent une place importante. Elles reposent sur l'analyse et la réflexion à partir de situations vécues et s'inscrivent dans la logique de l'apprentissage expérientiel, tel que défini par Kolb (1984), où l'action et la réflexion sont étroitement associées. L'expérience y constitue à la fois le moyen et le résultat de l'apprentissage, permettant de transformer le vécu en connaissances mobilisables. À cette perspective s'ajoute celle des communautés de pratique, qui envisagent le perfectionnement professionnel comme un processus social fondé sur le partage d'expériences et la résolution commune de problèmes entre pairs (Lave et Wenger, 1991; Wenger, 1998). Les dispositifs hybrides, enfin, combinent différentes formes d'apprentissage — théorie et pratique, moments individuels et collectifs, formats présentiels et en ligne — afin de rapprocher les apprentissages des réalités du terrain (Liu et al., 2016).

Les *Recovery Colleges* s'inscrivent dans cette dynamique tout en présentant une configuration singulière. Comme les démarches expérientielles, ils accordent une valeur centrale au vécu; comme les communautés de pratique, ils reposent sur le partage d'expériences; et, selon leur configuration, ils peuvent également diversifier les modalités de participation. Leur spécificité réside toutefois dans la coconstruction et le coapprentissage sur un pied d'égalité entre formateurs et apprenants (Lefay et al., 2025; Toney et al., 2018; Perkins et al., 2012).

Situer les *Recovery Colleges* dans ce champ théorique permet de mieux comprendre la nature des changements qu'ils sont susceptibles de susciter chez les apprenants-intervenants et, par conséquent, les différentes façons d'en évaluer les retombées. En formation continue, les modèles d'évaluation distinguent différentes dimensions des retombées de la formation, allant de la satisfaction et des apprentissages aux changements dans les comportements et les résultats (Kirkpatrick et Kirkpatrick, 2006). Cette distinction est importante : elle souligne la pertinence d'examiner conjointement les retombées perçues et les retombées mesurées, afin de documenter la nature et la portée des changements associés à la participation à une formation de type *Recovery College* chez les apprenants-intervenants. C'est dans cette perspective que s'inscrit la présente thèse.

2.3 Principaux constats

L'analyse des études portant sur les apprenants-intervenants dans les *Recovery Colleges* met en évidence plusieurs limites, qui soutiennent la pertinence de la présente thèse.

Premièrement, l'absence quasi systématique de données sociodémographiques détaillées empêche de caractériser rigoureusement ce groupe. Cette lacune limite la compréhension de la diversité des profils au sein de cette catégorie d'apprenants et, par conséquent, rend difficile l'analyse de ce qui les distingue ou non des autres apprenants avant d'entamer la formation. En l'absence de balises permettant de situer leur profil initial par rapport à celui des autres apprenants, il devient également difficile de documenter la manière dont leur identité professionnelle préexistante peut influencer leur posture d'apprentissage ou la façon dont ils investissent l'espace de formation.

Deuxièmement, les mécanismes d'action propres aux apprenants-intervenants demeurent peu explorés. Les études suggèrent que l'expérimentation de relations différentes et l'assouplissement des rôles établis sont importants (Crowther et al., 2018), sans toutefois expliciter comment ces processus contribuent aux retombées, ni dans quelles conditions ils opèrent.

Enfin, les recherches existantes présentent des limites méthodologiques, notamment des échantillons restreints, ainsi qu'une implication fréquente des auteurs au sein même des milieux de pratique étudiés. Bien que les devis qualitatifs soient généralement de bonne qualité selon les critères de Kmet et al. (2004), la diversification des sources de données et le renforcement de la triangulation méthodologique apparaissent nécessaires.

Dans l'ensemble, ces limites soulignent la pertinence d'une approche systématique visant à documenter les caractéristiques des apprenants-intervenants, à préciser leurs objectifs poursuivis par la participation aux formations et à analyser la convergence ou la divergence de leurs trajectoires de changement et les retombées.

2.4 Pertinence scientifique et sociale

Sur le plan scientifique, s'intéresser aux apprenants-intervenants permet d'interroger la manière dont les mécanismes d'action et les principes fondamentaux des *Recovery Colleges* se reflètent dans l'expérience vécue en formation. Documenter spécifiquement ce groupe offre l'occasion d'analyser si, dans les faits, leur profil et les retombées qu'ils en tirent s'inscrivent dans une expérience de coapprentissage comparable à celle des autres apprenants, ou si des particularités émergent.

Sur le plan social, la présente thèse examine le positionnement des apprenants-intervenants au sein d'espaces de formation mixtes, caractérisés par une grande diversité d'expériences et de savoirs. Cette perspective est particulièrement pertinente dans un contexte où les *Recovery Colleges* sont associés à des retombées telles que la réduction de la stigmatisation et la reconfiguration des rapports de pouvoir (Crowther et al, 2018; Sommer et al., 2018).

À terme, cette recherche pourrait nourrir une réflexion approfondie sur la transposition de ces apprentissages dans la pratique professionnelle. En favorisant des rapports sociaux imprégnés des

valeurs du paradigme du rétablissement, l'expérience vécue en formation porte en elle un potentiel de transformation qui dépasse le seul cadre pédagogique. Dans cette perspective, et bien que l'analyse des structures systémiques ne constitue pas l'objet de cette thèse, la littérature souligne que le modèle *Recovery College* s'inscrit dans des dynamiques de transformation plus larges, notamment en lien avec la démocratisation du savoir et l'évolution des cultures institutionnelles en santé mentale, telles que décrites dans des travaux récents (Lefay et al., 2025). Ainsi, cette thèse contribue à éclairer un pan encore peu exploré de ces dynamiques, soit la manière dont les apprenants-intervenants vivent, interprètent et réinvestissent ces espaces de coapprentissage.

Chapitre 3 - Cadre conceptuel

Ce chapitre présente le cadre conceptuel mobilisé pour éclairer l'interprétation des résultats et la discussion des retombées rapportées et mesurées chez les apprenants-intervenants. Il s'appuie sur la théorie de l'apprentissage transformateur de Knud Illeris (2018), largement reconnue dans le champ de l'éducation des adultes (Jarvis, 2024; Merriam et Baumgartner, 2020).

Le choix de cette théorie repose sur le fait que les principes, opérations et mécanismes d'action des *Recovery Colleges* — comme la création d'un espace interactif et positif ou le coapprentissage — s'articulent aux trois dimensions d'Illeris (2002; 2004), soit les dimensions cognitive, affective et sociale de l'apprentissage. Ce cadre permet d'éclairer les processus par lesquels les principes et les mécanismes d'action du modèle peuvent contribuer aux transformations documentées dans cette thèse.

Le champ des théories de l'apprentissage est vaste, multidimensionnel et traversé par des approches parfois divergentes (Illeris, 2018). En proposer une revue exhaustive dépasserait le cadre de cette thèse et ne contribuerait pas directement à la discussion des résultats. Ce chapitre se concentre donc sur les concepts nécessaires à la compréhension des principes et mécanismes d'action pouvant contribuer aux retombées. À cet égard, des travaux récents montrent que le modèle *Recovery College* peut être mis en relation avec plusieurs théories de l'apprentissage, telles que le constructivisme cognitif, le socioconstructivisme, l'andragogie, l'apprentissage situé ou l'apprentissage transformateur (Lefay et al., 2025). Toutefois, aucune de ces perspectives ne rend pleinement compte de ses spécificités, le modèle se situant à l'intersection de processus de transformation individuels, relationnels et systémiques. La théorie d'Illeris est ainsi retenue non comme une explication exhaustive du modèle *Recovery College,* mais comme une lentille interprétative permettant d'intégrer différentes dimensions des transformations étudiées.

Ce cadre conceptuel n'a pas structuré la méthode de recherche; il est mobilisé *a posteriori* comme appui interprétatif afin de saisir la nature multidimensionnelle, située et parfois ambivalente des retombées. Plus précisément, l'articulation des travaux de Lefay et al. (2025), de Jarvis (2007; 2024) et d'Illeris (2002; 2004) permet de situer les différents niveaux du processus étudié : la configuration particulière des *Recovery Colleges* crée des conditions susceptibles de susciter des expériences inhabituelles; celles-ci peuvent donner lieu à une disjonction entre l'expérience vécue et les cadres de compréhension de l'apprenant (Jarvis, 2007; 2024), puis être investies dans des processus d'apprentissage susceptibles de prendre une forme transformatrice (Illeris, 2018).

La section 3.1 présente les fondements de la théorie de l'apprentissage transformateur d'Illeris, ses dimensions constitutives et certaines de ses limites. La section 3.2 propose un modèle intégrateur de changement des *Recovery Colleges* mobilisant entre autres cette théorie.

3.1 La théorie de l'apprentissage transformateur d'Illeris : fondements et dimensions

L'apprentissage transformateur s'inscrit dans les approches constructivistes, dans la mesure où il conçoit l'apprenant comme un agent actif qui construit ses connaissances à partir de son expérience et de ses cadres de référence (Piaget, 1975). Toutefois, il s'en distingue en mettant l'accent sur des changements profonds dans la manière de comprendre et d'agir (Mezirow, 1991). Le constructivisme constitue ainsi le fondement épistémologique de la théorie d'Illeris, tandis que l'apprentissage transformateur en représente une forme spécifique, centrée sur la restructuration des schèmes cognitifs, émotionnels et identitaires (Illeris, 2018). Par rapport à Mezirow, Illeris insiste davantage sur l'intégration des dimensions émotionnelles et corporelles, estimant que les approches trop centrées sur la rationalité négligent des aspects essentiels du processus de transformation (Illeris, 2018). Ainsi, selon lui, l'apprentissage comporte toujours une dimension corporelle et une dimension mentale, la séparation entre raison et émotion constituant une erreur héritée de la tradition occidentale. Cette perspective renforce l'idée d'un processus d'apprentissage profondément intégré (Illeris, 2016). Dans cette optique, Illeris définit l'apprentissage comme tout processus conduisant à des changements durables dans la capacité d'agir ou de comprendre (Illeris, 2016), et considère que les apprentissages véritablement transformateurs sont ceux qui impliquent des modifications identitaires (Illeris, 2014).

Pour expliquer comment ces transformations se produisent, Illeris distingue deux processus fondamentaux qui s'exercent simultanément (Illeris 2002; 2004). Le premier est un processus d'interaction externe, par lequel l'apprenant est stimulé par son environnement social, culturel ou matériel. Les expériences, les échanges, la participation ou la confrontation à des situations nouvelles constituent autant d'impulsions qui déclenchent ou orientent l'apprentissage. Le second est un processus psychologique interne, au cours duquel l'apprenant interprète, élabore et s'approprie ces impulsions. Ce processus repose sur l'articulation de deux fonctions indissociables : la gestion du contenu de l'apprentissage, qui concerne la compréhension et la construction de significations, et la fonction incitative, qui mobilise l'énergie mentale nécessaire à l'apprentissage, incluant les émotions, la motivation et la volonté.

L'articulation de ces deux processus donne lieu aux trois dimensions constitutives de la théorie d'Illeris (2002; 2004). La dimension du contenu renvoie à ce qui est appris (connaissances, habiletés, attitudes, valeurs ou manières d'agir) et à la manière dont ces éléments transforment les schèmes cognitifs. La dimension affective concerne l'énergie psychique mobilisée dans l'apprentissage, incluant les émotions, la motivation, la sécurité psychologique et la volonté, qui influencent la capacité de l'apprenant à s'engager dans des apprentissages parfois déstabilisants. La dimension sociale correspond aux impulsions externes provenant de l'environnement, qui déclenchent et soutiennent l'apprentissage tout en contribuant au développement de la socialité et à l'intégration au sein des communautés. Ces

trois dimensions permettent de comprendre l'apprentissage comme un phénomène simultanément cognitif, affectif et social.

Cette attention portée aux conditions de l'apprentissage s'accompagne chez Illeris d'un intérêt pour les situations où l'apprentissage ne se produit pas (Illeris, 2016). Différentes formes de non-apprentissage sont ainsi identifiées, telles que les résistances, les défenses ou les erreurs d'apprentissage (*mislearning*).

Afin d'approfondir la manière dont ces situations de non-apprentissage s'amorcent, le modèle d'Illeris gagne à être articulé aux travaux de Jarvis (2007; 2024). Pour ce dernier, l'apprentissage naît d'une disjonction, c'est-à-dire d'un écart perçu entre l'expérience vécue et les cadres de compréhension dont dispose l'apprenant. Lorsque cet écart est reconnu, il peut devenir le moteur d'un processus réflexif menant à une transformation des connaissances, des attitudes ou des pratiques. Cette situation peut également être comprise à la lumière du concept de dissonance cognitive, qui désigne la tension psychologique ressentie lorsqu'un individu en situation d'apprentissage est confronté à des éléments incompatibles, tels que des croyances, des attitudes ou des comportements contradictoires. Sans constituer une théorie de l'apprentissage en soi, ce concept permet d'éclairer le rôle du conflit cognitif en tant que déclencheur potentiel d'une réorganisation des schèmes, en cohérence avec une perspective constructiviste (Aronson, 1969; Festinger, 1972).

Cependant, Jarvis souligne que cette disjonction n'est pas toujours identifiée ni acceptée par l'apprenant (Jarvis 2007; 2024). Dans certains cas, la personne peut ne pas percevoir la disjonction, ou encore refuser de l'affronter, ce qui conduit à des formes de non-apprentissage. La présomption de savoir, soit le fait de croire que l'on sait déjà, ou que l'expérience ne requiert aucune révision de ses cadres interprétatifs, constitue ainsi un mécanisme central expliquant pourquoi l'apprentissage ne se déclenche pas. D'autres réactions sont possibles : la minimisation de l'écart, la rationalisation, ou encore l'évitement émotionnel lorsque la disjonction menace l'identité ou la cohérence personnelle.

En ce sens, Jarvis rejoint Illeris en montrant que le non-apprentissage n'est pas un simple « vide » mais un processus actif, où l'apprenant mobilise des stratégies cognitives et affectives pour maintenir ses schèmes existants. La disjonction devient alors un point de tension : soit elle ouvre la possibilité d'un apprentissage transformateur, soit elle est neutralisée par des mécanismes de défense qui préservent l'équilibre psychologique au détriment du développement. L'intégration de Jarvis permet ainsi de compléter le modèle d'Illeris en éclairant non seulement les conditions de la transformation, mais aussi les dynamiques qui en entravent l'émergence. Cette perspective servira de grille d'interprétation dans la discussion des résultats, afin de mettre en relation les expériences rapportées par les apprenants, les processus d'apprentissage susceptibles d'en découler et les différentes retombées observées.

3.2 Modèle intégrateur de changement dans les *Recovery Colleges*

Cette section propose un modèle intégrateur permettant de situer les transformations susceptibles d'émerger au sein des *Recovery Colleges.* Il s'agit d'un cadre conceptuel général, applicable à l'ensemble des apprenants. Bien que la littérature recense une diversité de principes et de mécanismes d'action des *Recovery Colleges* (Lefay et al., 2025; Toney et al., 2018), le modèle proposé ici retient ceux qui apparaissent comme centraux, afin d'illustrer comment les caractéristiques du dispositif peuvent soutenir différents processus d'apprentissage susceptibles de contribuer à des transformations.

Les principes des *Recovery Colleges* — la mixité des apprenants, la valorisation de tous les types de savoirs et la coconstruction — constituent les fondements sur lesquels repose l'expérience d'apprentissage. Ils se concrétisent notamment par des opérations telles que la création d'un espace positif et interactif, le coapprentissage et la coproduction d'un savoir hybridé, qui donnent forme à un cadre où les apprenants peuvent s'engager ensemble dans la formation (Lefay et al., 2025).

Les *Recovery Colleges* constituent ainsi un lieu d'expérimentation où les apprenants peuvent vivre des rapports différents au savoir et au pouvoir, créant des conditions propices à l'émergence d'une justice épistémique (Fricker, 2007). Au sein de ce lieu d'expérimentation peuvent se déployer des processus d'apprentissage susceptibles de prendre une forme transformatrice (Illeris, 2004). Sur le plan cognitif, les apprenants peuvent acquérir de nouvelles connaissances et approfondir leur compréhension des sujets abordés en formation. Sur le plan affectif, ils peuvent être touchés ou interpellés par la résonance des témoignages des formateurs et des autres apprenants. Sur le plan social, les activités de pédagogie active permettent le partage d'expériences et la réflexion collective. Ces trois dimensions s'entrecroisent dans l'expérience vécue au sein du lieu d'expérimentation et peuvent contribuer aux processus de changement et de transformation chez les apprenants.

Ces expériences peuvent également susciter une disjonction lorsque les expériences vécues entrent en tension avec les cadres de compréhension ou les présomptions de savoir de l'apprenant (Jarvis, 2007; 2024). La disjonction constitue alors un point de bifurcation dans le processus : lorsqu'elle est reconnue et investie, elle peut ouvrir un espace de réflexion et soutenir un processus d'apprentissage; à l'inverse, elle peut être neutralisée par des mécanismes de défense ou de résistance, limitant ainsi les possibilités d'apprentissage.

Les formations peuvent mener à diverses transformations : dans la perception de soi et de l'autre, dans le rapport aux savoirs expérientiels, dans l'adoption d'une posture d'humilité épistémique, ainsi que dans la réflexion critique sur sa posture et son identité.

La Figure 2 illustre ce modèle intégrateur du changement dans les *Recovery Colleges*.

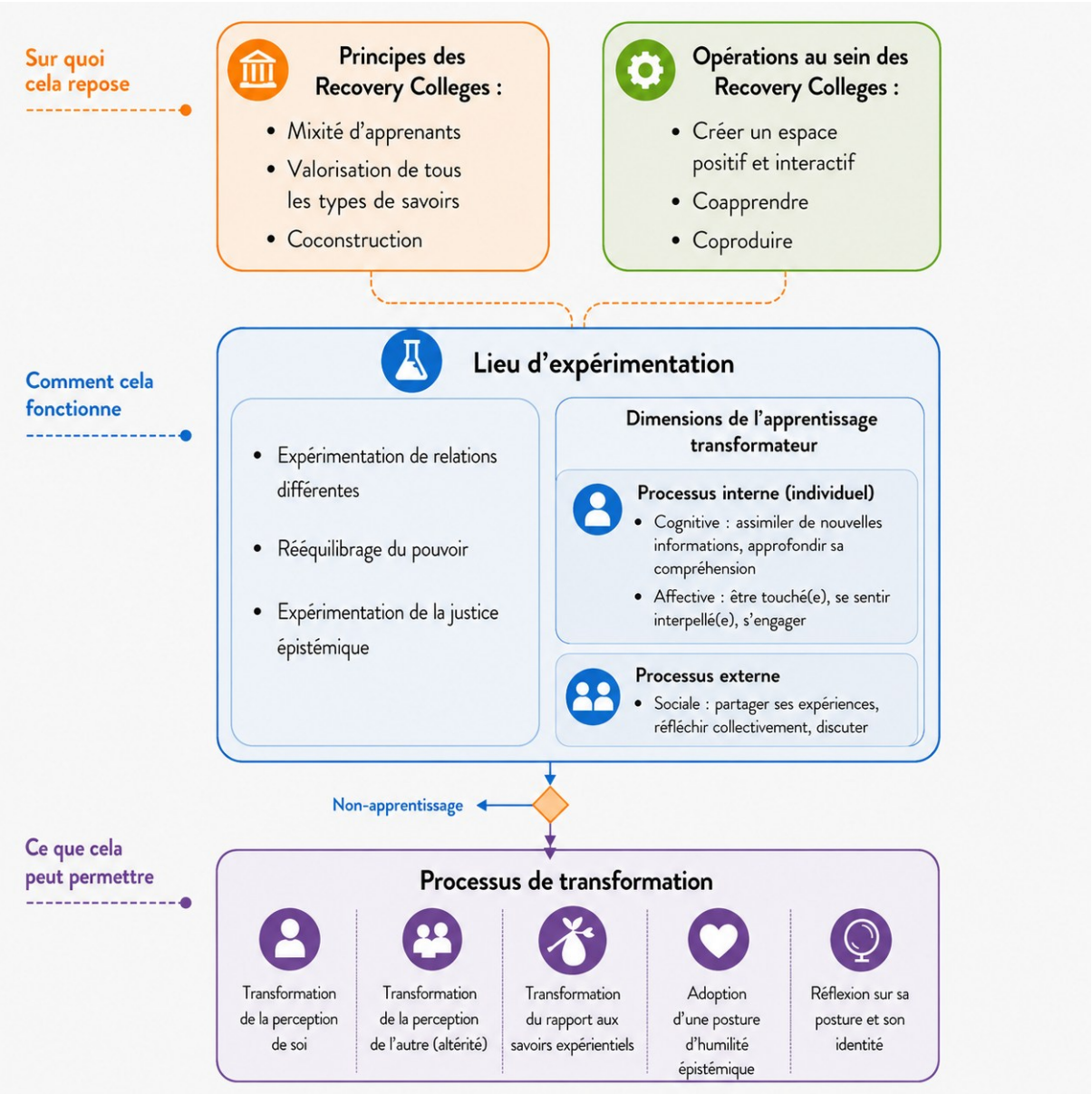


Figure 2. – Modèle intégrateur de changement dans les *Recovery Colleges*. Inspiré d'Illeris (2002; 2004), Jarvis (2007; 2024), Fricker (2007), Toney et al. (2018) et Lefay et al. (2025).

Chapitre 4 – Méthodologie

Ce chapitre présente la méthodologie de la thèse, qui s'inscrit dans le courant de la recherche évaluative, plus précisément dans la branche de l'analyse des effets. Ce courant vise à étudier les changements attribuables à une intervention, qu'ils concernent les individus, les groupes ou la pratique professionnelle (Patton, 2015; Brousselle et al., 2011). Dans cette perspective, la thèse examine les retombées perçues et mesurées d'une formation de type *Recovery College* auprès des apprenants-intervenants.

Les travaux réalisés font partie d'un projet de recherche plus large, dont l'un des axes concerne l'évaluation des effets des formations sur les apprenants *(IRSC COVID-19, 2022-2023 : Pour notre santé mentale et bien-être psychologique en période de pandémie : partenariat pour une implantation en ligne du modèle Recovery College; IRSC, 2022-2025 : Réponse aux besoins importants de santé mentale : poursuite de l'évaluation des retombées du modèle Recovery College)*. La présente thèse s'inscrit dans cet ensemble en se concentrant sur les apprenants-intervenants, un aspect encore peu documenté dans la littérature (Briand et al., 2025; Thériault et al., 2020).

Les choix méthodologiques de cette thèse s'articulent autour de l'objectif général présenté au chapitre 1, soit d'examiner l'expérience et les retombées des formations de type *Recovery College* auprès des apprenants-intervenants. Pour opérationnaliser les trois objectifs spécifiques découlant de cette visée, la recherche repose sur un devis composé de trois études complémentaires. La première étude, de nature qualitative, explore l'expérience vécue par les intervenants en santé mentale en tant qu'apprenants d'une formation de type *Recovery College*, ainsi que les retombées perçues de cette formation sur leur pratique professionnelle. La deuxième étude, quantitative, compare les profils sociodémographiques et certaines variables psychométriques selon le type d'apprenant. La troisième étude, également quantitative, recense les objectifs d'apprentissage avant la formation et leur degré d'atteinte rapporté après la participation, selon le type d'apprenant.

La structure de ce chapitre se déploie comme suit. La section 4.1 présente le cadre épistémologique et la posture de recherche adoptés, tandis que la section 4.2 décrit le devis de recherche global et la stratégie d'intégration des données. La section 4.3 offre ensuite un aperçu des formations du Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement, avant qu'une description synthétique des trois études ne soit proposée en section 4.4. Enfin, les considérations éthiques sont abordées dans la section 4.5.

4.1 Épistémologie et posture de recherche

Cette thèse s'inscrit dans un paradigme constructiviste-interprétatif, reconnaissant que les significations attribuées aux formations ainsi qu'aux changements professionnels et personnels émergent de l'interaction entre les participants et la doctorante (Girouard-Gagné et al., 2024; Guba et Lincoln, 1994;

Schwandt, 1994). Ce paradigme s'appuie sur une sensibilité pragmatique, où le choix des méthodes est dicté par leur capacité à éclairer les différentes facettes des transformations étudiées (Patton, 2015).

La doctorante adopte une posture située, nourrie par une connaissance approfondie du réseau de la santé et des réalités professionnelles des intervenants. Cette perspective s'inscrit dans l'idée que toute production de savoir est située, incarnée et relationnelle (De Lavergne, 2007) et que la position du chercheur ou de la chercheuse influence inévitablement la coconstruction du sens. Cette proximité contextuelle favorise une compréhension fine des enjeux de terrain et soutient l'interprétation des expériences rapportées, sans toutefois s'inscrire dans une démarche de recherche participative. La doctorante demeure la principale responsable du processus d'analyse.

Concrètement, cette posture située s'est traduite par une sensibilité accrue aux enjeux de vulnérabilité lors des entrevues menées dans le cadre de la première étude. La reconnaissance mutuelle d'une culture professionnelle commune a contribué à instaurer un climat de confiance, propice à l'expression de thématiques sensibles, notamment celles liées à la présence de troubles de santé mentale et à l'autostigmatisation de certains intervenants. Dans ces moments, la réflexivité de la doctorante a consisté à conjuguer une bienveillance active et la rigueur requise par la démarche scientifique, afin de favoriser un espace d'expression sécuritaire et authentique tout en maintenant la distance analytique propre à la posture de recherche. Cette posture s'est traduite par la régulation attentive du déroulement des entretiens, notamment par la proposition de pauses stratégiques lorsque la charge émotionnelle l'exigeait, permettant ainsi de respecter le rythme des participants tout en recentrant les échanges sur les objectifs de la recherche.

4.2 Devis global de recherche

Pour répondre aux objectifs de la thèse, un devis mixte simultané [QUAL + QUANT] a été retenu. Ce type de devis repose sur la collecte et l'analyse indépendantes de données qualitatives et quantitatives, suivies d'une intégration lors de l'interprétation (Briand et Larivière, 2020). Dans la littérature internationale, ce type de devis est également désigné sous le terme de « *convergent design* » (Creswell et Clark, 2017).

Le choix de ce devis repose sur la complémentarité des questions de recherche auxquelles les deux volets permettent de répondre. Le volet qualitatif vise à décrire les retombées perçues par les apprenants-intervenants et à documenter les processus de changement tels qu'ils sont vécus et perçus par les participants. Il permet ainsi de mettre en lumière des retombées susceptibles de ne pas être captées par des outils standardisés. À titre de rappel, le volet quantitatif vise pour sa part à caractériser le profil sociodémographique des apprenants-intervenants, mesurer les retombées de la formation et analyser les objectifs d'apprentissage des apprenants-intervenants avant la formation, identifier ceux qui sont les plus fréquemment sélectionnés et évaluer leur atteinte à la suite de la formation.

L’articulation de ces deux perspectives permet ainsi d’examiner les retombées des formations de type *Recovery College* à la fois dans leur dimension expérientielle et dans leurs manifestations mesurables.

Les trois études réalisées s’inscrivent dans une programmation de recherche plus large menée par la directrice de la doctorante et portant sur l’ensemble des apprenants. Les outils de collecte utilisés dans la présente thèse ont été développés ou sélectionnés dans le cadre de cette programmation. Des outils standardisés ont ainsi été retenus pour mesurer les variables correspondant aux objectifs des études quantitatives, tandis que des questions d’évaluation originales ont été développées pour répondre aux objectifs de l’étude qualitative de la programmation de recherche. Les données issues de cette programmation ont ensuite fait l’objet d’analyses ciblées dans le cadre de la présente thèse, selon des questions de recherche et des stratégies d’analyse définies en fonction de ses objectifs spécifiques. À ce titre, les études quantitatives, notamment, s’apparentent à des analyses secondaires de données recueillies dans le cadre de la programmation de recherche initiale.

Dans le cadre de la présente thèse, les volets qualitatif et quantitatif ont été menés en parallèle et analysés séparément. L’intégration s’est effectuée au moment de l’interprétation, par la mise en relation des résultats issus des deux volets, plutôt que par une fusion des données ou une triangulation au sens strict. Cette modalité d’intégration est justifiée par le fait que certaines variables présentes dans les deux volets ne correspondaient pas toujours directement, même lorsqu’elles renvoyaient à un même construit — le bien-être, par exemple. Le devis repose ainsi sur une logique de complémentarité, où chaque volet apporte un éclairage distinct sur l’objet d’étude.

L’articulation opérationnelle de ces trois volets, incluant les outils de collecte et les méthodes d’analyse spécifiques à chaque étude, est synthétisée dans la Figure 3.

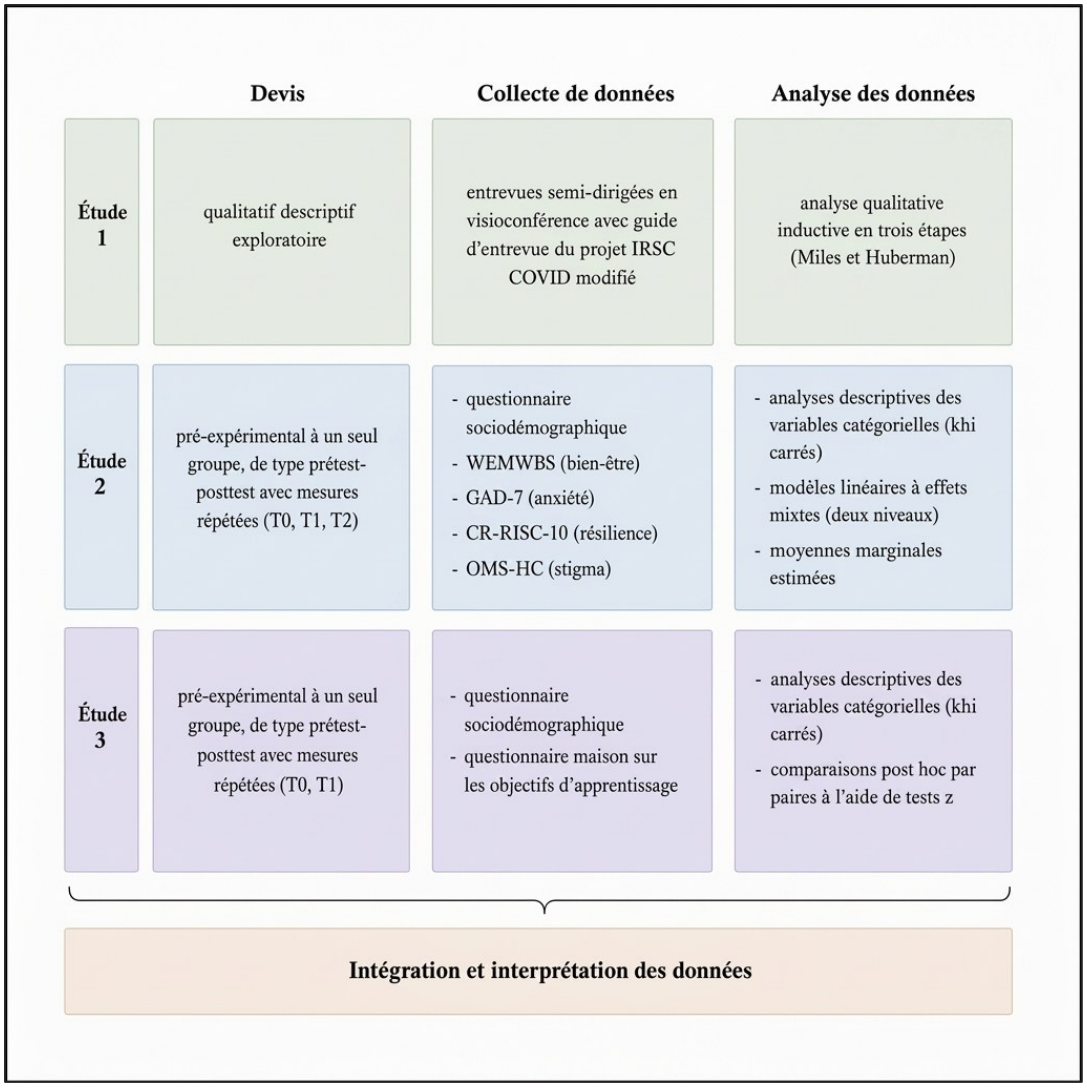


Figure 3. – Devis mixte simultané. Inspiré de Briand et Larivière (2020).

4.2.1 Stratégie d'intégration des données

L'intégration des données s'inscrit directement dans la logique du devis mixte retenu pour cette recherche. Conformément aux principes de ce devis, l'articulation entre les volets qualitatif et quantitatif s'opère au stade de l'interprétation finale, soit au sein du chapitre de discussion. Cette démarche dépasse la simple juxtaposition de résultats distincts pour privilégier un dialogue systématique entre les conclusions issues des trois études.

Plus précisément, les résultats de l'étude 1 (qualitative) serviront à approfondir et à expliquer les tendances observées dans les études 2 et 3 (quantitatives). À l'inverse, les données quantitatives permettront de mesurer l'ampleur des phénomènes décrits par les participants du volet qualitatif. Cette mise en relation des données contribue à une compréhension plus nuancée des retombées des formations de type *Recovery College*, en tenant compte des apports spécifiques de chaque méthode. Un élément supplémentaire justifie la pertinence de l'intégration des données : les participants du volet qualitatif

ont également pris part au volet quantitatif. Les deux volets reposent ainsi, en partie, sur un même échantillon, ce qui permet de mettre en relation les résultats issus des questionnaires et ceux provenant des entrevues.

Comme précisé au chapitre 3, l'interprétation intégrée des données s'appuie sur la théorie de l'apprentissage transformateur d'Illeris, qui fournit un cadre conceptuel permettant d'organiser les constats issus des deux volets. L'objectif est de synthétiser les perspectives qualitatives et quantitatives afin de rendre compte de la complexité des transformations professionnelles et personnelles vécues par les apprenants-intervenants. Cette façon de faire favorise un enrichissement mutuel des données, où chaque étude éclaire des dimensions que l'autre ne pouvait saisir à elle seule (Briand et Larivière, 2020).

4.3 Description de l'intervention évaluée

Les trois études de la présente thèse portent sur la même intervention, à savoir les formations offertes par le Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement (CASR). Ce centre, fondé en 2019, est le premier et unique *Recovery College* au Québec et offre des formations en ligne à des apprenants de partout au Québec (et dans la francophonie canadienne et internationale).

Durant la période de collecte de données, les interventions étaient dispensées exclusivement en français, selon une modalité virtuelle synchrone sur la plateforme Zoom. Chaque formation comprenait trois séances de deux heures, proposées en après-midi ou en soirée, afin de favoriser la participation d'un large éventail d'apprenants.

Conformément aux principes du modèle *Recovery College* détaillés au chapitre 2, l'animation était assurée par une dyade de formateurs certifiés aux expertises complémentaires : un formateur mobilisant un savoir expérientiel lié à un trouble de santé mentale et un formateur issu du milieu de la santé.

Les contenus combinaient des savoirs théoriques, cliniques et expérientiels, favorisant la coconstruction des apprentissages dans un espace inclusif, collaboratif et sécurisant. Les thèmes abordés dans les formations concernaient le bien-être, les troubles mentaux, le rétablissement et l'inclusion, et comprenaient notamment : « Parlons santé, parlons santé mentale », « Vers le bien-être : agir face au stress », « La résilience : s'adapter et s'outiller pour mieux rebondir », « Regards sur la stigmatisation » et « Rétablissement 101 ». Initialement conçues pour un format présentiel, ces formations ont fait l'objet d'une adaptation au mode virtuel en réponse aux contraintes sanitaires liées à la pandémie de COVID-19. Cette modalité a été maintenue sans modification durant l'ensemble de la phase de recherche, et encore aujourd'hui.

Les formateurs maîtrisent les outils technopédagogiques, ce qui leur permet de concevoir et d'animer des formations en ligne intégrant des modalités pédagogiques actives. Celles-ci favorisent la discussion,

la réflexion et le coapprentissage, notamment grâce à l'utilisation de murs collaboratifs virtuels, où chaque apprenant consigne ses réponses.

4.4 Description synthétique des trois études

Cette section présente les spécificités méthodologiques de chacune des trois études constitutives de la thèse. Bien qu'elles partagent un ancrage commun au sein du CASR et fassent l'objet d'une présentation détaillée sous forme d'articles au chapitre 5, chaque volet répond à des objectifs distincts et mobilise des procédures de collecte et d'analyse adaptées à sa finalité.

L'étude 1 privilégie une approche qualitative exploratoire visant à documenter l'expérience vécue et les retombées rapportées par les apprenants-intervenants œuvrant spécifiquement dans le domaine de la santé mentale. L'étude 2 repose sur un devis quantitatif quasi-expérimental de type prétest-post-test afin de caractériser les profils sociodémographiques et de mesurer l'évolution d'indicateurs psychosociaux standardisés. Enfin, l'étude 3 s'appuie sur un devis quantitatif quasi-expérimental pour examiner l'atteinte perçue des objectifs d'apprentissage sélectionnés dans une liste préétablie. Le Tableau 7 offre une vue d'ensemble de ces trois études.

Étude	**Objet d'étude**	**Devis**	**Participants**	**Collecte de données**	**Analyse de données**
1	Expérience vécue en formation, retombées rapportées sur la pratique professionnelle	QUAL Descriptif exploratoire	n = 13	Entrevues individuelles semi-dirigées	Analyse thématique inductive
2	Profil sociodémographique, variables psychométriques (bien-être, anxiété, résilience, stigma)	QUANT Quasi-expérimental prétest-post-test à mesures répétées	n = 434	Questionnaires autoadministrés (échelles standardisées)	Modèles linéaires à effets mixtes et tests du khi-carré
3	Objectifs d'apprentissage (sélection initiale et atteinte perçue)	QUANT Quasi-expérimental prétest-post-test à mesures répétées	n = 378	Questionnaire maison autoadministré	Analyse de fréquences, tests du khi-carré et comparaisons post-hoc

Tableau 7. – Synthèse des objectifs et méthodes des études réalisées dans le cadre de la thèse

4.4.1 Étude 1 (QUAL) : expérience vécue et retombées perçues

4.4.1.1 Devis et objectif

En cohérence avec les objectifs de la présente thèse, cette étude vise à décrire l'expérience des apprenants-intervenants ayant participé à une formation de type *Recovery College* et les retombées perçues sur leur pratique professionnelle. Elle s'inscrit dans le volet qualitatif du devis mixte de la thèse et adopte un devis qualitatif descriptif exploratoire, approprié pour documenter en profondeur le vécu de formation et les transformations perçues.

Les trois questions de recherche sont les suivantes :

1. Comment les apprenants-intervenants décrivent-ils leur expérience en tant qu'apprenants dans les formations de type *Recovery College* ?
2. Quelles sont les retombées perçues de ces formations sur leur pratique professionnelle ?
3. À partir de leur expérience, quels éléments les apprenants-intervenants identifient-ils comme des ingrédients clés ou actifs du modèle *Recovery College ?*

4.4.1.2 Participants et collecte de données

Les participants ont été recrutés parmi les apprenants du CASR ayant participé au projet de recherche évaluative au sein duquel s'inscrit la présente thèse. Pour cette étude, seuls les individus s'identifiant comme intervenants en santé mentale et répondant aux critères d'inclusion (travailler auprès de personnes ayant vécu un trouble de santé mentale; œuvrer dans le secteur de la santé; avoir complété au moins deux séances de formation) ont été retenus. Ont ainsi été exclus les apprenants ne s'identifiant pas comme intervenants en santé mentale, ne répondant pas aux critères relatifs au secteur d'activité ou à la clientèle desservie, ou ayant participé à moins de deux séances de formation**.** L'échantillon final comprend 13 participants.

Les données ont été recueillies au moyen d'entrevues individuelles semi-structurées en visioconférence sur la plateforme Zoom (45 à 111 minutes) et ont été intégralement transcrites. Le guide d'entrevue du projet de recherche évaluative a été adapté pour cette étude par l'ajout de quatre questions portant sur les retombées des formations sur la pratique professionnelle et leur lien avec les ingrédients actifs du modèle. Le guide d'entrevue complet est disponible à l'Annexe A.

4.4.1.3 Analyse des données

L'analyse a été réalisée selon une démarche itérative inspirée de Miles et Huberman (Miles et Huberman, 2016), soutenue par l'élaboration d'un guide de codage évolutif définissant les thèmes et sous-thèmes. Pour assurer la rigueur du processus, 30 % des entrevues ont fait l'objet d'un contre-codage réalisé par la directrice de la doctorante. L'indice de fidélité inter-codeurs a été calculé selon la

méthode de Miles et Huberman; les divergences ont été discutées jusqu'à l'obtention d'un consensus, puis intégrées à l'arborescence finale.

Le guide de codage a ensuite été validé par deux coordonnatrices de recherche, qui ont vérifié l'exclusivité des catégories, la cohérence des définitions et l'adéquation des extraits associés. Cette étape a permis d'ajuster la structure thématique et d'assurer la robustesse de l'analyse.

4.4.2 Étude 2 (QUANT) : profil sociodémographique et retombées mesurées

4.4.2.1 Devis et objectif

Cette étude mobilise un devis pré-expérimental prétest- post-test avec mesures répétées (T0, T1, T2). Elle repose sur une analyse secondaire de données issues du programme de recherche évaluative dans lequel s'inscrit la présente thèse.

En cohérence avec les objectifs de celle-ci, l'étude 2 vise à identifier les facteurs qui différencient les apprenants-intervenants des autres apprenants dans une formation de type *Recovery College*. Les objectifs spécifiques poursuivis sont les suivants :

- Décrire les profils sociodémographiques des apprenants-intervenants et des autres apprenants, en portant une attention particulière aux caractéristiques du sous-groupe des intervenants.
- Comparer les variations des indicateurs de bien-être, d'anxiété, de résilience et de stigmatisation au fil du temps (T0, T1, T2), ainsi que les courbes de croissance associées, entre les apprenants-intervenants et les autres apprenants.

4.4.2.2 Participants et collecte de données

Les données proviennent d'un échantillon de convenance d'apprenants inscrits aux formations du CASR entre 2020 et 2023. Les participants ont été invités à prendre part au volet de recherche par courriel. La participation était volontaire et reposait sur la signature d'un formulaire d'information et de consentement éclairé approuvé par les comités d'éthique de la recherche concernés.

Les participants ont complété des questionnaires autoadministrés en ligne à trois moments : avant la formation (T0), immédiatement après celle-ci (T1) et trois mois plus tard (T2). Les caractéristiques sociodémographiques ont été recueillies à T0, incluant notamment : genre, âge, pays de naissance, langue parlée à la maison, niveau d'éducation, occupation principale, revenu annuel, type de savoir en santé mentale (expérientiel, clinique ou théorique), diagnostic antérieur et l'utilisation de services de santé mentale au cours des six derniers mois.

Les variables retenues et les outils standardisés ont été présélectionnés par le groupe de co-chercheurs dans le cadre de la programmation de recherche dans laquelle s'inscrit la présente thèse. Les variables examinées dans cette étude n'ont pas été sélectionnées spécifiquement pour répondre aux questions de recherche de la présente étude. Un examen de leur pertinence au regard des objectifs de l'étude a néanmoins été réalisé, en s'appuyant sur les savoirs théoriques issus de la littérature scientifique et sur les savoirs cliniques issus de l'expérience professionnelle de la doctorante. Cette démarche visait à déterminer dans quelle mesure les variables disponibles permettaient d'examiner les dimensions psychosociales pertinentes au regard des objectifs de la présente étude.

Les variables dépendantes examinées dans la présente étude portaient sur quatre indicateurs psychosociaux : le bien-être, l'anxiété, la résilience et la stigmatisation. Ils ont été mesurés à l'aide d'outils standardisés :

1. Le bien-être a été mesuré à l'aide de la *Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale* – version courte (WEMWBS-SF) (Stewart-Brown et al., 2009). Cet instrument comporte sept items évalués sur une échelle de Likert à cinq points et mesure différents aspects du bien-être mental ainsi que la satisfaction globale à l'égard de la vie. La WEMWBS présente une excellente cohérence interne (α = 0,89 à 0,91), une bonne fidélité test-retest (0,83) et une structure factorielle unidimensionnelle.

2. L'anxiété a été mesurée à l'aide du *Generalized Anxiety Disorder-7* (GAD-7) (Spitzer et al., 2006). Cet instrument comporte sept items évalués sur une échelle à quatre points et permet d'évaluer le niveau d'anxiété, y compris les niveaux cliniques et sévères. Le GAD-7 présente une excellente cohérence interne (α = 0,92), une bonne fidélité test-retest (0,83) et une structure factorielle unidimensionnelle. Un score seuil de 10 présente une sensibilité de 89 % et une spécificité de 82 %.

3. La résilience a été mesurée à l'aide de la *Connor-Davidson Resilience Scale* – version à 10 items (CD-RISC-10) (Connor et Davidson, 2003). Cet instrument comporte 10 items évalués sur une échelle de Likert à cinq points et permet d'évaluer les capacités d'adaptation et de gestion du stress. La CD-RISC-10 présente une structure factorielle unidimensionnelle, une bonne cohérence interne (α = 0,85) et une bonne fidélité test-retest (0,81).

Les attitudes et comportements stigmatisants ont été mesurés à l'aide de l'*Opening Minds Scale for Health Care Providers* (OMS-HCP) (Kassam et al., 2012; Modgill et al., 2014). Bien que cet instrument ait été conçu pour une population d'intervenants de la santé, il a été utilisé auprès de l'ensemble des apprenants dans le cadre de la programmation de recherche. L'OMS-HCP comporte 15 items évalués sur une échelle de Likert à cinq points et permet d'évaluer les attitudes et comportements stigmatisants. L'instrument comprend trois sous-échelles : *Attitudes envers les personnes ayant un trouble de santé mentale*, *Dévoilement/recherche d'aide* et *Distance sociale*. La cohérence interne globale de l'outil est

bonne (α = 0,79), avec des coefficients de 0,68 pour la sous-échelle *Attitudes*, de 0,67 pour *Dévoilement/recherche d'aide* et de 0,68 pour *Distance sociale*.

4.4.2.3 Analyse des données

Les analyses ont été réalisées avec SPSS 29.0.2. Pour cette analyse secondaire, les participants ont été répartis en deux catégories selon leur type d'apprenant : les intervenants de la santé et les autres apprenants.

Afin de répondre au premier objectif spécifique de recherche, des tests du khi-carré (X^2) ont été réalisés afin de comparer les caractéristiques sociodémographiques entre les deux groupes. Pour le second objectif spécifique, des modèles linéaires à effets mixtes ont été estimés pour analyser l'effet du temps, du type d'apprenant, ainsi que leur interaction sur les quatre indicateurs psychosociaux. Les moyennes marginales estimées ont été calculées en appliquant une correction de Bonferroni pour les comparaisons multiples. Le recours aux modèles mixtes se justifie par leur capacité à traiter des mesures répétées et à optimiser l'utilisation des données disponibles malgré la présence de valeurs manquantes (Brauer et Curtin, 2018; Detry et Ma, 2016).

En raison du contexte pandémique, la période de collecte de données a été intégrée comme variable de confusion potentielle lors d'analyses préliminaires afin d'en vérifier l'impact sur les résultats. Enfin, la fidélité des outils psychométriques a été documentée par l'évaluation de leur cohérence interne.

4.4.3 Étude 3 (QUANT) : objectifs d'apprentissage

4.4.3.1 Devis et objectif

L'étude 3 mobilise un devis quantitatif pré-expérimental de type prétest-post-test (T0–T1). Elle repose sur une analyse secondaire de données issues du programme de recherche évaluative dans lequel s'inscrit la présente thèse.

Cette étude analyse la sélection d'objectifs d'apprentissage à partir d'une liste préétablie avant la formation (T0), ainsi que leur niveau d'atteinte perçu après l'intervention (T1), auprès de cinq groupes d'apprenants. Elle vise à documenter la fréquence de sélection de ces objectifs, à identifier ceux présentant les niveaux d'atteinte les plus élevés et à déterminer si ces deux paramètres fluctuent en fonction du type d'apprenant. Les questions de recherche de cette étude sont les suivantes :

1. Quels sont les objectifs les plus fréquemment sélectionnés à T0 par l'ensemble des apprenants?
2. Quels objectifs présentent les niveaux d'atteinte les plus élevés à T1 pour l'ensemble des apprenants?

3. Dans quelle mesure la sélection et l'atteinte des objectifs diffèrent-elles selon les groupes d'apprenants?

4.4.3.2 Participants et collecte de données

Les données ont été recueillies entre le printemps 2021 et le printemps 2023. Les participants ont été invités à prendre part au volet de recherche par courriel. La participation était volontaire et reposait sur la signature d'un formulaire d'information et de consentement éclairé approuvé par les comités d'éthique de la recherche concernés.

Les mesures de base (T0) ont été réalisées lors de l'inscription, entre une et trois semaines avant la formation, et les mesures de suivi (T1) immédiatement après la formation, jusqu'à trois semaines plus tard. Parmi les 489 personnes ayant fourni un consentement éclairé, 396 participants ont complété le questionnaire à T0 et 376 à T1.

Un questionnaire élaboré par l'équipe de recherche du Centre d'études sur la réadaptation, le rétablissement et l'insertion sociale (CÉRRIS) a été utilisé pour documenter les objectifs d'apprentissage à T0 et leur atteinte perçue à T1. Les seize items composant cette liste ont été élaborés à partir d'une analyse thématique des réponses à une question ouverte administrée en 2020 dans le cadre du projet de recherche évaluative au sein duquel s'inscrit cette thèse. Les items étaient formulés à T0 sous la forme « Ma participation au *Recovery College* me permettra de… » et à T1 sous la forme « Ma participation au *Recovery College* m'a permis de… », et étaient cotés sur une échelle de Likert à cinq points.

Des données sociodémographiques ont également été recueillies à T0, y compris l'autoidentification du type d'apprenant. Conformément à une étude antérieure menée par le CÉRRIS (Lefay et al., s.d.), cinq groupes d'apprenants ont été retenus : 1) étudiants postsecondaires, 2) intervenants de la santé, 3) personnel administratif, gestionnaires et cadres, 4) pairs aidants, patients partenaires et proches, et 5) enseignants, éducateurs et autres citoyens.

4.4.3.3 Analyse des données

Le traitement statistique des données a été effectué à l'aide du logiciel SPSS (version 29.0.2). Afin d'assurer l'indépendance des observations, seules les données issues de la première participation ont été retenues pour les apprenants ayant suivi plusieurs formations. Les items documentant la sélection des objectifs (T0) et leur atteinte perçue (T1) ont fait l'objet d'un recodage en variables binaires permettant de distinguer l'adhésion de la non-adhésion à chaque énoncé.

Pour répondre aux deux premières questions de recherche, les objectifs sélectionnés à T0 et leur atteinte perçue à T1 ont été décrits à l'aide de fréquences et de pourcentages pour l'ensemble des apprenants. Pour la troisième question, des tests du khi-carré (X^2) ont été appliqués pour comparer, entre les groupes d'apprenants, les proportions d'objectifs sélectionnés et atteints. Une correction de Bonferroni a été

appliquée afin de limiter le risque d'erreurs de type 1 liées aux comparaisons multiples. Afin de contrôler le risque d'erreur de type I associé à la multiplicité des tests, une correction de Bonferroni a été systématiquement appliquée. En présence d'un test global significatif, des comparaisons post hoc par paires ont été effectuées au moyen de tests z pour identifier les disparités spécifiques entre les groupes.

4.5 Considérations éthiques

Le programme de recherche évaluative dont sont issues les trois études de la présente thèse a reçu l'approbation des comités d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières (CER-20-270-07.01) et de Santé Québec Est-de-l'Île-de-Montréal – Universitaire (MP-12-2021-2421). Préalablement à leur inclusion, tous les participants ont signé un formulaire d'information et de consentement éclairé. Pour le volet qualitatif (étude 1), ce consentement a fait l'objet d'une validation verbale systématique au début de chaque entretien.

Le traitement des données a été effectué en conformité avec les normes éthiques en vigueur. Les fichiers de recherche ont été hébergés sur des serveurs sécurisés, dont l'accès est restreint aux membres de l'équipe de recherche du Centre d'excellence en réadaptation et santé mentale (CÉRRIS). La protection de l'anonymat a été garantie par une procédure de dépersonnalisation des données et par la dissociation des informations nominatives des bases de données analytiques.

Au-delà de ces exigences institutionnelles, plusieurs considérations éthiques spécifiques aux études menées doivent être soulignées. D'abord, la posture de la doctorante, qui occupait simultanément un rôle de chercheuse et d'employée dans l'organisation où certains participants travaillaient, soulevait des enjeux de confidentialité, de liberté de participation et de désirabilité sociale. Afin de préserver l'intégrité du processus, différentes mesures ont été mises en place : possibilité pour les participants de réaliser l'entretien avec un autre membre de l'équipe de recherche, et clarification systématique du rôle de la doctorante comme chercheuse indépendante du lien d'emploi.

Bien que le guide d'entrevue n'explorait pas en profondeur le passé personnel ou professionnel des participants, certains ont spontanément évoqué des éléments sensibles en lien avec leur parcours de vie. Ces évocations n'étaient pas sollicitées par les questions, mais ont émergé naturellement dans le fil de la discussion. Lorsque ces situations survenaient, des ajustements étaient apportés dans la conduite des entrevues, en veillant à respecter les limites des participants et à ne pas encourager un dévoilement allant au-delà de ce qu'ils souhaitaient partager. Cette vigilance visait à garantir un espace d'expression sécurisant, respectueux du vécu des participants et cohérent avec le principe de bienfaisance et de non-malfaisance de la recherche (National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1979).

Chapitre 5 – Résultats

Ce chapitre présente les résultats des trois études menées dans le cadre de la thèse. Ils sont présentés sous forme d'articles scientifiques, dont les caractéristiques sont présentées dans le Tableau 8.

Auteurs	Titre	Revue (pays)	Statut	Contribution aux objectifs de la thèse
Bellemare, Julie Vallée, Catherine Briand, Catherine Sauvageau, Anick Drolet, Marie-Josée	Exploring the role of the Recovery College model as a transformative tool for recovery-oriented practice: perceived benefits and perspectives from health practitioners in Quebec, Canada	Frontiers in Psychiatry (Suisse)	Publié	Répond à l'objectif 1 (retombées perçues)
Bellemare, Julie Briand, Catherine Samson-Daoust, Eugénie Rapisarda, Filipo Lefay, Galaad	How Health Practitioners Learners Differ from Other Learners in Recovery College Courses: An Outcomes Study	Journal of Continuing Education (États-Unis)	Accepté	Répond aux objectifs 1 et 2 (retombées mesurées, caractéristiques sociodémographiques)
Bellemare, Julie Rapisarda, Filippo Samson-Daoust, Eugénie Briand, Catherine	From Goal Selection to Goal Attainment: Differences Across Learner Groups in a Recovery College	Health Education Journal (Royaume-Uni)	Accepté	Répond à l'objectif 3 (objectifs d'apprentissage)

Tableau 8. – Description des articles inclus dans la thèse

5.1 Article 1 - Exploring the role of the Recovery College model as a transformative tool for recovery-oriented practice: perceived benefits and perspectives from health practitioners in Quebec, Canada

Bellemare, J., Vallée, C., Briand, C., Sauvageau, A., & Drolet, M. J. (2024). Exploring the role of the Recovery College model as a transformative tool for recovery-oriented practice: perceived benefits and perspectives from health practitioners in Quebec, Canada. *Frontiers in Psychiatry*, *15*, 1440840.

5.1.1 Contribution des coautrices à l'article 1

En tant qu'autrice principale, la doctorante a participé à la conceptualisation de l'étude, à l'élaboration de la méthode, à l'analyse des données et à la rédaction de l'article. En tant que deuxième autrice, Catherine Vallée a contribué à l'analyse des données et à la rédaction de l'article. En tant que troisième autrice, Catherine Briand a élaboré le protocole de recherche, a validé l'analyse des données et a révisé l'article. En tant que quatrième autrice, Anick Sauvageau, étudiante au doctorat sous la supervision de Catherine Briand, a été impliquée dans la collecte et l'analyse des données ainsi que la révision de l'article. Finalement, Marie-Josée Drolet a participé à la rédaction du manuscrit. Toutes les autrices ont révisé et approuvé la version finale de l'article publié dans la revue scientifique *Frontiers in Psychiatriy.* L'article a été soumis le 30 mai 2024, a été accepté le 29 juillet 2024 et publié en ligne le 2 septembre 2024.

5.1.2 Abstract

Introduction: Mental health practitioners (MHPs), including occupational therapists (OTs), need support to adopt a truly recovery-oriented practice. Like other practitioners, if OTs often embrace the principles of recovery as a philosophical foundation for their practice, these principles may not always reflect in their attitudes, behaviors or in their interventions. While further research is needed to demonstrate the positive effects of recovery-oriented training programs on MHPs' attitudes and practice, there is a need to explore novel training programs. The Recovery College (RC) model is one of the interventions that are designed to facilitate these changes in practice, through co-production and co-delivery of recovery-focused courses curriculum. Although the perceived benefits and outcomes of RC courses are widely documented, very few studies focus specifically on what MHPs gain from them or on their global experience. The aim of this article is to describe the experience of MHPs learners in RC courses and the perceived benefits on their practice. **Methods:** An exploratory descriptive qualitative study was conducted. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed using Miles and Huberman's stepwise qualitative analysis method. **Results:** Participants were 13 MHPs working in community organizations or healthcare institutions and who participated as learners in a RC, in the province of Quebec, Canada. Ten themes emerged from the qualitative analysis. Participants

expressed their perspectives on the format of the courses, their initial expectations and their recommendations. They also identified the types of knowledge they shared during the courses. Participants reported changes in their practice, raised awareness on their clinical and personal issues, improved well-being and recovery. Group composition, interactions within the group, complementarity of the different types of knowledge, and pedagogical design and learning activities were identified as key ingredients of RC. **Conclusions:** This study highlighted RCs' role in enriching MHPs clinically and personally. RC curriculum and courses drive changes in practice and attitudes towards service users. RCs may assist MHPs reflect on practice and improve their clinical reasoning. This study advances understanding of a promising, accessible training program for adopting a recovery-oriented practice amid a paradigm shift among MHPs and OTs.

Keywords: Recovery College, recovery, training program, occupational therapy, continuing professional development

5.1.3 Introduction

Over the last two decades, mental health practitioners had to navigate through a paradigm shift in mental health, as evidenced by the policies and mental health action plans in many countries, such as Canada (Mental Health Commission of Canada, 2021; Kirby et al., 2009), the United States of America (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2005), England (Government of the United Kingdom, 2011), New Zealand (New Zealand Government, 2022; 2016) and Australia (National Mental Health Commission, 2016). Traditionally, healthcare systems have focused on reducing and eliminating problems, deficits, and dysfunction. Healthcare systems embracing the recovery paradigm support individuals in rebuilding and redefining their lives, transcending residual symptoms of mental disorders (Assad, 2014; Perkins et al., 2022). Mental health practitioners (MHPs), including occupational therapists (OTs), must now integrate the values, principles, attitudes, and behaviors that are closely associated with the recovery paradigm.

Recovery-oriented practice is the application of a set of competencies that supports individuals to recognize and take responsibility for their own recovery and well-being, and to become empowered and self-determined in their own lives (Australian Health Ministers' Advisory Council, 2013; Roberts et Boardman, 2014; Brown, 2013). A recovery-oriented practice integrates principles such as self-determination and individualized care, and emphasizes hope, social integration, community involvement, personal goal setting, and self-management (Leamy et al., 2023). Recovery-oriented practice requires a redesign of the practitioner-service user relationship by sharing power equitably with service users, with the role of the mental health practitioner is to be "on tap not on top" (Perkins et al., 2012).

The ongoing paradigm shift within the healthcare system remains in progress. In a recent report, the World Health Organization (2022) outlined key actions for transforming healthcare systems. These include bolstering promotion and prevention efforts and establishing accessible, affordable, and high-quality health services rooted in local communities. To advance healthcare transformation, intersectoral actions are necessary at system, organizational, and individual levels (Piat et al., 2021, Pachoud et al., 2019, Le Boutillier et al., 2011). Within this context, Perkins and colleagues (2022) highlighted the crucial role of frontline workers in driving meaningful changes "from the bottom-up".

Occupational therapists are well positioned to serve as primary catalysts for the advancement of recovery-oriented practice for several reasons. First, the philosophical foundations and core values of the profession are well aligned with those of the recovery paradigm (Briand et Bédard, 2019; Sutton et al., 2021; Nugent et al., 2017; Kelly et al., 2010). Second, OTs are expected to analyze all the factors that may explain what facilitates or impedes occupational and social participation, including exploring existing potential opportunities. They are trained to reduce environmental and societal barriers and to facilitate engagement in a repertoire of meaningful and desired occupations (Nugent et al., 2017; Egan et Restall, 2022). Lastly, OTs assist service users in restoring hope and a meaningful life, in (re-) building a positive identity, and in reclaiming control over their life (Nugent et al., 2017). Hence, OTs are already embracing some of the critical elements of recovery-based practice, although further work is needed in terms of advocating for system change (Nugent et al., 2017).

5.1.4 Background

Many changes are needed to implement a true recovery-oriented practice. Some of these changes relate to the clinical processes and actions performed by MHPs (the what), while others are more subtle such as the manner, attitudes and rationale underlying interventions (how and why) (Slade, 2013; Russinova et al., 2011; Shepherd et al., 2008). For example, within clinical processes, recovery-oriented assessments diverge from the traditional goal of identifying illness and planning treatment. Instead, they focus on developing and validating personal meaning, reinforcing strengths, promoting personal responsibility, supporting a positive identity, and cultivating hope (Slade, 2013). A systematic review indicates that MHPs commonly utilize assessment tools focused on limitations and impairments, thus constraining a strength-based perspective that emphasizes the individual's strengths and resources (Gyamfi et al., 2021). This perpetuates a dichotomous perspective on health, where one is either healthy or ill, inconsistent with the recovery paradigm (Anthony, 1993; World Health Organization, 2004).

Recovery-oriented practice is also influenced by the values, policies, and procedures of healthcare institutions, which may or may not be conducive to recovery. MHPs reported struggling to make sense of recovery-oriented practice due to competing priorities at different levels of the healthcare system (Le Boutillier et al, 2015). An increasing number of publications and initiatives on recovery-oriented practice actively involve occupational therapists, such as peer interventions (Cano Prieto et al., 2023;

Lambdin-Pattavina et al., 2021) and support for self-determination (Fawor et al., 2024), suggesting their contribution in organizational transformation and paradigm shift (Briand et Bédard, 2019; Nugent et al., 2017).

Some of the needed changes are more subtle and nuanced, such as the need for practitioners to introduce critical reflexivity on their own biases and assumptions. Unfortunately the presence of stigmatizing attitudes and behaviors amongst MHPs, known to have detrimental effects on therapeutic processes and health outcomes, is still frequently reported (Nyblade et al., 2019; Riffel et Chen, 2020; Knaak et al., 2017). In spite of explicit professional guidelines inviting OTs to advocate for service users and take actions against social and occupational injustices (Australian Health Ministers' Advisory Council, 2013; ACOTRO, ACOTUP, CAOT, 2021), there is growing evidence that OTs are not immune to implicit biases and contribute at times to stigmatization, such as ableism, ageism, or racism (Gamboa Yao et al., 2022; Clemson, 2022). This type of stigmatization may arise involuntarily and below the level of conscious awareness (Public Health Agency of Canada, 2019). Developing the professional competency to recognize this form of stigmatization within oneself is essential for minimizing personal bias and inequitable behavior rooted in social position and power (ACOTRO/ACOTUP/CAOT, 2021).

Recovery-oriented training programs remain a key approach to developing recovery-oriented practice within the healthcare system (Gilburt et al, 2013; Williams et al., 2016). To the best of the author's knowledge, there is no operational definition of what a recovery-oriented training program is, and what is identified as a recovery-oriented training program varies widely in subject matter, format, length, design, and provider (Jackson-Blott et al., 2019; Eiroa-Orosa et García-Mieres, 2019). Perkins and colleagues (2022) advocate for recovery-oriented training programs that include the following features: (a) content that goes beyond recovery principles and addresses recovery-oriented interventions; (b) teaching methods that involve exploring and utilizing learners' ideas, competencies, and experiences; and (c) learner's groups composed of individuals with diverse expertise and backgrounds/professions.

The effectiveness of recovery-oriented training programs in fostering changes in knowledge, attitudes, and interventions among MHPs need to be supported by further evidence. Two literature reviews (Jackson-Blott et al., 2019; Eiroa-Orosa et García-Mieres, 2019) suggest that while these programs have shown a moderate impact on practitioners' knowledge and attitudes (excluding stigmatizing attitudes), they do not significantly influence practices. However, caution is advised in drawing definitive conclusions due to significant methodological heterogeneity among the studies included in these reviews, which varied in training formats, assessment methods, and study designs. Moreover, it is noted that the recovery-oriented training programs evaluated in these reviews do not align with all the features identified by Perkins and colleagues (2022).

Recovery Colleges (RCs) emerged as promising entities for transforming the healthcare system that embody the values and principles of the recovery paradigm across their governance and courses

curriculum (Perkins et Repper, 2017; Meddings et al., 2015; Perkins et al., 2012; Briand et al., 2023). They are at the intersection of health promotion approaches, including primary, secondary, and tertiary prevention, and personal recovery (Briand et al., 2023). RCs are learning centers directly accessible to anyone interested in mental health and recovery, including those with experiential knowledge gained through life experience with mental health as a service user or relative, clinical knowledge gained and applied in the field as a mental health practitioner, and theoretical knowledge gained through academic, college, or university training in mental health.

The RC model is characterized by: (a) the creation of a co-learning space that recognizes the differences and value of each individual; (b) the sharing and recognition of different forms of knowledge; (c) the cross-fertilization of knowledge; (d) the mixing and hybridization of learners from different backgrounds (Briand et al., 2023; Arbour et Rose, 2018; Toney et al., 2018; Dalgarno et Oates, 2019). There is a correspondence between these characteristics and those that should shape a recovery-oriented training program as defined by Perkins and colleagues (2022).

The current status of RCs worldwide shows that these centers are present in 28 countries across 5 continents (Bowness et al., 2023). Many RCs reported the engagement of health practitioners in co-producing and co-facilitating courses (Hayes et al., 2023a). Hayes and colleagues (2023b) found that among the 59 RC surveyed, OTs were the most prevalent category of practitioners involved in the coproduction and cofacilitation of RC courses (41% of reported involvement).

In the last decade, approximately eighty studies (including 59 with evaluation data) have documented the key and active ingredients, implementation experiences, cost-effectiveness, outcomes and perceived benefits of RC courses (Thériault et al., 2020; Briand et al., 2023). For MHPs, attending a RC offers a valuable opportunity for reflective practice and some continuing professional development activities at a lower cost (Cronin et al., 2021). While the outcomes and perceived benefits of RCs are increasingly documented, few studies specifically investigate what MHPs gain from participating in a RC as learners (Crowther et al., 2018; Perkins et al., 2017). According to Perkins and colleagues (2018), evidence regarding MHPs as learners is anecdotal. To our knowledge, no study specifically focuses on this category of learners who attend a RC, which will now be identified as mental health practitioners learners (MPHs learners).

The aim of this article is to describe the experience of MHPs learners, including OTs, in RC courses and the perceived benefits on their practice.

The three research questions are:

1. How do MHPs describe their experience as learners in RC courses?
2. What are the perceived benefits of the RC courses on their practice?

3. Based on their experience, what do MHPs learners identify as key and active ingredients of the RC model?

5.1.5 Methods

5.1.5.1 Design

An exploratory descriptive qualitative design was utilized due to the limited existing research on the perceived benefits of RC courses on MHPs learners. This design is valuable for understanding a phenomenon from the participant's perspective (Fortin et Gagnon, 2022; Denzin et al., 2024).

This study is part of a larger evaluative research project funded by the Canadian Institutes of Health Research aimed at documenting outcomes and perceived benefits of RC courses among different categories of learners (Briand et al., 2024; Briand et al., 2023; Rapisarda et al., 2022). This study addresses the questions posed by the larger evaluative research project but focuses specifically on MHPs learners.

5.1.5.2 Study setting

The study was conducted at the Health and Recovery Learning Center-Centre d'Apprentissage Santé et Rétablissement (CASR), the RC of the province of Quebec, Canada.

Established by an OT professor and researcher in 2019, the CASR is the only French-language RC in Canada. In the fall of 2020, in response to the Covid-19 pandemic, CASR adapted all its courses to online short-format in order to quickly reach as many people as possible. At the time of data collection for this study, the CASR provided only an RC curriculum and online courses for the French-speaking population of the province of Quebec (three sessions of two hours each, totaling six hours). Currently, it has expanded its offerings to include face-to-face courses in French and online courses in Italian.

CASR governance is multi-partner and multi-sectoral (including health, education, community, civic, and research), meaning that roles and responsibilities are shared between several partners from different sectors. Partner organizations are invited to submit ideas for topics of relevance to their members, in order to contribute to CASR's courses offerings. Several topics were covered, such as youth mental health, recovery, mental disorders, well-being and mental health, social networks and support, workplace mental health, social inclusion and living better together. Many OTs and OT students actively participate in CASR activities. They are founding members, trainers, partner organization members and learners.

The distinctive features of these courses encompass the following: (a) they are co-developed and co-delivered by a dyad of trainers (peer and practitioner trainers); (b) they employ innovative, participative, and active pedagogical methods; (c) they foster the hybridization and cross-pollination of theoretical, clinical and experiential knowledge. The courses are crafted as interactive workshops, incorporating a

blend of reflection, discussion and co-production activities, experiential testimonials, and theoretical content.

5.1.5.3. Sampling and recruitment

The sampling and recruitment processes for this study were integrated into the data collection procedures for the larger evaluative research project. During the 2020-2021 academic year, all learners who have taken a course at CASR have been invited to take part in the research (n=379 learners). Participation in the larger project entailed completing questionnaires and sitting through an individual interview for 60 to 90 min. A total of 27 interviews were conducted between 2020 and 2021, with a diverse sample of learners (i.e.: university students, citizens, peer support workers, education professionals, health practitioners, health managers).

Out of these, eight interviews were retained as participants met the specified inclusion criteria for the current study. These criteria include: (a) being a mental health practitioner directly engaged with mental health service users or their relatives, or providing clinical support to other practitioners; (b) working in the healthcare sector (public, private, or community-based), and (c) having completed at least 2 out of 3 sessions of at least one course from the CASR.

Following the analysis of these eight initial interviews, and to ensure data saturation was reached (Paillé, 2021), a new wave of recruitment was conducted during the academic years 2021-2022 and 2022-2023. This recruitment was pursued with learners who self-identified as health practitioners in the sociodemographic questionnaire of the larger evaluative research project (n=250). Ten MPHs learners expressed interest to be interviewed, and five of them met the inclusion criteria, resulting in a total of 13 interviews for this sub-study. Further details regarding the sampling and recruitment processes are illustrated in Figure 1.

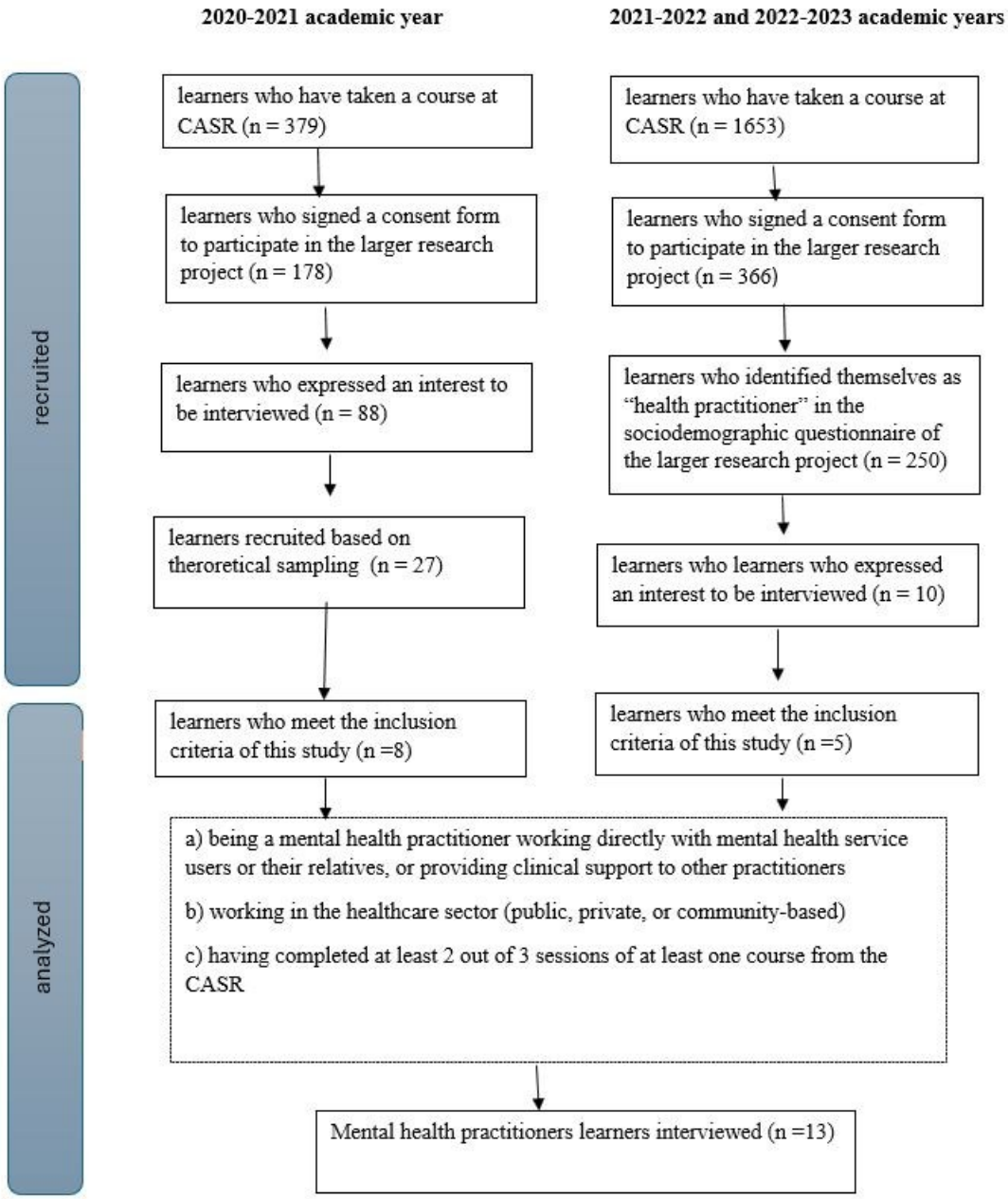


Figure 1. – Flowchart of the sampling and recruitment of the study

5.1.5.4 Data collection

Four members of the research team conducted semi-structured interviews on videoconference platforms (Zoom and Microsoft Teams): two doctoral students, authors of this article (JB, AS), and two research professionals (JMM, MB). All interviewers are members of the research team. These research team members are under the supervision of the principal investigator. The principal investigator (CB) plays the role of liaison, keeping the CASR and partner organizations informed of the progress of the research project. Operations of the CASR, who hosts the RC, are overseen by CASR staff and partner organizations, at arm's length from research team.

All interviews were recorded on cloud-based video conferencing platforms, automatically transcribed, and then manually adjusted to rectify grammatical and content-related errors. Participants' names were anonymized and replaced by unique study identifiers to ensure confidentiality. The other members of the research team or the CASR never accessed the master list.

An interview guide was designed for the data collection of the larger evaluative research project which encompassed three thematic areas: (a) expectations, objectives, and experiences at the CASR; (b) understanding of the RC model and key and active ingredients (mechanisms of action); and (c) perceived benefits. For the purposes of this study, the interview guide was enriched by the addition of four questions specifically aimed at MHPs learners. These questions concern the perceived benefits in their clinical practice and their links with key and active ingredients (e.g., I would like to know what this type of learning has brought you. Can you give me some concrete examples related to your clinical practice?). Five additional questions were also added, focusing on various aspects of clinical practice: attitudes and behaviors, relationships with service users, choice of assessments and interventions, and development of professional competencies (e.g., Have you made any changes to your behavior and attitudes in your interactions with service users? If so, what specific changes have you made?).

5.1.5.5 Data analysis

The data were analyzed with NVivo 14. The stepwise qualitative analysis method developed by Miles and Huberman (2016) was used. The stepwise qualitative analysis method consists of three stages of activities: (a) coding data, (b) grouping into themes; and (c) validating themes.

A codebook with themes and definitions arising from the analysis was created through an iterative process by the first author of this article (JB). To ensure the rigor of data analysis, a 30% counter-coding of the interviews was conducted by the principal researcher of the larger evaluative research project (CB). To ensure consistency, intercoder reliability was calculated using the method proposed by Miles and Huberman (1994) by dividing the number of agreements by the total sum of agreements and disagreements. These authors recommend a standard of 80% agreement on 95% codes as a benchmark. The average inter-coder agreement between the two coders stood initially at 78%. Coding discrepancies were resolved through discussions between the two coders (JB, CB) until a consensus was reached. Subsequently, the lead coder (JB) adjusted the overall coding based on this consensus. Two research coordinators (LC, JNT) validated the codebook, encompassing definitions and quotes. This counter-analysis step ensured the exclusivity of themes and categories, accurate representation of quotes within definitions, and correct classification of each quote into its respective theme and category. This process allowed for final adjustments to be made.

5.1.5.6 Ethical considerations

The larger evaluative research project was approved by the research ethics committees of the Université du Québec à Trois-Rivières (#CER-20-270-07.01) and the Centre intégré universitaire de services

sociaux et de santé de l'Est-de-l'Ile de Montréal (#MP-12-2021-2421). Each MPHs learners signed an informed consent document, after an information session, before entering the study. This informed consent was validated again at the start of each interview. All the data was securely stored on servers accessible exclusively to members of the research team.

5.1.6 Results

The study results will be divided into four sections. The first one will detail the sample, while the following ones describe the results associated with each research questions.

5.1.6.1 Sample description

Thirteen participants took part in the study. The majority were women (n=10), with an average age of 43 years, ranging from 28 to 53. The highest level of education varied from college to doctoral degree, with the majority of participants having a master's degree (n=7). The participants reported holding at least two types of knowledge (theoretical and clinical knowledge). Six participants also reported having experiential knowledge. Six different job titles were listed by participants, psychosocial practitioners (n=3) and OTs being the most common (n=3). Most of the participants worked in healthcare institutions (n=10), while three of them were employed in community organizations. Participants' profiles are described in Table 1.

Participant	Gender	Age (years)	Highest Level of Education	Mental Health Knowledge[1]	Job Title	Workplace
Participant 1	F	41	master's degree	clinical theoretical experiential	psycho-social practi-tioner	community organization
Participant 2	F	43	bachelor's degree	clinical theoretical	social worker	healthcare institution
Participant 3	F	35	college	clinical theoretical	psycho-social practi-tioner	community organization
Participant 4	F	47	master's degree	clinical theoretical experiential	occupa-tional therapist	healthcare institution
Participant 5	F	48	master's degree	clinical theoretical experiential	nurse	healthcare institution

Participant	Gender	Age (years)	Highest Level of Education	Mental Health Knowledge[1]	Job Title	Workplace
Participant 6	F	51	master's degree	clinical, theoretical experiential	psycho-educator	healthcare institution
Participant 7	M	47	bachelor's degree	clinical, theoretical	social worker	healthcare institution
Participant 8	M	35	master's degree	clinical theoretical experiential	psycho-social practi-tioner	healthcare institution
Participant 9	F	47	bachelor's degree	clinical theoretical	psycho-educator	healthcare institution
Participant 10	F	34	master's degree	clinical, theoretical	occupa-tional therapist	healthcare institution
Participant 11	F	53	doctoral's degree	clinical, theoretical	psycho-logist	healthcare institution
Participant 12	F	50	bachelor's degree	clinical, theoretical experiential	occupa-tional therapist	healthcare institution
Participant 13	M	28	master's degree	clinical, theoretical	psycho-social practi-tioner	community organization

[1]More than one type of mental health knowledge is possible per participant.

Table 1. – Description of the participant sample

To ensure transparency, the number of participants (n) is specified for each element emerging from the qualitative data analysis. All quotes have been translated freely from French to English. Figure 2 offers visual synthesis of the themes associated with each of the three research questions.

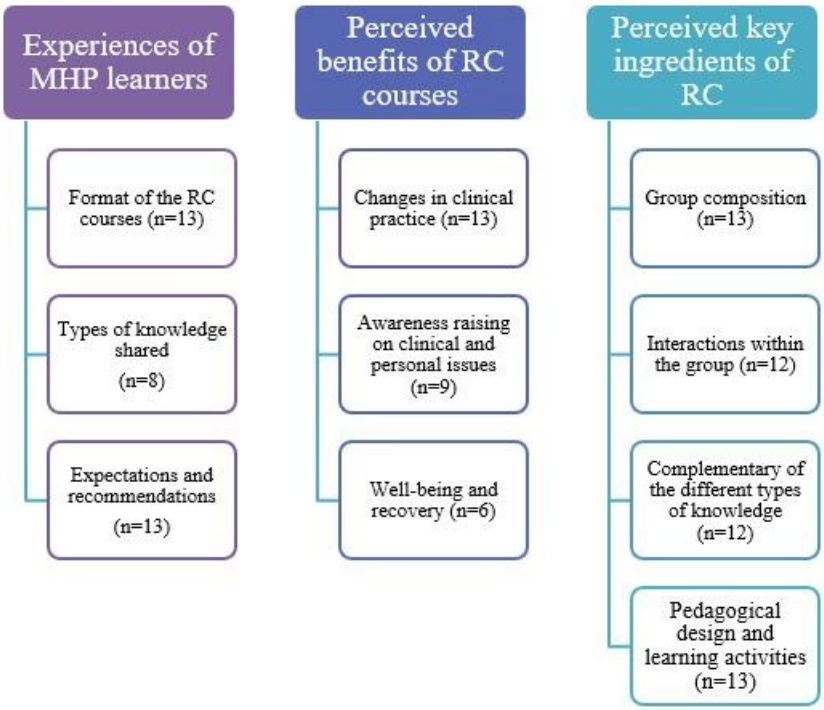


Figure 2. – Synthesis of the themes associated with each of the three research questions

5.1.6.2 Experience of MHPs learners in RC courses

In this section the experience of MHPs learners in RC courses will be described, according to three themes: (1) The format of the RC courses; (2) Types of knowledge shared; and (3) Expectations and recommendations.

5.1.6.2.1 Format of the RC courses

All participants shared their perspectives on the format of the RC courses. Most participants expressed that there was added value in offering courses in an online format (n=11). Some participants valued this format because it was user-friendly and accessible, and reported on the dynamism of trainers, as demonstrated in the following quotes:

> "*I will underline the trainers' dynamism, particularly on Zoom, where it is more challenging, as it can easily become monotonous. It seems they adeptly captured attention, benefiting from diverse facilitation techniques*". Participant 9

> "*The fact that it's virtual, you know, makes it accessible. I don't know if I would have … Would I have gone to Quebec for a full-day course? I don't know, but having it virtually still allows us to …*" Participant 3

Ten participants described the format of the courses as exchange-focused. These exchanges were characterized as warm, friendly or relaxed. The atmosphere was marked by active listening and gentleness. Clear emphasis was placed on the interactions between learners and trainers throughout the courses.

> "*It was really interactive, I think it's truly something that doesn't already exist. It's a good interactive element, in the sense of the things that we did and thought about together.*" Participant 13

Seven participants insisted on the distinct format of the RC courses compared to other recovery-oriented training programs. The course was described as novel, original, and surprising: the group composition and the coexistence of all types of knowledge within the group was often associated with this idea of novelty.

> "*And the fact that there were students, people with a mental health disorder, and practitioners from various fields […], I wasn't expecting that. My supervisor didn't tell me about it. I thought it was a course for mental health practitioners. I was pleasantly surprised by this kind of change*." Participant 11

Five participants mentioned that the RC courses featured a straightforward format with short-term, achievable objectives. They noted that courses demanded a brief commitment and supported the attainment of goals.

> "*I would say it's also an achievable course (laughs), in the sense that I can commit to it three times. And achievable in the sense that I also achieve something, like at the end of the course or during the course. It's not just about medications or like … putting your whole life in order. It's up to me to want to recover and then see that it's possible, and that I can achieve it step by step, slowly, not all at once*." Participant 1

5.1.6.2.2 Types of knowledge shared

Eight participants shared their experience by describing the types of knowledge they shared with others learners and trainers in the courses. Two major trends were observed: (1) Participants who were emphasizing clinical knowledge; and (2) Participants who were navigating through different types of knowledge.

Five participants endorsed a perspective where clinical knowledge was emphasized, manifested through their contributions to the group, their attitudes, their choice of words, or their interactions with other learners, as exemplified in this quote:

> "*When we were with service users or individuals who were not practitioners but rather peer support workers, it really brought another dimension. I think I quickly fell back into my role as a practitioner. I questioned the person, validated them a lot, and paraphrased.*" Participant 10

Other participants (n=3) seemed to navigate from one type of knowledge to another. They reported adapting their discourses and the type of knowledge they wanted to put forward, depending on the nature of interactions, while focusing on the person-first, without considering titles and positions.

> "*I went there, I moved in the three spheres, taking the position of a lambda person […], I didn't position myself, I never mentioned what my job title was, or where I worked*." Participant 7

5.1.6.2.3 Expectations and recommendations from the RC courses experience

All participants shared their initial expectations and some recommendations derived from their experience of the RC courses. Two major elements were identified: (1) Acquiring knowledge and tools for clinical practice; and (2) Enhancing the courses with a deeper integration of theoretical knowledge.

Participants mentioned some of their initial expectations, focusing on the acquisition of knowledge and tools that they could readily apply in their practice (n = 12). Among them, two participants particularly emphasized how they needed or wanted to gain tools that could help them in managing their own mental health. Some expressed that the tools that they could use in their clinical practice could also confer benefits at a personal level.

> "*My main objectives were to better understand the recovery process and its underlying principles. I also wanted to assess if I could integrate this into my current practice, and how to introduce it to my colleagues and the physicians I work with. It's not a term commonly heard in my field.*" Participant 10

Seven participants provided constructive feedback to improve the RC courses, suggesting a more prominent and comprehensive integration of theoretical knowledge. They described the theoretical foundations of the courses as basic; merely an overview, a refresher course, or a presentation of general definitions rather than a course that could advance the development of this type of knowledge. These participants were left unsatisfied.

> "*Coming from my clinical perspective, I have a thirst for knowledge, you know. So I would have liked to acquire more knowledge. I definitely felt unsatisfied.*" Participant 3

5.1.6.3 Perceived benefits of the RC courses

This section will focus on the perceived benefits of the RC courses. Participants identified both clinical and personal benefits associated with their participation in a RC, indicating a connection between the two levels. These perceived benefits will be presented according to three themes: (1) Changes in clinical practice; (2) Awareness raising on clinical and personal issues; (3) Well-being and recovery.

5.1.6.3.1 Changes in clinical practice

All participants reported changes in their clinical practice, following their experience in a RC course.

Ten participants mentioned that the course offered resources, information or tools on mental health, that could be applied or useful in practice, such as bibliographic references, visuals that represent the process of personal recovery, websites, and theoretical models. The participants reported that they could use these in their interactions with service users, their relatives or even with their colleagues in the workplace.

> "*The positive aspect has been the contribution it brought. Well, I would say it's more related to knowledge directly linked to the subject. There are things that stood out to me, it helps me better understand resilience processes, truly work with it. You*

> *know, I've picked out bits that I've had said, 'I have to share this with the relatives of service users I meet in my practice'*". Participant 3

Ten participants described how the courses had enhanced their understanding of the needs of service users and their relatives and challenges they faced. For them, the courses brought a deeper understanding of the lives of service users, an openness to different perspectives, and allowed to put words on the realities, experiences and feelings associated with living with a mental disorder.

> "*I can still imagine it, but when a mother comes to explain how she experiences it, and you know, not just one mother but two … And with two children who don't experience it the same way … It helps me better understand the person, support them more effectively, and understand their needs as well.*" Participant 9

Seven participants explained that the courses modified their assumptions, their perceptions and their biases regarding service users. In that sense, their experience in the RC allowed to build a renewed perception of what is their recovery or the journey toward recovery. This was facilitated by the exchanges between trainers and learners, which were filled with hope and inspiration.

> "*In the course of experiencing a particular situation or similar situations repeatedly, we are all susceptible to become disillusioned … There are clichés that we hear, like well, such and such person, we know psychosocial practitioner, will never get better, always messes up … As a psychosocial practitioner, our personal bias, at a certain point, leads you to try things with your client and sometimes, well, it feels like it's going nowhere. I believe it can bring about a change in our perceptions fundamentally, so necessarily, we will also act in a different manner.*" Participant 1

Seven participants indicated that the courses facilitated the integration of experiential knowledge, whether from their own experience or from the one of service users. For two participants who had experiential knowledge, the course allowed them to confirm that they were not ready to share personal experiences in practice. Participants described that they integrated more experiential knowledge into their clinical practice by allocating of more time for service users to express themselves, either individually or in group settings.

> "*I was facilitating a group [that the participant was leading at his workplace]. So it led me to reconsider things in a different way when it comes to group facilitation. The clinical impacts were precisely about taking the time, allowing people to speak, there was always this little reminder telling me, don't forget this, it's important.*" Participant 7

Finally, seven participants explained that the courses enabled them to integrate recovery-oriented interventions more extensively into their clinical practice, such as promoting self-determination, encouraging peer support, adopting a strengths-based approach, or a systemic approach.

> "*I think that I am less … Well, I was going to say less prescriptive. For sure, I still need to be, but still a bit less. You know, as I was saying earlier, regarding medication. I think I am more nuanced, less … More into empowerment but also in explaining the reasons behind my recommendations.*" Participant *9*

5.1.6.3.2 Awareness raising on professional and personal issues

Nine participants reported that the courses provoked clinical and personal reflections and raised awareness. Participants used verbs such as "reinforce," "raise awareness," "confirm," and "remind" to describe the perceived benefits of the RC courses on this theme.

Nine participants indicated that their participation in RC reminded them of the importance of maintaining a humble attitude and adopting an egalitarian stance when interacting with service users.

> "*It prompted me to step back and gain perspective. We often emphasize that the service user is at the center of our practice in occupational therapy; the service user is at the center of our practice. However, it truly brought a sense of humility, encouraging me to reflect and consider the theoretical clinical knowledge versus experiential knowledge.*" Participant 10

Seven participants shared that the courses raised their awareness of the universality of the experience of mental disorder: no one is immune from living them at some point in life. It is important to remain vigilant about one's mental health, and the one's relatives. To a certain extent, mental disorders are part of a normal life.

> "*On a personal level, it helped me to further normalize stress. Stress as a mental health practitioner can still be relatively taboo. Saying 'I want to help 20, 30, 40 people a week, but I can't manage my own stress myself ', is somewhat confronting. Sometimes, just talking about it, normalizing that everyone experiences it, reminds you that just because you have a specific job, you're not immune to mental health disorder, stress, or depression.*" Participant 8

Four participants indicated that the RC encouraged reflexivity on previous clinical situations encountered.

> "*Continuing education should encompass experiential elements; it should include a variety of perspectives, different ways of seeing things. This allows individuals, through introspection, to question themselves, ponder whether they are doing things well, and understand why someone else might approach things differently. It's something we won't have if we only focus on theories without incorporating our own ways of doing things, without adding our life experiences.*" Participant 8

For some participants (n=2), this reflection focused mainly on the role of change agent and a desire to mobilize to have a positive impact on the delivery of mental health services.

5.1.6.3.3 Well-being and recovery of participants

Six participants reported that their participation in the RC had an impact on their own well-being or their recovery journey. These participants explained that it allowed them to express themselves, to vent, and be truly themselves. They expressed that improving their own well-being enhanced their availability and their effectiveness in practice.

> "*I brought out experiences that I think I had never talked to anyone about, and having this space to do it, yeah, it was quite nice. It felt good to share what I shared,*

> *and it felt good to be heard as well. To see that, well, there were others who had experienced similar or slightly different things.*" Participant 7

Four participants also mentioned that the courses offered practical tools for maintaining their own mental well-being and seeking help when needed.

> "*All the tools that were mentioned to express one's identity, activate one's body, mind, and senses, create connections with others, contribute to the community, to society. So, it's everything that I keep in mind, something I can refer to. I try to put this into practice in my own life, and I can also assist the service users with it.*" Participant 12

Finally, three participants mentioned that the courses facilitated improved self-awareness about their interests, strengths, and goals. Some reported progress in their recovery journey.

> "*I was listening to the trainer's talk, and he's like relaunching a career. It gave me the desire to be a nurse again, and to live with my limitations, and to accept my limitations. And to stop making society's limits my own. You have to listen to yourself, and that there's no failure, there's no failure in resigning from that system.*" Participant 5

5.1.6.4 Perceived key ingredients of RC

This section will describe what the participants identified as key and active ingredients of a RC. Four main elements were brought up by participants: (1) The group composition; (2) The interactions within the group; (3) The complementarity of the different types of knowledge; and (4) The pedagogical design and learning activities.

5.1.6.4.1 Group composition

Most participants (n=13) observed the diversity of learners within the group. However, two participants noted an imbalance in their group, noting that there were many OT students and not enough learners with experiential knowledge. The similarities and differences observed primarily relate to the level of education, the diversity in the types of knowledge present, the and the job or workplace, the gender, and the age of learners.

> "*There was diversity among us. Some were mental health practitioners, some had just finished their studies in the health domain, I think. And there were peer support workers. I think I was the only nurse. There was the unit leader, so there was a manager. Yeah, it was from all walks of life, all ages too.*" Participant 5

Six participants also indicated that this diversity of learners enriched the course, adding sources of information, different perspectives or ways of thinking.

> "*What I found truly enriching were the stories shared by individuals, offering diverse perspectives, —from a service user, a community organization, or within the healthcare system itself. You know, the health system, I hear about it, I know it more. Honestly, I believe the course would have been less interesting and less enriching if it had solely involved practitioners from healthcare institutions*." Participant 9

5.1.6.4.2 Interactions within the group

Most participants described the interactions between trainers and learners or among the group as a distinctive element of RC. Twelve of them noted that the relationships were marked by an egalitarian stance and inclusion, where no hierarchy was observed. Learners and trainers were also equal footing.

> "*I didn't sense any condescending individuals; I didn't feel anyone discussing their experience with a certain superiority or judgment. I think it was truly egalitarian.*" Participant 8

Eleven participants also mentioned the formation of varying degrees of interpersonal connection between learners throughout the sessions. These connections were described as a bond, a union, a sense of familiarity, or "shared insights" among learners. Collaborative work in sub-groups nurtured these connections.

> "*A really nice bond was forming and persisted, even during the breaks. It remained very personalized, and there was like a little something special, a small bond that had been created during the sub-group, and that persisted.*" Participant 10

5.1.6.4.3 Complementarity of the different types of knowledge

Twelve participants described the complementarity of different types of expertise and knowledge held by learners and trainers. They insisted on how the RC values the uniqueness, but also the differences amongst theoretical, clinical, and experiential knowledge, treating them equally. This fostered for participants a more nuanced and comprehensive perspective.

> "*We are all different, we are all unique, we all have knowledge, we all have a background, and no matter where we come from, whoever we are, we all have something to gain from each other's experiences. There is no one better than the other, so I find it super interesting and rich to learn from everyone, actually.*" Participant 7

Participants also mentioned the importance of experiential knowledge within the courses; nine participants described this being more authentic in RC than in other training programs. They indicated that experiential knowledge holds more meaning, evokes feelings and experiences, and enriches the courses.

> "*There were a few people who had really experienced moments of depression or diagnosed anxiety. So, it put a bit of words, feelings on how one feels when in that situation, experiencing that. I found it interesting to have, to put emotions, to put a perception of how the person feels, what worked, what didn't work? I found it to be incredibly enriching, to be able to, not to put oneself in the shoes of, but to understand a perspective that is sometimes difficult to understand.*" Participant 7

5.1.6.4.4 Pedagogical design and learning activities

All participants identified features of the pedagogical design or the learning activities as a central element of a RC.

Most participants (n=13) cited the manifestation of many humanistic values that influenced the courses' climate, that were demonstrated by both trainers and learners. These values encompassed respect and courtesy, openness, non-judgment, collaboration, compassion, kindness, authenticity, acceptance, and empathy. Such a climate nurtured confidence among learners, making them feeling welcomed and free to speak up and to participate in the proposed learning activities.

Co-learning means openness, making room for mistakes, embracing compassion, maintaining an open mind, and acknowledging universality. I believe that everything is received with respect, whether it be theoretical knowledge or experiential knowledge. Participant *4*

Ten participants also indicated that they appreciated the pedagogical design of the RC. More specifically, the structure of the courses, which involves a variety of activities, made the time pass quickly. They acknowledged that this type of design requires from learners to adopt an active and collaborative role.

> "*I would really describe it as a type of collaborative learning. It involves making sense from multiple perspectives, bringing them together, and successfully advancing the process of reflection and reasoning. I truly believe that there is a co-construction happening.*" Participant 10

Finally, ten participants explained that course design promoted assimilation, retention, and application of knowledge. Sharing drawn from experiential knowledge have particularly contributed to the retention of learning. One participant emphasized the role of feelings arising from experiential knowledge in this knowledge transfer process.

> "*If it's someone who is an expert explaining things, and when I say an expert, it's not just because they have theoretical knowledge but because they have the knowledge of having lived it and gone through it, well, that makes more sense because it's a testimony of life, an experiential testimony. Therefore, affective memory comes to aid cognitive memory.*" Participant 7

5.1.7 Discussion

The aim of this article was to describe the experience of MHPs learners, including OTs, in RC courses and the perceived benefits on their clinical practice. Participants described the format of the courses as exchange-focused, distinct, and straightforward. Offering courses in an online format added value to the experience, including making it more accessible. The participants also confirmed that co-learning in RC courses takes place within relationships marked by diversity, equality, and complementary knowledge.

Participants noted some benefits in their practice, such as an improved understanding of the needs and challenges faced by service users and their relatives, resulting in shifts in their perceptions and biases. RC courses offer mental health resources, information or tools on mental health, that can be applied or used in practice. They also support the use of recovery-oriented interventions with service users and

their relatives or colleagues in the workplace. This is promising, given the limited evidence on the effectiveness of other recovery-oriented training programs on practice, such as the online webinar developed by the Substance Abuse and Mental Health Services Administration for acute care settings (Repique et al., 2016).

These findings align with previous RC studies. Participants recognized the distinct format and key and active ingredients of RC courses (Doroud et al., 2024; McGregor et al., 2014; Harris et al., 2023; Khan et al., 2020). They, like other learners, have acquired new tools beneficial for both professional and personal levels (Perkins et al., 2017; Zabel et al., 2016). RC courses enhance understanding, empathy, and hope towards service users and facilitate the adoption of recovery-oriented interventions (Crowther et al., 2018; Perkins et al., 2017). The findings support previous research indicating that RC courses underscore the importance of power equality within therapeutic relationships, promoting increased parity (Crowther et al., 2018; Perkins et al., 2017; Zabel et al., 2016; Dalgarno et Oates, 2018). Interactions among diverse learners and trainers during RC courses fostered awareness of the universality and normalization of mental disorders (Thompson et al., 2021).

These results also suggest that RC courses may contribute to the clinical reasoning of MHPs. According to OT literature, clinical reasoning refers to the cognitive processes practitioners employ during the planning, execution, and evaluation of their practice (Mattingly et Fleming, 1994; Unsworth, 2004; Boyt Schell et Benfield, 2024; Boyt Schell et Benfield, 2018). Various types of reasoning have identified, including procedural, interactive, conditional, narrative, abject, pragmatic, generalization, scientific, ethical, and diagnostic reasoning (Boyt Schell et Benfield, 2024; Boyt Schell et Benfield, 2018; Unsworth et Baker, 2016). Interactive reasoning involves understanding the services users as individuals, including their perceptions of the events that prompted them to receive health services (Mattingly et Fleming, 1994; Unsworth, 2004; Boyt Schell et Benfield, 2024; Boyt Schell et Benfield, 2018). Participation in RC courses enhanced participants' comprehension of the service users' needs and challenges. Procedural reasoning entails considering the disease or disability and selecting appropriate treatment activities (procedures) to improve the person's functional performance (Unsworth, 2004; Boyt Schell et Benfield, 2024; Boyt Schell et Benfield, 2018). Following the completion of the RC courses, participants reported the adoption of a range of recovery-oriented interventions. These included the promotion of self-determination, the encouragement of peer support, and the implementation of strengths-based and systemic approaches. Finally, MHPs use narratives (storytelling and story making) to convey and discuss therapy events and activities with services users (Mattingly et Fleming, 1994; Unsworth, 2004, Boyt Schell et Benfield, 2024; Boyt Schell et Benfield, 2018). Recovery narratives can facilitate a dialogue between MHPs and service users (Rhodes et De Jager, 2014; Perkins et Repper, 2022). RC courses support the integration of experiential knowledge into clinical practice, encouraging expression through increased individual and group interaction.

The results of this study, along with the RC model literature, invite researchers and practitioners to reflect upon and to explore how RC courses can serve as a transformative tool within the healthcare systems. To understand what can contribute to this transformation, the educational approach used in RC courses seems to be relevant (McGregor et al., 2014; Thompson et al., 2021). McGregor and colleagues (2014) identified a connection between the theory of situated learning (Wenger et al., 2002) and the elements of active learning, co-construction, and "making meaning" together experienced in RC courses. This observation resonates with Illeris' theory of transformative learning (Illeris 2016; 2004), encompassing cognitive, emotional, and social dimensions, and its relevance to RC educational approaches. The active engagement of learners and trainers in a co-constructed and egalitarian learning process where theory (cognitive aspect), experiential narratives (emotional aspect) and exchanges (social aspect) enable the creation of an integrated understanding of the issues, which may explain what makes the RC educational approach effective (Briand et al., 2023). Participants reported that experiential narratives facilitated the assimilation, retention, and application of knowledge. They learned in a different way than they were used to in other training courses. This may be one of the ingredients that enabled the adoption of recovery-oriented practice, along with other well-established ones such as organizational commitment (Piat et al., 2021; Williams et al., 2026; Jackson-Blott et al., 2019; Eiroa-Orosa et García-Mieres, 2019; Gee et al., 2017).

For OTs, the RC model offers a pathway to move from a recovery philosophy to a recovery-oriented practice, benefiting both themselves and the service users and relatives they support. Through the use of this model, OTs may have the opportunity to foster collective intelligence aimed at effectively addressing mental health needs within communities. This transformative potential suggests that OTs could play a significant role in advancing recovery-oriented practice.

5.1.7.1 Study limitations and future perspectives

In spite of the use of a purposive sampling strategy to recruit participants, this research took place in a specific cultural context, which may affect the transferability of the results. It will be important to continue evaluating the experience and perceived benefits of MHPs, moving towards more scientific robust designs. Another limitation of the study is the lack of an objective description of the use of recovery-oriented interventions by MHPs before and after participation in RC courses. Therefore, a self-assessment tool for MHPs focusing on recovery-oriented competences and interventions is currently under development (Briand, s.d.). We also noted that several participants of our study reported already having a recovery-oriented practice, with RC courses serving to confirm or remind them of the importance of certain attitudes, behaviors, and interventions aligning with the recovery paradigm. This highlights the need to objectively differentiate the level of "expertise" in future participant samples. For example, a study could be conducted with OT students, novice OTs, and senior OTs to examine whether the perceived benefits of RC courses differ according to clinical experience and their exposure to recovery-oriented practice.

5.1.8 Conclusion

This study highlighted RCs' role in enriching MHPs professionally and personally. RC curriculum and courses drive changes in practice regarding mental health resources, attitudes towards service users, understanding of their challenges, and interventions. By fostering an inclusive learning environment valuing diverse knowledge, RCs help MHPs reflect on practice and improve clinical reasoning. This study advances understanding of a promising, accessible training program for adopting a recovery-oriented practice amid a paradigm shift among MHPs and OTs.

Statements

Data availability statement

The original contributions presented in the study are included in the article/supplementary material. Further inquiries can be directed to the corresponding author.

Ethics statement

The studies involving humans were approved by research ethics committees of the Université du Québec à Trois-Rivières (#CER-20-270-07.01) and the Centre intégré universitaire de services sociaux et de santé de l'Est-de-l'Ile de Montréal (#MP-12-2021-2421). The studies were conducted in accordance with the local legislation and institutional requirements. The participants provided their written informed consent to participate in this study.

Author contributions

JB: Conceptualization, Formal analysis, Methodology, Writing – original draft, Writing – review & editing. AS: Formal analysis, Writing – review & editing. MD: Funding acquisition, Writing – review & editing. CV: Funding acquisition, Writing – review & editing. CB: Conceptualization, Formal analysis, Funding acquisition, Methodology, Project administration, Supervision, Writing – original draft, Writing – review & editing.

Funding

The author(s) declare financial support was received for the research, authorship, and/or publication of this article. The larger evaluative project research, which encompasses this study, was funded by the Canadian Institutes of Health Research (CIHR), grant numbers PJT 183871 and MS2-173086.

Acknowledgments

The authors would like to thank all the participants who gave their valuable time to contribute to this study. Thanks are also due to the research professionals who contributed to the data collection (Julio Macario de Medeiros and Myreille Bédard) and codebook validation (Laurence Cournoyer and Juliette Nadeau-Tremblay). Thanks to Brigitte Vachon for enriching the discussion of the article. Finally, the

authors would like to thank the graduate students of the Writing Club at the Université du Québec à Trois-Rivières for their constructive feedback, which helped to improve this article.

Conflict of interest

The authors declare that the research was conducted in the absence of any commercial or financial relationships that could be construed as a potential conflict of interest.

The authors CB and MD declared that they were editorial board members of Frontiers, at the time of submission. This had no impact on the peer review process and the final decision.

Publisher's note

All claims expressed in this article are solely those of the authors and do not necessarily represent those of their affiliated organizations, or those of the publisher, the editors and the reviewers. Any product that may be evaluated in this article, or claim that may be made by its manufacturer, is not guaranteed or endorsed by the publisher.

5.1.9 References

ACOTRO, ACOTUP, CAOT. (2021). *Competencies for occupational therapists in Canada / Référentiel de compétences pour les ergothérapeutes au Canada*. https://acotro-acore.org/sites/default/files/uploads/ot_competency_document_fr_hires.pdf

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 16*(4), 11–23. https://doi.org/10.1037/h0095655

Arbour, S., & Rose, B. T. (2018). Improving relationships, lives and systems: The transformative power of a recovery college. *Journal of Recovery in Mental Health, 1*, 1–6.

Assad, L. (2014). L'expérience du rétablissement en santé mentale : Un processus de redéfinition de soi. *Le Sujet dans la Cité, 5*, 76–84. https://doi.org/10.3917/tele.049.0111

Australian Health Ministers' Advisory Council. (2013). *A national framework for recovery-oriented mental health services: Guide for practitioners and providers*. Australian Government.

Bowness, B., Hayes, D., Stepanian, K., Anfossi, A., Taylor, A., Crowther, A., et al. (2023). Who uses recovery colleges? Casemix analysis of sociodemographic and clinical characteristics and representativeness of recovery college students. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 46*(2), 211–215. https://doi.org/10.1037/prj0000532

Boyt Schell, B. A., & Benfield, A. M. (2024). Professional reasoning in practice. In G. Gillen, C. Brown, & E. Ramugondo (Eds.), *Willard and Spackman's occupational therapy* (14th ed., pp. 420–437). Wolters Kluwer.

Boyt Schell, B. A., & Benfield, J. (2018). *Clinical and professional reasoning in occupational therapy* (2nd ed.). Wolters Kluwer.

Briand, C. (s. d.). *Compétences et pratiques soutenant le rétablissement des personnes* [document inédit].

Briand, C., & Bédard, M. (2019). L'ergothérapeute : Un agent de changement et un leader pour une recherche en santé mentale axée vers le rétablissement. *Revue francophone de recherche en ergothérapie, 5*, 3–9. https://doi.org/10.13096/rfre.v5n1.150

Briand, C., Giguère, C.-É., Macario de Medeiros, J., Vallée, C., Luconi, F., Vachon, B., et al. (2024). The effectiveness of an online short-format recovery college model: A co-learning model to support mental health. *International Journal of Mental Health Systems, 18*, 17. https://doi.org/10.1186/s13033-024-00637-7

Briand, C., Hakin, R., Macario de Medeiros, J., Luconi, F., Vachon, B., Drolet, M.-J., et al. (2023). Learner experience of an online co-learning model to support mental health during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 20*, 2498. https://doi.org/10.3390/ijerph20032498

Briand, C., Sauvageau, A., Bellemare, J., Bédard, M., Thériault, J., & Chaves, B. G. (2023). Recovery College : Un modèle novateur d'éducation en santé mentale. Dans *Manuel de réadaptation psychiatrique*.

Briand, C., Vallée, C., Thériault, J., Sauvageau, A., Luconi, F., Bellemare, J., et al. (2023). Critical analysis and qualitative clustering of 59 evaluative studies of the recovery college model between 2013–2023: A systematic chronological review. [manuscript in preparation][3]

Brown, P. (2013). *A national framework for recovery-oriented mental health services: Guide for practitioners and providers*. Australian Health Ministers' Advisory Council.

Cano Prieto, I., Simó Algado, S., & Prat Vigué, G. (2023). Peer interventions in severe mental illnesses: A systematic review and its relation to occupational therapy. *Occupational Therapy in Mental Health, 39*(1), 99–136. https://doi.org/10.1080/0164212X.2022.2085645

[3] Depuis la parution de l'article 1 de la présente thèse, cette référence a changé pour devenir : Briand C, Vallée C, Luconi F, Thériault J, Sauvageau A and Bellemare J (2025) State-of-the-art literature review of Recovery College evaluative studies between 2013-2024. Front. Psychiatry 16:1584110.https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1584110

Clemson, L. (2022). Relevance, resilience, and ageism: A bright future for occupational therapy and healthy ageing. *Australian Occupational Therapy Journal, 69*(1), 3–14. https://doi.org/10.1111/1440-1630.12783

Cronin, P., Stein-Parbury, J., Sommer, J., & Gill, K. H. (2021). What about value for money? A cost benefit analysis of the South Eastern Sydney Recovery and Wellbeing College. *Journal of Mental Health, 32*(1), 63–70. https://doi.org/10.1080/09638237.2021.1922625

Crowther, A., Taylor, A., Toney, R., Meddings, S., Whale, T., Jennings, H., et al. (2018). The impact of recovery colleges on mental health staff, services and society. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 28*, 481–488. https://doi.org/10.1017/S204579601800063X

Dalgarno, M., & Oates, J. (2018). The meaning of co-production for clinicians: An exploratory case study of practitioner trainers in one recovery college. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 25*(6–7), 349–357. https://doi.org/10.1111/jpm.12469

Dalgarno, M., & Oates, J. (2019). The crucible of co-production: Case study interviews with recovery college practitioner trainers. *Health Education Journal, 78*(8), 977–987. https://doi.org/10.1177/0017896919856656

Denzin, N. K., Lincoln, Y. S., Giardina, M. D., & Cannella, G. S. (2024). *The SAGE handbook of qualitative research* (6th ed.). SAGE.

Doroud, N., King, A., Zirnsak, T.-M., Brasier, C., Hall, T., Jordan, H., et al. (2024). Creating "an oasis of hope, inclusion and connection": Students and stakeholders' experiences of a pilot recovery college. *Research Involvement and Engagement, 9*, 77. https://doi.org/10.1186/s40900-023-00489-4

Egan, M., & Restall, G. (2022). *L'ergothérapie axée sur les relations collaboratives pour promouvoir la participation occupationnelle : 10e lignes directrices canadiennes en ergothérapie*. Association canadienne des ergothérapeutes.

Eiroa-Orosa, F. J., & García-Mieres, H. (2019). A systematic review and meta-analysis of recovery educational interventions for mental health professionals. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 46*(6), 724–752. https://doi.org/10.1007/s10488-019-00956-9

Fawor, J., Hancock, N., Scanlan, J. N., & Hamilton, D. E. (2024). Supporting self-determination in mental health recovery: Strategies employed by occupational therapists. *Australian Occupational Therapy Journal, 71*(2), 88–101. https://doi.org/10.1111/1440-1630.12913

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2022). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (4e éd.). Chenelière Éducation.

Gamboa Yao, D. P., Palapal Sy, M., Martinez, P. G. V., & Laboy, E. C. (2022). Is occupational therapy an ableist health profession? A critical reflection on ableism and occupational therapy. *Brazilian Journal of Occupational Therapy, 30*, e3303. https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctore252733032

Gee, M., Bhanbhro, S., Cook, S., & Killaspy, H. (2017). Rapid realist review of the evidence: Achieving lasting change when mental health rehabilitation staff undertake recovery-oriented training. *Journal of Advanced Nursing, 73*(7), 1775–1791. https://doi.org/10.1111/jan.13232

Gilburt, H., Slade, M., Bird, V., Oduola, S., & Craig, T. K. J. (2013). Promoting recovery-oriented practice in mental health services: A quasi-experimental mixed-methods study. *BMC Psychiatry, 13*, 167. https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-167

Government of the United Kingdom. (2011). *No health without mental health: A cross-government mental health outcomes strategy for people of all ages*. Department of Health.

Gyamfi, N., Bhullar, N., Islam, M. S., & Usher, K. (2021). A systematic review of measures assessing mental health professionals' perspectives of recovery. *International Journal of Mental Health Nursing, 30*(4), 847–874. https://doi.org/10.1111/inm.12895

Harris, H., Shier, R., Black, G., Di Giandomenico, A., Lin, E., Bellissimo, G., et al. (2023). Finding connection while everything is going to crap: Experiences in recovery colleges during the COVID-19 pandemic. *Research Involvement and Engagement, 9*, 77. https://doi.org/10.1186/s40900-023-00489-4

Hayes, D., Camacho, E. M., Ronaldson, A., Stepanian, K., McPhilbin, M., Elliott, R. A., et al. (2023). Evidence-based recovery colleges: Developing a typology based on organisational characteristics, fidelity and funding. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 59*(5), 759–768. https://doi.org/10.1007/s00127-023-02452-w

Hayes, D., Hunter-Brown, H., Camacho, E., McPhilbin, M., Elliott, R. A., Ronaldson, A., et al. (2023). Organisational and student characteristics, fidelity, funding models, and unit costs of recovery colleges in 28 countries: A cross-sectional survey. *The Lancet Psychiatry, 10*(10), 768–779. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(23)00229-8

Illeris, K. (2004). Transformative learning in the perspective of a comprehensive learning theory. *Journal of Transformative Education, 2*(2), 79–89. https://doi.org/10.1177/1541344603262315

Illeris, K. (2016). *How we learn: Learning and non-learning in school and beyond*. Routledge.

Jackson-Blott, K., Hare, D., & Davies, B. (2019). Recovery-oriented training programmes for mental health professionals: A narrative literature review. *Mental Health and Prevention, 13*, 113–127. https://doi.org/10.1016/j.mhp.2019.01.005

Kelly, M., Lamont, S., & Brunero, S. (2010). An occupational perspective of the recovery journey in mental health. *British Journal of Occupational Therapy, 73*(3), 129–135. https://doi.org/10.4276/030802210X12682330090532

Khan, B. M., Reid, N., Brown, R., Kozloff, N., & Stergiopoulos, V. (2020). Engaging adults experiencing homelessness in recovery education: A qualitative analysis of individual and program-level enabling factors. *Frontiers in Psychiatry, 11*, 779. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00779

Kirby, M., Howlett, M., & Chodos, H. (2009). *Toward recovery and well-being: A framework for mental health strategy for Canada*. Mental Health Commission of Canada.

Knaak, S., Mantler, E., & Szeto, A. (Eds.). (2017). *Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions*. SAGE.

Lambdin-Pattavina, C., Burdo, A., McLaughlin, C., Spain, A., Guilmartin, J., Ghita, M., et al. (2021). Exploring occupational adaptation of peer support specialists: New opportunities and collaborations for OT practitioners. *American Journal of Occupational Therapy, 75*(Suppl. 2). https://doi.org/10.5014/ajot.2021.75S2-RP138

Le Boutillier, C., Leamy, M., Bird, V. J., Davidson, L., Williams, J., & Slade, M. (2011). What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance. *Psychiatric Services, 62*(12), 1470–1476. https://doi.org/10.1176/appi.ps.001312011

Le Boutillier, C., Slade, M., Lawrence, V., Bird, V. J., Chandler, R., Farkas, M., et al. (2015). Competing priorities: Staff perspectives on supporting recovery. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 42*(4), 429–438. https://doi.org/10.1007/s10488-014-0585-x

Leamy, M., Foye, U., Hirrich, A., Bjørgen, D., Silver, J., Simpson, A., et al. (2023). A systematic review of measures of the personal recovery orientation of mental health services and staff. *International Journal of Mental Health Systems, 17*, 1–14. https://doi.org/10.1186/s13033-023-00600-y

Mattingly, C., & Fleming, M. H. (1994). *Clinical reasoning: Forms of inquiry in a therapeutic practice*. F.A. Davis.

McGregor, J., Repper, J., & Brown, H. (2014). The college is so different from anything I have done: A study of the characteristics of Nottingham Recovery College. *Journal of Mental Health Training, Education and Practice, 9*(1), 3–15.

Meddings, S., McGregor, J., Roeg, W., & Shepherd, G. (2015). Recovery colleges: Quality and outcomes. *Mental Health and Social Inclusion, 19*(4), 212–221. https://doi.org/10.1108/MHSI-08-2015-0035

Mental Health Commission of Canada. (2012). *Changing direction, changing lives: The mental health strategy for Canada*. Mental Health Commission of Canada.

Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*. SAGE.

Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2016). *Qualitative data analysis* (3rd ed.). SAGE.

National Mental Health Commission. (2017). *The fifth national mental health and suicide prevention plan*. NMHC.

New Zealand Government. (2002). *Building on strengths: A new approach to promoting mental health in New Zealand/Aotearoa*. Ministry of Health.

New Zealand Government. (2016). *Commissioning framework for mental health and addiction: A New Zealand guide*. Ministry of Health.

Nugent, A., Hancock, N., & Honey, A. (2017). Developing and sustaining recovery-orientation in mental health practice: Experiences of occupational therapists. *Occupational Therapy International, 2017*, 5190901. https://doi.org/10.1155/2017/5190901

Nyblade, L., Stockton, M. A., Giger, K., Bond, V., Ekstrand, M. L., Lean, R. M., et al. (2019). Stigma in health facilities: Why it matters and how we can change it. *BMC Medicine, 17*, 25. https://doi.org/10.1186/s12916-019-1256-2

Pachoud, B., Le Roy-Hatala, C., des Moutis, C., & Cavroy, J.-P. (2019). Pratiques orientées vers le rétablissement : A-t-on pris la mesure des transformations requises ? *L'Information Psychiatrique, 95*, 520–528. https://doi.org/10.1684/ipe.2019.1991

Paillé, P., & Mucchielli, A. (2021). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (5e éd.). Armand Colin.

Perkins, A. M., Ridler, J. H., Hammond, L., Davies, S., & Hackmann, C. (2017). Impacts of attending recovery colleges on NHS staff. *Mental Health and Social Inclusion, 21*(1), 18–24. https://doi.org/10.1108/MHSI-11-2016-0035

Perkins, R., Meddings, S., Williams, S., & Repper, J. (2018). *Recovery colleges 10 years on*. ImROC.

Perkins, R., & Repper, J. (2017). Editorial. *Mental Health and Social Inclusion, 21*(2), 65–72. https://doi.org/10.1108/MHSI-02-2017-0005

Perkins, R., & Repper, J. (2022). *The value and use of personal experience in mental health practice* (ImROC Briefing Paper 20). ImROC.

Perkins, R., Repper, J., & Giles, K. (2022). *Creating a recovery focused culture: Changing the nature of conversations from the bottom up* (ImROC Briefing Paper 19). ImROC.

Perkins, R., Repper, J., Rinaldi, M., & Brown, H. (2012). *Recovery colleges: Implementing recovery through organisational change* (Briefing Paper 1). ImROC.

Piat, M., Wainwright, M., Sofouli, E., Vachon, B., Deslauriers, T., Préfontaine, C., et al. (2021). Factors influencing the implementation of mental health recovery into services: A systematic mixed studies review. *Systematic Reviews, 10*, 1–21. https://doi.org/10.1186/s13643-021-01646-0

Public Health Agency of Canada. (2019). *The Chief Public Health Officer's report on the state of public health in Canada: Addressing stigma*. Government of Canada.

Rapisarda, F., Macario de Medeiros, J., Briand, C., Boivin, A., Monthuy-Blanc, J., Vallée, C., et al. (2022). Assessing changes in anxiety, empowerment, stigma and wellbeing in participants attending an online-based recovery college in Quebec during the COVID-19 pandemic: A pre-experimental study. *International Journal of Public Health, 67*, 1604735. https://doi.org/10.3389/ijph.2022.1604735

Repique, R. J. R., Vernig, P. M., Lowe, J., Thompson, J. A., & Yap, T. L. (2016). Implementation of a recovery-oriented training program for psychiatric nurses in the inpatient setting: A mixed-methods hospital quality improvement study. *Archives of Psychiatric Nursing, 30*(6), 722–728.

Rhodes, P., & De Jager, A. (2014). Narrative studies of recovery: A critical resource for clinicians. *Clinical Psychologist, 18*(2), 99–107. https://doi.org/10.1111/cp.12021

Riffel, T., & Chen, S.-P. (2020). Stigma in healthcare? Exploring the knowledge, attitudes, and behavioural responses of healthcare professionals and students toward individuals with mental illnesses. *Psychiatric Quarterly, 91*(4), 1103–1119. https://doi.org/10.1007/s11126-020-09809-3

Roberts, G., & Boardman, J. (2014). Becoming a recovery-oriented practitioner. *Advances in Psychiatric Treatment, 20*(1), 37–47. https://doi.org/10.1192/apt.bp.112.010652

Russinova, Z., Rogers, E. S., Ellison, M. L.., & Lyass, A. (2011). Recovery-promoting professional competencies: Perspectives of mental health consumers, consumer-providers and providers. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 34*(3), 177–185.

Shepherd, G., Boardman, J.., & Slade, M. (2008). *Making recovery a reality*. Sainsbury Centre for Mental Health.

Slade, M. (2013). *100 ways to support recovery: A guide for mental health professionals*. Rethink Mental Illness.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2005). *Transforming mental health care in America: The federal action agenda: First steps*. Author.

Sutton, D. J., Hocking, C. S.., & Smythe, L. A. (2012). A phenomenological study of occupational engagement in recovery from mental illness. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 79*, 142–150. https://doi.org/10.2182/cjot.2012.79.3.3

Thériault, J., Lord, M.-M., Briand, C., Piat, M.., & Meddings, S. (2020). Recovery colleges after a decade of research: A literature review. *Psychiatric Services, 71*(9), 928–940. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900352

Thompson, H., Simonds, L., Barr, S.., & Meddings, S. (2021). Recovery colleges: Long-term impact and mechanisms of change. *Mental Health and Social Inclusion, 25*(3), 232–242. https://doi.org/10.1108/MHSI-01-2021-0002

Toney, R., Elton, D., Munday, E., Hamill, K., Crowther, A., & Meddings, S. (2018). Mechanisms of action and outcomes for students in recovery colleges. *Psychiatric Services, 69*(11), 1222–1229. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800283

Unsworth, C. A. (2004). Clinical reasoning: How do pragmatic reasoning, worldview and client-centredness fit? *British Journal of Occupational Therapy, 67*(1), 10–19.

Unsworth, C.., & Baker, A. (2016). A systematic review of professional reasoning literature in occupational therapy. *British Journal of Occupational Therapy, 79*(1), 5–16.

Wenger, E., McDermott, R.., & Snyder, W. M. (2002). Seven principles for cultivating communities of practice. In *Cultivating communities of practice* (pp. 111–128). Harvard Business School Press.

World Health Organization. (2004). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice* (Summary report). WHO.

World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all* (Policy brief). WHO.

Zabel, E., Donegan, G., Lawrence, K., & French, P. (2016). Exploring the impact of the recovery academy: A qualitative study of recovery college experiences. *Journal of Mental Health Training, Education and Practice, 11*(3), 162–171.

5.2 Article 2 - How Health Practitioners Learners Differ from Other Learners in Recovery College Courses: An Outcomes Study

Bellemare, J., Briand, C., Samson-Daoust, E., Rapisarda, F., & Lefay, G. (2026). How Health *Practitioners Learners Differ from Other Learners in Recovery College Courses: An Outcomes Study. Journal of Continuing Education in the Health Professions* (manuscript accepted for publication).

5.2.1 Contribution des coauteurs à l'article 2

En tant qu'autrice principale, la doctorante a participé à la conceptualisation de l'étude, à l'élaboration de la méthode, à l'analyse des données et à la rédaction de l'article. En tant que deuxième autrice, Catherine Briand a élaboré le protocole de recherche, a validé l'analyse des données et a révisé l'article. En tant que troisième autrice, Eugénie Samson-Daoust a contribué à l'élaboration de la méthode, à l'analyse des données et à la rédaction de l'article. En tant que quatrième auteur, Filippo Rapisarda a validé les analyses de données et révisé l'article. En tant que cinquième auteur, Galaad Lefay a contribué à l'analyse de données et à la révision de l'article. Tous les auteurs ont révisé et approuvé la version finale de l'article.

L'article a été soumis dans un premier temps à la *Revue canadienne de psychiatrie* le 22 juillet 2025 et a été refusé le 30 juillet 2025. Par la suite, l'article a été soumis à la revue *Journal of Continuing Education in the Health Professions* le 5 août 2025 et a été accepté le 14 novembre 2025.

5.2.2 Abstract

Introduction. Health practitioners often work in high-pressure environments with time constraints, organisational demands, and emotional stressors, leading to burnout, psychological distress and non-recovery-oriented practices. Recovery Colleges (RCs) are learning centres that promote recovery-oriented practices and well-being among diverse learners, including health practitioners. However, little quantitative research has examined outcomes for health practitioners in RCs. This study compares outcomes of health practitioner learners with other learner types in an RC course. **Methods.** A pre-experimental, one-group pretest- post-test design with repeated measures was used. A total of 434 learners completed questionnaires assessing well-being, anxiety, resilience, and stigma at three time points. Sociodemographic data were also collected. **Results.** Health practitioners are more likely to hold a master's degree, work full-time, and possess higher proportion of clinical and theoretical knowledge. Linear mixed models revealed significant effects of time on well-being ($p < 0.001$), anxiety ($p < 0.001$), resilience ($p = 0.011$), and stigma (Disclosure/Help-seeking: $p < 0.001$). Differences were found by learner type for well-being ($p = 0.004$), anxiety ($p < 0.001$), resilience ($p = 0.015$), and stigma (Attitudes: $p < 0.001$; Social Distance: $p = 0.032$). Health practitioner reported higher well-being and resilience, and lower anxiety and stigma scores (Attitudes, Social Distance) than other learners. No significant

interaction was found between time and learner types. **Discussion:** Despite baseline differences and varying sociodemographic profiles, health practitioner learners outcomes are comparable to those of other learners. RC courses support mental health and recovery-oriented practices that address stigma and complement other continuing professional development activities.

Key words: Recovery-oriented practices, Recovery Colleges, eEducation, Mental health, Continuing education, Health Professions

5.2.3 Introduction

Many health practitioners work in high-pressure environments with time constraints, organisational demands, and exposure to stressors such as crises and ongoing contact with pain and suffering (Kiptulon et al., 2024; Schooley et al., 2016). These factors contribute to significant psychological distress and burnout, affecting 21% to 67% of health practitioners working in mental health settings (Zaninotto et al., 2018). In recent years, the COVID-19 pandemic has exacerbated these challenges by increasing workloads, introducing emotional strain due to the conditions of service users, and raising concerns about personal safety and exposure risks. (Aymerich et al., 2022; Waring et Giles, 2021)

Limited time for developing therapeutic relationships and pressures for rapid results can hinder meaningful interactions and limit a deeper understanding of service users (McAllister et al., 2021; Riffel et Chen, 2020). In acute care settings, frequent exposure to severe mental illnesses, such as acute schizophrenia, may further contribute to negative and reductive perceptions of service users (Linden et Kavanagh, 2012; Mestdagh et Hansen, 2014). These constraints undermine efforts to deliver quality care, including recovery-oriented practices and stigma reduction (Le Boutillier et al., 2011; Shepherd et al., 2014).

Rethinking the work environment to prioritise time for therapeutic relationships cannot only enhance the quality of care but also support the well-being of health practitioners. Mendenhall et al. (2019) demonstrated that burnout rates among practitioners decreased significantly after six months of implementing a strength-based approach. This highlights the potential of recovery-oriented practices to promote service user recovery and practitioner well-being (Knaak et al., 2017).

In this context, Recovery Colleges (RCs) have emerged as transformative educational initiatives that integrate the principles of the recovery paradigm into their governance and curricula (Meddings et al., 2015; Perkins et Repper, 2017; Perkins et al., 2012). RCs are learning centers that offer courses on mental health and well-being, mental disorders and recovery, and prejudice and stigma. They stand at the intersection of health promotion, prevention, and personal recovery. RCs enable small groups of diverse learners (service users, relatives, pre-university and university students, health practitioners, managers, citizens, etc.) to learn and create a shared understanding together (Briand et al., 2023; Perkins et al., 2012). The RC learning model is grounded in various theoretical approaches, including

andragogy, social constructivism, transformative learning, and situated learning (Lefay et al., 2025). RCs are characterized by: (a) the creation of a co-learning space that recognises and values individual differences (Briand et al., 2023; Repper, 2017); (b) the sharing and recognition of different forms of knowledge (experiential, clinical, theoretical); (c) the cross-fertilisation of knowledge (Briand et al., 2023); d) the mixing and hybridisation of learners of varied backgrounds (Perkins et al., 2012; Briand et al., 2023); e) the promotion of egalitarian social relationships free of judgment, where speaking out is encouraged (Arbour et Rose, 2018; Briand et al., 2023; Dalgarno et Oates, 2019; Repper, 2017).

Among studies examining the mechanisms of action in RCs, three focused explicitly on health practitioner learners (Bellemare et al., 2024; Crowther et al., 2018; Perkins et al., 2017). These studies highlight six interrelated processes that structure the RC learning experience. Co-learning positions learners alongside service users as equals, fostering collaborative construction of understanding (Perkins et al., 2017). Co-production entails shared responsibility for learning and active participation in course activities (Crowther et al., 2018; Perkins et al., 2017). Egalitarian status and inclusive group interactions provide a framework for open discussion in a respectful, non-judgmental environment (Bellemare et al., 2024; Crowther et al., 2018; Perkins et al., 2017). The diverse composition of learners, combined with complementary forms of knowledge, creates opportunities to explore multiple perspectives and challenge assumptions. A pedagogical design featuring structured and varied learning activities guides learners toward active and collaborative engagement throughout the course (Bellemare et al., 2024). Finally, a course climate grounded in humanistic values such as respect, openness, and authenticity underpins all interactions and learning processes (Bellemare et al., 2024).

These mechanisms provide the foundation for the diverse perceived benefits and outcomes that participation in RCs generates at the individual, organisational, and societal levels. Over 60 studies conducted in the past decade have documented these benefits and outcomes across various learner types (Briand, 2025; Thériault et al., 2020), yet only three qualitative studies have focused specifically on health practitioner learners (Bellemare et al., 2024; Crowther et al., 2018; Perkins et al., 2017). Together, these studies suggest that RCs foster both professional and personal benefits. Professionally, they reduce prejudices and assumptions (Bellemare et al., 2024; Crowther et al., 2018), promote parity between practitioners and people with lived experience, challenge non-recovery-oriented practices, encourage the adoption of recovery-oriented approaches (Bellemare et al., 2024; Perkins et al., 2017), and foster greater morale and a stronger sense of competence at work (Perkins et al., 2017). Personally, RC participation has been associated with enhanced well-being and self-care (Bellemare et al., 2024; Perkins et al., 2017) as well as increased self-awareness (Bellemare et al., 2024). Practitioners also describe RCs as safe spaces that encourage authentic self-expression (Bellemare et al., 2024; Perkins et al., 2017).

Despite these valuable insights, existing studies remain limited in scope. To date, no quantitative investigations have examined outcomes specifically among health practitioner learners, and detailed

sociodemographic descriptions of this subgroup are lacking. Addressing these gaps is essential to better understand who these learners are and what outcomes they derive from their participation. This is particularly important given their dual orientation toward personal growth and professional development, as well as their professional responsibility to implement recovery-oriented practices in accordance with international guidelines (Mental Health Commission of Canada, 2021; Shepherd et al., 2008; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2009).

This study aims to identify the factors differentiating health practitioner learners from other learners in an RC course. This objective is achieved through an analysis of secondary data from a large study examining the outcomes of an online RC course across diverse learner types (Bellemare et al., 2024). The specific objectives are:

1. To describe the sociodemographic profiles of health practitioner learners and other learners, with particular attention to the characteristics of the practitioner subgroup.

2. To compare changes in well-being, anxiety, resilience, and stigma outcomes over time (T0, T1, T2), and the corresponding growth curve trajectories between health practitioner learners and other learners.

5.2.4 Method

5.2.4.1 Study design

The study employed a pre-experimental, one-group pretest- post-test design with repeated measures. Baseline data collection (T0) occurred during the registration period, from one to three weeks before the RC course. Outcomes were assessed immediately after the course (up to three weeks later, T1), and a final follow-up was conducted three months later (between 12 and 14 weeks, T2). These 3-week completion periods at each measurement time allowed maximum participation without undue pressure.

5.2.4.2 Intervention

The intervention consisted of a synchronous online course delivered by the Health and Recovery Learning Center (Centre d'Apprentissage Santé et Rétablissement – CASR), a regional centre of the province of Quebec, Canada. Established in 2019, CASR is Canada's only French-language RC with entirely online courses. In response to the COVID-19 pandemic, CASR transitioned all its courses to a short online format to reach a larger audience. CASR offers three periods of online courses per year, comprising 15 courses each, for the French-speaking population of Quebec. Each course consists of three two-hour sessions, totaling six hours. Several topics were covered, including youth mental health, recovery, mental disorders, well-being, social networks and support, resilience, workplace mental health, social inclusion, and living better together. Each session was co-facilitated by a trainer with lived experience and a trainer with clinical or theoretical expertise, and all trainer duos received specific

training to deepen this new service model and make the most of their respective expertise. The courses employ an active pedagogy in which learners learn together and from one another through the co-construction of knowledge, often supported by collaborative tools. Learning activities were organized as workshops, alternating small-group discussions, reflective exercises, co-development activities, testimonies, and theoretical content. Since its inception, CASR has offered over 200 free online courses, reaching more than 3,500 learners from diverse backgrounds. RC courses are open to anyone. Partner organizations of the CASR may invite their members to participate; however, enrolment is voluntary, and any interested individual can register directly through the CASR website.

5.2.4.3 Recruitment and ethical consent

Recruitment was conducted using a convenience sampling procedure, inviting all learners participating in CASR courses delivered from fall 2020 to spring 2023. All learners enrolled in a course were informed about the study via email from the CASR coordinator. Following CASR's registration criteria, minimal eligibility criteria were set: participants had to be at least 16 years old, be able to attend an online meeting (in terms of technical equipment, computer skills, and sensory and cognitive abilities), and understand French. No exclusion criteria were applied. Participation in the research was entirely voluntary; no financial compensation was offered, apart from the possibility of winning a gift voucher. Out of 2,321 learners invited to participate in the study, 549 (23.7%) signed an informed consent form, agreeing to participate in the research.

The informed consent form was approved by a certified ethics committee of a health institution and by a university ethics committee of the principal investigator's university of affiliation.

5.2.4.4 Data collection procedures

Learners who signed the research consent form received online questionnaires via Google Forms at three time points: before the course (T0), immediately after the course (T1), and three months post-course for follow-up (T2). Only learners who agreed to participate in the study received these questionnaires; they are not routinely administered to all course learners. Participants were free to complete the questionnaires at each time point. To maximise response rates, targeted reminder emails were sent to those who had not yet completed the questionnaires.

Of the 549 participants who signed the research consent form, 434 unique individuals participated in the study. A total of 414 (75%) completed the baseline questionnaires (T0), 356 responded at T1, and 327 at T2. An attrition rate was not calculated because the number of participants varied across different time points. For example, individuals could participate at T0 and T2 without participating at T1. Since it was possible to repeat participation in the study protocol multiple times, only their first participation in the study was considered.

5.2.4.5 Sociodemographic characteristics

Relevant sociodemographic data were collected at T0, such as gender, age, country of birth, language spoken at home, level of education, main occupation, annual incomes, type of mental health knowledge (i.e., experiential, clinical, theoretical), lifetime diagnosis of mental illness, and mental health services received in the last 6 months.

5.2.4.6 Outcome measures

The dependent variables retained for the secondary data analysis included: (a) well-being, (b) anxiety, (c) resilience, and (d) stigmatizing attitudes and behaviours.

5.2.4.6.1 Well-being

Well-being was measured using the *Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (short form) (WEMWBS)* (Stewart-Brown et al., 2009). The WEMWBS is a 7-item measure that utilizes a 5-point Likert scale to assess mental well-being and overall life satisfaction. The WEBWBS exhibits excellent internal consistency ($\alpha = 0.89$ to 0.91), good test-retest reliability ($r = 0.83$), and includes a single factor (Stewart-Brown et al., 2009).

5.2.4.6.2 Anxiety

Anxiety was measured using the *Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7)* (Spitzer et al., 2006). The GAD-7 is a 7-item measure that uses a four-point scale to identify the level of anxiety, including clinical and severe levels of anxiety. The GAD-7 demonstrates excellent internal consistency ($\alpha = 0.92$), good test-retest reliability ($r = 0.83$), and a single-factor structure. Using a cut-off score of 10, the GAD-7 has a sensitivity of 89% and a specificity of 82% for detecting a generalized anxiety disorder (Spitzer et al., 2006).

5.2.4.6.3 Resilience

The *Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC-10) was used to measure resilience capacity (Connor et Davidson, 2003). The CD-RISC-10 is a 10-item measure that utilizes a five-point Likert scale to assess stress-coping and adaptability skills. The CD-RISC-10 includes a single factor and shows good internal consistency ($\alpha = 0.85$) and good test-retest reliability ($r = 0.81$) (Connor et Davidson, 2003).

5.2.4.6.4 Stigmatizing attitudes and behaviours

The *Opening Minds Scale for Health Care Providers* (OMS-HC) was used to measure stigma levels among the participants (Kassam et al., 2012). This 15-item measure uses a five-point Likert scale. It captures three main dimensions of stigma: negative attitudes (referred to as the Attitudes towards people living with mental illness subscale), health providers' willingness to disclose or seek help for a mental illness (referred to as the Disclosure/Help-seeking subscale), and preference for more significant social

distance (referred to as the Social Distance subscale). The OMS-HC has three distinct subscales, with total scores ranging from 15 to 75, where lower scores indicate less stigma. The OMS-HC demonstrates adequate internal consistency, with an overall α of 0.79 (Attitudes α = 0.68, Disclosure/Help-seeking α = 0.67, Social Distance α = 0.68) [29].

5.2.4.7 Regrouping of learner types

For this secondary data analysis, participants were categorized into two groups based on their learner type: (a) health practitioners, who self-identified as health practitioners or health community organization workers in the sociodemographic questionnaire; (b) other learners, who self-identified as pre-university/university students, pre-university/university teachers/professors, administrative staff, managers, executives, peer-support workers, patient-partners, family members, citizens, or others. The distribution of participants by learner type and measurement time is presented in Table 1. The learner type was included as an independent variable in the analysis to compare outcomes between health practitioner learners and other learners. Given its relevance to the research objectives, this variable was used to examine potential differences in intervention effects.

Measurement time	Learner type		Total (n)
	Health practitioners (n)	Other (n)	
T0	169	245	414
T1	144	212	356
T2	137	190	327

Table 1. - Distribution of participants by learner type and measurement time

5.2.4.8 Statistical analysis

Data were analyzed using SPSS Version 29.0.2 (IBM Corp, 2023). Descriptive statistics were used to analyze sociodemographic data and characterize the sample to address the study's first objective. At the same time, chi-square tests were performed to examine the relationships between categorical variables across both learner types. To meet the second objective, linear mixed-effects models were fitted. These models assessed the fixed effects of time and learner type (independent variables) on the dependent variables: well-being, anxiety, resilience, and stigmatizing attitudes and behaviours. The interaction between time and learner type was also examined. Estimated marginal means were calculated, and comparisons were adjusted using the Bonferroni method. In the models, level 1 represented the time points (T0, T1, T2), while level 2 represented the learner type, including health practitioner learners and other learners. The covariance structure was set to heterogeneous compound symmetry due to the protocol's structure (i.e., one time point before the RC course and two time points after). Linear mixed-effects models account for the interdependence of data points across T0, T1, and T2. These models maximize power by utilizing all available data, even when some observations are missing (Brauer et

Curtin, 2018; Detry et Ma, 2016). Due to the advantages of linear mixed-effects models over other analyses of variance, this approach was deemed most suitable for the study.

Additionally, as data were collected during different phases of the COVID-19 pandemic, the data collection period was identified as a potential confounder that could bias the outcome evaluation. Consequently, a preliminary analysis was conducted on the same sample, incorporating individual random intercepts and the data session as random effects. As part of this analysis, the internal consistency of the outcome measures was assessed using Cronbach's alpha to ensure their reliability.

5.2.5 Results

Results will be presented in the order of study objectives, including comparisons of sociodemographic characteristics by learner type and the effects of time and learner type on outcomes related to well-being, anxiety, resilience, and stigma. A preliminary analysis found no significant effect of the recruitment period on outcomes ($p = 0.483 – 0.968$); therefore, this variable was excluded.

This preliminary analysis also revealed acceptable to good levels of internal consistency for some outcome measures: WEMWBS ($\alpha = 0.796$), GAD-7 ($\alpha = 0.867$), and CD-RISC-10 ($\alpha = 0.875$). For the OMS-HC subscales, Cronbach's alpha values were lower, though still within a tolerable range for research purposes: Attitudes towards people with mental health problems ($\alpha = 0.656$), Disclosure/Help-seeking ($\alpha = 0.671$), and Social Distance ($\alpha = 0.705$). The internal consistency of the OMS-HC total score was $\alpha = 0.798$, which is comparable to what was found in the validation study of the measure.

5.2.5.1 Comparison of Sociodemographic Characteristics by Learner Type

Sociodemographic characteristics of the two participant groups at baseline are provided in Supplemental material 1. The gender distribution was comparable, with a majority of females in both groups: 85.5% among health practitioners and 82.7% among the other learners. Age differed significantly ($\chi^2 = 43.019$, $p < 0.001$), with health practitioners being predominantly in the 21-30 and 31-40 age ranges. Country of birth ($\chi^2 = 1.909$, $p = 0.862$) and home language ($\chi^2 = 0.029$, $p = 0.864$) showed no significant differences, with most participants being Canadian (85.8–86.5%) and French-speaking (93.1–93.5%). Education level differed significantly ($\chi2 = 18.77$, $p = 0.009$), with a higher proportion of health practitioners holding a master's degree (37.6%). Principal occupation also varied ($\chi2 = 63.828$, $p < 0.001$): 82% of health practitioners worked full-time, compared to 51.6% of other learners, who were more likely (18.8%) to be full-time students (vs. 2.2%). Significant intergroup differences were observed among recipients of social and economic assistance, those in full-time work, those in full-time study, and those in retirement categories. Annual income further revealed statistically significant differences by learner type ($\chi^2 = 44.937$, $p < 0.001$). Intergroup differences were observed in the <$20,000 and >$70,000 income categories, with a higher proportion of health practitioner learners earning an annual income above $70,000 (36.5%). Mental health knowledge was significantly higher

among health practitioners in both clinical ($\chi^2 = 93.544$, $p < 0.001$) and theoretical domains ($\chi^2 = 32.768$, $p < 0.001$), whereas other learners had more experiential knowledge ($\chi^2 = 27.511$, $p < 0.001$). Regarding mental health parameters, more other learners had a lifetime mental illness diagnosis ($\chi2 = 3.948$, $p = 0.047$). They were also more likely to have received mental health services in the past six months, though this was not statistically significant. Hospitalization rates were too low in both groups to assess a statistically significant difference.

5.2.5.2 Effects of time and learner type on outcomes

Tables 2 and 3 present the results for the fixed effects of time, learner type, and their interaction (time by learner type). Figure 1 illustrates the growth curves for well-being, anxiety, resilience, and stigma outcomes over time, categorized by learner type.

5.2.5.3 Fixed effects of time

A statistically significant effect of time was observed for well-being (F (2, 519.198) = 12.352, $p < 0.001$), anxiety (F (2, 549.579) = 12.517, $p < 0.001$), resilience (F (2,552.872) = 4.571, $p = 0.011$), and Disclosure/Help-seeking stigma subscale, F (2, 587.169) = 16.188, $p < 0.001$). Pairwise comparisons of the estimated marginal means revealed statistically significant differences for well-being, anxiety, and the Disclosure/help-seeking subscale, where T0 differed significantly from both T1 and T2. No significant difference was observed between T1 and T2, suggesting stabilization after the initial change. For resilience, no statistically significant difference was found between T0 and T1, but T2 showed a significant increase compared to both T0 and T1, indicating a delayed effect. No significant differences were observed for the two other stigma subscales (Attitudes and Social Distance).

			Time	Learner type	Learner type*Time
Well-being (n=432)		F[a]	12.352	8.343	1.203
		p[b]	<0.001***	0.004**	0.301
Anxiety (n=432)		F	12.517	15.286	0.269
		p	<0.001***	<0.001***	0.764
Resilience (n=434)		F	4.571	5.932	0.845
		p	0.011*	0.015*	0.430
Stigma (n=434)	Attitudes towards people living with mental illness	F	0.224	15.903	0.197
		p	0.800	<0.001***	0.821
	Disclosure/help-seeking	F	16.188	0.035	0.086
		p	<0.001***	0.853	0.918
	Social Distance	F	0.394	4.630	0.019
		p	0.674	0.032*	0.981

[a]: Analysis of variance. F values represent the ratio of between-group variance to within-group (error) variance for each fixed effect: Time, Learner type, and their interaction (Time × Learner type).

[b]: *p* value: *<0.05; **<0.01; ***<0.001

Table 2. – Fixed effects of time and learner type

Outcomes	Time	Health practitioner learners (SE)	Other learners (SE)	All learners (SE)
Well-being	T0	26.295 (0.254)	25.668 (0.259)	25.982[a] (0.165)
	T1	26.895 (0.259)	26.162 (0.215)	26.528[b] (0.168)
	T2	27.387 (0.289)	26.239 (0.244)	26.813[b] (0.189)
Anxiety	T0	5.032 (0.314)	6.254 (0.261)	5.643[a] (0.204)
	T1	4.327 (0.299)	5.660 (0.248)	4.994[b] (0.194)
	T2	3.949 (0.329)	5.456 (0.278)	4.702[b] (0.215)
Resilience	T0	28.351 (0.452)	26.973 (0.376)	27.662[a] (0.294)
	T1	28.381 (0.453)	27.429 (0.376)	27.905[a] (0.294)
	T2	29.194 (0.484)	27.624 (0.407)	28.409[b] (0.316)
Stigma (Attitudes towards people living with mental illness)	T0	10.296 (0.235)	11.358 (0.196)	10.827[a] (0.153)
	T1	10.180 (0.238)	11.340 (0.198)	10.760[a] (0.155)
	T2	10.353 (0.243)	11.341 (0.205)	10.847[a] (0.159)
Stigma (Disclosure/help-seeking)	T0	9.037 (0.216)	9.120 (0.179)	9.078[a] (0.140)
	T1	8.515 (0.205)	8.510 (0.170)	8.513[b] (0.133)
	T2	8.510 (0.213)	8.568 (0.179)	8.539[b] (0.139)
Stigma (Social Distance)	T0	7.876 (0.200)	8.381 (0.166)	8.128[a] (0.130)
	T1	7.794 (0.201	8.257 (0.167)	8.026[a] (0.131)
	T2	7.822 (0.203)	8.286 (0.171)	8.054[a] (0.133)

Note: Means sharing the same letter are not significantly different based on Bonferroni-adjusted pairwise comparisons, $p < 0.05$.

Summary: Health practitioner learners had higher baseline well-being and resilience and lower anxiety compared with other learners. Across all learner types, well-being and resilience increased over time while anxiety decreased. Disclosure/help-seeking stigma decreased over time, whereas Attitudes and Social Distance stigma remained stable.

Table 3. – Estimated marginal means across time

5.2.5.4 Effects of learner type

Statistically significant differences between learner types were found for well-being (F (1, 414.895) = 8.343, $p = 0.004$), anxiety (F (1, 436.045) = 15.286, $p < 0.001$), resilience (F (1, 404.699) = 5.932, $p = 0.015$), as well as the Attitudes towards people living with mental illness stigma subscale (F (1, 411.276) = 15.903, $p < 0.001$) and the Social Distance stigma subscale (F (1, 430.611) = 4.630, $p = 0.032$). At all three time points, health practitioner learners' well-being and resilience scores were higher. In contrast, anxiety and the Social Distance and Attitudes towards people living with mental illness subscales scores were lower for this group compared to other learners. No statistically significant difference was observed for the Disclosure/help-seeking subscale.

5.2.5.5 Time by learner type interaction

No statistically significant interaction between time and learner type was observed, indicating that the outcome scores of all learner types evolve similarly over time. Figure 1 illustrates that the growth curves follow a comparable pattern across learner types.

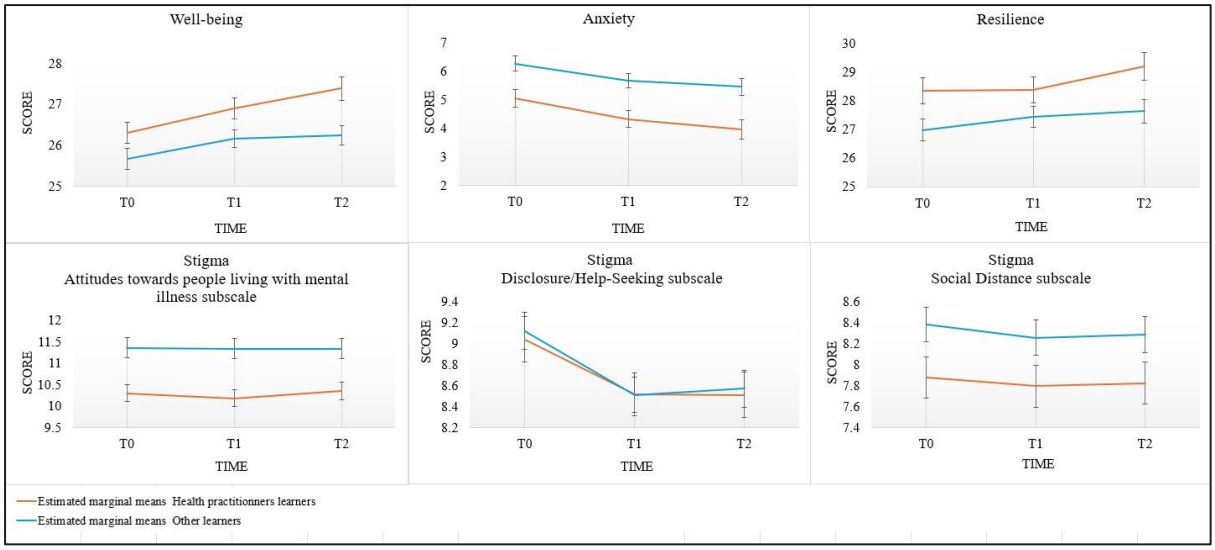


Figure 1. – Growth curves of well being, anxiety, resilience, and stigma outcomes measures (estimated marginal means) across time by type of learner)

5.2.6 Discussion

This study aimed to identify the factors that differentiate health practitioner learners from other learners in RC courses. Health practitioners distinguished themselves in several ways: they were predominantly between 21 and 40 years old, held a master's degree, worked full-time, and reported higher annual incomes, reflecting workforce trends and education requirements across health professions (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2025; Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec, 2025; Ordre des psychologues du Québec, 2025; Ordre Professionnel de la Physiothérapie du Québec, 2025).

They also reported higher baseline well-being and resilience, and lower anxiety. However, their growth curves followed parallel trajectories to those of other learners, suggesting that RC courses provide

positive outcomes across all learner types over time, regardless of their initial levels. Overall, RC participation was associated with improvements in well-being, anxiety, and resilience, consistent with previous studies (Briand et al., 2024; Ebrahim et al., 2018; Paul et al., 2024; Stevens et al., 2018; Wilson et al., 2019). These outcomes are particularly valuable for health practitioners in high-pressure environments, where opportunities to process stress, regulate emotions, and engage effectively in recovery-oriented practices are often limited.

Regarding stigma, health practitioners showed lower Attitudes and Social Distance scores than other learners, with no group difference on the Disclosure/Help-Seeking subscale. Only the Disclosure/Help-Seeking dimension changed over time, while the other two remained stable. Although this suggests some openness to disclosure, qualitative findings (Bellemare et al., 2024) nonetheless indicate that some practitioners remain hesitant to disclose their own lived experiences, which may reflect professional norms or limited training in self-disclosure. CPD activities that integrate experiential learning with reflection on professional boundaries could help address this gap (Valery et al., 2025). Given these results, RC courses could be considered an important component of CPD for health practitioners. While experiential knowledge can also be present in other CPD activities, what distinguishes the RC model is its intentional hybridization of experiential, clinical and theoretical knowledge, all valued on an equal footing (Briand et al., 2023). In this way, RC courses complement conventional CPD and may broaden the conception of professional development to include transformative learning that addresses multiple dimensions of the person — as a professional, a parent, a citizen, and an individual in their own right (Arbour et Rose, 2018).

5.2.6.1 Limitations and future perspectives

This study has certain limitations. Firstly, the creation of two subgroups presents a key constraint. The group comprising all learners except healthcare practitioners is sociodemographically heterogeneous. This diversity within the comparison group may have complicated and limited the comparison. Future studies aiming to compare subgroups should ensure more homogeneous profiles. Additionally, as highlighted in many previous RC studies, including a control group would be valuable to confirm that the observed effects are attributable solely to the intervention.

Secondly, the available data limited the selection of variables, as this study is based on secondary analysis of a larger project examining the outcomes of an online RC course across diverse learners. Building on our previous qualitative study, it would be valuable to quantify further aspects related to health practitioner learners, such as changes in professional practice beyond stigma-related factors. Moreover, exploring learners' needs and goals regarding RC courses could provide deeper insights into the impact of the intervention.

5.2.7 Conclusion

This study enhances our understanding of health practitioners as learners in RC courses. Health practitioners stood out from other learners in terms of their sociodemographic profiles and baseline outcomes. Overall, RC courses are relevant for supporting mental health and may foster recovery-oriented practices that address stigma in increasingly demanding healthcare environments, complementing other CPD activities.

5.2.8 Lessons for practice

- Recovery College courses support improvements in well-being, anxiety, resilience, and stigma for diverse learners, including health practitioners.
- Health practitioners benefit personally and professionally from engaging in inclusive, recovery-oriented learning environments.
- Managing stress is a critical need for practitioners in demanding work settings, making Recovery College courses a relevant addition to continuing professional education

5.2.9 References

Arbour, S., & Rose, B. T. (2018). Improving relationships, lives and systems: The transformative power of a recovery college. *Journal of Recovery in Mental Health, 1*(3), 1–6.

Aymerich, C., Pedruzo, B., Pérez, J. L., et al. (2022). COVID-19 pandemic effects on health worker's mental health: Systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry, 65*(1), e10.

Bellemare, J., Vallée, C., Briand, C., Sauvageau, A., & Drolet, M.-J. (2024). Exploring the role of the Recovery College model as a transformative tool for recovery-oriented practice: Perceived benefits and perspectives from health practitioners in Quebec, Canada. *Frontiers in Psychiatry, 15*, 1440840.

Brauer, M., & Curtin, J. J. (2018). Linear mixed-effects models and the analysis of nonindependent data: A unified framework. *Psychological Methods, 23*(3), 389–???.

Briand, C., Sauvageau, A., Bellemare, J., Bédard, M., Thériault, J., Gomes Chaves, B., & Hakin, R. (2023). Recovery College : un modèle novateur d'éducation à la santé mentale où l'égalité et la mixité des savoirs sont au cœur des apprentissages. In *Manuel de réadaptation psychiatrique* (3e éd.).

Briand, C., Vallée, C., Luconi, F., Thériault, J., Sauvageau, A., & Bellemare, J. (2025). State-of-the-art literature review of Recovery College evaluative studies between 2013–2024. *Frontiers in Psychiatry*.

Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety, 18*(2), 76–82.

Crowther, A., Taylor, A., Toney, R., et al. (2018). The impact of Recovery Colleges on mental health staff, services and society. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 28*(5), 481–488.

Dalgarno, M., & Oates, J. (2019). The crucible of co-production: Case study interviews with Recovery College practitioner trainers. *Health Education Journal, 78*(8), 977–987.

Detry, M. A., & Ma, Y. (2016). Analyzing repeated measurements using mixed models. *JAMA, 315*(4), 407–408.

Ebrahim, S., Glascott, A., Mayer, H., & Gair, E. (2018). Recovery Colleges; how effective are they? *Journal of Mental Health Training, Education and Practice, 13*(4), 209–218.

IBM Corp. (2023). *IBM SPSS Statistics for Windows (Version 29.0.2)*.

Kassam, A., Papish, A., Modgill, G., & Patten, S. (2012). The development and psychometric properties of a new scale to measure mental illness-related stigma by health care providers: The Opening Minds Scale for Health Care Providers (OMS-HC). *BMC Psychiatry, 12*, 1–12.

Kiptulon, E. K., Elmadani, M., Limungi, G. M., et al. (2024). Transforming nursing work environments: The impact of organizational culture on work-related stress among nurses: A systematic review. *BMC Health Services Research, 24*(1), 1526. https://doi.org/10.1186/s12913-024-12003-x

Knaak, S., Mantler, E., & Szeto, A. (2017). Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. *SAGE Publications*, 111–116.

Le Boutillier, C., Leamy, M., Bird, V. J., Davidson, L., Williams, J., & Slade, M. (2011). What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance. *Psychiatric Services, 62*(12), 1470–1476.

Lefay, G., Briand, C., Sauvageau, A., et al. (2025). Philosophical analysis of the Recovery College learning model: Characterization and connections to learning theories. *Frontiers in Psychiatry, 16*, 1613074.

Linden, M., & Kavanagh, R. (2012). Attitudes of qualified vs. student mental health nurses towards an individual diagnosed with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing, 68*(6), 1359–1368.

McAllister, S., Simpson, A., Tsianakas, V., & Robert, G. (2021). "What matters to me": A multi-method qualitative study exploring therapeutic engagement. *International Journal of Mental Health Nursing, 30*(3), 703–714.

Meddings, S., McGregor, J., Roeg, W., & Shepherd, G. (2015). Recovery colleges: Quality and outcomes. *Mental Health and Social Inclusion, 19*(4), 212–221.

Mendenhall, A. N., Grube, W., & Jung, E. (2019). Implementing strengths model for youth in community mental health: Impact on case managers' professional quality of life. *Children and Youth Services Review, 102*, 1–6.

Mental Health Commission of Canada. (2021). *Recovery-oriented practice: An implementation toolkit*.

Mestdagh, A., & Hansen, B. (2014). Stigma in patients with schizophrenia receiving community mental health care: A review of qualitative studies. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 49*(1), 79–87.

Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2025). *Programmes d'études*. https://www.oeq.org/etudiants-et-candidats/devenir-ergotherapeute/programmes-d-etudes.html

Ordre des physiothérapeutes du Québec. (2025). *Candidats Québec/Canada*. https://oppq.qc.ca/devenir-membre/candidats-quebec-canada/

Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. (2025). *Admission régulière*. https://ordrepsed.qc.ca/devenir-membre-de-lordre/admission-reguliere/

Ordre des psychologues du Québec. (2025). *Qu'est-ce qu'un psychologue?* https://www.ordrepsy.qc.ca/un-psychologue

Paul, S., Battistelli, R., & Arbour, S. (2024). Impact of Recovery Colleges in postsecondary institutions in Canada: Preliminary findings. *Emerging Adulthood, 12*(3), 438–446.

Perkins, A. M., Ridler, J. H., Hammond, L., Davies, S., & Hackmann, C. (2017). Impacts of attending recovery colleges on NHS staff. *Mental Health and Social Inclusion, 21*(1), 18–24.

Perkins, R., & Repper, J. (2017). Editorial. *Mental Health and Social Inclusion, 21*(2), 65–72.

Perkins, R., Repper, J., Rinaldi, M. & Brown, H. (2012). *Recovery colleges*. Centre for Mental Health.

Repper, J. (2017). When is a "recovery college" not a "recovery college"?

Riffel, T., & Chen, S.-P. (2020). Stigma in healthcare? Exploring knowledge, attitudes, and behavioural responses. *Psychiatric Quarterly, 91*(4), 1103–1119.

SAMHSA. (2009). *Illness management and recovery: How to use the evidence-based practices KITs*.

Schooley, B., Hikmet, N., Tarcan, M., & Yorgancioglu, G. (2016). Comparing burnout across emergency physicians, nurses, technicians, and health information technicians working for the same organization. *Medicine, 95*(10), e2856.

Shepherd, G., Boardman, J., & Slade, M. (2008). *Making recovery a reality*. Sainsbury Centre for Mental Health.

Shepherd, G., Boardman, J., Rinaldi, M., & Roberts, G. (2014). *Supporting recovery in mental health services: Quality and outcomes*.

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). The GAD-7. *Archives of Internal Medicine, 166*(10), 1092–1097.

Stewart-Brown, S., Tennant, A., Tennant, R., Platt, S., Parkinson, J., & Weich, S. (2009). Internal construct validity of the WEMWBS. *Health and Quality of Life Outcomes, 7*, 1–8.

Stevens, J., Butterfield, C., Whittington, A., & Holttum, S. (2018). Evaluation of arts-based courses within a UK recovery college. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 15*(6), 1170.

Thériault, J., Lord, M.-M., Briand, C., Piat, M., & Meddings, S. (2020). Recovery colleges after a decade of research. *Psychiatric Services, 71*(9), 928–940.

Valéry, K.-M., Antoine, L., Bonilla-Guerrero, J., et al. (2025). The practice of self-disclosure among mental health professionals: The DÉVOILE study. *Practice, 1*, 1.

Waring, S., & Giles, S. (2021). Rapid evidence assessment of mental health outcomes of pandemics for health care workers. *Frontiers in Public Health, 9*, 629236.

Wilson, C., King, M., & Russell, J. (2019). A mixed-methods evaluation of a Recovery College. *Health & Social Care in the Community, 27*(5), 1353–1362.

Zaninotto, L., Rossi, G., & Danieli, A., et al. (2018). Exploring relationships among personality traits, burnout and stigma. *Psychiatry Research, 264*, 327–333.

Supplemental material 1. Sociodemographic characteristics of participants at baseline

	Health practitioner learners (%)	Other learners (%)	Total sample	χ^2	p^a
Gender				1.076	0.584
Female	148 (85.5%)	206 (82.7%)	354		
Male	22 (12.7%)	40 (16.1%)	62		
Other (e.g. gender fluid, non-binary)	3 (1.7%)	3 (1.2%)	6		
Age				43.019	<0.001**
<21	0 (0%)	13 (5.4%)	13		
21-30	48 (29.6%)	41 (17%)	89		
31-40	52 (32.1%)	39 (16.2%)	91		
41-50	33 (20.4%)	62 (25.7%)	95		
51-60	23 (14.2%)	48 (19.9%)	71		
61-70	6 (3.7%)	32 (13.3%)	38		
71-80	0 (0%)	6 (2.5%)	6		
Country of Birth				1.909	0.862
Canada	145 (85.8%)	212 (86.5%)	357		
France	7 (4.1%)	14 (5.7%)	21		
Other American countries (Brazil, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, USA, Haiti)	6 (3.6%)	6 (2.4%)	12		
Other European countries (Belgium,	4 (2.4%)	5 (2%)	9		

	Health practitioner learners (%)	Other learners (%)	Total sample	χ^2	p^a
Belarus, Poland, Romania, Russia, Switzerland, Ukraine)					
Asian countries (China, Japan, Lebanon)	2 (1.2%)	4 (1.6%)	6		
African countries (Algeria, Burkina Faso, Cameroon, Ivory Coast, Morocco, Mauritania, Rwanda, Togo)	5 (3%)	4 (1.6%)	9		
Home Language				0.029	0.864
French	158 (93.5%)	228 (93.1%)	386		
Other (Creole, English, Portuguese, Spanish, Russian…)	11 (6.5%)	17 (6.9%)	28		
Highest Level of Education[2]				18.77	0.009**
High School	2 (1.1%)	15 (5.9%)	17		
Professional course	4 (2.2%)	10 (3.9%)	14		
College	26 (14.6%)	59 (23%)	85		
University certificate	9 (5.1%)	14 (5.5%)	23		
Bachelor's degree	63 (35.4%)	82 (32%)	145		
Masters' degree	67 (37.6%)	61 (23.8%)	128		
Doctoral diploma	6 (3.4%)	12 (4.7%)	18		
Others	1 (0.6%)	3 (1.2%)	4		

	Health practitioner learners (%)	Other learners (%)	Total sample	χ^2	p^a
Principal Occupation				63.828	<0.001***
Social and economic assistance recipients	3 (1.7%)	22 (8.6%)	25		
Study and work	3 (1.7%)	7 (2.7%)	10		
Part-time work	19 (10.7%)	18 (7%)	37		
Full-time work	146 (82%)	132 (51.6%)	278		
Full-time study	4 (2.2%)	48 (18.8%)	52		
Leave	2 (1.1%)	8 (3.1%)	10		
Retirement	1 (0.6%)	21 (8.2%)	22		
Annual incomes				44.937	<0.001***
< 20,000$	3 (1.7%)	60 (23.4%)	63		
Between 20,000 and 29,999$	14 (7.9%)	22 (8.6%)	36		
Between 30,000 and 49,999$	38 (21.3%)	37 (14.5%)	75		
Between 50,000 and 69,999$	40 (22.5%)	53 (20.7%)	93		
>70,000$	65 (36.5%)	57 (22.3%)	122		
I don't know or don't want to answer.	18 (10.1%)	27 (10.5%)	45		
Mental Health Knowledge					
Experiential	95 (53.4%)	198 (77.3%)	293	27.511	<0.001***
Clinical	143 (80.3%)	85 (33.2%)	228	93.544	<0.001***
Theoretical	148 (83.1%)	146 (57%)	294	32.768	<0.001***

	Health practitioner learners (%)	Other learners (%)	Total sample	χ^2	p^a
Mental Health Parameters					
Received a diagnosis of mental illness lifetime	78 (43.8%)	137 (53.3%)	215	3.948	0.047*
Received mental health services in the last 6 months	59 (33.1%)	112 (65.5%)	171	5.794	0.055
Had been hospitalized for mental health treatment in the last 6 months	0 (0%)	3 (1,2%)	3	2.100	0.147
Gender				1.076	0.584
Female	148 (85.5%)	206 (82.7%)	354		
Male	22 (12.7%)	40 (16.1%)	62		
Other (e.g. gender fluid, non-binary)	3 (1.7%)	3 (1.2%)	6		
Age				43.019	<0.001**
<21	0 (0%)	13 (5.4%)	13		
21-30	48 (29.6%)	41 (17%)	89		
31-40	52 (32.1%)	39 (16.2%)	91		
41-50	33 (20.4%)	62 (25.7%)	95		
51-60	23 (14.2%)	48 (19.9%)	71		
61-70	6 (3.7%)	32 (13.3%)	38		
71-80	0 (0%)	6 (2.5%)	6		
Country of Birth				1.909	0.862

	Health practitioner learners (%)	Other learners (%)	Total sample	χ^2	p^a
Canada	145 (85.8%)	212 (86.5%)	357		
France	7 (4.1%)	14 (5.7%)	21		
Other American countries (Brazil, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, USA, Haiti)	6 (3.6%)	6 (2.4%)	12		
Other European countries (Belgium, Belarus, Poland, Romania, Russia, Switzerland, Ukraine)	4 (2.4%)	5 (2%)	9		
Asian countries (China, Japan, Lebanon)	2 (1.2%)	4 (1.6%)	6		
African countries (Algeria, Burkina Faso, Cameroon, Ivory Coast, Morocco, Mauritania, Rwanda, Togo)	5 (3%)	4 (1.6%)	9		
Home Language				0.029	0.864
French	158 (93.5%)	228 (93.1%)	386		
Other (Creole, English, Portuguese, Spanish, Russian…)	11 (6.5%)	17 (6.9%)	28		
Highest Level of Education[2]				18.77	0.009**
High School	2 (1.1%)	15 (5.9%)	17		
Professional course	4 (2.2%)	10 (3.9%)	14		
College	26 (14.6%)	59 (23%)	85		

	Health practitioner learners (%)	Other learners (%)	Total sample	χ^2	p^a
University certificate	9 (5.1%)	14 (5.5%)	23		
Bachelor's degree	63 (35.4%)	82 (32%)	145		
Masters' degree	67 (37.6%)	61 (23.8%)	128		
Doctoral diploma	6 (3.4%)	12 (4.7%)	18		
Others	1 (0.6%)	3 (1.2%)	4		
Principal Occupation				63.828	<0.001***
Social and economic assistance recipients	3 (1.7%)	22 (8.6%)	25		
Study and work	3 (1.7%)	7 (2.7%)	10		
Part-time work	19 (10.7%)	18 (7%)	37		
Full-time work	146 (82%)	132 (51.6%)	278		
Full-time study	4 (2.2%)	48 (18.8%)	52		
Leave	2 (1.1%)	8 (3.1%)	10		
Retirement	1 (0.6%)	21 (8.2%)	22		
Annual incomes				44.937	<0.001***
< 20,000$	3 (1.7%)	60 (23.4%)	63		
Between 20,000 and 29,999$	14 (7.9%)	22 (8.6%)	36		
Between 30,000 and 49,999$	38 (21.3%)	37 (14.5%)	75		
Between 50,000 and 69,999$	40 (22.5%)	53 (20.7%)	93		
>70,000$	65 (36.5%)	57 (22.3%)	122		

	Health practitioner learners (%)	Other learners (%)	Total sample	χ^2	p^a
I don't know or don't want to answer.	18 (10.1%)	27 (10.5%)	45		
Mental Health Knowledge					
Experiential	95 (53.4%)	198 (77.3%)	293	27.511	<0.001***
Clinical	143 (80.3%)	85 (33.2%)	228	93.544	<0.001***
Theoretical	148 (83.1%)	146 (57%)	294	32.768	<0.001***
Mental Health Parameters					
Received a diagnosis of mental illness lifetime	78 (43.8%)	137 (53.3%)	215	3.948	0.047*
Received mental health services in the last 6 months	59 (33.1%)	112 (65.5%)	171	5.794	0.055
Had been hospitalized for mental health treatment in the last 6 months	0 (0%)	3 (1,2%)	3	2.100	0.147

Note: Results are obtained from chi-square tests. The subcategories of the sociodemographic variable with significant differences in proportions at the $p < 0.05$ level are highlighted in bold.
[a]: p value: * < 0.05; ** < 0.01; *** < 0.001

5.3 Article 3 - From Goal Selection to Goal Attainment: Differences Across Learner Groups in a Recovery College

Bellemare, J., Rapisarda, F., Samson-Daoust, E., & Briand, C. (2026). From Goal Selection to Goal Attainment: Differences Across Learner Groups in a Recovery College. *Health Education Journal* (manuscript accepted for publication).

5.3.1 Contribution des coauteurs à l'article 3

En tant qu'autrice principale, la doctorante a participé à la conceptualisation de l'étude, à l'élaboration de la méthode, à l'analyse des données et à la rédaction de l'article. En tant que deuxième auteur, Filippo Rapisarda a contribué à l'élaboration de la méthode et à la révision de l'article. En tant que troisième autrice, Eugénie Samson-Daoust a validé l'analyse des données et révisé l'article. En tant que quatrième

autrice, Catherine Briand a élaboré le protocole de recherche et révisé l'article. Tous les auteurs ont révisé et approuvé la version finale de l'article.

L'article a été soumis au *Health Education Journal* le 18 février 2026 et a été accepté pour publication le 6 août 2026.

5.3.2 Abstract

Objective: This study examines how pre-selected learning goals and their perceived attainment vary across diverse learner groups in an online Recovery College. **Methods:** This pre-experimental study used a pretest– post-test design involving 378 participants who completed an in-house questionnaire documenting their pre-selected learning goals at baseline (T0) and their perceived goal attainment at follow-up (T1). Chi-square tests with Bonferroni corrections ($\alpha = 0.0031$) were used to compare goal selection and attainment across five learner groups. **Results:** At T0, the most frequently pre-selected learning goals were acquiring tools (98%), broadening one's perspective (96.6%), acquiring knowledge (94.6%), exchanging with people from different backgrounds (93.3%) and improving and changing the way I interact (91.2%). At T1, perceived goal attainment was highest for exchanging with people from different backgrounds (86.2%), broadening one's perspective (85.2%), being moved by testimonies (77.5%), acquiring knowledge (77.2%), and acquiring tools (75.2%). Lower attainment was reported for goals related to stress management (45.3%), rediscovering motivation or meaning (38.3%), and connecting with others (35.2%). Significant between-group differences emerged for three baseline learning goals—pursuing personal development, sharing knowledge or experience, and connecting with others (all $p < 0.001$)—whereas no significant differences were found in perceived goal attainment across learner groups at T1. **Conclusions:** This study is the first to examine learning goal selection and perceived goal attainment in a single online Recovery College course with diverse learners. Results show that the RC's inclusive co-learning structure supports consistent goal attainment across learner groups and highlights its potential to provide accessible and flexible mental health education.

Keywords : Recovery Colleges, online learning, mental health recovery, learning goals, inclusive education

5.3.3 Introduction

Adult learning is grounded in the premise that learners engage in educational activities with specific goals shaped by their needs, values, and life contexts (Knowles, 1975); Mezirow (1991). Whether personal, relational, or professional, these goals reflect adults' need for autonomy—an essential condition for engagement according to self-directed learning theory (Knowles, 1975). Goal-setting theory (Locke et Latham, 2013) further highlights that goal clarity, specificity, and difficulty influence learners' motivation, persistence, and performance. Together, these theories suggest that well-defined goals help structure learning efforts, support engagement, and guide learners in assessing their progress.

Within this framework, learners' goals are a central anchor for the learning experience, particularly in Recovery Colleges (RCs). RCs are mental health education centres where the pedagogical approach is explicitly grounded in learners' empowerment and active engagement (Perkins et al., 2012). These centres encourage learners to develop individual learning plans that reflect personal goals—specific objectives they wish to pursue throughout their participation (McGregor et al., 2014; Perkins et al., 2012; Sommer et al., 2019). These goals are designed to support each learner's development within and beyond the RC context.

RCs are open to all and welcome learners from diverse backgrounds. Established in England in 2009, these innovative educational centres offer free courses on mental health, well-being, recovery, and address prejudice and stigma (Perkins et Repper, 2017; Perkins et al., 2012). They stand at the intersection of health promotion, prevention, and personal recovery and also serve as a strategy to improve mental health practices (Briand et al., 2023). RCs are characterized by: (1) the mixing and hybridization of learners of varied backgrounds; (2) the sharing and recognition of different forms of knowledge (experiential, clinical, theoretical); (3) the creation of a co-learning space that recognizes and values individual differences to enable mutual and transformative learning; and (4) the cross-fertilization of knowledge (Briand et al., 2023). Together, these features reflect a strong commitment to inclusive, participatory, and learner-centred education. The outcomes and perceived benefits of RCs have been well-documented, including improved well-being and empowerment, reduced stigma, and decreased anxiety (Briand et al., 2024; Durbin et al., 2021; Paul et al., 2024; Rapisarda et al., 2025).

A recent state-of-the-art literature review by our research team (Briand et al., 2025) examined 64 evaluative studies on RCs conducted between 2013 and 2024, of which 46 met quality criteria (Kmet et al., 2004). Among these high-quality studies, only four specifically examined learners' goals in the context of RCs (Ebrahim et al., 2018; Sommer et al., 2019; Whitehead et al., 2024; Yoeli et al., 2022). These studies used diverse designs — qualitative, quantitative, and mixed-method — with pre-post measurement designs in three studies. Sample sizes ranged from 43 to 89 learners, except Whitehead et al. (2024), which included 391 learners over a five-year period. Sample composition varied: one focused on learners living with a mental illness (Sommer et al., 2019), two others did not specify learners'

primary type of knowledge or self-identification (Ebrahim et al., 2018; Yoeli et al., 2022). Whitehead et al. (2024) included a particularly diverse group, comprising mental health practitioners, young people with lived experience of mental health issues, family members or carers, with many individuals identifying across more than one type. Across these studies, recurring goal categories were identified: educational (e.g., acquiring knowledge or skills), social (e.g., building or improving relationships), physical health (e.g., improving lifestyle habits), mental health (e.g., enhancing emotional regulation or coping strategies), and employment (e.g., returning to work or volunteering) (Ebrahim et al., 2018; Sommer et al., 2019; Yoeli et al., 2022).

In previous studies, our team examined the diversity of learner types in RCs and their differences in patterns and outcomes (Bellemare et al., s.d.; Lefay et al., s.d.; Rapisarda et al., 2025). To our knowledge, no study has investigated learning goal selection and perceived goal attainment across learner groups.

This study examines how pre-selected goals before the course and perceived goal attainment after the course completion vary across learner groups. Pre-selected goals refer to the goals learners identify at baseline (T0) by selecting from a predefined list of items that reflect what they hope to gain from the course. Specifically, the study addresses the following research questions:

1. Which goals are selected by learners at baseline (T0) across all participant groups combined?
2. Which learning goals show the highest levels of attainment at follow-up (T1) across all learners?
3. To what extent do goal pre-selection at T0 and goal attainment at T1 differ across learner groups?

A deeper understanding of these aspects could support the design of more meaningful courses, enhance learner engagement, and better respond to the diverse needs of RC learners.

5.3.4 Method

5.3.4.1 Study design

This study employs a pre-experimental pretest- post-test design that compares five learner groups across two time points. Such a design enables the assessment of within-participant changes over time by capturing variations in perceptions before and after participation in the RC course. It is particularly suitable for exploratory research (Mauldin, 2020), given the limited empirical literature on learner goals in RCs.

5.3.4.2 Study setting and learner groups

The intervention consisted of a course delivered by the Health and Recovery Learning Centre (Centre d'Apprentissage Santé et Rétablissement - CASR), a RC located in the province of Quebec, Canada.

Established in 2019, CASR is Canada's only French-language RC with entirely online courses. Each course consists of three two-hour sessions, totalling six hours. Several topics were covered, including youth mental health, recovery, mental disorders, well-being, social networks and support, resilience, workplace mental health, social inclusion, and living better together. The courses employ an active pedagogy in which learners learn together and from one another through the co-construction of knowledge, supported by collaborative tools. Learning activities were organised as workshops, alternating small-group discussions, reflective exercises, co-development activities, testimonies, and theoretical content. Since its inception, CASR has offered more than 200 free online courses, reaching more than 3,500 learners from diverse backgrounds. Courses are open to a wide variety of learners, including peer helpers, patient partners, relatives/family members of a person with a mental health disease, health practitioners from the healthcare network or community organisations, administrative staff, post-secondary students in health programs, teachers and educators, managers and directors in educational and health systems, as well as other citizens.

5.3.4.3 Participant recruitment and ethical consent

Recruitment was conducted using a convenience sampling procedure, inviting all learners participating in CASR courses delivered from the spring of 2021 to the spring of 2023. All learners enrolled in a course were informed about the study via email from the CASR coordinator. In line with CASR's registration criteria, minimal eligibility criteria were established: participants had to be at least 16 years old, be able to attend an online meeting (in terms of technical equipment, computer skills, and sensory and cognitive abilities), and be able to understand French. No exclusion criteria were applied. Participation in the research was entirely voluntary; no financial compensation was offered, apart from the possibility of winning a gift voucher. Of the 1,832 learners invited to participate in the study, 489 (26.7%) signed an informed consent form. The informed consent form was approved by a certified ethics committee of a health institution (Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS EMTL, reference number MP-12-2021-2421) and by a university ethics committee of the principal investigator's (CB) university of affiliation (Comité d'éthique avec des êtres humains de l'UQTR, reference number CER-20-270-07.01).

5.3.4.4 Data collection

Data were collected between spring 2021 and spring 2023. Baseline data (T0) were gathered during the registration period, one to three weeks before the RC course. Follow-up data (T1) were collected immediately after course completion and up to three weeks later. A total of 396 participants completed the questionnaire at T0, and 376 at T1, out of the 489 individuals who provided informed consent.

5.3.4.4.1 Goals questionnaire

An in-house questionnaire was developed to document participants' pre-selected goals at baseline and their perceived attainment of these goals at follow-up. To construct the goal-related items, an open-

ended question was included in a previous version of the questionnaire administered in fall 2020, at the outset of a larger outcomes study. Based on a thematic analysis of those responses, the research team developed 16 closed-ended items. These items were presented at T0 with the prompt *"My participation in the Recovery College will allow me to…"*, and again at T1 with the adapted wording *"My participation in the Recovery College has allowed me to…"* to assess goal attainment. Each item was rated on a 5-point Likert scale: completely disagree, disagree, neither agree nor disagree, agree, completely agree.

5.3.4.4.2 Sociodemographic data

Sociodemographic data were also collected at T0 and included gender, age, country of birth, language spoken at home, level of education, main occupation, type of mental health knowledge (experiential, clinical, or theoretical), lifetime mental health diagnosis, and use of mental health services in the past six months. Participants self-identified their learner type among several options. A previous study conducted by our research team [reference removed for double-anonymised peer review] grouped learners into five groups: (1) post-secondary students, (2) health practitioners, (3) administrative staff, managers, executives, directors, (4) peer helpers, patient partners, relatives/family members of a person with a mental health disease, and (5) teachers, educators, and other citizens. This categorisation is retained in the present study.

5.3.4.5 Data analysis

When individuals completed more than one RC course and enrolled in the study multiple times, only data from their initial participation were retained for analysis. Of the 396 baseline questionnaires collected, 18 represented repeat participations and were removed, resulting in a final analytic sample of 378 unique participants.

Prior to analysis, items related to pre-selected goals at T0 and perceived goals attainment at T1 were recoded into binary variables. Responses of "agree" and "completely agree" were grouped as 1 ("agreement"), while "completely disagree", "disagree," and "neither disagree nor agree" were grouped as 0 ("disagreement"). This recoding allowed a clear distinction between goals participants felt they had attained and those they did not, facilitating the computation of frequencies and agreement percentages. This procedure was also more aligned with the asymmetrical distribution of agreement responses. Agreement with an item at T0 is interpreted as the presence of a goal set by the participant—that is, a goal they chose to pursue during their course.

To address the first research question—which goals are selected by participants at baseline (T0)—descriptive statistics (frequencies and percentages) were computed to identify the most commonly selected goals across all participants. To address the second research question—which goals show the highest levels of attainment at follow-up (T1)—a composite variable combining T0 and T1 responses was created. For each goal, the proportion of participants who reported achieving it at T1 was calculated

among those who had selected it at baseline. Finally, to address the third research question—to what extent goal selection at T0 and goal attainment at T1 differ across learner groups—chi-square tests (χ^2) were conducted on each of the 16 goal items at both time points. Because multiple tests were performed, a Bonferroni correction was applied ($\alpha = 0.0031$). Post hoc pairwise comparisons were conducted using z-tests on column proportions, with Bonferroni-adjusted significance levels, to identify which groups differed significantly in their T0 goal selection and T1 goal attainment.

5.3.5 Results

5.3.5.1 Sample description

At baseline (n = 378), most participants were female (81.4%), aged 30–49 years (43.2%), and French-speaking (92.8%). The majority were born in Canada (86.0%), employed full-time (64.8%), and held at least a bachelor's degree (72.7%). Participants were categorised into the following learner groups: health practitioners (44.2%), administrative staff/managers/executives (15.6%), teachers, educators, other citizens (15.3%), peer helpers, patient partners, relatives/family members (15.1%), and post-secondary students (9.8%). Most described their mental health knowledge as theoretical (69.9%) or experiential (67.2%), and 39.9% had received mental health services in the previous six months**.** Sociodemographic information is presented in Table 1.

	Total Sample (n=378[a])
Gender	
Female	307 (81.2%)
Male	53 (14.0%)
Other	6 (1.6%)
Age	
18-29	81 (21.4%)
30-49	163 (43.1%)
50-64	87 (23.0%)
65+	17 (4.5%)
First Spoken Language	
French	337 (92.8%)
Other (English, Spanish, Creole, Portuguese, Russian)	26 (7.2%)
Birth Country	
Canada	312 (86.0%)
France	18 (5.0%)
Other American Countries (Brazil, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, USA, Haiti)	10 (2.6%)
African Countries (Algeria, Burkina Faso, Cameroon, Ivory Coast, Morocco, Mauritania, Rwanda, Togo)	9 (2.5%)

	Total Sample (n=378[a])
Other European Countries (Belgium, Belarus, Poland, Romania, Russia, Switzerland, Ukraine)	8 (2.2%)
Highest Level of Education	
High School	14 (3.7%)
Professional Courses	13 (3.4%)
College	70 (18.5%)
University Certificate	23 (6.1%)
Bachelor's Degree	125 (33.1%)
Master's Degree	112 (29.6%)
Doctoral Degree	17 (4.5%)
Other	4 (1.1%)
Type of Learner (Self-Assessed)	
Health Practitioners	167 (44.2%)
Administrative Staff, Managers, Executives	59 (15.6%)
Teachers, Educators, Other Citizens	58 (15.3%)
Peer Helpers, Patient Partners, Relatives/Family Members	57 (15.1%)
Post-Secondary Students	37 (9.8%)
Principal Occupation	
Full-Time Work	245 (64.8%)
Full-Time Study	45 (11.9%)
Part-Time Work	34 (9.0%)
Social and Economic Assistance Recipients	22 (5.8%)
Retirement	17 (4.5%)
Leave	9 (2.4%)
Study and Work	6 (1.6%)
Mental Health Knowledge	
Theoretical	263 (69.6%)
Experiential	254 (67.2%)
Clinical	203 (53.7%)
Received Mental Health Services in the Last 6 Months	
No	226 (59.8%)
Yes	151 (39.9%)
[a] Percentages are calculated on valid cases only; totals include all cases, including those with missing data	

Table 1. – Sociodemographic information of participants at baseline

5.3.5.2 Research Question 1: Overall Goal Selection at Baseline (T0)

Goals selected at baseline (T0) are presented according to their level of endorsement. For descriptive purposes, goals were grouped using pragmatic thresholds (≥ 90%, 75–89%, 60–74%, 50–59%, < 50%).

Within the ≥ 90% range, learners most frequently select goals related to acquiring tools (98%) and broadening one's perspective (96.6%), followed closely by acquiring knowledge (94.6%). Goals related to engaging with people from different backgrounds (93.3%) and improving interpersonal interactions (91.2%) also fell within this very high endorsement range.

Within the 75–89% range, several goals received high endorsement. Supporting those around oneself (89.6%) was the most frequently selected goal in this category. Being moved by other participants' testimonies (82.2%) and being in contact with people with and without mental illness (81.1%) were also widely endorsed. Personal development (78.5%) also fell within this high-endorsement range.

Within the 60–74% range, goals reflecting personal growth and adaptation were moderately endorsed. Stress management (74.5%) and increasing one's ability to adapt (72.8%) were among the most frequently selected in this group. Sharing one's knowledge and experience (68.1%), rediscovering motivation or meaning (61.7%), and becoming a Recovery College promoter (60.7%) also fell within this moderate endorsement range.

Finally, within the 50–59% range, two goals were selected by approximately half of the participants. Connecting with others was endorsed by 52.7% of participants, and familiarising oneself with online platforms was endorsed by 50.8%. No goal fell below the 50% endorsement threshold.

Detailed results are presented in Table 2.

Items Questionnaire	χ^2 (df)	p-value	Post-Secondary Students (n=36)	Health Practitioners (n=160)	Administrative Staff, Managers, Executives (n=55)	Peer Helpers, Patient Partners, Relatives/Family Members (n=55)	Teachers, Educators, Other Citizens (n=56)	% of learners who set this goal at T0 (n)
1. Acquire knowledge	7.919 (4)	0.095	35/36 (97.2%)	151/160 (94.4%)	48/55 (87.3%)	55/56 (98.2%)	54/56 (96.4%)	94.6% (282)
2. Acquire tools	4.739 (4)	0.315	34/36 (94.4%)	157/160 (98.1%)	52/55 (94.5%)	54/56 (96.4%)	56/56 (100.0%)	98.0% (292)
3. Better manage stress	6.221 (4)	0.183	28/36 (77.8%)	112/160 (70.0%)	44/55 (80.0%)	45/56 (80.4%)	47/56 (83.9%)	74.5% (222)
4. Increase ability to adapt	12.441(4)	0.014	29/36 (80.6%)	104/160 (65.0%)	42/55 (76.4%)	47/56 (83.9%)	46/56 (82.1%)	72.8% (217)
5. Personal development	21.078(4)	**<0.001***	34/36 **(94.4%)**$_a$	112/160 **(70.0%)**$_b$	43/55**(78.2%)**$_{ab}$	43/55**(78.2%)**$_{ab}$	53/56 **(94.6%)**$_a$	78.5% (234)
6. Rediscover motivation/meaning	14.794(4)	0.005	28/36 (77.8%)	82/160 (51.2%)	38/55 (69.1%)	38/55 (69.1%)	38/56 (67.9%)	61.7 % (184)
7. Share my knowledge and experience	24.618(4)	**<0.001***	25/36 **(69.4%)**$_{abc}$	102/160 **(63.7%)**$_{bc}$	28/55 **(50.9%)**$_c$	51/56 **(91.1%)**$_a$	43/56 **(76.8%)**$_{ab}$	68.1% (203)
8. Better support those around me	4.631 (4)	0.327	34/36 (94.4%)	142/160 (88.8%)	48/55 (87.3%)	53/56 (94.6%)	47/56 (83.9%)	89.6% (267)
9. Exchange with people from different backgrounds	4.367 (4)	0.359	34/35 (97.1%)	144/160 (90.0%)	54/56 (90.9%)	53/56 (96.4%)	53/56 (94.6%)	93.3% (278)
10. Connect with others	26.007(4)	**<0.001***	18/35 **(51.4%)**$_{ab}$	58/160**(36.3%)**$_b$	19/55 **(34.5%)**$_b$	37/56 **(66.1%)**$_a$	36/56 **(64.3%)**$_a$	52.7% (157)
11. Be in contact with people living with and without mental illness	12.363(4)	0.015	29/35 (82.9%)	126/159 (79.2%)	36/55 (65.5%)	51/56 (91.1%)	47/56 (83.9%)	81.1% (241)

Items Questionnaire	χ^2 (df)	p-value	Post-Secondary Students (n=36)	Health Practitioners (n=160)	Administrative Staff, Managers, Executives (n=55)	Peer Helpers, Patient Partners, Relatives/Family Members (n=55)	Teachers, Educators, Other Citizens (n=56)	% of learners who set this goal at T0 (n)
12. Be moved by the personal testimonies of other participants	5.877(4)	0.209	31/36 (86.1%)	128/159 (80.5%)	41/55 (74.5%)	51/56 (91.1%)	45/56 (80.4%)	82.2% (245)
13. Broaden my perspective	8.730 (4)	0.068	34/36 (94.4%)	152/160 (95.0%)	50/55 (90.9%)	56/56 (100.0%)	56/56 (100.0%)	96.6% (288)
14. Improve and change the way I interact	11.231(4)	0.024	35/35 (100.0%)	142/159 (89.3%)	45/55 (81.8%)	53/55 (94.6%)	52/55 (94.5%)	91.2% (269)
15. Become a RC promoter	7.631 (4)	0.106	20/36 (55.6%)	101/160 (63.1%)	30/55 (54.5%)	42/56 (75.0%)	30/56 (53.6%)	60.7% (181)
16. Familiarise myself with online platforms	10.808(4)	0.029	15/36 (41.7%)	78/160 (48.8%)	27/55 (49.1%)	38/56 (67.9%)	35/55 (63.6%)	50.8% (151)

Note: The p-value refers to the overall chi-square test ($\alpha = 0.05$, unadjusted). Superscript letters (a, b, c) indicate pairwise post-hoc comparisons using Bonferroni correction (adjusted $\alpha = 0.05$ / number of comparisons). Groups sharing the same letter do not differ significantly, while different letters indicate a statistically significant difference.

* Statistically significant above corrected threshold ($p < 0.0031$).

Table 2. – Comparison of goal selection at T0 across learner groups

5.3.5.3 Research Question 2: Overall Goal Attainment at Follow-Up (T1)

Goal attainment at follow-up (T1) is presented according to participants' level of endorsement. For consistency, the same descriptive thresholds (≥ 90%, 75–89%, 60–74%, 50–59%, < 50%) were used to facilitate interpretation of the response distribution. Overall, perceived goal attainment at T1 ranged from 35.2% (Item 10 – Connecting with others) to 86.2% (Item 9 – Exchanging with people from different backgrounds).

Within the 75–89% range, several goals demonstrated high perceived attainment. Exchanging with people from different backgrounds (86.2%) and broadening one's perspective (85.2%) were the most frequently endorsed goals in this category. Being moved by other participants' testimonies (77.5%), acquiring knowledge (77.2%), acquiring tools (75.2%), and improving or changing the way one interacts with others (70.5%) were also widely endorsed. Being in contact with people living with and without mental illness (74.2%) was similarly represented within this high attainment range.

Within the 60–74% range, moderate attainment was observed in better supporting those around oneself (66.8%).

Within the 50–59% range, lower attainment levels were reported for sharing one's knowledge and experience (59.4%) and becoming a Recovery College promoter (51.3%).

Finally, attainment levels below 50% were reported for pursuing personal development (48.3%), increasing one's ability to adapt (46.3%), better managing stress (45.3 %), familiarising oneself with online platforms (39.3%), rediscovering motivation or meaning (38.3%), and connecting with others (35.2%).

Table 3 presents the proportions and numbers of participants who perceived they had attained each goal at T1, along with the corresponding selection rates at baseline.

Items questionnaire	χ^2 (df)	p-value	Post-secondary Students (n=31)	Health Practitioners (n=135)	Administrative Staff, Manager, Executive (n=49)	Peer Helpers, Patients Partners, Relatives/Family Members (n=51)	Teachers, Educators, and Other Citizens (n=45)	% of learners who perceived goal achieved at T1 (n)
1. Acquire knowledge	9.170(4)	0.057	27/29 (93.1%)	95/124 (76.6%)	36/39 (92.3%)	37/49 (75.5%)	35/41 (85.4%)	77.2% (230)
2. Acquire tools	1.206(4)	0.877	23/28 (82.1%)	96/129 (74.4%)	35/44 (79.5%)	38/48 (79.2%)	32/42 (76.2%)	75.2% (224)
3. Better manage stress	5.463(4)	0.243	14/22 (63.6%)	46/88 (52.3%)	27/37 (73.0%)	25/40 (62.5%)	23/35 (65.7%)	45.3% (135)
4. Increase ability to adapt	6.915(4)	0.141	12/23 (52.2%)	46/82 (56.1%)	26/35 (74.3%)	28/42 (66.7%)	26/35 (74.3%)	46.3% (138)
5. Personal development	6.699(4)	0.153	13/28 (46.4%)	51/89 (57.3%)	27/36 (75.0%)	26/39 (66.7%)	27/42 (64.3%)	48.3% (144)
6. Rediscover motivation/meaning	2.075(4)	0.722	15/22 (68.2%)	39/70 (55.7%)	19/30 (63.3%)	23/34 (67.6%)	18/28 (64.3%)	38.3% (114)
7. Share my knowledge and experience	5.391(4)	0.250	18/19 (94.7%)	65/80 (81.3%)	22/24 (91.7%)	40/46 (87.0%)	32/34 (94.1%)	59.4% (117)
8. Better support those around me	3.175(4)	0.529	22/28 (78.6%)	83/114 (72.8%)	33/41 (80.5%)	38/48 (79.2%)	23/35 (65.7%)	66.8% (199)
9. Exchange with people from different backgrounds	0.781(4)	0.941	27/29 (93.1%)	110/119 (92.4%)	37/41 (90.2%)	45/48 (93.8%)	38/40 (95.0%)	86.2% (257)
10. Connect with others	3.011(4)	0.556	10/14 (71.4%)	33/48 (68.8%)	15/19 (78.9%)	28/33 (84.8%)	19/26 (73.1%)	35.2% (105)
11. Be in contact with people living with and without mental illness	2.931(4)	0.569	23/24 (95.8%)	99/105 (94.3%)	26/30 (86.7%)	41/45 (91.1%)	32/36 (88.9%)	74.2% (221)
12. Be moved by the personal testimonies of other participants	1.650(4)	0.800	24/26 (92.3%)	100/105 (95.2%)	30/33 (90.9%)	43/46 (93.5%)	34/35 (97.1%)	77.5% (231)
13. Broaden my perspective	2.328(4)	0.676	9/11 (92.9%)	46/61 (88.0%)	19/21 (92.9%)	28/35 (87.8%)	15/23 (83.7%)	85.2% (254)

Items questionnaire	χ^2 (df)	p-value	Post-secondary Students (n=31)	Health Practitioners (n=135)	Administrative Staff, Manager, Executive (n=49)	Peer Helpers, Patients Partners, Relatives/Family Members (n=51)	Teachers, Educators, and Other Citizens (n=45)	% of learners who perceived goal achieved at T1 (n)
14. Improve and change the way I interact	3.290(4)	0.510	24/29 (82.8%)	90/115 (78.3%)	33/38 (86.8%)	34/46 (73.9%)	29/40 (72.5%)	70.5% (210)
15. Become a RC promoter	2.545(4)	0.636	13/15 (86.7%)	69/82 (84.1%)	20/25 (80.0%)	31/38 (81.6%)	20/21 (95.2%)	51.3% (153)
16. Familiarise myself with online platforms	4.411(4)	0.353	9/11(81.8%)	46/61 (75.4%)	19/21 (90.5%)	28/35 (80.0%)	15/23 (65.2%)	39.3% (117)
Note: The p-value refers to the overall chi-square test ($\alpha = 0.05$, unadjusted). Statistically significant above corrected threshold ($p < 0.0031$).								

Table 3. – Comparison of goals attainment at T1 across learner groups

5.3.5.4 Research Question 3: Differences in Goal Selection and Attainment Across Learner Groups

5.3.5.4.1 Differences in Goal Selection at Baseline (T0)

Among the 16 items assessing goals selected by participants at T0, seven (Items 5, 6, 7, 10, 11, 14, 16) showed statistically significant differences between learner groups ($p < 0.05$). However, after Bonferroni-adjusted post hoc analyses ($p < 0.0031$), only three items (Items 5, 7, 10) showed significant differences among specific learner groups. Descriptive and inferential statistics are presented in Table 2, and significant between-group differences are illustrated in Figure 1.

Item 5 – Pursue personal development

A significant difference was found between learner groups for Item 5 (Pursue personal development) ($\chi^2(4) = 21.078$, $p < 0.001$). Peer helpers, patient partners, relatives/family members (94.6%), and post-secondary students (94.4%) were significantly more likely to set this goal than health practitioners (70.0%). Administrative staff, managers, executives (78.2%) and teachers, educators, other citizens (78.2%) showed high endorsement rates and did not differ significantly from either the groups with higher endorsement or those with lower endorsement.

Item 7 – Share my knowledge and experience

A significant difference was found between learner groups for Item *7 (Share my knowledge and experience)* ($\chi^2(4) = 24.618$, $p < 0.001$). Peer helpers, patient partners, relatives/family members were significantly more likely to select this goal (91.1%) than administrative staff, managers, and executives (50.9%). Goal-selection rates for other groups were 69.4% for post-secondary students, 63.7% for health practitioners, and 76.8% for teachers, educators, and other citizens.

Item 10 – Connecting with others

A significant difference was found between learner groups for Item 10 (Connecting with others) ($\chi^2(4) = 26.007$, $p < 0.001$). Peer helpers, patient partners, relatives/family members (66.1%), as well as teachers, educators, and other citizens (64.3%), were significantly more likely to select this goal than health practitioners (36.3%) and administrative staff, managers, and executives (34.5%). Post-secondary students reported moderate-to-lower goal-selection rates (51.4%).

5.3.5.4.2 Differences in Goal Attainment at Follow-Up (T1)

Inferential analyses examining differences in perceived goal attainment across learner groups revealed no statistically significant differences for any of the 16 items ($p = 0.057$-0.941). Descriptive and inferential statistics for all items are presented in Table 3.

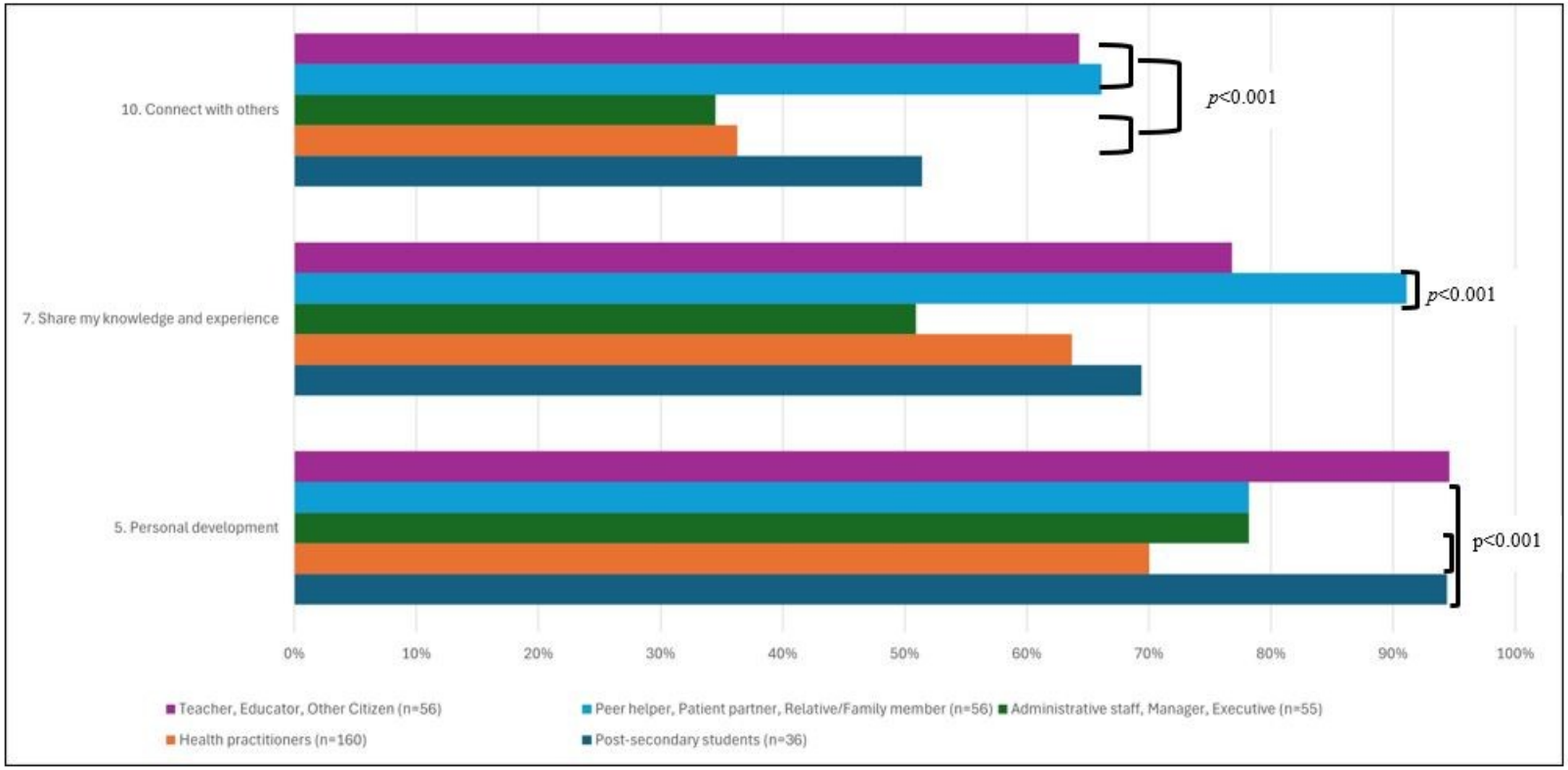


Figure 1. – Differences between learner groups after post-hoc analysis in goal selection at T0

Note. Brackets indicate goals that show significant differences between learner groups based on post-hoc comparisons with a Bonferroni correction ($p = 0.0031$).

5.3.6 Discussion

This study examined differences in learners' baseline selected goals and their perceived attainment across learner groups in RC courses. Overall, the findings highlight the coexistence of diverse baseline goals and convergence in perceived goal attainment, suggesting that RCs function as inclusive and flexible learning environments that support a wide range of learner profiles.

At baseline, learners most often selected pre-identified goals such as acquiring tools, broadening one's perspective, gaining knowledge, engaging with people from diverse backgrounds, and improving interpersonal interactions. This pattern aligns with prior work showing that RC learners pursue a wide range of goals, though the emphasis observed here diverges from earlier studies. Sommer et al. (2019b) reported predominantly concrete, domain-specific goals related to education, physical health, social relationships, mental health, and employment, likely influenced by the requirement that participants formulate SMART goals. In contrast, Yoeli et al. (2022) identified goals centred on emotional and cognitive regulation and restoration of agency, pointing to a more intrapersonal orientation, while Ebrahim et al. (2018) highlighted skill-based and socially oriented goals. Building on these perspectives, learners in the present study further prioritised interpersonal and knowledge-based goals, suggesting a more transversal orientation—one that may cut across life domains—rather than the purely domain-specific or intrapersonal focus often emphasised in earlier research. Taken together, these findings suggest that RCs accommodate a diversity of learner goals, consistent with their learner-centred and inclusive ethos (Lefay et al., 2025; Perkins et Repper, 2017; Toney et al., 2018). In line with recent philosophical analyses of the RC learning model (Lefay et al., 2025), this diversity should not be interpreted as discrete categories. Because RC learning is grounded in epistemic plurality, imposing predefined classifications risks oversimplifying goals that are often intertwined.

At follow-up (T1), perceived goal attainment was generally high across learners. The goals most frequently achieved—exchanging with people from different backgrounds, broadening one's perspective, being moved by others' testimonies, and acquiring knowledge and practical tools—reflect forms of learning that engage cognitive, emotional, and social processes, as described in Illeris's learning model (Illeris, 2002). The strong impact of testimonies echoes findings from a previous study we conducted with health practitioners, which showed that emotional involvement—linked to experiential knowledge—can foster meaningful learning and its translation into practice [reference removed for double-anonymised peer review]. However, one socially oriented goal—connecting with others—was less often perceived as achieved, possibly due to the RC's online format. While digital environments can support interaction and mutual learning, they may offer fewer opportunities for developing deeper interpersonal bonds, echoing findings on the relational limits of

digital communication (Turkle, 2015). These observations suggest that online RCs may benefit from exploring ways to support interpersonal connections even within virtual learning environments.

Regarding differences between learner groups, the results indicate distinct goal-selection profiles at baseline but similar perceived goal attainment levels at follow-up. Learners with lived experience (peer helpers, patient partners, and relatives/family members) and post-secondary students tended to prioritise personal development and connection with others, whereas other groups selected a broader mix of goals. Although previous RC studies have not systematically compared goals across learner groups, recent work by Rapisarda et al. (2025) demonstrates that learners follow distinct change trajectories depending on baseline characteristics and role identities. Despite these initial differences, all learners reported similar levels of goal attainment at follow-up, highlighting a key finding: RC courses appear to support learning effectively across diverse learner groups, consistent with the RC ethos of inclusive pedagogy (Briand et al., 2023; Lefay et al., 2025; Perkins et al., 2012).

These results should also be interpreted in the context of how learning goals are defined. Studies using self-defined goals show that learners formulate highly diverse personal objectives and often perceive progress over time, even when starting from lower well-being (Yoeli et al., 2022). In contrast, studies using structured goals report uniformly high attainment, suggesting that standardised goals facilitate consistent evaluation (Sommer et al., 2019; Whitehead et al., 2024). Our use of pre-selected goals offers a middle ground: it ensures comparability across learners while allowing individuals to choose objectives aligned with their motivations, balancing ecological validity and analytic clarity.

5.3.6.1 Limits and future perspectives

To our knowledge, this pre-experimental study is the first to examine both goal selection and perceived goal attainment across diverse learner groups in RC courses using a large sample (n = 378). Nevertheless, some limitations should be considered. First, the 16-item goal questionnaire allowed multiple selections, which may have diluted the specificity of learners' priorities and complicated the interpretation of attainment. However, the tool remains a strength: it was developed inductively from qualitative analyses of open-ended responses, ensuring strong ecological validity and alignment with the lived experience of RC learners. Future research could refine the instrument by asking learners to prioritise or rank their main goals or by developing shorter, targeted scales that maintain qualitative grounding while improving analytic clarity. For learners, integrating structured goal-reflection tools or personalised learning plans into RC courses could help clarify goals and support ongoing reflection throughout the learning process.

Second, our analyses were descriptive and did not examine individual-level relationships between goals selected at T0 and perceived attainment at T1. This study deliberately focused on describing goal selection

and attainment separately as a first step. Future research could build on this descriptive foundation by following individual learners longitudinally to examine how personally selected goals are achieved over time and whether these trajectories vary by learner type. Such studies would complement existing correlational work, e.g., Sommer et al. (2019), providing deeper insight into learning dynamics in RC courses.

Finally, although the sample was large, participants were drawn from a specific Canadian RC context, which may limit the generalisability of the findings. Future studies could investigate RC courses in diverse cultural and organisational contexts, as well as across both in-person and online formats, to better understand the conditions that support goal attainment.

5.3.7 Conclusion

This study is the first to examine goal selection and perceived goal attainment across diverse learners in an online RC course. The findings offer a nuanced perspective on the RC model's impact, showing that its inclusive structure supports consistent levels of perceived goal attainment across a diverse learner population. The shift from intergroup differences in baseline goal selections to similar perceived attainment levels at follow-up highlights the flexibility and adaptability of the co-learning model. Overall, this study reinforces the RC approach as a robust framework for accessible, participatory, and inclusive mental health education that accommodates individual learning needs within a collaborative community setting.

5.3.8 References

Bellemare, J., Vallée, C., & Briand, C. (2024). Exploring the role of the Recovery College model as a transformative tool for recovery-oriented practice: Perceived benefits and perspectives from health practitioners in Quebec, Canada. *Frontiers in Psychiatry, 15*, 1440840.

Bellemare, J., Briand, C., Samson-Daoust, E., Rapisarda, F, & Lefay, G. (s.d.). How health practitioners learners differ from other learners in Recovery College courses: An outcomes study. [Manuscript submitted for publication].

Briand, C., Giguère, C.-É., Macario de Medeiros, J., et al. (2024). The effectiveness of an online short-format Recovery College model: A co-learning model to support mental health. *International Journal of Mental Health Systems, 18*(1), 17.

Briand, C., Sauvageau, A., Bellemare, J., et al. (2023). Le Recovery College : un modèle novateur d'éducation à la santé mentale où l'égalité et la mixité des savoirs sont au cœur des apprentissages. In T. Lecompte (Ed.), *Manuel de réadaptation psychiatrique* (3e éd., pp. 499–525). Presses de l'Université du Québec.

Durbin, A., Nisenbaum, R., Wang, R., et al. (2021). Recovery education for adults transitioning from homelessness: A longitudinal outcome evaluation. *Frontiers in Psychiatry, 12*, 763396.

Ebrahim, S., Glascott, A., Mayer, H., & Gair, E. (2018). Recovery Colleges: How effective are they? *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice, 13*(4), 209–218.

Illeris, K. (2002). *The three dimensions of learning*. Krieger Publishing Company.

Kmet, L. M., Cook, L. S., & Lee, R. C. (2004). *Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields*.

Knowles, M. S. (1975). *Self-directed learning: A guide for learners and teachers*. Cambridge Adult Education.

Lefay, G., Samson-Daoust, E., Rapisarda, F., et al. (s.d). Impact of Recovery College online courses across learner types: A multilevel analysis. Manuscript submitted for publication.

Lefay, G., Briand, C., & Sauvageau, A., et al. (2025). Philosophical analysis of the Recovery College learning model: Characterization and connections to learning theories. *Frontiers in Psychiatry, 16*.

Locke, E. A., & Latham, G. P. (2013). *New developments in goal setting and task performance*. Routledge.

Mauldin, R. L. (2020). Experimental design. In *Foundations of social work research*. Mavs Open Press.

McGregor, J., Repper, J., & Brown, H. (2014). "The college is so different from anything I have done": A study of the characteristics of Nottingham Recovery College. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice, 9*(1), 3–15.

Mezirow, J. (1991). *Transformative dimensions of adult learning*. Jossey-Bass (ERIC source retained, APA publisher standardisé).

Paul, S., Battistelli, R., & Arbour, S. (2024). Impact of Recovery Colleges in postsecondary institutions in Canada: Preliminary findings. *Emerging Adulthood, 12*(3), 438–446.

Perkins, R., & Repper, J. (2017). Editorial. *Mental Health and Social Inclusion, 21*(2), 65–72.

Perkins, R., Repper, J., Rinaldi, M., & Brown, H. (2012). *Recovery colleges*. ImROC Briefing Paper 1.

Rapisarda, F., Briand, C., & Vallée, C. (2025). Clustering change patterns among learners of an online Recovery College in Quebec. *Frontiers in Psychiatry, 16*, 1534349.

Sommer, J., Gill, K. H., Stein-Parbury, J., et al. (2019). The role of Recovery Colleges in supporting personal goal achievement. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 42*(4), 394–403.

Toney, R., Knight, J., Hamill, K., et al. (2018). Development and evaluation of a Recovery College fidelity measure. *The Canadian Journal of Psychiatry, 64*(6), 405–414.

Turkle, S. (2015). *Reclaiming conversation: The power of talk in a digital age*. Penguin.

Whitehead, R., Harcla, C., Hopkins, L., & Robinson-Clarke, E. (2024). "What makes discovery college different?" A co-produced analysis of student experiences of discovery college. *Journal of Mental Health, 33*(4), 460–466.

Yoeli, H., Ryan, A., Hensby, C., et al. (2022). Recovery in Mind: A Recovery College's journey through the COVID-19 pandemic. *Health Expectations, 25*(6), 3274–3286.

Chapitre 6 – Discussion

Cette thèse avait pour objectif d'examiner l'expérience et les retombées des formations de type *Recovery College* auprès des apprenants-intervenants, afin de décrire et d'expliquer comment ce dispositif soutient, ou non, la transformation de leur pratique professionnelle. Pour atteindre cet objectif, trois études complémentaires ont été menées, mobilisant un devis mixte simultané.

Le présent chapitre propose une discussion articulée autour de quatre constats découlant des résultats obtenus. Le premier constat indique que les apprenants-intervenants présentent des retombées concrètes à la suite des formations de type *Recovery College*, ce qui montre que ce modèle peut être pertinent pour ce groupe. Le second constat souligne la convergence des retombées pour l'ensemble des apprenants, malgré la grande diversité des profils représentés au départ. Le troisième constat met en lumière l'expérience *Recovery College* comme catalyseur de l'apprentissage transformateur des apprenants-intervenants, tandis que le quatrième traite d'une tension épistémique entre la valorisation des savoirs expérientiels et la persistance d'une attente marquée à l'égard des savoirs théoriques.

Pour soutenir cette discussion, les résultats sont mis en perspective à la lumière de la théorie de l'apprentissage transformateur d'Illeris, ainsi que d'autres théories de l'apprentissage pertinentes et d'études antérieures consacrées aux *Recovery Colleges*. Enfin, ce chapitre met en évidence les forces et les limites de la thèse, en dégage les principales contributions et ouvre des perspectives pour de futures études.

6.1 Premier constat : des retombées concrètes validant la pertinence du modèle pour les apprenants-intervenants

L'articulation des données qualitatives (étude 1) et quantitatives (études 2 et 3) permet de valider empiriquement la pertinence du modèle *Recovery College*. Les résultats révèlent que les retombées ne se limitent pas à une satisfaction autodéclarée, mais s'inscrivent dans une trajectoire de changement à double versant, touchant simultanément les sphères personnelle et professionnelle.

Sur le plan personnel, les intervenants rapportent avoir acquis des outils concrets pour prendre soin de leur santé mentale (étude 1), ce qui s'accompagne d'une amélioration significative du bien-être mesurée à l'aide d'indicateurs standardisés (étude 2). Sur le plan professionnel, l'étude 1 révèle une reconsidération subjective des biais et préjugés envers les personnes vivant ou ayant vécu un trouble de santé mentale. Toutefois, sur le plan quantitatif, les scores d'attitudes et de distance sociale sont demeurés stables (étude 2). Ce résultat s'explique par un « effet plancher », les intervenants présentant initialement des scores peu

élevés, limitant mathématiquement la marge de progression statistique significative. À l'inverse, les résultats concernant le dévoilement de soi et la recherche d'aide (étude 2) montrent une augmentation significative, suggérant une évolution de la disposition des intervenants à partager leur propre vécu. L'étude 1 permet d'apporter une nuance importante à ce constat : malgré cette progression quantitative, certains intervenants rapportent une hésitation à partager leurs savoirs expérientiels. Cette hésitation peut s'apparenter à l'émergence d'une compétence réflexive : les *Recovery Colleges* agiraient ainsi comme des espaces permettant aux intervenants de mieux définir leurs limites et d'évaluer la pertinence clinique de partager leur vécu. De manière plus générale, ces résultats sur le dévoilement de soi ne doivent pas être interprétés comme contradictoires, mais plutôt comme l'expression de deux niveaux distincts de changement : un niveau mesurable par les instruments quantitatifs et un niveau subjectif et réflexif mis en évidence par les données qualitatives.

Dans le même ordre d'idées, les résultats concernant l'anxiété et la gestion du stress doivent également être interprétés comme complémentaires plutôt que divergents. Les scores d'anxiété reflètent un état psychologique au moment de la formation (étude 2), tandis que l'objectif de gestion du stress correspond à une intention d'apprentissage formulée avant la formation (étude 3). Les deux indicateurs ne portent donc pas sur la même dimension : l'un mesure un état, l'autre une intention. Cette distinction permet de comprendre pourquoi les apprenants-intervenants peuvent rapporter une faible anxiété tout en évaluant modestement l'atteinte de leur objectif de gestion du stress.

Ces résultats s'inscrivent dans la continuité des travaux de Perkins et al. (2017), qui décrivent les *Recovery Colleges* comme des espaces sécurisants permettant de réfléchir, de se déposer et de partager ses expériences sans jugement. Les participants de l'étude 1 rapportent d'ailleurs que les formations offrent un espace pour ventiler et échanger en toute sécurité, ce qui rejoint ces données empiriques antérieures. Par ailleurs, de nombreuses études menées sur différents types d'apprenants soulignent également les effets positifs de la formation sur le bien-être (Briand et al., 2024; Paul et al., 2024; Yoeli et al., 2022; Durbin et al., 2021; Ebrahim et al., 2018 ; Stevens et al., 2018). Sur le plan quantitatif, l'absence d'évolution significative des attitudes et de la distance sociale s'inscrit dans un phénomène déjà documenté dans la littérature (Briand et al., 2024). Sutton et French (2019) évoquent à cet égard un effet plancher, les scores initiaux étant déjà très favorables chez les apprenants-intervenants, limitant la possibilité d'observer des variations statistiquement significatives.

L'analyse des résultats obtenus suggère que la transformation rapportée par les intervenants à l'étude 1 découle d'une synergie entre les mécanismes d'action identifiés, soit les modalités pédagogiques, la mixité des apprenants, l'horizontalité des interactions et la complémentarité des savoirs. La théorie de l'apprentissage transformateur d'Illeris (2002; 2004), qui conçoit l'apprentissage comme une dynamique

entre les dimensions cognitive, affective et sociale, permet d'éclairer les processus à l'origine de ces changements. D'une part, les formations mobilisent fortement les dimensions affective et sociale, notamment par le climat de sécurité émotionnelle et humaniste, l'espace d'expression sans jugement et l'inspiration vécue au contact des pairs, tous identifiés par les intervenants comme essentiels dans l'étude 1. D'autre part, les modalités pédagogiques, en tant qu'ingrédients actifs à part entière, stimulent la dimension cognitive : la variété et l'interactivité des activités favorisent la réflexion, la confrontation constructive avec différents types de savoirs (notamment expérientiels) et l'engagement actif dans le processus d'apprentissage. Dans ce cadre sécurisant et stimulant, les intervenants affirment se sentir plus outillés pour reconsidérer leurs biais et leurs préjugés, ajuster leur pratique et clarifier leurs propres limites en matière de dévoilement.

En somme, la transformation observée chez certains participants apparaît comme le produit d'un équilibre entre des mécanismes d'action qui mobilisent simultanément les dimensions affective, sociale et cognitive de l'apprentissage. Cette dynamique s'aligne avec les récents travaux de Lefay et al. (2025), qui soulignent que le *Recovery College* agit comme un dispositif de transformation des cultures organisationnelles en favorisant la justice épistémique. En créant un espace de « mixité apprenante » le modèle permet de rééquilibrer les rapports de pouvoir entre les savoirs cliniques, théoriques et expérientiels. Les retombées identifiées dans cette thèse s'inscrivent ainsi dans une graduation d'effets touchant les niveaux individuel (identité et posture), organisationnel (transformation des cultures de soins) et sociétal (démocratisation du savoir et lutte contre la stigmatisation).

6.2 Deuxième constat : des retombées convergentes à travers la diversité des types d'apprenants

Un des objectifs spécifiques de la présente thèse était de caractériser le profil sociodémographique des apprenants-intervenants et examiner en quoi il se distingue de celui des autres apprenants. Or, les résultats de l'étude 2 indiquent que les formations de type *Recovery College* génèrent des courbes de croissance comparables pour les différents indicateurs mesurés, indépendamment du type d'apprenant et de ses caractéristiques initiales. De manière complémentaire, l'étude 3 montre que, bien que certains objectifs d'apprentissage diffèrent avant la formation, tous les types d'apprenants rapportent une atteinte équivalente de leurs objectifs à la fin de leur parcours. Ces résultats suggèrent que, malgré des différences sociodémographiques, psychométriques ou motivationnelles initiales, les formations possèdent une capacité transversale à répondre aux besoins de chacun, se traduisant par une progression et une satisfaction comparables quant à l'atteinte des objectifs d'apprentissage.

La mise en perspective de ces résultats avec ceux de Lefay et al. (s.d.) permet de consolider le constat d'une efficacité transversale du modèle, tout en apportant des nuances selon le profil des apprenants. Bien que les deux analyses reposent sur une même base de données, elles mobilisent des classifications différentes : l'étude 2 de cette thèse distingue deux groupes d'apprenants, tandis que Lefay et al. (s.d.) en identifient cinq. Malgré cette différence, les deux approches convergent vers l'absence d'interaction significative entre le type d'apprenant et le temps pour les principaux indicateurs (bien-être, anxiété et pouvoir d'agir), suggérant des courbes de croissance globalement similaires. Lefay et al. (s.d.) mettent toutefois en évidence, dans une analyse plus fine, des variations selon les sous-groupes, notamment pour certaines dimensions du pouvoir d'agir et de la stigmatisation. Ainsi, la présente thèse met en évidence une robustesse transversale des effets du modèle, tandis que les travaux de Lefay et al. (s.d.) montrent que cette homogénéité apparente coexiste avec des différences plus subtiles selon les profils d'apprenants.

Les travaux de Rapisarda et al. (2025), fondés sur une approche par clusters appliquée à la même base de données que celle mobilisée dans cette thèse, viennent appuyer cette interprétation dans le même sens, en montrant que le type d'apprenant ne constitue pas un facteur déterminant de l'appartenance aux profils de trajectoires identifiés. Leur analyse met en évidence trois profils distincts, dont la composition ne varie pas systématiquement selon le type d'apprenant. Elle montre également que certaines caractéristiques individuelles apparaissent plus fréquemment dans certains profils, sans toutefois les déterminer de manière systématique : par exemple, le cluster B regroupe davantage de participants issus de milieux cliniques, présentant initialement un bien-être plus élevé et une stigmatisation plus faible, mais retirant néanmoins des gains en matière de pouvoir d'agir. Ainsi, bien que l'approche par clusters fasse apparaître une hétérogénéité des trajectoires individuelles, cette variabilité ne s'organise pas de manière systématique selon les catégories d'apprenants, ce qui rejoint les résultats de la présente thèse fondée sur des modèles multiniveaux. L'utilisation de méthodes distinctes appliquées à une même base de données conduit donc à une conclusion convergente : le type d'apprenant n'est pas un déterminant strict des trajectoires de changement observées.

Plusieurs caractéristiques du modèle des *Recovery Colleges* permettent d'éclairer ces résultats. Selon l'analyse philosophique proposée par Lefay et al. (2025), le modèle repose sur des valeurs d'égalité entre les personnes et les savoirs, ainsi que sur des opérations de coproduction et de coapprentissage. Ces éléments favorisent des relations égalitaires et un apprentissage mutuel, où chaque apprenant, indépendamment de son statut ou de son expérience, est considéré comme un acteur actif dans la production de connaissances. Dans cette perspective, il n'est pas surprenant que les retombées mesurées puissent être similaires pour l'ensemble des apprenants, dans la mesure où le dispositif est conçu pour permettre à tous d'apprendre ensemble dans des conditions égalitaires. Cette convergence quantitative n'exclut toutefois l'existence pas de différences qualitatives dans la manière dont les apprentissages sont vécus par les apprenants.

Enfin, les résultats de la thèse suggèrent que les *Recovery Colleges* peuvent réunir des apprenants aux profils divers sans que leur appartenance à différents groupes d'apprenants ne soit associée à des différences marquées dans l'évolution des indicateurs étudiés ou dans l'atteinte des objectifs. La mixité des apprenants apparaît comme une composante centrale du modèle, contribuant à la création d'un espace d'apprentissage partagé et à l'émergence d'une culture commune du rétablissement.

6.3 Troisième constat : l'expérience *Recovery College* comme catalyseur de l'apprentissage transformateur des apprenants-intervenants

L'étude 1 menée dans cette thèse confirme que les formations de type *Recovery College* transcendent le simple transfert de connaissances pour instaurer une véritable dynamique d'apprentissage transformateur, principalement grâce à la place structurante des savoirs expérientiels dans le processus d'apprentissage. Selon les propos rapportés par les intervenants, cette dynamique transformatrice peut évoluer d'une meilleure compréhension du rétablissement vers une modification des attitudes cliniques et des modes d'intervention, et, chez certains participants, jusqu'à un questionnement de l'identité professionnelle.

Sur le plan de la compréhension, l'exposition à la pluralité des savoirs semble contribuer, chez certains participants, à une restructuration des schèmes cognitifs : le rétablissement cesse d'être un concept abstrait pour devenir un processus humain, complexe et singulier. Cette reconfiguration constitue le point d'ancrage des transformations ultérieures. En vivant une expérience de parité avec les personnes vivant ou ayant vécu un trouble de santé mentale, les apprenants-intervenants rapportent une prise de conscience de leurs biais implicites et un rappel crucial de l'importance de cultiver une humilité clinique et une posture égalitaire.

Les verbatims mettent d'abord en évidence une évolution de la posture clinique, qui se manifeste dans les attitudes et les modes d'intervention. Les participants de l'étude 1 décrivent notamment une humilité épistémique accrue, une écoute plus fine et une reconnaissance de la complémentarité entre les savoirs cliniques, théoriques et expérientiels. Cette évolution semble notamment s'appuyer sur une remise en question de la hiérarchie habituellement accordée aux différents types de savoirs. Une participante souligne : « Ça m'a vraiment amenée une position un peu plus d'humilité, de mettre en perspective le savoir clinique, théorique versus le savoir expérientiel. Ce n'est pas un qui est meilleur que l'autre, ce sont trois savoirs qui sont importants de concilier ensemble. » (Participante 10).

Cette évolution de la posture se manifeste dans les interventions. Les apprenants-intervenants de l'étude 1 décrivent une réflexivité accrue et un déplacement de leur raisonnement clinique : la posture d'expert laisse davantage place à une posture de partenariat, centrée sur l'autodétermination, les savoirs expérientiels et les forces de la personne. Dans cette perspective, Crowther et al. (2018) mettent en évidence un mécanisme

d’assouplissement des rôles entre les intervenants et les personnes ayant une expérience vécue de troubles de santé mentale, soulignant une transformation des relations et des rapports au savoir au sein des formations.

Parallèlement, les données de l’étude 1 révèlent des indices de questionnement identitaire, qui touchent la manière dont les intervenants se perçoivent dans leur rôle professionnel. Certains décrivent une mise à distance du titre, une reconnexion à leur profession ou l’acceptation de leurs propres limites. Comme l’exprime une participante : « Ça m’a redonné envie de redevenir infirmière, de vivre avec mes limites et de les accepter. Et de cesser de faire miennes les limites imposées par la société. » (Participante 5).

Ces mêmes données montrent que l’expérience d’un rôle d’apprenant peut contribuer à une mise entre parenthèses temporaire du statut professionnel, sans toutefois que ce processus soit systématique chez tous les participants. Certains rapportent s’être positionnés comme des apprenants parmi les autres, « d’humain à humain », en mettant à distance les marqueurs habituels de leur identité professionnelle. À l’inverse, d’autres décrivent une réactivation rapide de leur rôle d’intervenant au contact de personnes ayant une expérience vécue, mobilisant spontanément des comportements associés à leur pratique clinique. La mise à distance du statut professionnel peut ainsi favoriser une rencontre différente avec les autres apprenants et avec les savoirs expérientiels, mais elle demeure une possibilité plutôt qu’un effet automatique du dispositif. Cette tension met en évidence que la mixité des statuts et la participation à une formation commune ne suffisent pas, à elles seules, à suspendre les repères professionnels. La suspension identitaire apparaît ainsi comme un processus dynamique et variable selon les participants : elle peut favoriser une reconfiguration de la posture professionnelle chez certains, tandis que d’autres continuent de s’appuyer principalement sur leurs repères cliniques.

Ce processus de transformation trouve un écho théorique majeur dans l'analyse de Lefay et al. (2025), qui définit le *Recovery College* comme un dispositif visant à redresser les injustices épistémiques. Selon ces auteurs, la spécificité du modèle ne réside pas uniquement dans ses contenus, mais dans sa capacité à orchestrer une rencontre entre des types de savoirs hétérogènes au sein d'un environnement régi par la parité épistémique. C’est cette configuration pédagogique qui peut contribuer à créer les conditions d’une transformation. Les travaux de Lefay et al. (2025) corroborent les résultats de l’étude 1 menée dans cette thèse : ce n’est pas la seule présence des savoirs expérientiels qui semble contribuer à la transformation du rapport au savoir, mais leur mise en relation avec les savoirs cliniques et théoriques dans une situation pédagogique où leur légitimité est reconnue de manière équivalente. La parité épistémique apparaît ainsi comme une caractéristique structurante du dispositif, en créant un espace dans lequel les différents savoirs peuvent être confrontés, mis en dialogue et reconnus comme complémentaires.

Bien que les savoirs expérientiels soient déjà présents dans plusieurs milieux de pratique, notamment à travers l'intégration croissante des pairs aidants, les *Recovery Colleges* instaurent une configuration pédagogique distincte. Dans les milieux cliniques, les rôles professionnels, les responsabilités institutionnelles et les enjeux de performance tendent à maintenir des asymétries épistémiques, même en présence de pairs aidants. À l'inverse, les *Recovery College* suspendent temporairement ces rôles en instituant un espace non clinique où chacun occupe un rôle d'apprenant. La suspension temporaire du statut professionnel, combinée à la mixité des statuts, à l'horizontalité des interactions et à la reconnaissance équivalente des différents types de savoirs, crée ainsi une configuration que les milieux de pratique ne reproduisent pas nécessairement. Cette configuration distingue ainsi les *Recovery Colleges* d'autres contextes dans lesquels les savoirs expérientiels sont mobilisés, en offrant une situation d'apprentissage où les frontières professionnelles peuvent être temporairement mises à distance et où les rapports au savoir peuvent être reconfigurés.

C'est dans cette configuration particulière que peut émerger la disjonction décrite par Jarvis (2007; 2024), la transformation émerge d'une disjonction, c'est-à-dire un écart perçu entre les cadres de référence cliniques de l'intervenant et l'expérience vécue rencontrée en formation. Dans le cas des apprenants-intervenants, la confrontation à des savoirs expérientiels reconnus comme légitimes peut mettre en tension certains repères professionnels préexistants, notamment lorsque ceux-ci reposent principalement sur le savoir clinique. Dans les dispositifs de formation traditionnels, cet écart peut être neutralisé par une « présomption de savoir » ou par des mécanismes de défense professionnelle qui limitent la remise en question des certitudes. Les *Recovery Colleges* semblent au contraire offrir un contexte dans lequel cette tension peut être rendue visible et devenir un objet d'apprentissage. La rencontre avec les savoirs expérientiels peut alors agir comme une source de déstabilisation constructive des schèmes préexistants. Toutefois, comme le montrent les deux tendances observées dans cette étude, cette disjonction ne conduit pas nécessairement tous les participants à une même reconfiguration : certains continuent de s'appuyer principalement sur leurs repères cliniques, alors que d'autres s'engagent davantage dans une navigation entre les différents types de savoirs.

La disjonction ne constitue toutefois qu'un point de départ du processus transformateur. En mobilisant la théorie de l'apprentissage transformateur d'Illeris (2002; 2004), les résultats de la thèse peuvent être interprétés comme témoignant d'un processus d'apprentissage transformateur reposant sur l'interaction des dimensions cognitive, affective et sociale de l'apprentissage. Sur le plan cognitif, les savoirs expérientiels peuvent contribuer à une restructuration de la compréhension du soin et du rétablissement. Cette évolution est soutenue par la dimension affective : en créant un climat de sécurité émotionnelle et d'humanisme, le dispositif peut diminuer certaines barrières d'évitement émotionnel décrites par Jarvis (2007; 2024).

L'apprenant peut alors mobiliser son énergie psychique pour composer avec la disjonction plutôt que simplement la neutraliser. Parallèlement, la dimension sociale, caractérisée par l'horizontalité des interactions et la mixité apprenante, vient soutenir et consolider ce changement de posture. En apprenant avec les personnes vivant ou ayant vécu un trouble de santé mentale, l'apprenant-intervenant expérimente une parité qui peut déconstruire la distance sociale et favoriser une reconfiguration des rapports au savoir dans une logique d'humanisation de la relation d'aide.

En somme, les transformations documentées dans cette thèse apparaissent comme le produit de l'interaction entre les caractéristiques du dispositif pédagogique, les expériences de disjonction et de rencontre avec les savoirs expérientiels, ainsi que l'activation conjointe des dimensions cognitive, affective et sociale de l'apprentissage. Le rôle de catalyseur attribué au *Recovery College* ne repose donc ni sur la transmission de contenus nouveaux ni sur la seule exposition aux savoirs expérientiels, mais sur une configuration pédagogique qui rend possible leur rencontre dans un contexte de parité, d'horizontalité et de justice épistémique. En offrant la possibilité de mettre temporairement entre parenthèses les frontières associées aux statuts professionnels et en plaçant les participants dans une position commune d'apprenants, le dispositif semble ainsi créer des conditions favorables à une remise en question des schèmes préexistants, à une reconfiguration de la posture professionnelle et à des questionnements identitaires.

6.4 Quatrième constat : une tension épistémique entre les repères professionnels et l'expérience des *Recovery Colleges*

L'étude 1 de cette thèse met en lumière une tension persistante entre les repères professionnels des apprenants-intervenants et l'approche pédagogique proposée par les *Recovery Colleges*. Si le dispositif peut favoriser un apprentissage transformateur, comme décrit précédemment (voir section 6.3), ce processus ne se déploie toutefois pas de manière systématique. La rencontre avec une pluralité de savoirs peut en effet entrer en tension avec les attentes et les schèmes professionnels préexistants, notamment lorsque les intervenants associent la formation continue à l'acquisition de connaissances théoriques spécialisées et d'outils directement applicables à la pratique. Les résultats de l'étude 1 montrent ainsi que plusieurs participants souhaitaient approfondir leurs connaissances théoriques ou acquérir des outils cliniques, certains jugeant les contenus proposés trop généraux ou élémentaires. Cette attente est également corroborée par les résultats de l'étude 3, selon lesquels l'acquisition de connaissances et d'outils figurait parmi les objectifs les plus fréquemment sélectionnés par les apprenants au début de la formation. Ce constat rejoint les observations de Perkins et al. (2017), qui rapportent que certains intervenants peuvent percevoir les formations de type *Recovery College* comme relativement élémentaires.

Cette tension ne concerne toutefois pas uniquement les contenus de formation. Elle touche plus largement la manière dont les apprenants-intervenants conçoivent ce qui constitue un savoir pertinent. Les résultats qualitatifs de l'étude 1 révèlent en effet deux tendances parmi les apprenants-intervenants : certains continuent de s'appuyer principalement sur leurs repères cliniques lors des échanges et activités, alors que d'autres naviguent davantage entre les savoirs cliniques, théoriques et expérientiels. En d'autres mots, pour certains participants, les repères professionnels demeurent le principal cadre à partir duquel les nouvelles informations sont interprétées; pour d'autres, l'expérience de coapprentissage semble favoriser un déplacement dans la manière de considérer et d'articuler les différents types de savoirs.

Cette première tendance, soit l'appui sur les repères cliniques, apparaît notamment dans ce que les participants décrivent comme un « pli de l'intervenant », c'est-à-dire une tendance à réactiver spontanément une posture clinique dans un contexte pourtant conçu autour du coapprentissage. Une participante rapportait ainsi qu'en présence de personnes possédant des savoirs expérientiels, elle était rapidement « retombée » dans son rôle d'intervenante, en les questionnant, en validant leurs propos et en les reformulant. Ce résultat suggère que la participation à un espace d'apprentissage partagé ne suffit pas à suspendre les schèmes professionnels qui structurent habituellement les interactions. Le statut d'intervenant, les responsabilités qui lui sont associées et les habitudes relationnelles développées dans la pratique peuvent continuer à orienter la manière dont les participants écoutent, interprètent et répondent aux autres apprenants. À l'inverse, certains participants rapportaient avoir davantage mis à distance leur statut professionnel et avoir adopté une position d'apprenant parmi les autres. La tension épistémique apparaît ainsi comme une dynamique située, dans laquelle les repères professionnels peuvent tantôt être maintenus, tantôt être questionnés et réarticulés au contact d'autres formes de savoirs.

Cette dynamique relative aux types de savoirs peut être éclairée par les travaux de Fricker (2007) sur l'injustice épistémique, qui invitent à considérer les conditions dans lesquelles certaines personnes ou certains savoirs sont reconnus comme des sources légitimes de connaissance. Dans le contexte des *Recovery Colleges*, cette perspective permet notamment d'interroger les critères qui déterminent ce qui est considéré comme une expertise pertinente dans la formation des intervenants. La question ne porte donc pas uniquement sur la présence de savoirs expérientiels, mais également sur la crédibilité qui leur est accordée et sur leur capacité à être reconnus comme des savoirs à part entière. Cette reconnaissance peut être mise en tension lorsque l'expertise demeure principalement associée aux connaissances théoriques ou cliniques. À l'inverse, certains participants semblent progressivement élargir leur conception de l'expertise, en reconnaissant que l'expérience vécue constitue elle aussi une source de connaissances. Un participant résumait cette conception en précisant que l'expert n'est pas seulement celui qui possède des connaissances théoriques, mais également celui qui possède « le savoir d'avoir vécu et traversé » une expérience. Cette

redéfinition de l'expertise témoigne d'un déplacement des critères à partir desquels les savoirs sont jugés légitimes.

La perspective de Fricker permet également d'éclairer une autre dimension des résultats de l'étude 1, soit la difficulté initiale à comprendre ce qu'est le rétablissement à partir des seuls cadres professionnels. Plusieurs participants rapportaient que les témoignages de personnes ayant vécu un trouble de santé mentale leur permettaient de mieux comprendre les réalités, les émotions et les besoins des personnes accompagnées. L'expérience vécue contribuait ainsi à mettre des mots sur des phénomènes qui pouvaient demeurer difficiles à appréhender à partir du savoir clinique ou théorique. Cette dimension rejoint la notion d'injustice herméneutique telle qu'entendue par Fricker (2007), dans la mesure où la rencontre avec d'autres formes de savoirs peut contribuer à élargir les ressources interprétatives disponibles pour comprendre l'expérience du processus de rétablissement. Dans cette perspective, les *Recovery Colleges* ne transmettent pas uniquement de nouvelles informations : ils peuvent également contribuer à transformer les cadres à partir desquels certaines expériences deviennent intelligibles.

Ces observations rejoignent les analyses de Fisher (2024), qui montrent que les rapports de pouvoir présents dans la formation des intervenants en santé mentale peuvent limiter la reconnaissance des savoirs expérientiels et la prise en compte de perspectives alternatives. Les mécanismes de coproduction et de coapprentissage propres aux *Recovery Colleges* en contexte de mixité et d'horizontalité peuvent alors être envisagés comme des conditions susceptibles de soutenir une plus grande justice épistémique. En réunissant des personnes qui occupent habituellement des positions différentes dans le système de santé mentale et en reconnaissant la valeur complémentaire de leurs savoirs, le dispositif crée un espace dans lequel les critères habituels de légitimité peuvent être temporairement questionnés. Les formateurs détenant des savoirs expérientiels peuvent notamment agir comme des médiateurs épistémiques, en rendant accessibles des dimensions de l'expérience vécue qui demeurent moins facilement saisissables à partir des seuls cadres professionnels.

Cette tension entre les repères professionnels et les savoirs rencontrés en formation peut également être comprise à partir du concept de disjonction proposé par Jarvis (2007; 2024). La disjonction renvoie à l'écart qui peut apparaître entre les cadres de référence de l'apprenant et une expérience qui ne peut être entièrement assimilée à partir de ces cadres. Dans le cas des apprenants-intervenants, la rencontre avec des savoirs expérientiels reconnus comme légitimes peut ainsi mettre en tension certaines conceptions préexistantes du rétablissement, de l'expertise ou de la relation d'aide. Les *Recovery Colleges* ne créent donc pas nécessairement la disjonction par la transmission d'un contenu nouveau, mais par la confrontation à une configuration relationnelle et épistémique différente de celle habituellement rencontrée dans les contextes professionnels.

Dans cette perspective, les processus de non-apprentissage décrits par Illeris (2018) permettent également de comprendre pourquoi certaines disjonctions peuvent ne pas conduire à une reconfiguration des schèmes professionnels. Face à une expérience qui remet en question des repères établis, l'apprenant-intervenant peut chercher à préserver une continuité cognitive, affective ou identitaire en maintenant ses cadres de référence antérieurs. La rationalisation du contenu, la minimisation des différences entre les types de savoirs ou encore l'interprétation des savoirs expérientiels à partir de catégories cliniques préexistantes peuvent ainsi constituer des modalités d'ajustement à la tension rencontrée. Ces processus ne doivent pas nécessairement être interprétés comme des résistances conscientes au changement. Ils peuvent plutôt témoigner d'un effort visant à maintenir une certaine continuité face à une situation d'apprentissage qui remet en question des repères professionnels établis.

Le contexte organisationnel dans lequel évoluent les apprenants-intervenants peut contribuer à maintenir cette tension. Tel que souligné au chapitre 2 de cette thèse, les intervenants doivent composer avec des environnements où coexistent des logiques parfois contradictoires : d'une part, une culture institutionnelle valorisant l'expertise, la gestion du risque, la standardisation et l'efficacité technique; d'autre part, une approche du rétablissement qui accorde une place centrale à l'autodétermination, à la vulnérabilité, à la réciprocité et à l'horizontalité. Dans ce contexte, l'ouverture à des formes de savoir qui ne reposent pas sur l'expertise professionnelle peut nécessiter un déplacement des repères habituels de la pratique. Le « pli de l'intervenant » observé dans les résultats peut ainsi être compris non seulement comme une caractéristique individuelle, mais également comme le reflet de normes professionnelles et organisationnelles plus larges.

Enfin, les caractéristiques des *Recovery College* peuvent offrir des conditions favorables à l'exploration de cette tension sans chercher immédiatement à la neutraliser. La coproduction, le coapprentissage, l'horizontalité des interactions, la diversité des apprenants et la reconnaissance de la complémentarité des savoirs contribuent à créer un environnement dans lequel les repères professionnels peuvent être confrontés à d'autres perspectives. L'inconfort épistémique susceptible d'émerger dans cet espace ne constitue donc pas nécessairement un obstacle à l'apprentissage; il peut représenter le point de départ d'une réflexion sur la manière de considérer les différents savoirs.

En somme, la tension épistémique documentée dans cette thèse ne constitue pas une limite du modèle *Recovery College*, mais une composante du processus par lequel son approche pédagogique peut devenir transformatrice. La rencontre entre les repères professionnels et les savoirs expérientiels met en question non seulement les contenus de connaissances mobilisés par les intervenants, mais également les critères à partir desquels une expertise est reconnue comme légitime. Cette tension peut prendre la forme d'une disjonction et susciter des réponses différenciées, allant du maintien des repères cliniques à une navigation plus souple entre les différents types de savoirs. Le potentiel transformateur des *Recovery Colleges* réside

ainsi moins dans l'élimination de cette tension que dans la possibilité de la rendre visible, de l'explorer dans un contexte sécurisant et, pour certains participants, de soutenir une reconfiguration progressive du rapport au savoir et de la pratique professionnelle.

6.5 Forces et limites de la thèse

La discussion des résultats doit également s'accompagner d'une réflexion critique sur les forces et les limites de la démarche de recherche. Cette section vise ainsi à situer la portée des résultats présentés, tout en identifiant certaines limites qui doivent être prises en compte dans leur interprétation.

6.5.1 Forces

Cette thèse comporte plusieurs forces. D'abord, l'utilisation d'un devis mixte permet une compréhension riche et nuancée de l'expérience des intervenants et des retombées des formations. La triangulation des méthodes contribue à assurer une validité de convergence pour certains indicateurs, tout en permettant d'explorer des transformations subjectives qui échappent aux seules mesures psychométriques. Cette approche est particulièrement adaptée à l'étude d'une intervention complexe comme les *Recovery Colleges*.

La taille de l'échantillon global de l'étude quantitative (n = 378) confère une puissance statistique significative pour l'analyse des trajectoires temporelles. Elle permet de documenter les changements au sein du groupe des intervenants avec une robustesse statistique notable. La diversité des milieux cliniques représentés (milieu communautaire, réseau de la santé) et des professions enrichit également l'analyse en reflétant une pluralité de contextes de pratique.

6.5.2 Limites et stratégies futures

Malgré la rigueur apportée à la réalisation de cette thèse, l'interprétation des résultats doit tenir compte de certaines limites méthodologiques et conceptuelles. Alors que les limites spécifiques à chaque phase ont été détaillées dans les articles respectifs (voir chapitre 5), la présente section expose les limites transversales à la thèse dans son ensemble.

La principale limite de cette thèse réside dans la nature hybride du matériel empirique mobilisé et dans le défi de cohérence que cette configuration impose à un devis mixte. En effet, l'étude 1 repose sur une collecte de données originales, constituée d'entrevues semi-dirigées enrichies de questions spécifiquement élaborées pour répondre aux objectifs de la thèse, alors que les études 2 et 3 correspondent à des analyses secondaires de données existantes. Cette disparité dans la provenance des données complexifie l'exercice de triangulation. Alors que le volet qualitatif a pu être ajusté afin de documenter de manière fine les dimensions explorées dans cette recherche, le volet quantitatif est demeuré tributaire de variables et d'indicateurs

préexistants, limitant ainsi certaines possibilités d'analyse. Par ailleurs, l'intégration de résultats issus d'études initialement conçues à des fins distinctes nécessite une prudence analytique accrue. La mise en dialogue entre des perceptions nuancées recueillies en entrevue et des mesures statistiques plus globales représente ainsi un défi constant de convergence épistémologique, qui a exigé un effort soutenu de cohérence tout au long du processus de synthèse.

Une seconde limite transversale importante concerne le traitement analytique du groupe des intervenants. Bien que la thèse mette en lumière la cohabitation des savoirs cliniques et expérientiels, les analyses n'ont pas permis de distinguer finement les retombées spécifiques selon les profils d'expertise des intervenants. Certains d'entre eux occupent en effet des postures hybrides, possédant eux-mêmes un savoir expérientiel (comme personne utilisatrice de services ou proche). En les considérant comme un groupe homogène, la thèse comporte un angle mort sur l'influence de cette double identité dans le processus.

Une autre limite concerne la nature des instruments utilisés pour documenter les retombées des formations. L'ensemble de la recherche repose sur des mesures auto-rapportées, qui permettent d'accéder à l'expérience subjective des participants, mais qui présentent également certaines vulnérabilités méthodologiques. Les changements observés reflètent avant tout la perception qu'ont les participants de leur propre évolution à un moment donné. Pour dépasser cette limite, des recherches futures gagneraient à intégrer des indicateurs plus écologiques, c'est-à-dire ancrés dans le milieu naturel de pratique. Cela pourrait inclure l'observation directe des approches et modes d'intervention en milieu de soins ou l'analyse de situations cliniques réelles dans lesquelles le savoir expérientiel est mobilisé. Une telle approche permettrait de mieux documenter la traduction concrète des apprentissages dans la pratique professionnelle.

Dans cette perspective, une triangulation des sources de données apparaît également souhaitable afin d'obtenir une mesure plus robuste du transfert des apprentissages. L'intégration de la perspective des collègues, des gestionnaires ou encore des personnes ayant vécu un trouble de santé mentale et recevant les soins permettrait de valider si la transformation perçue par l'intervenant se traduit effectivement par un changement tangible dans l'offre de services. Une telle approche multisources favoriserait une compréhension plus globale du phénomène, en dépassant l'évaluation strictement individuelle pour mieux saisir l'impact social et organisationnel des formations de type *Recovery College.*

Enfin, l'absence d'évaluation formelle des conditions organisationnelles constitue une autre limite importante pour comprendre la pérennité des résultats observés et adopter une vision plus holistique de leur portée. La littérature souligne en effet que la culture organisationnelle représente un levier déterminant dans le transfert des apprentissages. Dans cette thèse, l'influence du contexte organisationnel, notamment le soutien des gestionnaires, la charge de travail des intervenants et la stabilité des équipes, n'a pas été mesurée

de manière systématique. Or, la valorisation et l'intégration durables des savoirs expérientiels dans la pratique ne dépendent pas uniquement de la volonté individuelle des intervenants, mais également de la réceptivité du milieu à ces nouveaux savoirs. Dans cette optique, les recherches futures gagneraient à inclure des indicateurs tels que la collaboration interprofessionnelle et le partage de connaissances au sein des équipes, afin d'identifier les contextes qui favorisent ou freinent la transformation des pratiques initiée en formation. Cette limite souligne ainsi l'importance d'adopter une perspective systémique, permettant de mieux comprendre l'articulation entre transformation individuelle, dynamique d'équipe et conditions organisationnelles dans l'implantation durable des formations de type *Recovery College.*

6.6 Contributions de la thèse

Les contributions de cette thèse se situent à plusieurs niveaux, notamment dans l'avancement des connaissances sur les *Recovery Colleges et* dans la réflexion sur les modalités de formation continue en santé mentale.

6.6.1 Contributions au champ des *Recovery Colleges*

Cette thèse apporte une contribution empirique importante à la compréhension du modèle *Recovery College* en documentant spécifiquement la participation des intervenants de la santé. Elle montre que, malgré la diversité des caractéristiques et des niveaux initiaux d'indicateurs psychologiques, les trajectoires de changement demeurent comparables à celles des autres apprenants, ce qui soutient l'idée que les *Recovery Colleges* peuvent constituer un espace d'apprentissage commun susceptible de favoriser des changements chez des apprenants aux profils différents.

Un autre apport central de la thèse réside dans l'identification d'une tension épistémique propre aux intervenants. Cette recherche montre que cette demande de théorie n'est pas une résistance au changement, mais un mécanisme de sécurisation identitaire essentiel pour intégrer de nouvelles perspectives.

Sans suggérer de modifications structurelles du modèle, ces résultats soulignent l'intérêt de réfléchir à la manière dont les *Recovery Colleges* peuvent prendre en compte cette tension. Ils invitent notamment à considérer comment clarifier la complémentarité des savoirs (théoriques, cliniques et expérientiels) dès l'accueil; et comment créer un environnement où l'exploration des savoirs expérientiels n'entraîne pas de sentiment de menace pour l'expertise professionnelle.

En somme, cette recherche documente que l'inclusion réussie des intervenants repose sur un équilibre délicat : reconnaître la tension entre savoir expérientiel et repères théoriques et réfléchir à la manière de soutenir leur engagement, sans remettre en cause les principes fondamentaux de coproduction et de l'égalité des savoirs.

6.6.2 Contribution au champ de la formation continue

Les résultats de cette thèse apportent également une contribution au champ de la formation continue en santé mentale. Ils montrent que les *Recovery Colleges* constituent un dispositif de formation efficace et accessible pour les intervenants, distinct des formations traditionnelles centrées sur la transmission de contenus théoriques. La thèse met en évidence que les intervenants tirent profit d'un dispositif fondé sur la coconstruction, l'horizontalité relationnelle et la mobilisation du savoir expérientiel, et que ces caractéristiques soutiennent des transformations dans leurs représentations, attitudes, postures, approches et pratiques.

Les formations de type *Recovery Colleges* apparaissent ainsi comme une modalité complémentaire à d'autres formes de développement professionnel. Elles répondent à des besoins à la fois personnels (p.ex. : prendre soin de sa santé mentale) et professionnels, en offrant un espace d'apprentissage qui mobilise des savoirs difficilement accessibles dans les formats plus conventionnels.

6.6.3 Implications pratiques pour l'accompagnement des intervenants

Les résultats de cette thèse permettent également de dégager certaines implications pratiques pour soutenir l'expérience des intervenants dans les *Recovery Colleges*. Ces implications ne visent pas à modifier les fondements du modèle, mais plutôt à identifier des conditions susceptibles de faciliter l'engagement des intervenants dans un espace d'apprentissage fondé sur la parité des savoirs. Elles s'inscrivent dans la continuité des contributions précédentes en traduisant, sur un plan opérationnel, les dynamiques mises en évidence dans l'analyse des trajectoires des intervenants.

Une première implication concerne la préparation à l'entrée en formation. Les résultats montrent que plusieurs intervenants arrivent avec l'idée d'acquérir des « outils », ce qui pourrait refléter une compréhension partielle du modèle avant leur participation. Le recours à un média plus incarné que les communications habituelles — par exemple une courte vidéo présentant le fonctionnement du dispositif ou un témoignage d'intervenant ayant déjà participé — pourrait contribuer à situer le cadre et à clarifier les principes de coconstruction et d'égalité des savoirs. Une telle présentation pourrait également aider à distinguer les *Recovery Colleges* des formations centrées sur la transmission de contenus, en rendant plus explicite la nature expérientielle et collaborative des apprentissages proposés.

Les résultats mettent aussi en évidence l'importance de reconnaître l'inconfort initial associé à la rencontre entre différents registres de savoirs. Situer cette déstabilisation comme une composante normale du processus d'apprentissage pourrait soutenir l'engagement des intervenants et favoriser l'exploration de nouvelles perspectives, en évitant que cet inconfort soit interprété comme une remise en cause de leur expertise professionnelle. Cette normalisation pourrait contribuer à créer un environnement où la tension

épistémique identifiée dans cette thèse peut être investie comme un levier de transformation plutôt que comme un obstacle.

Une autre implication concerne la période suivant la participation. Instaurer des moments de réflexion post-formation pourrait offrir un espace pour explorer la manière dont les acquis issus de la coconstruction et de l'horizontalité relationnelle pourraient s'intégrer dans des contextes de travail plus structurés. Ces espaces permettraient de rendre visible la manière dont les intervenants mobilisent les savoirs expérientiels rencontrés en formation pour enrichir leurs approches professionnelles, en tenant compte de la tension entre expertise théorique et savoir expérientiel.

Enfin, l'environnement organisationnel dans lequel s'inscrit la participation aux *Recovery Colleges* pourrait également jouer un rôle. Une reconnaissance explicite de cette participation — par exemple en l'intégrant aux activités de développement professionnel, en facilitant la disponibilité des intervenants ou en valorisant les apprentissages issus de la formation — pourrait contribuer à créer des conditions favorables à l'intégration des principes de coproduction dans les pratiques quotidiennes. Une telle reconnaissance permettrait de situer l'expérience *Recovery College* comme une composante légitime du parcours professionnel, soutenant ainsi la continuité entre les apprentissages vécus en formation et leur mobilisation dans les environnements de travail.

Ces implications pratiques ne remettent pas en question les principes d'égalité des savoirs et de coconstruction qui caractérisent les *Recovery Colleges*; elles visent plutôt à créer des conditions permettant aux intervenants d'investir pleinement cet espace d'apprentissage, tout en tenant compte de la déstabilisation de certains repères professionnels.

6.7 Perspectives d'avenir

Les résultats de cette thèse ouvrent plusieurs pistes de recherche prometteuses. Premièrement, certaines dimensions mériteraient une exploration plus systématique, notamment la **s**atisfaction des intervenants et leur engagement effectif (par exemple, par l'analyse des taux de complétion des séances). Documenter ces indicateurs permettrait d'esquisser un portrait plus nuancé de l'adhésion des professionnels aux *Recovery Colleges* et d'identifier les leviers favorisant leur participation durable. Par ailleurs, les variables actuellement mesurées se concentrent essentiellement sur le volet psychologique des intervenants, tandis que les impacts sur leur pratique demeurent moins documentés. Il serait donc pertinent de développer des outils standardisés permettant d'évaluer l'évolution des compétences professionnelles ou l'adoption d'approches et d'interventions orientées vers le rétablissement, en complément des mesures psychologiques déjà existantes. Dans le même ordre d'idées, il serait pertinent de documenter la perspective des apprenants-intervenants qui quittent la formation sans l'avoir complétée. Leurs motifs de désengagement, leurs attentes

et leur expérience de la formation pourraient différer de ceux des participants qui la complètent. Une telle démarche permettrait de mieux documenter un possible biais d'attrition et d'éviter que l'évaluation des *Recovery Colleges* ne repose principalement sur l'expérience des participants demeurés engagés jusqu'à la fin de la formation, dont l'expérience pourrait être plus favorable.

Deuxièmement, la structure des formations et l'intégration des *Recovery Colleges* au sein de la culture organisationnelle constituent également des axes d'étude prometteurs. Il serait pertinent d'analyser comment les principes de coapprentissage et de mixité des savoirs, piliers des *Recovery Colleges*, peuvent innerver d'autres modalités de formation continue. À titre d'exemple, les congrès professionnels, où les savoirs théoriques prédominent encore, gagneraient à intégrer une mixité d'apprenants et une pluralité de savoirs. En ce sens, le modèle *Recovery College* possède un fort potentiel pour transformer les pratiques de formation continue vers des modèles plus inclusifs.

Enfin, l'évaluation des retombées des formations de type *Recovery College* sur les personnes vivant ou ayant vécu un trouble de santé mentale accompagnées par des intervenants ayant suivi ces formations constitue une perspective particulièrement pertinente. En examinant si l'évolution de la posture relationnelle se traduit par une amélioration de l'expérience de soin ou des processus de rétablissement, cette démarche permettrait de documenter le rôle des intervenants comme vecteurs de changement systémique. Une telle avenue de recherche contribuerait à éclairer le lien entre les transformations observées chez les intervenants à la suite de la formation et la qualité des services offerts dans le milieu de la santé mentale.

Chapitre 7 - Conclusion

Cette thèse avait pour objectif d'examiner l'expérience et les retombées des formations de type Recovery College auprès des apprenants-intervenants, afin de décrire et d'expliquer comment ce dispositif soutient, ou non, la transformation de leur pratique professionnelle. Grâce à un devis mixte simultané, les trois études menées ont permis de lever le voile sur un groupe d'apprenants jusqu'ici peu documenté dans la littérature scientifique.

Les résultats suggèrent que les *Recovery Colleges* peuvent constituer un dispositif de formation propice à la transformation des apprenants-intervenants. Malgré la diversité des profils initiaux, les trajectoires de changement observées sont convergentes et transversales : les intervenants bénéficient du modèle pédagogique horizontal dans une mesure comparable à celle des autres apprenants. L'expérience vécue s'inscrit dans un processus d'apprentissage transformateur, favorisant l'intégration de nouveaux schèmes de pensée et d'action ainsi que l'émergence de nouvelles postures et identités dans les milieux de pratique.

Un des apports originaux de cette thèse réside toutefois dans la mise en lumière d'une tension épistémique persistante. Pour les apprenants-intervenants, le besoin de cadres conceptuels demeure important, fonctionnant comme un levier de légitimation et de sécurisation dans leur environnement professionnel d'origine.

En somme, les *Recovery Colleges* offrent une voie complémentaire et nécessaire à la formation continue traditionnelle. En favorisant une rencontre authentique entre savoirs théoriques, cliniques et savoirs expérientiels, ils contribuent activement à la transformation de la culture organisationnelle, vers une pratique professionnelle davantage cohérente avec le rétablissement. Ce modèle propose ainsi un espace d'apprentissage unique où le développement professionnel s'articule indissociablement avec l'épanouissement personnel, permettant aux intervenants d'évoluer dans leur pratique tout en prenant soin d'eux-mêmes.

Références bibliographiques

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s [Article]. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 16*(4), 11. https://doi.org/10.1037/h0095655

Arbour, S. et Rose, B. T. (2018). Improving relationships, lives and systems: the transformative power of a recovery college. *Journal of Recovery in Mental Health, 1*(3), 1-6.

Aronson, E. (1969). The theory of cognitive dissonance: A current perspective. Dans *Advances in experimental social psychology* (vol. 4, p. 1-34). Elsevier.

Assad, L. (2014). L'expérience du rétablissement en santé mentale : un processus de redéfinition de soi. *Le sujet dans la cité, 5*(2), 76-84. https://doi.org/10.3917/lsdlc.005.0076

Astbury, B., & Leeuw, F. L. (2010). *Unpacking black boxes: Mechanisms and theory building in evaluation*. *American Journal of Evaluation, 31*(3), 363-381. https://doi.org/10.1177/1098214010371972

Australian Health Ministers' Advisory Council. (2013). *A national framework for recovery-oriented mental health services: Guide for practitioners and providers*. Australian Government.

Aymerich, C., Pedruzo, B., Pérez, J. L., Laborda, M., Herrero, J., Blanco, J., Mancebo, G., Andrés, L., Estévez, O. et Fernandez, M. (2022). COVID-19 pandemic effects on health worker's mental health: Systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry, 65*(1), e10. https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.1

Bellemare, J., Vallée, C., Briand, C., Sauvageau, A. et Drolet, M.-J. (2024). Exploring the role of the Recovery College model as a transformative tool for recovery-oriented practice: perceived benefits and perspectives from health practitioners in Quebec, Canada. *Frontiers in Psychiatry, 15*, 1440840. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1440840

Bester, K. L., McGlade, A., & Darragh, E. (2021). Is co-production working well in recovery colleges? Emergent themes from a systematic narrative review. *Journal of Mental Health Training, Education and Practice, 17*, 48-60. https://doi.org/10.1108/JMHTEP-05-2021-0046

Billett, S. (2020). *Learning in the workplace: Strategies for effective practice*. Routledge.

Boardman, J. et Shepherd, G. (2012). Des services de santé mentale centrés sur le rétablissement. Dans *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie* (p. 113-129). Érès. https://doi.org/10.3917/eres.jouet.2012.01.0113

Borg, M. et Kristiansen, K. (2004). Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services. *Journal of Mental Health, 13*(5), 493-505. https://doi.org/10.1080/09638230400006809

Brauer, M. et Curtin, J. J. (2018). Linear mixed-effects models and the analysis of nonindependent data: A unified framework to analyze categorical and continuous independent variables that vary within-subjects and/or within-items. *Psychological methods, 23*(3), 389.

Briand, C., Giguère, C.-É., Macario de Medeiros, J., Vallée, C., Luconi, F., Vachon, B., Drolet, M.-J., Monthuy-Blanc, J., Mahroug, A. et Hakin, R. (2024). The effectiveness of an online short-format Recovery College model: a co-learning model to support mental health. *International Journal of Mental Health Systems, 18*(1), 17. https://doi.org/10.1186/s13033-024-00637-7

Briand, C., Hakin, R., Macario de Medeiros, J., Luconi, F., Vachon, B., Drolet, M.-J., Boivin, A., Vallée, C. et Montminy, S. (2023a). Learner experience of an online co-learning model to support mental health during the COVID-19 pandemic: a qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 20*(3), 2498.

Briand, C. et Larivière, N. (2020). Les méthodes de recherche mixtes : Illustration d'une analyse des effets cliniques et fonctionnels d'un hôpital de jour psychiatrique. Dans N. Larivière et M. Corbière (dir.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes, 2e édition* (2e éd., p. 813-834). Presses de l'Université du Québec. https://doi.org/10.2307/j.ctv1c29qz7.34

Briand, C., Sauvageau, A., Bellemare, J., Bédard, M., Gomes, B. et Thériault, J. (2023b). Le Recovery College : un modèle novateur d'éducation à la santé mentale où l'égalité et la mixité des savoirs sont au coeur des apprentissages. Dans T. Lecompte (dir.), *Manuel de réadaptation psychiatrique* (3e éd., p. 499-525). Presses de l'Université du Québec. https://doi.org/10.2307/jj.32416482.27

Briand, C., Vallée, C., Luconi, F., Theriault, J., Sauvageau, A. et Bellemare, J. (2025). State-of-the-art literature review of Recovery College evaluative studies between 2013-2024. *Frontiers in Psychiatry, 16*, 1584110. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1584110

Brijan, B. (2024). Meaning in life in the context of psychopathology and personal recovery. *Journal of Philosophy of Life, 14*(1), 35-53.

Brousselle, A., Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P. et Hartz, Z. (2011). *L'évaluation: concepts et méthodes: Deuxième édition*. Les presses de l'Université de Montréal.

Bucheton, D., & Soulé, Y. (2009). *Les gestes professionnels et le jeu des postures de l'enseignant dans la classe : un multi-agenda de préoccupations enchâssées*. Éducation et didactique, 3(3), 29-48. https://doi.org/10.4000/educationdidactique.543

Commission de la santé mentale du Canada. (2015). *Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement*. c. l'auteur.

Connor, K. M. et Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety, 18*(2), 76-82.

Corp, I. (2023). IBM SPSS Statistics for Windows, version 29.0.2.

Creswell, J. W. et Clark, V. L. P. (2017). *Designing and conducting mixed methods research*. Sage publications.

Crowther, A., Taylor, A., Toney, R., Meddings, S., Whale, T., Jennings, H., Pollock, K., Bates, P., Henderson, C., Waring, J. et Slade, M. (2018). The impact of Recovery Colleges on mental health staff, services and society. *Epidemiol Psychiatr Sci, 28*(5), 481-488. https://doi.org/10.1017/S204579601800063X

Cyr, C., Mckee, H., O'Hagan, M., & Priest, R. (2016). Making the case for peer support. *Mental Health Commission of Canada*, *148*.

Dalgarno, M. et Oates, J. (2019). The crucible of co-production: Case study interviews with Recovery College practitioner trainers. *Health Education Journal, 78*(8), 977-987. https://doi.org/10.1177/0017896919856656

Dalgarno, M. et Oates, J. (2018). The meaning of co-production for clinicians: An exploratory case study of Practitioner Trainers in one Recovery College. *J Psychiatr Ment Health Nurs, 25*(5-6), 349-357. https://doi.org/10.1111/jpm.12469

Davidson, L., Rowe, M., DiLeo, P., Bellamy, C. et Delphin-Rittmon, M. (2021). Recovery-Oriented Systems of Care: A Perspective on the Past, Present, and Future. *Alcohol Res, 41*(1), 09. https://doi.org/10.35946/arcr.v41.1.09

Davidson, L. (2016). *The recovery movement: Implications for mental health care and enabling people to participate fully in life. Health Affairs, 35*(6), 1091-1097. https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.0153

De Lavergne, C. (2007). La posture du praticien-chercheur: un analyseur de l'évolution de la recherche qualitative. *Recherches qualitatives, 3*, 28-43.

Detry, M. A. et Ma, Y. (2016). Analyzing repeated measurements using mixed models. *Jama, 315*(4), 407-408.

Doroud, N., King, A., Zirnsak, T.-M., Brasier, C., Hall, T., Jordan, H. et Brophy, L. (2024). Creating "an oasis of hope, inclusion and connection": students and stakeholders' experiences of a pilot Recovery College. *Journal of Mental Health, 33*(1), 92-100. https://doi.org/10.1080/09638237.2023.2245881

Doucet, M.-J. (2021). *Rétablissement et citoyenneté en santé mentale: regards croisés sur les façons de «faire partie du monde»* [Université de Montréal].

Durbin, A., Nisenbaum, R., Wang, R., Hwang, S. W., Kozloff, N. et Stergiopoulos, V. (2021). Recovery education for adults transitioning from homelessness: a longitudinal outcome evaluation. *Frontiers in Psychiatry, 12*, 763396. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.763396

Ebrahim, S., Glascott, A., Mayer, H. et Gair, E. (2018). Recovery Colleges; how effective are they? *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice, 13*(4), 209-218. https://doi.org/10.1108/jmhtep-09-2017-0056

Eiroa-Orosa, F. J. et García-Mieres, H. (2019, 2019/11/01). A Systematic Review and Meta-analysis of Recovery Educational Interventions for Mental Health Professionals. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 46*(6), 724-752. https://doi.org/10.1007/s10488-019-00956-9

Eraut, M. (2004). *Informal learning in the workplace*. *Studies in Continuing Education, 26*(2), 247-273. https://doi.org/10.1080/158037042000225245

Farkas, M. (2018). L'émergence du rétablissement aux États-Unis : du combat avec la maladie au « bien vivre ». *Vie sociale, 23-24*(3), 53-74. https://doi.org/10.3917/vsoc.183.0053

Farkas, M. (2007). The vision of recovery today: what it is and what it means for services. *World Psychiatry, 6*(2), 68.

Festinger, L. (1972). A theory of cognitive dissonance. *Social psychology: Experimentation, theory, research*, 254-257.

Fisher, J. (2024). *Is epistemic injustice a worthy application to mental health nurse education? Nursing Ethics, 31*(7), 1196-1204. https://doi.org/10.1177/0969733024125915

Fricker, M. (2007). *Epistemic injustice: Power and the ethics of knowing*. Oxford University Press.

Gardien, E. (2025). Comprendre et définir le savoir expérientiel. *Aequitas, 31*(1), 7-30. https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1119322ar

Gilburt, H., Rose, D. et Slade, M. (2008). The importance of relationships in mental health care: A qualitative study of service users' experiences of psychiatric hospital admission in the UK. *BMC health services research, 8*(1), 1-12. https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-92

Girouard-Gagné, M., Durand, M., Carpentier, G. et Martel, J. (2024). Interposture : des postures multiples au bénéfice de la recherche. *Recherches qualitatives, 43*(2), 36-58. https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1118449ar

Glover, H. (2012). 2. Un nouveau paradigme se fait-il jour ? Dans T. Greacer et E. Jouet (dir.), *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie* (p. 33-59). Érès. https://doi.org/10.3917/eres.jouet.2012.01.0033

Gouvernement du Québec. (2022). *Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026: S'unir pour un mieux-être collectif*. Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Gouvernement du Québec. (1998). *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*. Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Guba, E. G. et Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. Dans N. K. Denzin et Y. S. Lincoln (dir.), *Handbook of qualitative research* (vol. 2, p. 105-117).

Harris, H., Shier, R., Black, G., Di Giandomenico, A., Lin, E., Bellissimo, G., Rovet, J., Gruszecki, S. et Soklaridis, S. (2023). Finding connection "while everything is going to crap": experiences in Recovery Colleges during the COVID-19 pandemic. *Research Involvement and Engagement, 9*(1), 77. https://doi.org/10.1186/s40900-023-00489-4

Hayes, D., Camacho, E. M., Ronaldson, A., Stepanian, K., McPhilbin, M., Elliott, R. A., Repper, J., Bishop, S., Stergiopoulos, V. et Brophy, L. (2023). Evidence-based Recovery Colleges: developing a typology based on organisational characteristics, fidelity and funding. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 1-10. https://doi.org/10.1007/s00127-023-02452-w

Illeris, K. (2018). *Contemporary Theories of Learning: Learning Theorists... In Their Own Words* (2e éd.). Routledge.

Illeris, K. (2016). *How we learn: Learning and non-learning in school and beyond* (2e éd.). Routledge. https://doi.org/https://doi.org/10.4324/9781315537382

Illeris, K. (2014). *Transformative learning re-defined: As changes in elements of the identity*. *International Journal of Lifelong Education, 33*(5), 573-586. https://doi.org/10.1080/02601370.2014.917128

Illeris, K. (2004). *Transformative learning in the perspective of a comprehensive learning theory*. *Journal of Transformative Education, 2*(2), 79-89. https://doi.org/10.1177/1541344603262315

Illeris, K. (2002). *Les trois dimensions de l'apprentissage* (éd. anglaise réimprimée). Krieger Publishing Company.

Jackson-Blott, K., Hare, D., Davies, B. et Morgan, S. (2019). Recovery-oriented training programmes for mental health professionals: a narrative literature review. *Mental Health & Prevention, 13*, 113-127. https://doi.org/10.1016/j.mhp.2019.01.005

Jarvis, P. (2024). *Adult education and lifelong learning: Theory and practice* (5e éd.). Routledge.

Jarvis, P. (2007). *Globalization, lifelong learning and the learning society: Sociological perspectives*. Routledge.

Johnstone, L., Boyle, M., Cromby, J., Dillon, J., Harper, D., Kinderman, P., Longden, E., Pilgrim, D. et Read, J. (2018). *The power threat meaning framework: Overview* (publication no 1854337564).

Jørgensen, K., Hansen, M. et Karlsson, B. (2022). Recovery-Oriented Practices in a Mental Health Centre for Citizens Experiencing Serious Mental Issues and Substance Use: As Perceived by Healthcare Professionals. *Int J Environ Res Public Health, 19*(16). https://doi.org/10.3390/ijerph191610294

Kassam, A., Papish, A., Modgill, G. et Patten, S. (2012). The development and psychometric properties of a new scale to measure mental illness related stigma by health care providers: the Opening Minds Scale for Health Care Providers (OMS-HC). *BMC psychiatry, 12*, 1-12.

Khan, B. M., Reid, N., Brown, R., Kozloff, N. et Stergiopoulos, V. (2020). Engaging adults experiencing homelessness in recovery education: A qualitative analysis of individual and program level enabling factors. *Frontiers in Psychiatry, 11*, 779. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00779

Kiptulon, E. K., Elmadani, M., Limungi, G. M., Simon, K., Tóth, L., Horvath, E., Szőllősi, A., Galgalo, D. A., Maté, O. et Siket, A. U. (2024, 2024/12/02). Transforming nursing work environments: the impact of organizational culture on work-related stress among nurses: a systematic review. *BMC Health Services Research, 24*(1), 1526. https://doi.org/10.1186/s12913-024-12003-x

Kirkpatrick, D., & Kirkpatrick, J. (2006). *Évaluer les programmes de formation : Les quatre niveaux* (3e éd.). San Francisco, CA : Berrett-Koehler Publishers.

Kmet, L. M., Cook, L. S. et Lee, R. C. (2004). *Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields*. Alberta Heritage Foundation for Medical Research.

Knaak, S., Mantler, E. et Szeto, A. (2017). Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. *Healthcare Management Forum, 30*(2), 111-116. https://doi.org/10.1177/0840470416679413

Knowles, M. S. (1975). Self-directed learning: A guide for learners and teachers. *Cambridge Adult Education*.

Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Kuhn, T. S., Meyer, L. et Luminet, J.-P. (2018). *La structure des révolutions scientifiques*. Flammarion. http://catalogue.bnf.fr/ark:/12148/cb454637520

Lameul, G. (2008). *Les effets de l'usage des technologies d'information et de communication en formation d'enseignants, sur la construction des postures professionnelles*. *Savoirs, 17*(2), 71-94. https://doi.org/10.3917/savo.017.0071

Lave, J., & Wenger, E. (1991). *Situated learning: Legitimate peripheral participation*. Cambridge: Cambridge University Press.

Le Boutillier, C., Leamy, M., Bird, V. J., Davidson, L., Williams, J. et Slade, M. (2011). What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance. *Psychiatric Services, 62*(12), 1470-1476. https://doi.org/10.1176/appi.ps.001312011

Le Boutillier, C., Slade, M., Lawrence, V., Bird, V. J., Chandler, R., Farkas, M., Harding, C., Larsen, J., Oades, L. G. et Roberts, G. (2015). Competing priorities: staff perspectives on supporting recovery. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 42*(4), 429-438. https://doi.org/10.1007/s10488-014-0585-x

Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J. et Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British journal of psychiatry, 199*(6), 445-452. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733

Leamy, M., Foye, U., Hirrich, A., Bjørgen, D., Silver, J., Simpson, A., Ellis, M. et Johan-Johanson, K. (2023). A systematic review of measures of the personal recovery orientation of mental health services and staff [Article]. *International Journal of Mental Health Systems, 17*(1), 1-14. https://doi.org/10.1186/s13033-023-00600-y

Lefay, G., Briand, C., Sauvageau, A., Drolet, M.-J., Vachon, B., Luconi, F., Aliki, T. et Nadeau-Tremblay, J. (2025). Philosophical analysis of the Recovery College learning model: characterization and connections to learning theories. *Frontiers in Psychiatry, 16*, 1613074.

Lefay, G., Samson-Daoust, E., Rapisarda, F., et Briand, C. (s.d.). *Impact of recovery college online courses across learner types: a multilevel analysis*. Manuscrit soumis pour publication.

Linden, M. et Kavanagh, R. (2012). Attitudes of qualified vs. student mental health nurses towards an individual diagnosed with schizophrenia. *Journal of advanced nursing, 68*(6), 1359-1368.

Liu, Q., Peng, W., Zhang, F., Hu, R., Li, Y., & Yan, W. (2016). *The effectiveness of blended learning in health professions: Systematic review and meta-analysis*. *Journal of Medical Internet Research, 18*(1), e2. https://doi.org/10.2196/jmir.4807

Locke, E.A. et Latham, G.P. (dir.). (2013). New Developments in Goal Setting and Task Performance (1st ed.). Routledge. https://doi.org/10.4324/9780203082744

Lorien, L., Blunden, S. et Madsen, W. (2020). Implementation of recovery-oriented practice in hospital-based mental health services: A systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing, 29*(6), 1035-1048. https://doi.org/10.1111/inm.12794

Martin, B. et Koenig, M. (2017). Évaluer le rétablissement? Dans J.-P. Arveiller, B. Durand et B. Martin (dir.), *Santé mentale et processus de rétablissement* (p. 194-205). Champ social. https://doi.org/10.3917/chaso.arvei.2017.01.0194

Mauldin, R. L. (2020). Chapter Eight: Experimental design. Dans *Foundations of Social Work Research*. Mavs Open Press.

McAllister, S., Simpson, A., Tsianakas, V. et Robert, G. (2021). “What matters to me”: A multi-method qualitative study exploring service users’, carers’ and clinicians’ needs and experiences of therapeutic engagement on acute mental health wards. *International Journal of Mental Health Nursing, 30*(3), 703-714.

McGregor, J., Repper, J. et Brown, H. (2014). “The college is so different from anything I have done”. A study of the characteristics of Nottingham Recovery College. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*. https://doi.org/10.1108/JMHTEP-04-2013-0017

Meddings, S., McGregor, J., Roeg, W. et Shepherd, G. (2015). Recovery colleges: quality and outcomes. *Mental Health and Social Inclusion, 19*(4), 212-221. https://doi.org/10.1108/mhsi-08-2015-0035

Mendenhall, A. N., Grube, W. et Jung, E. (2019). Implementing strengths model for youth in community mental health: Impact on case managers' professional quality of life. *Children and Youth Services Review, 102*, 1-6. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.04.020

Mental Health Commission of Canada. (2021). *Recovery-Oriented Practice. An Implementation Toolkit*.

Mental Health Commission of Canada. (2012). *Changing directions, changing lives: The mental health strategy for Canada*. Calgary, AB: Author.`

Mental Health Commission of Canada. (2009). *Toward recovery & well-being: A framework for a mental health strategy for Canada*.

Merriam, S. B. et Baumgartner, L. M. (2020). *Learning in adulthood: A comprehensive guide*. John Wiley & Sons.

Mestdagh, A. et Hansen, B. (2014). Stigma in patients with schizophrenia receiving community mental health care: a review of qualitative studies. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology : The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services, 49*(1), 79-87. https://doi.org/10.1007/s00127-013-0729-4

Mezirow, J. (1991). *Transformative dimensions of adult learning*. Jossey-Bass.

Miles, M. B. et Huberman, A. M. (2016). *Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook*. Sage Publications.

Modgill, G., Patten, S. B., Knaak, S., Kassam, A., & Szeto, A. C. (2014). *Opening Minds Stigma Scale for Health Care Providers (OMS-HC): Examination of psychometric properties and responsiveness*. *BMC Psychiatry, 14*(1), 120. https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-120

Muir-Cochrane, E., Lawn, S., Coveney, J., Zabeen, S., Kortman, B. et Oster, C. (2019). Recovery college as a transition space in the journey towards recovery: An Australian qualitative study. *Nursing & Health Sciences, 21*(4), 523-530. https://doi.org/10.1111/nhs.12637

National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. (1979). *The Belmont report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research*. Washington, DC : U.S. Department of Health, Education, and Welfare.

Newman-Taylor, K., Stone, N., Valentine, P., Hooks, Z. et Sault, K. (2016, Jun). The Recovery College: A unique service approach and qualitative evaluation. *Psychiatr Rehabil J, 39*(2), 187-190. https://doi.org/10.1037/prj0000179

New Zealand Government. (2016). *Commissioning framework for mental health and addiction: A New Zealand guide*. Ministry of Health.

New Zealand Government. (2002). *Building on strengths: A new approach to promoting mental health in New Zealand/Aotearoa*. Ministry of Health.

O'Brien, A., Murphy, L., Hunt, A., Dwyer, D. et Hunter, A. (2024). A co-created multimethod evaluation of recovery education in Ireland. *Health Expectations, 27*(2), e13937. https://doi.org/10.1111/hex.13937

Oates, J., Hassan, R. et Coster, S. (2022). "We're giving them the tools." A qualitative study of nursing students working with Recovery College trainers to support student wellbeing. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice, 17*(1), 1-11. https://doi.org/10.1108/JMHTEP-01-2021-0003

Pachoud, B., Le Roy-Hatala, C., des Moutis, C., & Cavroy, J.-P. (2019). Pratiques orientées vers le rétablissement: a-t-on pris la mesure des transformations requises? *L'information psychiatrique, 95*(7), 520–528. https://doi.org/10.1684/ipe.2019.1991

Patton, M. Q. (2015). *Qualitative research & evaluation methods: Integrating theory and practice* (4e éd.). SAGE Publications, Inc.

Paul, S., Battistelli, R. et Arbour, S. (2024). Impact of recovery colleges in postsecondary institutions in Canada–preliminary findings. *Emerging Adulthood, 12*(3), 438-446. https://doi.org/10.1177/21676968241230999

Perkins, A. M., Ridler, J. H., Hammond, L., Davies, S. et Hackmann, C. (2017). Impacts of attending recovery colleges on NHS staff. *Mental Health and Social Inclusion, 21*(1), 18-24. https://doi.org/10.1108/mhsi-11-2016-0035

Perkins, R. et Cooper, S. (s.d.) *A Space to Think for Inpatient Ward Staff*. ImROC. https://www.imroc.org/publications/a-space-to-think-for-inpatient-ward-staff

Perkins, R., Gibbard, S., Blackwood, Y., Barnitt, S., Smith, L., Cheetham, A., Repper, P., Rackham, A., Dorey, B. et Luck, J. (2024). *Recovering Adult Acute Psychiatric Inpatient Wards: Creating Recovery-Focused, Trauma-Informed and Neuro-Inclusive Culture, Relationships and Practice*. ImROC.

Perkins, R., Meddings, S., Williams, S. et Repper, J. (2018). *Recovery Colleges: 10 Years On*. ImROC.

Perkins, R. et Repper, J. (2017). Editorial. *Mental Health and Social Inclusion, 21*(2), 65-72. https://doi.org/10.1108/MHSI-02-2017-0005

Perkins, R., Repper, J. et Giles, K. (s.d.). *19. Creating a Recovery Focused Culture: changing the nature of conversations from the bottom up*. ImROC.

Perkins, R., Repper, J., Rinaldi, M. et Brown, H. (2012). *Recovery Colleges: Implementing Recovery through Organisational Change, Briefing Paper 1*.

Perez-Roux, T. (2011). *Changer de métier pour devenir enseignant: transitions professionnelles et dynamiques identitaires*. Recherches en éducation, (11). https://doi.org/10.4000/ree.4958

Piaget, J. (1975). *L'équilibration des structures cognitives.* Presses Universitaires de France.

Piat, M., Sofouli, E., Wainwright, M., Albert, H., Rivest, M. P., Casey, R., ... & Kasdorf, S. (2022). Translating mental health recovery guidelines into recovery-oriented innovations: A strategy combining implementation teams and a facilitated planning process. *Evaluation and Program Planning*, *91*, 102054.

Piat, M., Wainwright, M., Sofouli, E., Vachon, B., Deslauriers, T., Préfontaine, C. et Frati, F. (2021). Factors influencing the implementation of mental health recovery into services: A systematic mixed studies review. *Systematic reviews, 10*(1), 1-21. https://doi.org/10.1186/s13643-021-01646-0

Piat, M., Sabetti, J., & Bloom, D. (2010). The transformation of mental health services to a recovery-orientated system of care: Canadian decision maker perspectives. *International Journal of Social Psychiatry*, *56*(2), 168-177.

Rapisarda, F., Briand, C. et Vallée, C. (sous presse). Uncovering Learners Expectations in a Quebec Online Recovery College. *Mental Health and Social Inclusion*

Rapisarda, F., Briand, C., Vallée, C., Vachon, B. et Lefay, G. (2025). Clustering change patterns among learners of an online Recovery College in Quebec. *Front Psychiatry, 16*, 1534349. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1534349

Rapisarda, F., Macario de Medeiros, J., Briand, C., Boivin, A., Monthuy-Blanc, J., Vallée, C., Drolet, M.-J., Vachon, B. et Luconi, F. (2022). Assessing Changes in Anxiety, Empowerment, Stigma and Wellbeing in Participants Attending an Online-Based Recovery College in Quebec During the Covid-19 Pandemic: A Pre-Experimental Study. *International Journal of Public Health*, *101*. https://doi.org/10.3389/ijph.2022.1604735

Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec. (2018). *Un changement de paradigme nécessaire en santé mentale: Mémoire remis au Rapporteur spécial de l'ONU sur le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible*.

Reid, N., Khan, B., Soklaridis, S., Kozloff, N., Brown, R. et Stergiopoulos, V. (2020). Mechanisms of change and participant outcomes in a Recovery Education Centre for individuals transitioning from homelessness: a qualitative evaluation. *BMC Public Health, 20*(1), 1-9. https://doi.org/10.1186/s12889-020-08614-8

Repper, J. (2017). When is a "recovery college" not a "recovery college"? *Mental Health and Social Inclusion, 21*(2), 65-72. https://doi.org/10.1108/MHSI-02-2017-0005

Repper, J. et Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health, 20*(4), 392-411. https://doi.org/10.3109/09638237.2011.583947

Repper, J. et Perkins, R. (2003). *Social Inclusion and Recovery: A Model For Mental Health Practice*. Bailliere Tindall.

Riffel, T. et Chen, S.-P. (2020). Stigma in healthcare? Exploring the knowledge, attitudes, and behavioural responses of healthcare professionals and students toward individuals with mental illnesses. *Psychiatric Quarterly, 91*(4), 1103-1119. https://doi.org/10.1007/s11126-020-09809-3

Roberts, G. et Boardman, J. (2014). Becoming a recovery-oriented practitioner. *Advances in psychiatric treatment, 20*(1), 37-47. https://doi.org/10.1192/apt.bp.112.010652

Russinova, Z., Rogers, E. S., Ellison, M. L. et Lyass, A. (2011). Recovery-promoting professional competencies: perspectives of mental health consumers, consumer-providers and providers. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 34*(3), 177. https://doi.org/10.2975/34.3.2011.177.185

Schön, D. A. (2017). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Routledge.

Schooley, B., Hikmet, N., Tarcan, M. et Yorgancioglu, G. (2016). Comparing Burnout Across Emergency Physicians, Nurses, Technicians, and Health Information Technicians Working for the Same Organization. *Medicine, 95*(10), e2856. https://doi.org/10.1097/md.0000000000002856

Schwandt, T. A. (1994). Constructivist, interpretivist approaches to human inquiry. Dans N. K. Deuzin et Y. S. Lincoln (dir.), *Handbook of qualitative research* (p. 118-137). Sage Publications, Inc.

Selbekk, A. S., Kvelland, L. T., Nordås, R., Kvia, A. et Robertson, I. E. (2023). "A place without walls, only opportunities": personal accounts of attending Recovery Colleges in Norway. *Frontiers in Psychiatry, 14*, 1233598. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1233598

Shepherd, G., Boardman, J. et Burns, M. (2010). *Implementing recovery*. S. C. f. M. Health.

Shepherd, G., Boardman, J., Rinaldi, M. et Roberts, G. (2014). *Supporting recovery in mental health services: Quality and outcomes*. N. C. Centre for Mental Health and Mental Health Network.

Shepherd, G., Boardman, J. et Slade, M. (2012). *Faire du rétablissement une réalité*. N. C. Centre for Mental Health and Mental Health Network.

Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., … & Whitley, R. (2014). *Uses and abuses of recovery: Implementing recovery-oriented practices in mental health systems*. *World Psychiatry, 13*(1), 12-20. https://doi.org/10.1002/wps.20084

Slade, M. (2013). *100 ways to support recovery - A guide for mental health professionals*. Rethink.

Slade, M. (2010). Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC health services research, 10*(1), 26.

Slade, M. (2009). *Personal Recovery and Mental Illness: A Guide for Mental Health Professionals*. Cambridge University Press. https://doi.org/DOI: 10.1017/CBO9780511581649

Sommer, J., Gill, K. et Stein-Parbury, J. (2018). Walking side-by-side: Recovery Colleges revolutionising mental health care. *Mental Health and Social Inclusion, 22*(1), 18-26. https://doi.org/10.1108/mhsi-11-2017-0050

Sommer, J., Gill, K. H., Stein-Parbury, J., Cronin, P. et Katsifis, V. (2019). The role of recovery colleges in supporting personal goal achievement. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 42*(4), 394-400. https://doi.org/10.1037/prj0000373

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. et Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine, 166*(10), 1092-1097.

Stevens, J., Butterfield, C., Whittington, A. et Holttum, S. (2018). Evaluation of arts based courses within a UK recovery college for people with mental health challenges. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 15*(6), 1170.

Stevens, J., Butterfield, C., Whittington, A. et Holttum, S. (2018, Jun 4). Evaluation of Arts based Courses within a UK Recovery College for People with Mental Health Challenges. *Int J Environ Res Public Health, 15*(6). https://doi.org/10.3390/ijerph15061170

Stewart-Brown, S., Tennant, A., Tennant, R., Platt, S., Parkinson, J. et Weich, S. (2009). Internal construct validity of the Warwick-Edinburgh mental well-being scale (WEMWBS): a Rasch analysis using data from the Scottish health education population survey. *Health and quality of life outcomes, 7*, 1-8.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2009). *Illness Management and Recovery: How to Use the Evidence-Based Practices KITs.* . S. A. a. M. H. S. A. Center for Mental Health Services et U.S. Department of Health and Human Services.

Sutton, R., & French, P. (2019). *Challenges of measuring the influence of the Recovery Academy upon health professionals: Considerations for quantitative research*. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice, 14*(3), 149-155. https://doi.org/10.1108/JMHTEP-04-2018-0027

Thériault, J., Lord, M.-M., Briand, C., Piat, M. et Meddings, S. (2020). Recovery Colleges After a Decade of Research: A literature Review. *Psychiatric Services, 71*(9), 928-940. https://doi.org/https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900352

Thompson, H., Simonds, L., Barr, S. et Meddings, S. (2021). Recovery colleges: long-term impact and mechanisms of change. *Mental Health and Social Inclusion, 25*(3), 232-242. https://doi.org/10.1108/MHSI-01-2021-0002

Toney R, Knight J, Hamill K, Taylor A, Henderson C, Crowther A, et al. (2019). Development and evaluation of a recovery college fidelity measure. *The Canadian Journal of Psychiatry, 64*(6), 405-414. https://doi.org/: 10.1177/0706743718815893

Toney, R., Elton, D., Munday, E., Hamill, K., Crowther, A., Meddings, S., Taylor, A., Henderson, C., Jennings, H., Waring, J., Pollock, K., Bates, P., & Slade, M. (2018). Mechanisms of action and outcomes for students in recovery colleges. *Psychiatric Services, 69*(12), 1222-1229. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800283

Wenger, E. (1998). *Communities of practice: Learning, meaning, and identity*. Cambridge: Cambridge University Press.

Whitehead, R., Harcla, C., Hopkins, L. et Robinson-Clarke, E. (2024). “What makes discovery college different?” a co-produced analysis of student experiences of discovery college. *Journal of Mental Health, 33*(4), 460-466. https://doi.org/10.1080/09638237.2023.2278093

Williams, J., Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Norton, S., Pesola, F. et Slade, M. (2015). Development and evaluation of the INSPIRE measure of staff support for personal recovery. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology : The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services, 50*(5), 777-786. https://doi.org/10.1007/s00127-014-0983-0

Williams, V. C., Deane, F. P., Oades, L. G., Crowe, T. P., Ciarrochi, J. et Andresen, R. (2016). Enhancing recovery orientation within mental health services: expanding the utility of values. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice, 11*(1), 23-32. https://doi.org/10.1108/JMHTEP-09-2015-0042

Wilson, C., King, M. et Russell, J. (2019). A mixed-methods evaluation of a Recovery College in South East Essex for people with mental health difficulties. *Health & social care in the community, 27*(5), 1353-1362. https://doi.org/10.1111/hsc.12774

Winsper, C., Crawford-Docherty, A., Weich, S., Fenton, S. J. et Singh, S. P. (2020, Mar). How do recovery-oriented interventions contribute to personal mental health recovery? A systematic review and logic model. *Clin Psychol Rev, 76*, 101815. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101815

Yoeli, H., Ryan, A., Hensby, C., Habermehl, F., Burton, S. et Sin, J. (2022). Recovery in Mind: A Recovery College's journey through the Covid-19 pandemic. *Health Expectations, 25*(6), 3274-3286. https://doi.org/10.1111/hex.13635

Zabel, E., Donegan, G., Lawrence, K. et French, P. (2016). Exploring the impact of the recovery academy: a qualitative study of Recovery College experiences. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice, 11*(3), 162-171. https://doi.org/10.1108/jmhtep-12-2015-0052

Zaninotto, L., Rossi, G., Danieli, A., Frasson, A., Meneghetti, L., Zordan, M., Tito, P., Salvetti, B., Conca, A. et Ferranti, R. (2018). Exploring the relationships among personality traits, burnout dimensions and stigma in a sample of mental health professionals. *Psychiatry Research, 264*, 327-333. https://doi.org/10.1111/hex.13635

Zouaoui, I., Drolet, M.-J. et Briand, C. (2024). Defining generic skills to better support the development of future health professionals: results from a scoping review. *Higher Education Research & Development, 43*(2), 503-520. https://doi.org/10.1080/07294360.2023.2234312

Zouaoui, I., Drolet, M.-J. et Briand, C. (2025). Developing generic skills for future health professionals: student and faculty perceptions of a recovery college curriculum and courses. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice, 20*(2), 129-142. https://doi.org/10.1108/JMHTEP-07-2024-0068

Annexe A − Guide d'entrevue étude 1 (QUAL)

Formation en ligne du Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement

Table des matières

- INFORMATION - Pour nous seulement : 181
- Guide d'entrevue – post-formation P2021 183
- Accueil et confidentialité..... 183
- Présentation et mise en contexte 183
- Thématique 1 — Attentes, objectifs et expérience au Centre d'apprentissage 183
- Thématique 2 — Compréhension du modèle et des mécanismes d'action 184
- Thématique 3 — Effets/retombées perçus et observés..... 186
- Clôture de l'entrevue 187

INFORMATION - Pour nous seulement :

Objectifs de recherche pour les entrevues :

- (1) Mieux saisir l'expérience vécue des participants après une formation, leur compréhension du modèle et ses mécanismes d'action ainsi que leurs perceptions des effets et retombées (devis mixte simultané QUANT-QUAL).
    - **(FAIT : 14 entrevues A2020)(Poursuite Juin-août 2021 après P2021)**
- (2) Bonifier les données quantitatives quant aux effets et retombées des formations (devis mixte séquentiel explicatif, QUANT = » QUAL), en particulier, par des explications plus élaborées ainsi que des exemples concrets
    - **(AJOUTS : Juin-août 2021 après P2021)**
- (3) Orienter la prochaine collecte de données quantitatives à venir en ciblant les variables et outils appropriés (QUAL = » QUANT)
    - **(AJOUTS : Juin-août 2021 après P2021)**

Deux séries d'entrevues seront faites : ** On va séparer les deux objectifs.

- Une série post-formation pour répondre à l'objectif 1 (devis mixte simultané)
- Une autre série d'entrevues pour répondre aux objectifs 1-2-3 l'objectif 2 (devis mixte séquentiel – à la suite des résultats si on a besoin d'aller plus loin)

Ajouts P2021

- Les ajouts vont permettre de bonifier deux aspects en particulier.

1. L'expérience plus spécifique des professionnels de la santé et l'apport du savoir expérientiel.
    a. Comment les professionnels de la santé décrivent les effets et retombées de la formation sur leurs compétences et pratiques professionnelles?
    b. Comment les différents mécanismes d'action du modèle, en particulier le savoir expérientiel, ont un effet sur les compétences et pratiques professionnelles?
2. La nature des rapports sociaux vécus par les apprenants (mécanismes d'action : composition du groupe et liens entre apprenants)
    a. Comment les apprenants à une formation en ligne du Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement décrivent-ils la nature des rapports sociaux vécus lors de la formation?

Important - passation :

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

Guide d'entrevue – post-formation P2021

Accueil et confidentialité

Script de présentation et rappels des éléments importants (enregistrement, confidentialité)

Bonjour,

1. Salutation et remerciement
   - **a.** Demander si la personne a de questions sur le formulaire de consentement
   - **b.** Rappeler l'objectif de l'étude : mieux saisir l'expérience vécue et votre perception des effets et retombées (ou pas)
2. Explication de comment se passera l'entrevue
   - **a.** Enregistrement de l'entrevue
     - i. Informations demeurent confidentielles dans les limites prévues par loi; données dénominalisées pour l'analyse
     - ii. Restent dans un ordinateur dans un endroit sécurisé – accès juste pour le personnel autorisé par la responsable du projet
   - **b.** Droit d'arrêter en tout temps – juste signaler

Présentation et mise en contexte

Si vous vous sentez à l'aise avec ces procédures, nous allons débuter.

Pour commencer, je vais vous poser quelques questions sur vous et votre participation aux formations en ligne. Je voudrais vous connaitre un peu plus.

- Quel est votre nom?
- Pouvez-vous me décrire rapidement qui vous êtes, ce que vous faites dans la vie.
- Si vous êtes à l'aise de m'en parler, j'aimerais savoir ce qui vous a amené dans le monde de la santé mentale.
  - Reformulation : Quelle est votre expérience en lien avec la santé mentale?
- Vous diriez que vous possédez quels types de savoirs? Expérientiel, Clinique et/ou Théorique?
- Comment avez-vous pris connaissance de l'existence des formations du Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement?
- Quelle formation avez-vous suivie?
- Avez-vous suivi l'ensemble des séances de formation? Si non, combien de séances sur les 3 séances de 2h.

Thématique 1 — Attentes, objectifs et expérience au Centre d'apprentissage

Je vais vous poser maintenant quelques questions spécifiques en lien avec vos attentes et votre expérience au Centre d'apprentissage. Il se peut que certaines questions soient redondantes. Je vais vous demander d'y répondre avec détails et exemples concrets.

- Pouvez-vous me décrire brièvement les raisons qui font que vous vous êtes inscrits à une formation du Centre d'apprentissage?
- Pouvez-vous me décrire quelles étaient vos attentes (ou vos objectifs) au moment de vous inscrire à cette formation?
- Vos attentes et objectifs ont-ils été répondus durant cette formation?

- Pouvez-vous me décrire brièvement comment s'est déroulée votre formation et ce que vous en avez pensé et ce, sans vous censurer?
- Si vous deviez choisir 3-5 mots pour décrire votre expérience de formation, lesquels choisiriez-vous? Avez-vous des <u>exemples concrets</u> de situations vécues en lien avec les mots que vous avez choisis?

<u>Questions supplémentaires sur le climat d'apprentissage</u>

- Parlez-moi de comment était le climat, l'atmosphère, l'ambiance pendant la formation.
- Qu'est ce qui y a contribué à ce climat/atmosphère/ambiance? Nommez-moi des éléments concrets.
    - Reformulation : Qu'est ce qui a fait en sorte ou comment vous expliquez que l'atmosphère était comme vous l'avez décrit?

Thématique 2 — Compréhension du modèle et des mécanismes d'action

Je vais maintenant vous poser plusieurs questions sur la manière dont le modèle de formation se distingue ou ressemble à d'autres expériences d'apprentissage que vous avez vécues. Il se peut que certaines questions soient redondantes. Je vais vous demander d'y répondre avec le plus d'exactitude possible et en donnant le plus d'exemples concrets possibles.

- En vous basant sur votre expérience, comment décririez-vous ce modèle de formations?
- Comment cette expérience se distinguait d'autres expériences de formation que vous avez vécues ailleurs?
- Comment cette expérience ressemblait à d'autres expériences de formation que vous avez vécues ailleurs?

- En vous basant sur votre expérience, quelles valeurs ce modèle de formations véhicule comparativement à d'autres modèles de formations?

Je vais maintenant vous poser plusieurs questions sur quatre des principes du modèle de formation. Il se peut que certaines questions soient redondantes. Je vais vous demander d'y répondre avec le plus d'exactitude possible et en donnant le plus d'exemples concrets possibles.

(Pour nous seulement : Output : Étudiants de différents horizons, en mixité/diversité)

- Comment était **la composition du groupe de personnes qui participaient à la formation avec vous**? Pourriez-vous la qualifier (décrire)?
    - Est-ce que vous les connaissiez?
    - Décrivez-moi en quoi les participants se ressemblaient ou étaient différents? Expliquez par une histoire ou une anecdote ou un exemple qui illustre ces ressemblances ou différences.
    - En quoi étiez-vous semblable ou différent des autres personnes?
- Comment avez-vous trouvé cette composition? Qu'est-ce que vous en avez pensé?
- Expliquez-moi le lien qui vous unissait.
- J'aimerais savoir ce que vous a apporté cette mixité ou cette composition de groupe. Expliquez par une anecdote ou un exemple qui illustre ce que vous a apporté cette mixité.

- Pour les professionnels de la santé : Pouvez-vous me donner des exemples concrets en lien avec votre pratique professionnelle? Quels effets la diversité du groupe a eu sur vos compétences et pratiques professionnelles?

- Comment était **la place occupée par les différents types d'expertises et de savoirs** au sein du groupe? Pourriez-vous la qualifier (ou décrire)?
  - En particulier, quelle place occupait le savoir expérientiel?
- Comment avez-vous trouvé cette façon de faire? Qu'est-ce que vous en avez pensé?
  - En particulier, comment avez-vous trouvé l'apport du savoir expérientiel à la formation?
- J'aimerais savoir ce vous a apporté cette façon de faire, le fait de laisser la place à différent type d'expertise. Pouvez-vous m'en donner des exemples concrets?
  - Pour les professionnels de la santé : Pouvez-vous me donner des exemples concrets en lien avec votre pratique professionnelle? En particulier, quels effets la place occupée par le savoir expérientiel, a eu sur vos compétences et pratiques professionnelles?

(Pour nous seulement : Output : Espace d'interaction sociale et de parole)
- Comment étaient **les interactions, les liens que vous aviez entre les apprenants**? Pourriez-vous les qualifier, les décrire? Comment se déroulaient ces échanges?
- Comment avez-vous trouvé cette façon de faire? Qu'est-ce que vous en avez pensé?
- Comment ces interactions et liens entre les personnes se sont-ils développés tout au long de la formation? Qu'est-ce qui a contribué à développer (ou pas) ces interactions et liens?
- Personnellement, comment vous positionniez-vous dans la formation par rapport aux autres? Comment l'expliquez-vous?
- Diriez-vous que ces interactions et liens se faisaient d'égal à égal ou pas? Expliquez avec des exemples concrets comment vous l'avez observé. Si non observé, comment pourrions-nous faire pour que tous les apprenants se sentent sur le même pied d'égalité au sein des formations?
- J'aimerais savoir ce que vous a apporté ce type de relations, d'interaction que vous avez vécu dans la formation. Pouvez-vous me donner des exemples concrets?
  - Pour les professionnels de la santé : Pouvez-vous me donner des exemples concrets en lien avec votre pratique professionnelle? Quels effets les interactions que vous aviez eu sur vos compétences et pratiques professionnelles?

(Pour nous seulement : Output : Coapprentissage et intégration des savoirs)
- À votre avis, comment les différentes expertises de chacun (théorique, clinique et issu de l'expérience de vie) contribuent/facilitent/influencent la façon d'apprendre dans ces formations?
- Comment avez-vous trouvé cette façon de faire? Qu'est-ce que vous en avez pensé?
- J'aimerais savoir ce que vous a apporté ce type d'apprentissage. Pouvez-vous m'en donner des exemples concrets?
  - Pour les professionnels de la santé : Pouvez-vous me donner des exemples concrets en lien avec votre pratique professionnelle? Quels effets ce type d'apprentissage a eu sur vos compétences et pratiques professionnelles?

Voudriez-vous prendre une courte pause avant que nous poursuivions avec la dernière section de l'entrevue? Vous pouvez prendre quelques minutes au besoin.

Thématique 3 — Effets/retombées perçus et observés

Je vais vous poser maintenant quelques questions spécifiques en lien avec les retombées perçues ou observées à la suite de votre participation. Il se peut que certaines questions soient redondantes. Je vais vous demander d'y répondre avec détails et exemples concrets.

- À la suite de votre participation à cette formation, expliquez-moi les impacts positifs ou négatifs de cette formation sur vous, dans les différentes sphères de votre vie.

  (si relance parler de ce que vous avez appris ou retenu, vos apprentissages, vos perceptions ou autre…)
- Avez-vous observé ou perçu des impacts de la formation sur les autres participants? Prenez le temps d'y réfléchir et de nous en faire part. *Reposer cette question une ou deux fois pour s'assurer que la personne a réfléchi et nommé toutes ses idées. Assurez-vous d'avoir recueilli toutes les idées de la personne.*

Questions spécifiques pour les professionnels de la santé

Je vais vous poser maintenant quelques questions spécifiques en lien avec les retombées perçues ou observées à la suite de votre participation concernant vos pratiques et compétences professionnelles. Je vais vous demander d'y répondre avec détails et exemples concrets.

- Est-ce que cette formation vous a amené à modifier votre ou vos pratiques professionnelles? Si oui, de quelle façon?
    - Avez-vous modifié des choses dans vos comportements et attitudes dans vos rapports avec la clientèle? Si oui, de quelle façon?
        - En particulier, avez-vous modifié des choses dans votre posture d'intervenants au sein de vos relations avec les clients? Si oui, de quelle façon?
    - Avez-vous modifié des choses dans vos façons de mener vos évaluations et interventions auprès de la clientèle? Si oui, de quelle façon?
- Selon vous, est-ce que le fait de participer à ce type de formation peut contribuer au développement de vos compétences professionnelles? Si oui, lesquelles?

Questions de relance à poser au besoin concernant les retombées :

- Avez-vous appris quelque chose lors de cette formation? Si oui, qu'avez-vous appris lors de cette formation? Si non, expliquez pourquoi.
- Avez-vous observé des changements dans votre façon de percevoir les choses? Si oui, lesquels.
- Avez-vous modifié des choses dans vos comportements, attitudes, rapports aux autres? Si oui, lesquelles.
- Avez-vous effectué des changements dans votre routine, votre quotidien, votre façon de vivre? Si oui, lesquels.
- Avez-vous modifié d'autres choses dans votre vie personnelle ou dans votre pratique professionnelle? Si oui, lesquels.
- Pouvez-vous me donner d'autres exemples concrets de ce que vous venez de me dire concernant les retombées de votre participation?

Clôture de l'entrevue

Pour clore cette entrevue, quelles seraient vos suggestions ou recommandations pour améliorer la formation que vous avez suivie ou le modèle du Centre de formations?

Avez-vous des choses que vous voudriez ajouter à cette entrevue?

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

Annexe B − Déclaration de l'utilisation de l'intelligence artificielle générative

Outils d'intelligence artificielle générative utilisés : Microsoft Copilot 365 (licence institutionnelle de l'Université du Québec à Trois-Rivières), Grammarly Pro Version 1.146.3 (licence CERRIS), DeepL Write (version gratuite), IA Canva (version gratuite) et Google Gemini (version gratuite)

Rédaction – Révision et édition : L'ensemble du contenu intellectuel de la thèse a été entièrement élaboré sans recours à une intelligence artificielle générative. Microsoft Copilot 365 et Grammarly Pro ont été utilisés pour réviser et améliorer le style de phrases de la thèse et l'ordonnancement des idées. Toutes les suggestions proposées par les outils ont été vérifiées par la doctorante avant leur intégration au texte final.

Rédaction – Traduction : Microsoft Copilot 365, DeepL Write et Grammarly Pro ont été utilisés pour soutenir la traduction du français vers l'anglais des trois articles composant le chapitre des résultats. Leur utilisation respecte les normes des revues scientifiques ciblées.

Confidentialité et sécurité : Aucune information confidentielle n'a été partagée avec les outils d'intelligence artificielle. Les outils utilisés ne conservent aucune donnée (p.ex. : témoins) des utilisateurs. Toutes les interactions ont respecté les directives institutionnelles en matière de confidentialité.

Création ou amélioration de figures : IA Canva, Microsoft Copilot 365 et Google Gemini ont été utilisés pour créer ou améliorer les figures de cette thèse.

Cette déclaration s'inspire en partie des énoncés de principe tirés de :

Peterson, C., Deschênes, M.-C. et Paré, S. (2024). *Principes d'utilisation de l'intelligence artificielle générative dans les activités d'enseignement et de recherche réalisées dans le cadre des programmes d'études de l'UQTR : pour la communauté étudiante.* Comité institutionnel sur l'intelligence artificielle, Université du Québec à Trois-Rivières.