

Université de Montréal

**Étude comparative de la perception des jeunes  
adultes schizophrènes et des intervenants quant à  
la compétence dans les activités productives**

par

Claudine Goulet

École de réadaptation

Faculté de Médecine

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès sciences (M.Sc.)  
en sciences biomédicales  
option réadaptation

Juin, 2006

© Claudine Goulet, 2006



w  
4  
U58  
2006  
v. 149

## AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

## NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

Étude comparative de la perception des jeunes adultes schizophrènes et  
des intervenants quant à la compétence dans les activités productives

présenté par :  
Claudine Goulet

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Élisabeth Dutil, président-rapporteur  
Jacqueline Rousseau, directrice de recherche  
Pierre Fortier, co-directeur  
Marc Corbière, membre du jury

## Résumé

La schizophrénie est une maladie sévère et persistante qui affecte fréquemment la poursuite d'activités scolaires et professionnelles. Il est reconnu que le sens accordé aux activités productives par les individus détermine l'intérêt et la motivation à entreprendre et maintenir des démarches d'intégration au travail ou aux études. Toutefois, peu d'études se sont intéressées aux facteurs qui influencent la compétence dans les activités productives du point de vue des jeunes adultes atteints de schizophrénie. Dans le contexte d'une clinique spécialisée dans le traitement de la schizophrénie, la présente étude explore les perceptions des jeunes adultes atteints de schizophrénie et de leurs intervenants en regard des activités productives. Le Modèle de compétence, un modèle explicatif de la relation personne-environnement, est le cadre théorique de référence privilégié pour explorer cette comparaison des perceptions. Cette recherche qualitative utilise un devis d'étude de cas croisés (ou multiples). Neuf dyades client-intervenant ont été recrutées selon un échantillonnage par choix raisonné et de convenance. L'entrevue individuelle a permis de recueillir la perception de chaque client et intervenant. Les données ont été enregistrées sur bande audio puis transcrites intégralement, codées et traitées informatiquement avec le logiciel QSR.N'VIVO (2002). Les résultats reflètent un accord entre les clients et les intervenants quant aux caractéristiques de la personne, aux activités ainsi qu'aux rôles qui ont une influence positive (ex. : motivation, habiletés sociales, expériences antérieures de travail et d'études) ou négative (ex. : symptômes de la maladie, rôle de patient) sur la compétence dans les activités productives. Il existe certaines divergences quant à

l'influence des caractéristiques de l'environnement (humain, non humain, mésosystème) sur la compétence (ex. : impact de l'environnement de travail, utilisation des ressources communautaires, influence de la famille et des amis). En conclusion, le cadre d'une clinique spécialisée pour jeunes adultes atteints de schizophrénie semble favoriser les échanges et la congruence de perceptions entre les intervenants et les clients. Des pistes d'interventions ciblant les concepts du Modèle de compétence (personne, environnement, activité, rôles) sont proposées en lien avec l'investissement d'activités productives.

**Mots-clés :**

Schizophrénie, activités productives (travail, études), compétence, perception, évaluation, interaction personne environnement, analyse qualitative.

## **Abstract**

Schizophrenia is a severe and persistent illness that affects functioning in educational and professional activities. Many authors recognize that the importance and interest attributed to finding and holding down a job is determined by the meaning that the person gives to productive activities. However, no study has focused on the perception of competence in productive activities from the point of view of young people with schizophrenia. In the context of a clinic specialized in the treatment of young adults with schizophrenia, this study explores and compares the perception of productive activities (studies and work) held by young adults with schizophrenia and their therapists. The analytical framework of reference for this study is the Model of Competence. Nine client-therapist dyads were recruited using a non probabilistic sampling method. Each client and therapist was met during an individual interview according to a qualitative research design. The data were recorded on audio tape and then transcribed in full, coded and processed using QSR.N'VIVO software (2002). Therapists and clients were in agreement about the personal characteristics, the activities and the roles that have a positive influence (e.g.: motivation, social skills, prior work or study experiences) or sometimes negative influence (e.g.: symptoms of the illness, patient role) on competence in productive activities. Their perceptions differ when it comes to the environmental characteristics (human, non human and mesosystem) that influence competence (e.g.: work environment, utilization of community resources, and influence of the family). In conclusion, the framework offered by a specialized clinic would promote exchanges and the congruence of perceptions

between therapists and clients. Interventions focusing on the Model of Competence's concepts (person, environment, activity and role) are discussed in relation to productive activities.

**Keywords :**

Schizophrenia, productivity (work, studies), competence, perception, evaluation, person-environment interaction, qualitative analysis

## Table des matières

Résumé .....	iii
Abstract .....	v
Table des matières .....	vii
Liste des tableaux .....	ix
Liste des figures .....	x
Dédicace .....	xi
Remerciements .....	xii
Introduction .....	1
Chapitre 1 – Recension des écrits .....	3
1.1  Problématique de la schizophrénie .....	3
1.1.1  Définition .....	3
1.1.2  Données épidémiologiques .....	6
1.1.3  Étiologie .....	6
1.1.4  Traitement .....	7
1.1.5  Problèmes rencontrés .....	8
1.1.5.1  Médicaux .....	8
1.1.5.2  Processus cognitifs .....	8
1.1.5.3  Physiques .....	10
1.1.5.4  Psychologiques .....	12
1.1.5.5  Compétences sociales .....	16
1.1.5.6  Occupationnels .....	17
1.1.5.7  Troubles de la perception de soi .....	19
1.2  Problématique du travail .....	20
1.2.1  Définitions .....	20
1.2.2  Travail et maladie mentale .....	22
1.2.3  Variables qui influencent l'intégration au travail .....	24
1.2.4  Bénéfices associés au travail .....	25
1.2.5  Difficultés associées au travail .....	27
1.2.5.1  Obstacles liés à la personne .....	28
1.2.5.2  Obstacles liés à l'environnement .....	29
1.2.5.3  Obstacles liés à l'activité de travail .....	32
1.2.6  Travail et ergothérapie .....	32

1.3	Concept de perception.....	33
1.3.1	Définition .....	33
1.3.2	Évaluation de la perception.....	35
1.3.2.1	Perception des intervenants.....	36
1.3.2.2	Perception des clients.....	39
Chapitre 2 – Modèle théorique.....		44
2.1	Présentation du modèle et opérationnalisation.....	45
2.1.1	Personne .....	47
2.1.2	Environnement .....	47
2.1.3	Interaction .....	49
Chapitre 3 – Pertinence et objectif de l'étude .....		52
Chapitre 4 – Méthodologie.....		53
4.1	Question de recherche .....	53
4.2	Devis de recherche .....	53
4.3	Description des participants .....	53
4.3.1	Clients .....	54
4.3.2	Intervenants .....	55
4.4	Recrutement des participants .....	55
4.5	Collecte de données.....	56
4.6	Analyse des données .....	58
4.7	Considérations éthiques .....	62
Chapitre 5 – Article.....		65
Chapitre 6 - Discussion .....		116
Conclusion.....		123
Références .....		124
ANNEXES		
Annexe A : Certificat d'éthique .....		I
Annexe B : Autorisation des co-auteurs.....		III
Annexe C : Fiche d'information – Sujets intervenants .....		V
Annexe D : Fiche d'information – Sujets clients .....		VII
Annexe E : « Carnet de questions » Sujets intervenants.....		IX
Annexe F : « Carnet de questions » Sujets clients .....		XII
Annexe G : Formulaire de consentement - Intervenants.....		XV
Annexe H : Formulaire de consentement - Clients .....		XX
Annexe I : Liste des codes .....		XXV

## Liste des tableaux

### CHAPITRE 4

Tableau 1 - Description des participants : jeunes adultes atteints de schizophrénie .....63

Tableau 2 - Description des participants : intervenants .....64

### CHAPITRE 5

Tableau 1 - Description des jeunes adultes atteints de schizophrénie .....91

Tableau 2 - Caractéristiques de la personne qui influencent la compétence : Accord client – intervenant ..... 92

Tableau 3 - Influence de l’environnement sur la perception de compétence : Accord client – intervenant ..... 93

Tableau 4 - Influence de l’environnement sur la perception de compétence : Perception des intervenants .....94

Tableau 5 - Influence de l’environnement sur les rôles de travailleur et d’étudiant: Accord client – intervenant ..... 95

Tableau 6 - Activités qui influencent la compétence : Accord client - intervenant ..... 96

## Liste des figures

### CHAPITRE 2

Figure 1 – Le Modèle de compétence .....	46
--	----

*À mes parents et mes grands-parents,  
sources d'inspiration et de dépassement.*

## Remerciements

J'aimerais d'abord remercier mes directeurs de recherche, Jacqueline Rousseau et Pierre Fortier, pour leur rigueur scientifique ainsi que leurs nombreux commentaires constructifs. Votre disponibilité et votre professionnalisme ont permis un passage à la maîtrise stimulant et enrichissant. Je remercie aussi mes parents, Louise et Pierre Goulet, pour leur présence et leurs encouragements au fil de mon cheminement académique. Merci à ma famille et mes amis, non seulement pour leur intérêt pour mon projet mais pour les moments de détente et de plein air qui m'ont permis de me ressourcer. Une pensée spéciale pour mon assistante de recherche, Marie-Ève Garon, ainsi que pour ma « traductrice », My Dang, pour leur disponibilité et leur amitié. Je tiens finalement à souligner la collaboration de l'équipe de la clinique des jeunes psychotiques de l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal qui a permis la réalisation de ce projet.

## **Introduction**

Depuis le début des années 1990, l'intervention en psychiatrie s'intéresse davantage à la qualité de vie des individus. Les pratiques cliniques favorisent l'implication du client dans les décisions concernant sa santé et sa réadaptation, ce qui reflète l'émergence d'une approche centrée sur le client (Goulet, Rousseau & Fortier, accepté). Toutefois, bien que l'intégration scolaire et professionnelle soit un objectif de réadaptation valorisé par les personnes atteintes de schizophrénie (Corbière, Bordeleau, Provost & Mercier, 2002; Kirsh, 2000; Marwaha & Johnson, 2004; Poulin & Massé, 1994), plusieurs d'entre elles expriment des besoins non comblés sur le plan des activités productives (Crane-Ross, Roth & Lauber, 2000; Goulet et al., accepté; Huxley & Thornicroft, 2003).

Bien que les milieux cliniques et de recherche portent un intérêt croissant à la relation entre la santé mentale et le travail, peu d'études se sont intéressées au point de vue des jeunes adultes atteints de schizophrénie en lien avec la productivité. Certaines études explorent les obstacles à l'insertion professionnelle des personnes atteintes de troubles mentaux sévères et persistants, dont la schizophrénie. D'autres évaluent l'importance accordée par cette clientèle envers le retour ou le maintien au travail ainsi qu'au rôle de travailleur. Il semble qu'aucune recherche n'ait spécifiquement ciblé l'intégration scolaire. Les attentes spécifiques des jeunes adultes atteints de schizophrénie face aux activités productives sont peu documentées. Dans une perspective d'approche centrée sur le client, il importe de comprendre les enjeux entourant leur insertion scolaire et professionnelle.

La présente étude s'intéresse donc aux facteurs qui influencent la compétence dans les activités productives (études, travail) du point de vue des intervenants et de leurs clients atteints de schizophrénie. Le cadre théorique, le Modèle de compétence, permet de considérer la relation thérapeutique selon une perspective de relation personne-environnement. Les similarités et les différences de perception quant aux variables qui favorisent ou nuisent à l'insertion au travail ou aux études sont présentées.

## **Chapitre 1 – Recension des écrits**

La recension des écrits porte sur trois problématiques qui sont décrites dans le cadre du présent chapitre : 1) la schizophrénie, 2) le travail et 3) le concept de perception.

### **1.1 Problématique de la schizophrénie**

La schizophrénie est une maladie complexe et hétérogène (O'Brien & Opie, 2003; Ritsner & Susser, 2004; Rogers & Kashima, 1998). Parmi toutes les maladies mentales, elle est considérée la plus sévère et la plus incapacitante (Krauss & Slavinsky, 1982; Roe, Chopra, Wagner, Katz & Rudnick, 2004; Sass, 1997; Wirshing, 2004). Un portrait de cette maladie et des symptômes qui y sont associés est présenté.

#### **1.1.1 Définition**

Il existe plusieurs définitions de la schizophrénie, selon les courants de pensée. Par exemple, selon l'approche psychanalytique, les déficits associés à la maladie sont reliés à des traumatismes vécus dans la petite enfance (Sass, 1997). Dans l'approche de la Gestalt, la schizophrénie est décrite comme un trouble de la perception affectant la conscience et les fonctions mentales supérieures (Uhlhaas & Silverstein, 2003).

La psychiatrie, basée sur un modèle biologique ou médical, est l'approche prédominante utilisée pour décrire la schizophrénie (Sass, 1997). Selon ce courant de pensée, la schizophrénie peut être définie comme un désordre neurocognitif (Green, Kern, Braff & Mintz, 2000; Light & Braff, 2000). Des critères diagnostiques précis englobant les

symptômes de la maladie sont établis dans le *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-IV-TR) (American Psychiatric Association, 2000; Schwartz, 1998b).

Deux catégories de symptômes caractérisent la schizophrénie : les symptômes positifs et les symptômes négatifs (McDermott, 1995; Rosenthal & Bryant, 2004). Les symptômes de la psychose sont regroupés sous l'appellation « symptômes positifs ». Il s'agit d'hallucinations, principalement auditives, visuelles ou coenesthésiques (David & Halligan, 2000; Fortier & Mottard, 2005; Glozier, 2002; Gray, 1998; Kircher & Leube, 2003; McDermott, 1995; McGurk & Meltzer, 2000; Parnas, 2003; Sass, 1997, 2003); d'idées délirantes (David & Halligan, 2000; Fortier & Mottard, 2005; Glozier, 2002; Gray, 1998; Kircher & Leube, 2003; McGurk & Meltzer, 2000; McDermott, 1995; Parnas, 2003; Ulhaas & Silverstein, 2003); de symptômes Schneideiriens (Fortier & Mottard, 2005; Sass, 1997); et de troubles de la pensée ou du comportement (David & Halligan, 2000; Fortier & Mottard, 2005; Glozier, 2002; Gray, 1998; Kircher & Leube, 2003; McDermott, 1995; McGurk & Meltzer, 2000; Ulhaas & Silverstein, 2003).

Les symptômes négatifs reflètent davantage l'absence de quelque chose au niveau du fonctionnement de l'individu (McDermott, 1995). Plusieurs variables mentionnés dans la littérature appartiennent à cette catégorie : émoussement de l'affect, affect plat et anhédonie (Andreasen, 1982; Cook & Razzano, 2000; Finlay, Dinos & Lyons, 2001; Fortier & Mottard, 2005; McDermott, 1995; McGurk & Meltzer, 2000; Mueser, Salyers & Mueser,

1991; Rosenthal & Bryant, 2004); retrait social (Andreasen, 1982; Finlay et al., 2001; Fortier & Mottard, 2005; Glozier, 2002; McDermott, 1995; Parnas, 2003; Rosenthal & Bryant, 2004); avolition et perte d'intérêt (Cook & Razzano, 2000; Fortier & Mottard, 2005; Hayes & Halford, 1996; McGurk & Meltzer, 2000; Parnas, 2003); amotivation (Fortier & Mottard, 2005); et anergie (Andreasen, 1982; Parnas, 2003).

La présence d'un dysfonctionnement social et occupationnel (difficulté dans les activités quotidiennes et productives) est un autre critère diagnostique établi dans le DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000). Selon plusieurs auteurs, les symptômes positifs persistants ont une influence modeste sur le fonctionnement dans les activités productives (Green, 1996; Massel et al., 1990; Strauss & Carpenter, 1974). Les symptômes négatifs contribuent davantage que les symptômes positifs aux difficultés sociales et fonctionnelles des personnes atteintes de schizophrénie (Anthony, Rogers, Cohen & Davies, 1995; Breier, Schreiber, Dyer & Pickar, 1991; Cook & Razzano, 2000; Glozier, 2002; MacDonald-Wilson, Rogers & Anthony, 2001). De plus, l'impact des troubles cognitifs persistants sur le fonctionnement de l'individu serait plus important que celui des symptômes positifs de la schizophrénie (Green, 1996; Green et al., 2000; Hagger et al., 1993; McGurk & Meltzer, 2000). En effet, il semble exister un consensus dans la littérature sur le fait que les troubles cognitifs ont un impact négatif sur le potentiel de réadaptation, le fonctionnement quotidien, social et professionnel ainsi que sur la capacité d'apprentissage des personnes atteintes de schizophrénie (Bell & Bryson, 2001; Brekke, Raine, Ansel, Lencz & Bird,

1997; Cook & Razzano, 2000; Goldman et al., 1993; Green, 1996; Green et al., 2000; Hayes & Halford, 1996; Kupper & Hoffmann, 2000; McGurk & Meltzer, 2000; Mueser et al., 2001; Spaulding et al., 1999). Les problèmes cognitifs sont abordés dans la section suivante.

### 1.1.2 Données épidémiologiques

La schizophrénie est une maladie mentale sévère et persistante qui affecte 1% de la population (David & Halligan, 2000; Kessler et al., 1994; Schwartz, 1998a, 1998b). Cette pathologie apparaît habituellement entre la fin de l'adolescence et le début de la trentaine (American Psychiatric Association, 2000). De façon générale, la schizophrénie se présente comme une maladie chronique dont l'évolution et le pronostic sont variables selon les individus (Fortier & Mottard, 2005; Kupper & Hoffmann, 2000; Schwartz, 1998a, 1998b; Wirshing, 2004). Les rechutes sont fréquentes au début de la maladie et ont une influence négative sur le pronostic (Drake & Lewis, 2003).

### 1.1.3 Étiologie

L'étiologie de la schizophrénie est encore méconnue (Bin, 2002; Sass, 2003). Différents éléments causals sont mentionnés dans la littérature. Certains facteurs génétiques ont un impact sur le développement de la maladie (Bin, 2002). Des éléments biologiques sont aussi associés à la schizophrénie (Bin, 2002; Gray, 1998; Kupper & Hoffmann, 2000; McDermott, 1995) : des anomalies sont présentes au niveau du cerveau (Stip, 2003), entre

autres au niveau du cortex préfrontal (Gallagher, 2003; Gallese, 1999; Laroï et al., 2000). Par ailleurs, des facteurs psychologiques, tels les traits de personnalité ou les stratégies d'adaptation, augmentent la vulnérabilité de l'individu à développer la schizophrénie (Ritsner & Susser, 2004). Ces éléments psychologiques influencent également l'évolution de la maladie (McDermott, 1995). D'autres variables, telles l'âge d'apparition de la maladie, la sévérité des symptômes, la durée des hospitalisations et le niveau de fonctionnement prémorbide sur les plans social et professionnel influencent également le cours et le pronostic de la schizophrénie (Roe et al., 2004). Finalement, des études explorent actuellement l'impact de nouveaux facteurs sur l'évolution de la schizophrénie, par exemple l'identité et la qualité de vie des personnes atteintes de la maladie (Roe et al., 2004).

#### 1.1.4 Traitement

Bien que la schizophrénie soit une maladie difficile à traiter (Fortier & Mottard, 2005), certaines avenues de traitement sont reconnues. La médication contrôle surtout les symptômes positifs de la maladie (Finlay et al., 2001; Fortier & Mottard, 2005). D'autres approches, telles la psychoéducation, la thérapie comportementale individuelle et de groupe ainsi que les interventions auprès de la famille sont aussi utilisées (Fortier & Mottard, 2005) dans le but de prévenir les rechutes ainsi qu'améliorer le fonctionnement social et occupationnel.

### 1.1.5 Problèmes rencontrés

La schizophrénie affecte plusieurs sphères de la vie des individus. Un éventail des problèmes rencontrés par cette clientèle est présenté.

#### 1.1.5.1 Médicaux

En plus des symptômes de la schizophrénie, décrits précédemment, certains symptômes associés à d'autres maladies mentales, telles que la dépression, les troubles anxieux, accompagnent fréquemment la schizophrénie (Addington, Addington, Maticka-Tyndale & Joyce, 1992; Birchwood, Iqbal, Chadwick & Trower, 2000; Breier et al., 1991; Cassano, Pini, Sacttoni, Rucci & Dell'Osso, 1998; Glozier, 2002; Hayes & Halford, 1996). Ainsi, la contribution de la comorbidité et des troubles de la personnalité est importante à considérer lors de l'évaluation mentale et occupationnelle des personnes atteintes de schizophrénie.

#### 1.1.5.2 Processus cognitifs

La cognition peut être définie comme « le processus de la connaissance » (Bootes & Chapparo, 2002, traduction libre). Des atteintes cognitives reflètent des difficultés à sélectionner, comprendre, retenir et utiliser l'information de façon efficace dans différentes situations (Bootes & Chapparo, 2002).

Les troubles cognitifs sont fréquents chez les personnes atteintes de schizophrénie (David & Halligan, 2000; Green, 1996; Lalonde et al., 1996; Moritz et al., 2000; O'Carroll, 2000; Rosenthal & Bryant, 2004; Saykin et al., 1994; Spaulding et al., 1999; Upthegrove, Oyebode, George & Haque, 2002; Van den Bosch & Rombouts, 1997; Ventura, Nuechterlein, Subotnik, Green & Gitlin, 2004). Cependant, le degré de sévérité des atteintes cognitives varie d'un individu à un autre (Fortier & Mottard, 2005).

Diverses fonctions cognitives peuvent être altérées dans la schizophrénie. Le problème le plus fréquemment identifié est une diminution de l'attention soutenue et sélective (Bell & Bryson, 2001; Cook & Razzano, 2000; Fortier & Mottard, 2005; Gallagher, 2003; Goldman et al., 1993; Green et al., 2000; Hayes & Halford, 1996; Light & Braff, 2000; Moritz et al., 2000; Upthegrove et al., 2002; Young, Campbell, Zakzanis & Weinstein, 2003). Des difficultés au niveau de la mémoire verbale (Bell & Bryson, 2001; Cook & Razzano, 2000; Fortier & Mottard, 2005; Green et al., 2000; Levin, Yurgelun-Todd & Craft, 1989; McGurk & Meltzer, 2000; Moritz et al., 2000) ainsi que de la mémoire de travail (Fortier & Mottard, 2005; Gallagher, 2003; Park & Holzman, 1992; Upthegrove et al., 2002) sont aussi rapportées.

D'autres atteintes sont mentionnées dans la littérature : diminution de la fluidité verbale (Cook & Razzano, 2000; Fortier & Mottard, 2005; Gray, 1998); atteintes au niveau des fonctions exécutives, incluant des difficultés au niveau de la planification et de l'exécution

d'actions, de l'organisation dans le temps ou de la résolution de problèmes (Bell & Bryson, 2001; Gallagher, 2003; Goldberg, Weinberger, Berman, Pliskin & Podd, 1987; Lalonde et al., 1996; McGurk & Meltzer, 2000; Upthegrove et al., 2002; Ventura et al., 2004); diminution de la flexibilité mentale (Fortier & Mottard, 2005); ralentissement au niveau du traitement de l'information (Bootes & Chapparo, 2002; Fortier & Mottard, 2005; Lysaker, Clements, Wright, Evans & Marks, 2001; Penn & Corrigan, 1997; Sass, 2003; Silverstein, Kovács, Corry & Valone, 2000; Stratta, Daneluzzo, Bustini, Prosperini & Rossi, 1999, 2000; Uhlhaas & Silverstein, 2003); et troubles du raisonnement abstrait (Fortier & Mottard, 2005; Hayes & Halford, 1996; Leonhard & Corrigan, 2001).

#### 1.1.5.3 Physiques

Les complications physiques associées à la schizophrénie sont nombreuses et reconnues de longue date (Goff et al., 2005). La majorité des problèmes rencontrés sont associés aux effets secondaires du traitement pharmacologique.

Les antipsychotiques typiques (ou de première classe) sont rarement prescrits chez la clientèle des jeunes adultes atteints de schizophrénie. Un effet secondaire sérieux relié à la prise de cette médication est la présence de symptômes extrapyramidaux (Lieberman et al., 2005; Naber, 1999; Newcomer, 2004; Wirshing, 2004) ainsi que de dyskinésie tardive, (Berkowitz & Fabricatore, 2005; Lieberman et al., 2005).

Les antipsychotiques atypiques (ou de deuxième classe) produisent moins d'effets extrapyramidaux (Lieberman et al., 2005; Newcomer, 2004; Wirshing, 2004) et sont plus efficaces que les antipsychotiques typiques. Cependant, d'autres complications sérieuses sont associées à cette médication. Le principal problème rapporté dans la littérature est la prise de poids (Berkowitz & Fabricatore, 2005; Naber, 1999; Newcomer, 2004), allant parfois jusqu'à l'obésité (Goff et al., 2005; Lieberman et al., 2005; Wirshing, 2004). Plusieurs complications médicales sont associées au surplus de poids (Berkowitz & Fabricatore, 2005; Goff et al., 2005; Lieberman et al., 2005; Newcomer, 2004). D'autres effets secondaires de la médication antipsychotiques atypiques, tels que la fatigue (Naber, 1999; Rosenthal & Bryant, 2004) et l'hypersalivation, sont aussi mentionnés dans la littérature (Naber, 1999).

Finalement, le taux de mortalité serait plus élevé chez les personnes atteintes de schizophrénie que dans la population générale (Goff et al., 2005; Wirshing, 2004). Cela semble relié à certaines habitudes de vie courantes chez les personnes atteintes de schizophrénie, telles le tabagisme ou la consommation de drogue (Goff et al., 2005) ainsi qu'au décès par suicide, dont le taux est élevé (Berkowitz & Fabricatore, 2005; Wirshing, 2004).

#### 1.1.5.4 Psychologiques

##### A. Autocritique

La négation de la maladie ainsi qu'une faible autocritique sont des problèmes fréquemment associés à la schizophrénie (Amador & Gorman, 1998; Amador, Strauss, Yale & Gorman, 1991; Amador et al., 1993; Amador et al., 1994; Baier et Murray, 1999; Baier, Murray & McSweeney, 1998; Birchwood et al., 1994; Buckley, Hasan, Friedman & Cerny, 2001; Carpenter, Bartko, Strauss & Hawk, 1978; David, 1990; David & Halligan, 2000; Dickerson, Boronow, Ringel & Parente, 1997; Drake & Lewis, 2003; Fenning et al., 1996; Fortier & Mottard, 2005; Hayashi, Yamashina & Igarashi, 1999; Kim, Sakamoto, Kamo, Sakamura & Miyaoka, 1997; McCay & Seeman, 1998; McEvoy et al., 1996; Moore, Cassidy, Carr & O'Callaghan, 1999; Upthegrove et al., 2002). L'autocritique est reliée au degré d'atteintes cognitives (Amador & Gorman, 1998; Amador et al., 1993; Laroï et al., 2000; Moore et al., 1999) ainsi qu'aux capacités intellectuelles de la personne schizophrène (Fenning et al., 1996). Par ailleurs, aucun lien clair n'a été établi entre le niveau d'autocritique et la présence des symptômes positifs ou négatifs de la schizophrénie (Fenning et al., 1996; Moore et al., 1999).

Il existe de multiples définitions et conceptualisations de l'autocritique (Amador et al., 1991; Baier & Murray, 1999; Baier et al., 1998; Berrios & Markova, 1998; Birchwood et al., 1994). Amador et al. (1994, traduction libre) définissent l'autocritique comme « une mesure complexe de la conscience des patients face à leur maladie ». Selon Baier et al.

(1998), l'individu atteint de schizophrénie qui présente une bonne capacité d'autocritique en regard à la maladie reconnaît certains éléments : les symptômes qui appartiennent à la maladie, la nécessité du traitement, la possibilité de rechute et l'effet des stressseurs psychosociaux sur les symptômes de la maladie.

Chez les personnes atteintes de schizophrénie, un manque d'autocritique nuit à la collaboration au traitement (Amador & Gorman, 1998; Amador et al., 1991; Buchanan, 1992; Roe & Kravetz, 2003). À l'opposé, une autocritique adéquate face à la maladie a des conséquences positives: favoriser le rétablissement par un meilleur pronostic (Amador et al., 1991; Amador et al., 1993), améliorer le niveau de fonctionnement (Warner, Taylor, Powers & Hyman, 1989) et faciliter la réinsertion professionnelle (Scheid & Anderson, 1995).

## B. Estime de soi

Vivre avec une maladie mentale affecte négativement l'estime de soi (Kupper & Hoffmann, 2000; Roe, 2003; Roe et al., 2004). De façon générale, la schizophrénie est reliée à un niveau d'estime de soi significativement plus bas que la population générale (Böker, Brenner & Würigler, 1989; Grinker & Holzman, 1973; Van Dongen, 1998).

L'estime de soi peut être définie comme l'évaluation qu'un individu fait de lui-même (Guillon & Crocq, 2004; Van Dongen, 1998). Van Dongen (1998, traduction libre, p. 29)

précise que l'estime de soi « reflète son sentiment de compétence et de valeur personnelle face aux défis de l'existence ». Lorsque leur niveau d'estime de soi est plus élevé, les personnes atteintes de maladie mentale, dont la schizophrénie, considèrent avoir de la valeur et de l'importance (Rosenberg, 1979), s'investissent davantage dans des activités significatives et s'intègrent mieux au niveau social, scolaire et professionnel (Guillon & Crocq, 2004). À l'opposé, une faible estime de soi diminue le fonctionnement (Brekke, Levin, Wolkon, Sobel & Slade, 1993; Brekke & Long, 2000) et limite la confiance en ses capacités à prendre des décisions en lien avec des buts personnels et professionnels (Bassett, Lloyd & Bassett, 2001).

### C. Locus de contrôle

Le concept de « locus de contrôle » peut être défini comme « la croyance des individus que les essais pour atteindre un but dépendent de leur contrôle (locus de contrôle interne) ou de forces extérieures (locus de contrôle externe) » (Rotter, 1954, dans Feist, 1990, traduction libre, p. 694). Le locus de contrôle est évalué à l'aide de deux échelles distinctes, une qui mesure le locus de contrôle interne et l'autre qui porte sur le locus de contrôle externe. L'individu qui perçoit que les événements qui se produisent dans sa vie découlent de ses comportements et de ses caractéristiques personnelles présente un locus de contrôle interne (Armitage, 2003). À l'opposé, le locus de contrôle externe se définit par la perception que le contrôle est entre les mains d'autrui, de la chance, du destin (Rotter, 1954, dans Katerndahl, 2001) ou du hasard (Armitage, 2003).

Les personnes atteintes de schizophrénie présentent des niveaux variables de locus de contrôle (Dzurec, 1990; Kupper & Hoffmann, 2000; McCay & Seeman, 1998). Sur le plan fonctionnel, un locus de contrôle externe entraîne chez l'individu une impression de fatalisme (Kupper & Hoffmann, 2000) ainsi qu'un sentiment de perte de contrôle sur sa vie (Lysaker & Lysaker, 2001; Roe, 2003). Une perception de contrôle interne facilite l'atteinte de buts (Scheid & Anderson, 1995); elle est aussi reliée à une perception de compétence et un niveau de fonctionnement plus élevés (McCay & Seeman, 1998).

#### D. Capacité d'adaptation

La présence d'événements comme sources de stress augmente la sévérité des symptômes et le risque de rechute psychotique chez la personne schizophrène (Ventura et al., 2004). En effet, plusieurs individus atteints de schizophrénie présentent de la difficulté à s'adapter aux situations de la vie quotidienne (Bozzer, Samsom & Anson, 1999; Fortier & Mottard, 2005; Ventura et al., 2004), particulièrement les contextes nouveaux ou imprévus. En effet, il semble que les personnes atteintes de schizophrénie utilisent moins de stratégies d'adaptation que les personnes dites normales (Ventura et al., 2004) ou utilisent des stratégies inefficaces, telles que le retrait social (Lysaker et al., 2001). Par conséquent, cela peut affecter la stabilité émotionnelle des personnes, exacerber les symptômes de la maladie et nuire à leur insertion professionnelle.

## E. Gestion des émotions

Plusieurs personnes atteintes de schizophrénie éprouvent des émotions négatives, telles que le désespoir, l'anxiété ou l'impuissance (Fortier & Mottard, 2005; Lecomte, Cyr & Lesage, 1997; Roe et al., 2004). Ces émotions peuvent affecter négativement le sentiment de compétence de l'individu dans le contexte d'activités quotidiennes ou professionnelles. D'ailleurs, les difficultés émotionnelles et interpersonnelles au travail peuvent amener la personne atteinte de schizophrénie à quitter son l'emploi (MacDonald-Wilson et al., 2001).

### 1.1.5.5 Compétences sociales

Le fonctionnement social est fréquemment identifié comme un problème majeur pour les personnes atteintes de schizophrénie (Bryson, Lysaker & Bell, 2002; Fortier & Mottard, 2005; Leonhard & Corrigan, 2001; Liberman, DeRisi & Mueser, 1989; McEvoy et al., 1996; Penn, Ritchie, Francis, Combs & Martin, 2002; Startup, 1998; Tsang, 2001; Upthegrove et al., 2002; Vézina, 2002). Ces difficultés sur le plan social interfèrent avec les rôles significatifs (Hayes & Halford, 1996; Lecomte et al., 1997; McCay & Seeman, 1998), entre autres celui de travailleur (Anthony, 1994; Anthony, Buell, Sharratt & Althoff., 1972). En effet, les habiletés sociales d'un individu vivant avec la schizophrénie sont un élément prédicteur de son niveau de fonctionnement et de performance au travail (Anthony & Jansen, 1984; Arns & Linney, 1995; Carpenter & Strauss, 1991; Gioia & Brekke, 2003b; Mueser et al., 2001; Tsang, 2001; Turner, 1977).

Plusieurs difficultés rencontrées par les personnes atteintes de schizophrénie sur le plan du fonctionnement social sont documentées dans la littérature : habiletés sociales pauvres (Fortier & Mottard, 2005; Startup, 1998; Tsang, 2001); difficulté à converser et à communiquer (Fortier & Mottard, 2005; Startup, 1998); difficulté à interpréter les émotions et à y répondre (Green et al., 2000; Hooker & Park, 2002; Leonhard & Corrigan, 2001; Penn et al., 2002); difficulté à exprimer ses émotions (Vézina, 2002); difficulté à initier et entretenir des relations amicales et amoureuses (Fortier & Mottard, 2005); difficultés d'affirmation de soi (Fortier & Mottard, 2005); et pauvre jugement social (Upthegrove et al., 2002). Par ailleurs, le fonctionnement social est relié au fonctionnement cognitif ainsi qu'à la présence de symptômes négatifs chez la personne atteinte de schizophrénie (Penn et al., 2002) : plus les troubles cognitifs et les symptômes négatifs sont élevés, plus le fonctionnement social est pauvre.

#### 1.1.5.6 Occupationnels

Les difficultés au niveau des activités sont reconnues comme faisant partie intégrante du tableau de la schizophrénie (Fortier & Mottard, 2005; Hayes & Halford, 1996; Hemsley, 1998; MacDonald-Wilson et al., 2001; Mueser et al., 2001). D'ailleurs, l'importance des interventions visant à améliorer le fonctionnement dans les activités s'est accrue depuis l'inclusion des dysfonctions sociales et professionnelles comme critère diagnostique de la schizophrénie dans le DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000; Bryson et al., 2002; Mueser et al., 2001).

Les personnes atteintes de schizophrénie présentent une variété de handicaps sur le plan occupationnel : perte d'autonomie dans les activités quotidiennes et domestiques (Andreasen, 1982; Arns & Linney, 1995; Fortier & Mottard, 2005); horaire occupationnel déficitaire marqué par de longues heures de sommeil et de loisirs passifs (Fortier & Mottard, 2005; Hayes & Halford, 1996); et problèmes de fonctionnement dans les activités académiques et professionnelles (Fortier & Mottard, 2005; Gioia & Brekke, 2003a; Hayes & Halford, 1996; Kupper & Hoffmann, 2000; Lecomte et al., 1997; MacDonald-Wilson et al., 2001; Mueser et al., 2001; Priebe, Warner, Hubschmid & Eckle, 1998; Scheid & Anderson, 1995; Van Dongen, 1998).

Il n'existe pas de consensus dans la littérature quant aux symptômes à la base de ces handicaps fonctionnels. En effet, plusieurs études ayant exploré la relation entre les symptômes de la schizophrénie (positifs, négatifs), le fonctionnement cognitif et le niveau de fonctionnement occupationnel présentent des erreurs méthodologiques ou fournissent des conclusions mitigées (Kupper & Hoffmann, 2000). De façon générale, il est établi que la présence du diagnostic de schizophrénie en soi ou d'un niveau sévère de psychopathologie n'est pas prédicteur du fonctionnement professionnel (Bell & Bryson, 2001; MacDonald Wilson et al., 2001). Par contre, la présence de symptômes négatifs diminue le fonctionnement de la personne atteinte de schizophrénie dans ses activités quotidiennes et productives (Anthony et al., 1995; Bell & Bryson, 2001; Green &

Nuechterlein, 1999; Hayes & Halford, 1996; Kupper & Hoffmann, 2000; Priebe et al., 1998). Le choix d'activités quotidiennes, productives et de loisirs de la personne atteinte de schizophrénie serait aussi influencé par la présence et le niveau d'atteintes cognitives (Bassett et al., 2001; Brekke et al., 1997; Hayes & Halford, 1996; Kupper & Hoffmann, 2000).

#### 1.1.5.7 Troubles de la perception de soi

Un problème perceptuel associé à la schizophrénie est un désordre de l'identité et de la conscience de soi (Berrios & Markova, 2003; Bin, 1997, 2002; Estroff, 1989; Hemsley, 1998; Lida, de Bonis & Féline, 1992; Northoff & Heinzl, 2003; O'Brien & Opie, 2003; Parnas, 2003; Parnas & Handest, 2003; Phillips, 2001; Robey, Cohen & Gara, 1989; Rosenberg, 1993; Sass, 1997, 2000; Sass et Parnas, 2003; Zahavi, 2002, 2003; Zahavi & Parnas, 1999). Ainsi, sur le plan perceptuel, plusieurs personnes atteintes de schizophrénie peuvent présenter des déficits au niveau de l'élaboration du concept de soi (Hemsley, 1998; Rosenberg, 1993), de la représentation interne du soi (Hemsley, 1998) ainsi que des difficultés d'intégration du soi (O'Brien & Opie, 2003). Cela se reflète à travers la difficulté qu'éprouvent plusieurs personnes atteintes de schizophrénie à se différencier d'autrui (Parnas, 2003; Walter & Spitzer, 2003) ainsi que par le biais d'une impression de fragmentation de soi (Bin, 2002; Parnas, 2003; Phillips, 2001; Proust, 1999; Recasens, Mimic, Dardennes, Guelfi & Rouillon, 2002; Robey et al., 1989; Rosenberg, 1993; Uhlhaas & Silverstein, 2003). Certains individus décrivent aussi un sentiment de « perdre le contrôle

de leur corps, de leurs pensées et de leurs émotions » (Parnas, 2003; Uhlhaas & Silverstein, 2003; Sass, 1997; Zahavi, 2003; Zahavi & Parnas, 1999). De façon générale, des déficits plus sévères au niveau de la conscience de soi sont associés à la schizophrénie qu'à d'autres troubles mentaux sévères et persistants (Young et al., 1998).

## **1.2 Problématique du travail**

Cette section a pour objectif de situer le concept de « travail » dans le cadre de la réalité des personnes atteintes de schizophrénie.

### **1.2.1 Définitions**

Différents termes sont utilisés dans la littérature pour qualifier le concept de « travail », par exemple : « occupation », « activité productive », « productivité ». Cela entraîne une confusion puisqu'il n'existe de nombreuses définitions de ces concepts sans qu'il y ait consensus. St-Jean & Thériault (sous presse) font d'ailleurs mention d'une certaine confusion entre les concepts « travail », « études » et « productivité » dans la recherche théorique et clinique en ergothérapie.

De façon générale, une « occupation » peut être définie comme une activité humaine orientée vers un but (Chugg & Craik, 2002). Les occupations peuvent être regroupées en différentes catégories, telles que le jeu, le travail et les soins personnels (Pierce, 2001). Dans le langage populaire, le terme « travail » est utilisé pour qualifier une activité

rémunérée (St-Jean & Thériault, sous presse). Schlenoff (1983) fait mention de l'aspect « obligatoire » associé aux activités de travail à l'opposé des activités de loisir, qui font plutôt référence à des activités auxquelles l'individu prend part librement dans un but de détente ou de développement personnel.

Le concept d'« activités productives » peut être défini comme « le résultat de l'utilisation de capacités (fonctionnelles) pour réaliser des tâches définies dans un contexte. (...) La performance de réalisation de l'activité productive nécessite donc de définir: les tâches spécifiques à réaliser (habitudes de vie), les capacités requises (capacités), le contexte et ses exigences (facteurs environnementaux). » (Dutil et al., 1998). Selon les études, il existe une variabilité quant aux activités regroupées sous le terme « activités productives » : travail rémunéré (compétitif ou non), travail non rémunéré (bénévolat), participation à des activités scolaires, travail domestique, participation aux activités d'un centre de jour (Aubin, Hachey & Mercier, 1999; Cook & Razzano, 2000; St-Jean & Thériault, sous presse).

Dans le cadre du présent document, le concept d'« activités productives » englobera les situations suivantes : un emploi rémunéré et compétitif, un emploi rémunéré mais non compétitif ainsi que la participation à des activités scolaires (Dutil et al., 1998).

### 1.2.2 Travail et maladie mentale

Selon certains auteurs, l'investissement dans les activités, comme le travail, permettrait à l'individu de développer et maintenir sa santé mentale et physique (Anthony & Blanch, 1987; Beaulieu, Morin, Provencher & Dorvil, 2002; Dzurec, 1990; Kirsh, 2000; Legault & Rebeiro, 2001; Mosey, 1986; VanDongen, 1996). D'ailleurs, dans la population générale, le manque d'emploi est reconnu comme nuisible pour la qualité de vie (Kirsh, 2000; Panagos & DuBois, 1999) et la santé des individus (Marwaha & Johnson, 2004).

L'investissement du rôle de travailleur est particulièrement significatif pour les jeunes adultes atteints de schizophrénie (Bassett et al., 2001). De plus, pour les personnes atteintes de schizophrénie, l'investissement d'un emploi compétitif est un objectif de réadaptation valorisé et un signe de récupération (Aubin et al., 1999; Bozzer et al., 1999; Corbière et al., 2002; Gioia & Brekke, 2003a, 2003b; Hachey, Boyer & Mercier, 2001; Kirsh, 2000; Kupper & Hoffmann, 2000; Marwaha & Johnson, 2004; Mueser et al., 2001; Poulin & Massé, 1994; Roe, 2001; Scroggin, Kosciulek, Sweiven & Enright, 1999). Toutefois, le travail demeure fréquemment identifié comme un besoin non-comblé par les individus atteints de maladie mentale qui se retrouvent fréquemment sans emploi (Crane-Ross et al., 2000; Gioia & Brekke, 2003a, 2003b; Huxley & Thornicroft, 2003; Scroggin et al., 1999). Parmi celles-ci, les personnes atteintes de schizophrénie sont les plus susceptibles de ne pas travailler (Brekke et al., 1993; Cook & Razzano, 2000; Coryell & Tsuang, 1982; Jacobs, Wissusik, Collier, Stackman & Burkeman, 1992; Rogers, Anthony & Jansen, 1988).

En effet, moins de 50% des personnes atteintes de schizophrénie occupent un emploi (Anthony & Blanch, 1987; MacDonald-Wilson et al., 2001; Mulkern & Maderscheid, 1989; Panagos & DuBois, 1999; Sturm, Gresenz, Pacula & Wells, 1999). Pour leur part, Marwaha & Johnson (2004) rapportent un taux d'employabilité variant autour de 10% à 20% pour les personnes atteintes de schizophrénie en Grande-Bretagne; ce pourcentage est largement inférieur au taux d'employabilité dans la population générale, de l'ordre de 80%. La situation est similaire au Québec, alors que « moins de 15% des personnes utilisatrices des services de santé mentale occupent un emploi » (Becker & Drake, 1994, dans Beaulieu et al., 2002, p. 180). L'association québécoise de réadaptation psychosociale (2002, dans Vézina, 2002) rapporte que 80% des individus atteints de troubles mentaux et aptes à travailler sont sans emploi alors que Corbière et al. (2002) parlent d'un taux de 90%. Quant aux personnes atteintes de schizophrénie, aucune donnée statistique spécifique n'est disponible concernant le nombre d'individus en emploi ou sans emploi au Québec (Association québécoise de la schizophrénie).

Par ailleurs, peu de personnes atteintes de maladie mentale réussissent à intégrer un emploi compétitif (Cook & Razzano, 2000; Mueser et al., 2001), la majorité d'entre eux travaillant à temps partiel dans des emplois protégés (Mulkern & Maderscheid, 1989). Ainsi, certains auteurs rapportent que seulement 20% des personnes atteintes de schizophrénie occupent

un emploi compétitif à temps complet (Anthony & Blanch, 1987; Sturm et al., 1999) alors d'autres parlent plutôt de moins de 5% des individus (Scroggin et al., 1999).

### 1.2.3 Variables qui influencent l'intégration au travail

Différentes variables ont un impact sur l'intégration au travail. Un premier élément est le sens associé par l'individu aux activités productives, qui permet de déterminer l'importance et l'intérêt accordé à une démarche de recherche et de maintien en emploi (Anthony, 1994; Kirsh, 2000; Van Dongen, 1998). En effet, toute activité qui rencontre les objectifs, les attentes, les valeurs et les besoins d'un individu a une influence positive sur le sentiment de satisfaction personnelle (Aubin et al., 1999). Ainsi, la perception du travail comme activité intéressante, valorisante et significative par le client facilite la recherche et le maintien en emploi (Van Dongen, 1996). L'attitude et les valeurs familiales en regard de la productivité influencent aussi l'importance accordée par l'individu aux activités productives (Van Dongen, 1996).

Un autre facteur ayant un impact majeur sur l'investissement dans des activités productives est le fonctionnement prémorbide de la personne (Anthony et Jansen, 1984; Harrow, Westermeyer, Silverstein, Strauss & Cohler, 1986; Jacobs et al., 1992; MacEwan & Athawes, 1997; Mueser et al., 2001). Spécifiquement, les antécédents professionnels (histoire de travail) influencent le fonctionnement futur d'une personne sur le plan de la productivité (Anthony & Jansen, 1984; Carpenter & Strauss, 1991; MacDonald-Wilson et

al., 2001; Marwaha & Johnson, 2004; Mueser et al., 2001; Strauss & Carpenter, 1974, 1977). Ainsi, une personne qui s'est impliquée dans des activités productives posséderait déjà certaines compétences nécessaires à une réintégration au travail ou aux études. Les types d'emplois antérieurs d'un individu le guident aussi dans ses choix d'activités futures par l'identification d'intérêts et le renforcement de son sentiment de confiance face à ses capacités (Gioia & Brekke, 2003b).

#### 1.2.4 Bénéfices associés au travail

Plusieurs avantages financiers, tels l'indépendance économique, la sécurité financière et le fait de recevoir un revenu régulier, sont associés à l'occupation d'un emploi (Aubin et al., 1999; Bassett et al., 2001; Drake et al., 1994; Gioia et Brekke, 2003b; Kirsh, 2000; Oxley, 1995; Priebe et al., 1998; Roe, 2001; Warr, 1987).

Par ailleurs, l'impact positif du travail sur la qualité de vie est largement documenté dans la littérature (Bryson et al., 2002; Corbière et al., 2002; Gioia & Brekke, 2003b; Kirsh, 2000; Rosenfield, 1992; Van Dongen, 1996), entre autres pour les personnes atteintes de schizophrénie (Priebe et al., 1998). Ainsi, occuper un emploi permet à la personne de contribuer à la société, ce qui est normalisant et donne un sens à sa vie (Kirsh, 2000; Gioia & Brekke, 2003b; Roe, 2001; Scheid & Anderson, 1995). D'autres bénéfices pour l'individu peuvent être relevés : amélioration de la confiance en soi et de l'estime de soi (Bozzer et al., 1999; Bryson et al., 2002; Corbière et al., 2002; Drake et al., 1994; Kirsh,

2000; Priebe et al., 1998; Roe, 2001; Scheid & Anderson, 1995; Van Dongen, 1996, 1998); développement d'un sentiment d'accomplissement et de satisfaction personnelle (Bassett et al., 2001; Bryson et al., 2002; Kirsh, 2000; Priebe et al., 1998; Roe, 2001; Scheid & Anderson, 1995; Schlenoff, 1983; Van Dongen, 1996, 1998); développement d'une image de soi positive (Gioia & Brekke, 2003b; Van Dongen, 1996); inspiration de sentiments de bien être (Kirsh, 2000; Priebe et al., 1998; Scheid & Anderson, 1995), d'espoir (Kirsh, 2000; Strong, 1998), de dignité et du désir de vivre (Corbière et al., 2002).

Au niveau fonctionnel, les activités productives structurent l'horaire occupationnel (Bryson et al., 2002; Hayes & Halford, 1996; Kirsh, 2000; Priebe et al., 1998; Scheid & Anderson, 1995; Strauss, Harding, Silverman, Eichler & Lieberman, 1988) et offrent une stimulation quotidienne par le biais d'une activité significative (Bassett et al., 2001, Scheid & Anderson, 1995; Van Dongen, 1996). Ces activités permettent à la personne d'acquérir de l'expérience (Roe, 2001), de développer de nouvelles habiletés (Drake et al., 1994; Priebe et al., 1998; Roe, 2001; Scheid & Anderson, 1995) et de faire preuve de créativité (Drake et al., 1994; Priebe et al., 1998).

Le milieu du travail est aussi propice aux contacts sociaux ainsi qu'à l'établissement de relations significatives (Bassett et al., 2001; Bryson et al., 2002; Drake et al., 1994; Priebe et al., 1998; Roe, 2001; Scheid & Anderson, 1995; Strauss et al., 1988). De ce fait,

l'environnement de travail offre des possibilités d'activités sociales, de détente et de loisir à l'extérieur du cadre du travail (Bassett et al., 2001; Kirsh, 2000).

Finalement, l'implication d'un individu dans des activités productives exercerait une influence positive sur son état de santé mentale. Les personnes qui occupent un emploi ont un meilleur pronostic (Chugg & Craik, 2002) et présentent moins de symptômes (Bell, Milstein & Lysaker, 1993; Kirsh, 2000; Roe, 2001) ou les contrôlent plus facilement (Van Dongen, 1996) que les personnes qui ne travaillent pas. L'investissement du rôle de travailleur permet aussi à la personne d'éviter de s'identifier uniquement à sa maladie, au rôle de malade (Kirsh, 2000; Roe, 2001; Van Dongen, 1996).

Il importe de souligner que les bénéfices associés au travail varient d'un individu à un autre (Kirsh, 2000). Le milieu de travail au sein duquel une personne présentant des problèmes de santé mentale est intégrée doit donc permettre un équilibre entre les défis proposés et les difficultés associées (Kirsh, 2000).

#### 1.2.5 Difficultés associées au travail

Plusieurs obstacles à l'insertion au travail des personnes atteintes de maladies mentales sont identifiés dans la littérature. Ils peuvent être regroupés en trois catégories selon le cadre théorique du Modèle de compétence : obstacles liés à la personne, liés à l'environnement

ainsi que liés à l'activité de travail. Seuls les obstacles rencontrés par les personnes atteintes de schizophrénie sont rapportés.

#### 1.2.5.1 Obstacles liés à la personne

La présence d'une maladie mentale, dont la schizophrénie, nuit à l'intégration au travail (Schulze & Angermeyer, 2003). En effet, ces maladies sont récurrentes et se présentent sous forme d'une alternance de périodes de rémission et de périodes de rechutes, nécessitant parfois une hospitalisation (Aubin et al., 1999; Bassett et al., 2001; Bozzer et al., 1999; Lang & Cara, 1989; Scheid & Anderson, 1995). Les symptômes de la maladie ont donc un impact négatif sur l'occupation d'un emploi (Bassett et al., 2001; Cook & Razzano, 2000; Finlay et al., 2001; Glozier, 2002; MacDonald-Wilson et al., 2001), de même que les effets secondaires associés à la prise de médication (Cook & Razzano, 2000; Corbière et al., 2002; Van Dongen, 1996). D'autres obstacles à l'insertion au travail peuvent être reliés à la personne : troubles cognitifs, dont la difficulté à se concentrer sur une tâche (Aubin et al., 1999; Cook & Razzano, 2000; Scheid & Anderson, 1995; Van Dongen, 1996); déficits au niveau des habiletés sociales (MacDonald-Wilson et al., 2001); manque de confiance en ses capacités à trouver, occuper ou garder un emploi (Marwaha & Johnson, 2004); consommation de drogue, particulièrement la marijuana (Gioia & Brekke, 2003b; Glozier, 2002); problèmes de comportements (Corbière et al., 2002; Gioia & Brekke, 2003b); obstacles liés à la capacité d'adaptation au milieu (Corbière et al., 2002; Marwaha & Johnson, 2004) ou encore à la gestion des émotions, tel le sentiment de crainte,

de peur ou même de menace qui peut être ressenti au moment d'initier une démarche de recherche d'emploi (Gioia & Brekke, 2003b; Kates, Nikolaou, Baillie & Hess, 1997, Schlenoff, 1983); méconnaissance des intérêts et pauvre histoire de travail (Bozzer et al., 1999; Marwaha & Johnson, 2004).

#### 1.2.5.2 Obstacles liés à l'environnement

Les obstacles liés à l'environnement peuvent être divisés en deux catégories : ceux reliés à l'environnement humain (au travail ou dans le milieu social et familial) et ceux concernant l'environnement non-humain (environnement physique, mésosystème).

##### 1.2.5.2.1 Obstacles – Environnement humain

Le manque de soutien et de reconnaissance des proches (Corbière et al., 2002) ou, à l'opposé, de la dépendance face aux proches (Mueser et al., 2001) ou une attitude de surprotection de la part de la famille sont identifiés comme des éléments pouvant nuire à l'intégration au travail des personnes atteintes de maladies mentales. L'insuffisance de modèles significatifs dans l'entourage est un autre obstacle relevé (Scroggin et al., 1999).

Par ailleurs, le principal obstacle à l'intégration au travail de personnes souffrant de maladie mentale est la présence de préjugés (Bozzer et al., 1999; Corbière et al., 2002; Finlay et al., 2001; Kirsh, 2000; Marwaha & Johnson, 2004; Mueser et al., 2001; Rutman, 1994; Scroggin et al., 1999). Les préjugés face à la maladie mentale persistent (Anthony et

Blanch, 1987; Poulin & Massé, 1994; Wahl, 1995) et, de toutes les maladies, la schizophrénie apparaît comme la plus stigmatisée (Finlay et al., 2001; Glozier, 2002; McCay & Seeman, 1998; Roe et al., 2004; Schulze & Angermeyer, 2003). En effet, les personnes atteintes de schizophrénie sont perçues comme violentes, agressives et dangereuses et leur niveau d'intelligence est parfois remis en question (Angermeyer & Schulze, 2001; Wahl, 1995). La présence de ces préjugés nuisent à l'investissement de rôles sociaux et professionnels (Anthony & Blanch, 1987; Bozzer et al., 1999; Marwaha & Johnson, 2004; Poulin & Massé, 1994; Schulze & Angermeyer, 2003). D'autres préjugés ciblent les personnes qui sont sans emploi ou qui sont bénéficiaires de la sécurité du revenu.

Finalement, la pression et le stress liés au milieu de travail sont fréquemment mentionnés comme difficultés inhérentes à l'insertion au travail des personnes atteintes de maladie mentale (Aubin et al., 1999; Bozzer et al., 1999; Corbière et al., 2002; Karasek & Theorell, 1990; LaRocco, House & French, 1980; Linsky & Strauss, 1986; Priebe et al., 1998; Scheid & Anderson, 1995; Schlenoff, 1983; Van Dongen, 1996; Warner, 1985; Warner et Polack, 1995).

#### 1.2.5.2.2 Obstacles – Environnement non-humain

Les obstacles liés à l'environnement non-humain sont nombreux dans la littérature. Corbière et al. (2002) proposent un regroupement sous formes de catégories, qui sera partiellement repris ici.

Un obstacle à l'investissement d'activités productives est la *conjoncture socio-économique* (Corbière et al., 2002). En effet, actuellement, le milieu du travail est orienté vers la compétitivité, la rentabilité et la productivité (Corbière et al., 2002; Kirsh, 2000; Marwaha & Johnson, 2004; Schulze & Angermeyer, 2003; Scroggin et al., 1999). La cadence de travail est rapide (Bryson et al., 2002; Priebe et al., 1998; Van Dongen, 1996). Les changements technologiques sont nombreux et une transformation du travail est observée, partant d'emplois manuels vers des emplois de services, qui nécessitent davantage d'habiletés intellectuelles et cognitives (Marwaha & Johnson, 2004; Scroggin et al., 1999). Cela nuit donc à l'insertion socio-professionnelle des personnes atteintes de schizophrénie.

Une autre catégorie d'obstacles regroupe les *modalités et structures des programmes gouvernementaux et de réadaptation*, entre autres la difficulté d'accès aux programmes, le manque d'incitatifs financiers ainsi que l'adéquation partielle des services offerts aux besoins des usagers (Corbière et al., 2002; Marwaha & Johnson, 2004). De plus, il semble que les interventions de réadaptation professionnelle, incluant certains ateliers de travail, soient moins efficaces pour les personnes atteintes de schizophrénie que pour d'autres clientèles psychiatriques (Cook & Razzano, 2000).

### 1.2.5.3 Obstacles liés à l'activité de travail

L'éventail d'emplois offerts aux individus ayant des problèmes de santé mentale, dont la schizophrénie, est plutôt restreint. Ainsi, ces derniers se retrouvent souvent dans des milieux de travail routiniers, peu stimulants et mal payés (Priebe et al., 1998; Scheid & Anderson, 1995; Scroggin et al., 1999).

Certains obstacles peuvent être reliés à l'absence d'activités de travail. L'inoccupation entraîne fréquemment des difficultés au niveau financier (Kates et al., 1997; Hayes & Halford, 1996; Mueser et al., 2001; Scroggin et al., 1999). La perte de rôles peut aussi affecter l'identité personnelle d'un individu ainsi que son estime de soi (Kates et al., 1997; Mueser et al., 2001; Scroggin et al., 1999; Van Dongen, 1996), ou générer un sentiment de honte chez la personne (Roe, 2001). D'autres conséquences pour les personnes atteintes de schizophrénie découlent de l'absence d'activités de travail, telles le manque d'activités structurées et régulières dans l'horaire quotidien, les contacts sociaux limités à l'extérieur de la famille ainsi que les possibilités limitées d'utiliser ses connaissances et habiletés ou d'en développer des nouvelles (Cook & Razzano, 2000; Hayes & Halford, 1996).

### 1.2.6 Travail et ergothérapie

L'ergothérapie a pour objectif de permettre à la personne de reprendre ses activités. Pour ce faire, l'ergothérapeute aide l'individu à développer ou retrouver ses capacités fonctionnelles par le biais d'activités thérapeutiques (Polatajko, 2001) tout en considérant

l'environnement dans lequel cette personne exerce ses activités. Les ergothérapeutes croient aussi qu'il est essentiel pour tout être humain de s'investir dans des activités qu'il considère significatives, dont le travail (Aubin et al., 1999; Bassett et al., 2001; Chugg & Craik, 2002; Polatajko, 2001; Reilly, 1962).

Les activités productives font partie intégrante de la vie adulte. L'occupation d'un emploi est une étape cruciale de la transition réussie vers l'âge adulte (Bassett et al., 2001), entre autres pour les jeunes atteints de schizophrénie. D'ailleurs, en ergothérapie, le travail rémunéré est défini comme objectif de réadaptation pour les personnes atteintes de maladie mentale (Bassett et al., 2001). Les ergothérapeutes possèdent aussi des connaissances au niveau de l'analyse d'activité (Lysaght, 1997), de l'équilibre occupationnel (Backman, 2004) ainsi que de l'évaluation des capacités de la personne (ex. : physiques, cognitives, sociales, affectives) dans le cadre de ses activités, telles que le travail (MacDonald-Wilson et al., 2001). Ainsi, les ergothérapeutes sont des intervenants pouvant contribuer à la réadaptation et à l'insertion scolaire et professionnelle des jeunes adultes atteints de schizophrénie.

### **1.3 Concept de perception**

#### **1.3.1 Définition**

La perception peut être définie comme un processus par lequel l'individu reçoit de l'information à propos de lui-même en relation avec son environnement social et physique

(Butterworth, 1999; Ownsworth, McFarland & Young, 2002). L'action de percevoir implique qu'une personne prenne conscience de ses caractéristiques et intentions propres (Rinofner-Kreidl, 2004), reçoive des stimuli de ce qui l'entoure et différencie ces deux sources d'informations (O'Brien & Opie, 2003). Ainsi, la perception permet à l'individu de se distinguer de son environnement, mais aussi d'interagir avec lui (Butterworth, 1999; Sass, 2000). Cette activité mentale est influencée par les processus cognitifs (Light & Braff, 2000; Lysaker et al., 2001; McEvoy et al., 1996) et par l'intégrité des structures cérébrales (Campodónico & McGlynn, 1995; Fennig et al., 1996; Gallagher, 2003).

L'une des qualités de l'être humain, sur le plan perceptuel, est sa capacité à se percevoir comme entité unique distincte de ce qui l'entoure (Bin, 2002; De Preester, 2002; Kircher & David, 2003; O'Brien & Opie, 2003). Ce concept de soi est une entité complexe qui émerge pendant l'enfance mais qui continue d'évoluer tout au long de l'existence (Butterworth, 1999), au gré des expériences familiales, sociales et culturelles (Andersen, Reznik & Chen, 1997).

La communauté scientifique porte actuellement un intérêt grandissant à ce concept (Kircher & Leube, 2003). Avec l'apport de nouvelles connaissances par la recherche, il est d'autant plus difficile de définir ce concept qui est non seulement abstrait mais en constante évolution (Perlis, 1999). Ainsi, il n'existe pas de consensus quant à la définition du concept de soi. De façon générale, le « soi » peut être décrit comme l'ensemble des connaissances

ou la représentation mentale qu'une personne possède d'elle-même (Ben-Artzi, Mikulincer & Glaubman, 1995; Kihlstrom & Klein, 1997; Sedikides & Skowronski, 1995). Il comprend des informations concernant la personnalité et l'histoire personnelle de l'individu (Ritsner & Susser, 2004), ses attitudes, opinions, intentions, émotions, etc. (Klein, Rozendal & Cosmides, 2002; Siegrist, 1996; Vogeley, 2003). La majorité de ces informations sont acquises dans le cadre de relations interpersonnelles (Andersen et al., 1997; Butterworth, 1999), par le biais de comparaisons sociales ou de rétroactions provenant de l'entourage (Bandura, 1986; Sedikides & Skowronski, 1995).

### 1.3.2 Évaluation de la perception

L'intérêt en recherche pour l'évaluation de la perception de soi est récent (Pallier et al., 2002). D'ailleurs, il n'existe aucun consensus dans la littérature quant à une méthode d'évaluation valide de la perception de soi (Reingold & Merikle, 2004; Young et al., 2003). L'évaluation de ses actions et comportements est particulièrement difficile pour les personnes atteintes de schizophrénie, puisque leur perception est altérée par la présence de symptômes positifs (délires, hallucinations) ou cognitifs (ex. : déficits au niveau de l'abstraction, la mémoire et de la vitesse de traitement des informations). Ainsi, il est difficile d'obtenir une mesure valide et fidèle du « soi » par le biais de l'autoévaluation chez les adultes atteints de schizophrénie. Par conséquent, l'évaluation de la perception des personnes atteintes de schizophrénie comporte souvent deux volets complémentaires, soit l'évaluation des points de vue du client et de l'intervenant.

Une limite importante de l'évaluation par comparaison des perceptions est la difficulté à déterminer quel point de vue, celui du client ou celui de l'intervenant, décrit le mieux le contexte à évaluer (Gramzow, Elliot, Asher & McGregor, 2003; Sen, 2002; Startup, 1998). Souvent, la perception de l'intervenant est perçue comme un regard extérieur et objectif (Campodonico & McGlynn, 1995; Sen, 2002), en accord avec les résultats théoriques et de recherche (Startup, 1998). Pourtant, chaque individu a accès à des informations uniques qui peuvent ne pas être perceptibles par des observateurs externes (Gramzow et al., 2003). Par ailleurs, l'autoévaluation n'est pas suffisante puisque chaque personne conceptualise l'information différemment selon son niveau d'autocritique (Campodonico & McGlynn, 1995; Selten, Wiersma & van den Bosch, 2000; Sen, 2002), de fonctionnement cognitif (Prouteau et al., 2004) ou d'expériences sociales (Sen, 2002). Ainsi, pour réaliser un processus d'évaluation précis et complet, il importe d'explorer à la fois le point de vue de l'intervenant et celui du client atteint de schizophrénie (Griffiths, 1988; Roe et al., 2004; Selten et al., 2000; Sen, 2002; Startup, 1998).

#### 1.3.2.1 Perception des intervenants

Les personnes atteintes de troubles mentaux sévères et persistants, dont la schizophrénie, sont parfois identifiées comme étant inaptes au travail par les professionnels de la santé (Bozzer et al., 1999). Ainsi, il arrive que les objectifs et les attentes des intervenants en

santé mentale face à la réadaptation professionnelle de leurs clients soient peu élevés (Bassett et al., 2001; Marwaha & Johnson, 1998).

La perception des intervenants varie selon leurs connaissances théoriques et leur modèle de pratique (Baier et al., 1998; Roe et al., 2004). D'autres informations utiles aux intervenants lors de leur évaluation de la compétence à travailler des personnes atteintes de schizophrénie proviennent d'évaluations structurées, par exemple les mises en situation ou les évaluations neuropsychologiques (Cook & Razzano, 2000; Scroggin et al., 1999). Plusieurs variables considérées par les intervenants sont identifiées dans la littérature.

#### 1.3.2.1.1 Variables associées à la personne :

Selon les intervenants, plusieurs éléments sont susceptibles d'influencer la perception de compétence des personnes atteintes de schizophrénie face à une démarche d'intégration dans des activités productives : les attentes ou préférences (Cook & Razzano, 2000); l'attitude, soit le niveau d'intérêt et de motivation et le sens associé au travail (Bootes & Chapparo, 2002; Cook & Razzano, 2000; Van Dongen, 1998); les comportements et aptitudes de travail, incluant la capacité à compléter certaines tâches spécifiques (Cook & Razzano, 2000); les caractéristiques associées à la santé et la maladie, telles que la symptomatologie, l'histoire d'hospitalisations antérieures, les effets secondaires des médicaments (Cook & Razzano, 2000; Kupper & Hoffmann, 2000; Leahy, 1995); le fonctionnement cognitif, par exemple la mémoire, l'attention, la résolution de problèmes,

les processus de traitement de l'information, l'organisation, la capacité à suivre des instructions et les habiletés visuo-spatiales (Bootes & Chapparo, 2002; Cook & Razzano, 2000; Kupper & Hoffmann, 2000); l'autocritique (Bootes & Chapparo, 2002); les capacités d'adaptation et de gestion des émotions (Bootes & Chapparo, 2002; Leahy, 1995); le fonctionnement social (Bootes & Chapparo, 2002; Cook & Razzano, 2000; Tsang, 2001); l'endurance et les limitations physiques (Leahy, 1995).

#### 1.3.2.1.2 Variables associées à l'environnement :

Lorsqu'ils évaluent la compétence de travail d'une personne atteinte de schizophrénie, les intervenants considèrent l'ensemble des services disponibles dans la communauté : services de réadaptation, ressources de support en emploi, types d'emploi et de milieu disponibles (Cook & Razzano, 2000) et les mesures d'accomodement de travail (Leahy, 1995).

#### 1.3.2.1.3 Variables associées à l'activité

Pour les intervenants, l'histoire d'études ou de travail, soit les occupations antérieures d'un individu, est un élément prédicteur de la compétence dans les activités productives (Anthony & Jansen, 1984; Cook & Razzano, 2000; Leahy, 1995; Marwaha & Johnson, 2004). Cela sert aussi de guide pour la personne dans ses choix d'activités futures par l'identification d'intérêts et le renforcement de son sentiment de confiance face à ses capacités (Gioia & Brekke, 2003b). Les intervenants considèrent aussi les exigences

cognitives et comportementales de l'emploi ou du programme d'études envisagé (Bootes & Chapparo, 2002).

### 1.3.2.2 Perception des clients

Les personnes présentant des problèmes de santé mentale ont généralement une perception négative d'elles-mêmes (Dzurec, 1990; Jeffries, 1977; Kennard, 1974; Van Dongen, 1998). De toutes les maladies mentales, les psychoses sont reliées à la perception de soi la plus négative (McCay & Seeman, 1998). De plus, la schizophrénie est associée à un niveau d'estime de soi significativement plus bas que la population en général (Lecomte, Corbière et Laisné, 2006; Lecomte et al., 1997; Van Dongen, 1998). Cela se reflète au niveau de l'insertion socio-professionnelle.

Selon certains auteurs (Guillon & Crocq, 2004), il semble que « une haute estime de soi est liée à une bonne intégration sociale, scolaire ou professionnelle ». De plus, comme le souligne Heard (1977, dans Rousseau, 2003a, p. 21), « la personne qui se sent incompétente est moins disposée à assumer de nouveaux rôles ». Puisque les personnes atteintes de schizophrénie présentent souvent un manque de confiance en leurs capacités à intégrer le marché du travail ou à réussir un programme d'études, cela les amène à éviter ces situations par peur de l'échec (Bandura, 1982; Corbière et al., 2002; Chugg & Craik, 2001; Kates et al., 1997; Leahy, 1995). Ces individus présentent aussi une pauvre motivation à

s'impliquer dans des activités perçues comme excédant leur niveau de compétence (McCarthy et al., 1986).

À l'opposé, la personne qui présente un sentiment d'efficacité personnelle croit qu'elle possède les habiletés nécessaires et peut les utiliser pour réaliser ses activités significatives (Aubin et al., 1999; Bandura, 1978, 1986, 1994; Guillon & Crocq, 2004; Lecomte et al., 1999; McDermott, 1995; Nauta, 2004; Panagos & DuBois, 1999; Tafarodi & Swann, 2001). Ces sentiments de satisfaction, d'accomplissement et de compétence sont renforcés lorsque la personne s'implique dans des activités valorisées et appréciées, telles que le travail (Aubin et al., 1999; Kirsh, 2000; Priebe et al., 1998; Scroggin et al., 1999; Trombly, 1995; Van Dongen, 1998), de même que par l'acquisition de connaissances et d'habiletés (Lieberman et al., 1986; Nauta, 2004).

Ainsi, pour investir des activités productives, il est primordial qu'une personne développe un sentiment de compétence, en plus de posséder certaines habiletés spécifiques (Bandura, 1986; Bassett et al., 2001; Kantas, 1997; McDermott, 1995; Panagos & DuBois, 1999; Scroggin et al., 1999; Srsic & Walsh, 2001). En effet, un sentiment d'efficacité guide les choix personnels et professionnels de l'individu (Bandura, 1977, 1982; Kantas, 1997; Lecomte et al., 1997; Lent, Brown & Hackett, 1994; Nauta, 2004). Il facilite aussi l'établissement d'objectifs réalistes ainsi que le maintien de comportements orientés vers ces buts (Bandura, 1978, 1994; Bandura & Cervone, 2000; McDermott, 1995; Ownsworth

et al., 2002). La perception de sa compétence permet finalement à la personne d'exercer un meilleur contrôle sur sa vie (Bandura, 1986), entre autres par l'utilisation de techniques de résolution de problèmes et des ressources qui l'entourent (Lecomte et al., 1997).

Il importe donc qu'une personne développe un sentiment d'efficacité congruent à son niveau réel d'habiletés (Bandura, 1982, 1986). La perception d'un sentiment de compétence personnelle est donc étroitement reliée au concept de soi (Andersen et al., 1997; Chugg & Craik, 2002; Schomburg & Tokar, 2003; Tafarodi & Swann, 2001). Cela implique aussi une capacité d'autocritique (Campodonico & McGlynn, 1995). Cependant, tel que rapporté précédemment, l'autoévaluation juste de ses capacités pose problème pour les personnes atteintes de schizophrénie en raison de la diminution du niveau d'autocritique (Amador et al., 1994; Recasens et al., 2002; Selten et al., 2000; Startup, 1998), d'où l'importance de comparer le point de vue des clients avec celui de leur entourage, incluant les intervenants (Lysaker, Clements, Plascak-Hallberg, Knipscheer & Wright, 2002).

Différentes variables susceptibles d'influencer le sentiment de compétence des jeunes adultes atteints de schizophrénie sont identifiées dans la littérature et rapportées ici.

#### 1.3.2.2.1 Variables associées à la personne :

Un élément qui influence positivement le sentiment d'efficacité dans les activités productives est la présence de motivation et d'intérêt (Aubin et al., 1999; Bryson et al.,

2002; Chugg & Craik, 2002; Mueser et al., 2002; Nauta, 2004; Srsic & Walsh, 2001; Trombly, 1995; Van Dongen, 1996). Toutefois, la présence de la schizophrénie (Kates et al., 1997) de même que l'identification au rôle de malade peut avoir un impact négatif important sur le sentiment de compétence professionnelle des jeunes adultes atteints de schizophrénie (Robey et al., 1989; Rosenberg, 1993). En effet, la présence de cette maladie implique une redéfinition de son identité (Estroff, 1989; Hayashi et al., 1999; Roe et al., 2004; Tait, Birchwood & Trower, 2003; Van Dongen, 1998; Williams & Collins, 2002) de même qu'une révision à la baisse de ses aspirations et projets (Leahy, 1995; Scheid & Anderson, 1995).

D'autres facteurs modulent positivement le sentiment de compétence : la présence d'habiletés spécifiques de travail (Kates et al., 1997; Lecomte et al., 1997); la capacité d'adaptation et de gestion des émotions (Bozzer et al., 1999; Kates et al., 1997); la productivité et l'endurance physique (Gioia & Brekke, 2003a); la confiance en ses capacités (Anthony, 1993; Evans, Brody & Noam, 2001; Kates et al., 1997; Scheid & Anderson, 1995; Srsic & Walsh, 2001); le locus de contrôle interne (Dzurec, 1990; Schomburg & Tokar, 2003); et la présence d'autocritique (Williams & Collins, 2002).

#### 1.3.2.2.2 Variables associées à l'environnement :

Des relations interpersonnelles harmonieuses ainsi que la présence d'un réseau de soutien facilitent le développement d'un sentiment de compétence professionnelle chez les

personnes atteintes de schizophrénie (Aubin et al., 1999; Lalonde et al., 1995; Scroggin et al., 1999; Tafarodi & Swann, 2001). Il importe cependant que l'entourage ajuste le degré d'encouragements et d'assistance qu'il fournit à la personne, puisqu'une attitude de « surprotection » face au retour au travail « est perçue (par les usagers de services en santé mentale) comme de la non-reconnaissance de la part des proches et intervenants de leur capacité de gérer leur vie et de prendre leurs propres décisions » (Corbière et al., 2002, p. 201). Finalement, un travail rémunéré favorise le sentiment d'efficacité des individus (Aubin et al., 1999).

#### 1.3.2.2.3 Variables associées à l'activité :

La présence d'expériences antérieures négatives ou d'échecs scolaires et professionnels peut altérer la perception de compétence de la personne schizophrène (Van Dongen, 1998).

En résumé, l'étude de la perception des compétences de travail exige d'explorer à la fois des éléments associés à la personne, à l'environnement ainsi qu'à l'activité. L'utilisation d'un modèle théorique qui considère ces trois aspects apparaît donc pertinente.

## Chapitre 2 – Modèle théorique

Plusieurs modèles s'intéressent à la relation entre une personne et son environnement (Rousseau, Potvin, Dutil et Falta, 2002; Walsh, Craik & Price, 1992). La conceptualisation de la personne et de l'environnement varie d'un cadre théorique à l'autre (Rousseau et al., 2002). Certains modèles se sont penchés spécifiquement sur la relation entre un individu et son environnement de travail, par exemple le Hershenson's Model of Work Adjustment Development ou le Ecological Model of Career Development (Szymansky & Hershenson, 1998). Selon ces cadres théoriques, la compatibilité entre un individu et son environnement de travail peut être définie par la satisfaction des besoins de la personne (Kristof, 1996; Szymansky & Hershenson, 1998), par l'efficacité au travail (Ostroff, 1993; Shin, 2004) ou par le maintien en emploi (Szymansky & Hershenson, 1998). Ces définitions de l'interaction ne conviennent pas à la présente étude, qui s'intéresse à la comparaison des perceptions des jeunes adultes atteints de schizophrénie et des intervenants quant aux compétences dans les activités productives (travail et études). De plus, les compétences de travail sont étudiées dans un contexte où les jeunes adultes ne sont pas en emploi. D'autres modèles présentent une définition peu explicite des aspects environnementaux (Rousseau et al., 2002), en se limitant à l'environnement humain et non humain immédiat de la personne (ex. : domicile, milieu de travail). Toutefois, la recension des écrits présentée au chapitre précédent a mis en évidence plusieurs autres aspects environnementaux, tant au niveau de l'environnement humain (ex. : support des proches, présence des préjugés) que de l'environnement non-humain (ex. : conjoncture socio-économique, difficulté d'accès aux

programmes), qui influencent l'investissement d'activités scolaires ou professionnelles des jeunes adultes atteints de schizophrénie. Finalement, les modèles répertoriés accordent peu d'importance au concept d'activités (travail et études) qui nous intéresse ici; aucun ne considère les variables associées aux rôles (travailleur et étudiant).

La présente étude se structure donc selon le cadre théorique du Modèle de compétence (Rousseau, 1997; Rousseau et al., 2002). Le présent chapitre présente les concepts du modèle et leur opérationnalisation.

## **2.1 Présentation du modèle et opérationnalisation**

Le Modèle de compétence est un modèle théorique, explicatif de la relation entre la personne et son environnement (Rousseau, 1997; Rousseau et al., 2002). Ce modèle a été élaboré afin de mieux comprendre comment une personne interagit avec son environnement, humain et non humain. Le Modèle de compétence peut être utilisé auprès de clientèles variées (ex. : incapacités motrices, cognitives), dans différents contextes (ex. : domicile, école, travail, centre d'hébergement) et par différentes disciplines.

Spécifiquement, le modèle a été utilisé et opérationnalisé dans le contexte de l'aménagement domiciliaire pour l'adulte présentant des incapacités motrices (Rousseau, 1997; Rousseau, 2003a, 2003b). Des avenues de recherche explorent actuellement l'applicabilité du Modèle de compétence pour mieux comprendre la relation personne-environnement dans le contexte du domicile auprès d'autres clientèles, telles que les adultes

et les personnes âgées présentant des incapacités cognitives ou des incapacités visuelles ainsi que les enfants avec incapacités motrices. Dans le cadre de la présente étude, le Modèle de compétence est utilisé comme assise théorique pour explorer la congruence entre la perception d'un client atteint de schizophrénie et celle de son intervenant dans le contexte de l'intégration au travail ou aux études. Puisque ce modèle s'intéresse principalement à la compatibilité entre une personne et son environnement, il semble applicable pour comparer les attentes du client et celles de l'intervenant dans le cadre de la relation thérapeutique. Le Modèle de compétence permet aussi l'émergence d'hypothèses expliquant les conséquences possibles d'une congruence ou d'une divergence entre les attentes de part et d'autre.

Les différents concepts explorés dans ce modèle sont la personne, l'environnement, l'activité et le rôle. Une représentation graphique du Modèle de compétence est présentée à la figure 1.

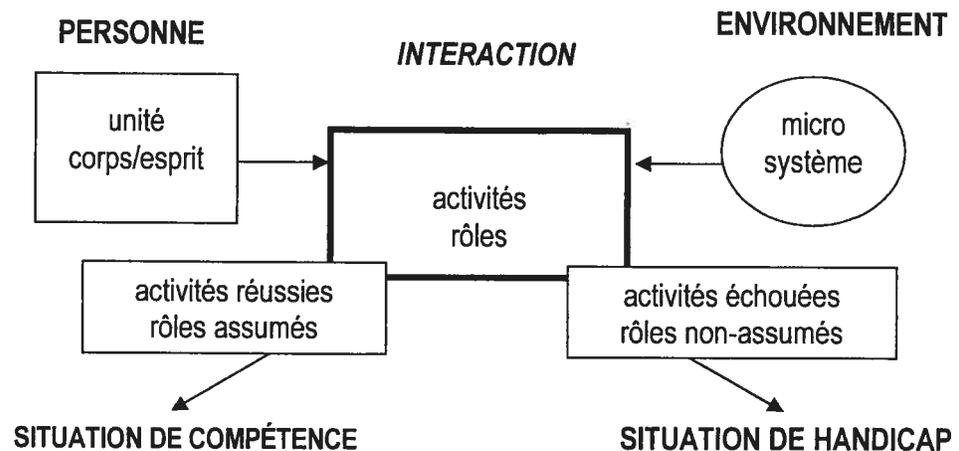


Figure 1: Le Modèle de compétence (Rousseau, 1997, 2003a, 2003b)

### 2.1.1 Personne

Le Modèle de compétence aborde la *personne* selon une vision globale ou holiste, qui considère à la fois les caractéristiques physiques, psychologiques et comportementales spécifiques à chaque individu (Rousseau et al., 2002; Rousseau, 2003a). Ce modèle explore spécifiquement les attentes internes d'une personne, qui correspondent à ce qu'elle souhaite à l'égard de son niveau de compétence dans la relation avec son environnement. Les attentes internes sont influencées par les différentes variables explorées sous le concept de *personne*.

Dans le cadre de la présente étude, la personne est le jeune adulte atteint de schizophrénie. Les différentes variables explorées constituent les aspects physiques, cognitifs, sociaux, occupationnels et perceptuels de la personne qui sont influencés par la présence de la schizophrénie, par exemple : la motivation, les habiletés sociales, les aptitudes au travail, les fonctions cognitives et l'estime de soi. Ces éléments sont largement discutés dans la littérature et sont présentés dans le chapitre 1 du présent ouvrage.

### 2.1.2 Environnement

Le deuxième concept présenté dans le Modèle de compétence, l'*environnement*, est défini comme « une composition de toutes les forces externes et influences qui affectent le développement et le maintien d'un individu » (Rousseau et al., 2002, p. 21, traduction libre). L'environnement comporte quatre niveaux présentés sous forme d'une hiérarchie

(Rousseau et al., 2002). Chaque niveau d'environnement comprend deux dimensions, humaine et non-humaine. L'environnement humain inclut les individus ou groupes d'individus qui gravitent autour d'une personne alors que l'environnement non-humain regroupe les éléments physiques et écologiques (Rousseau, 2003a). Outre la préoccupation de ces deux dimensions, le Modèle de compétence s'inspire de Bronfenbrenner (1979) qui représente l'environnement selon quatre systèmes imbriqués : microsystème, mésosystème, exosystème et macrosystème.

Deux niveaux d'environnement sont considérés dans la présente étude : le microsystème et le mésosystème. L'étude met l'accent sur le premier niveau : le microsystème. Le Modèle de compétence définit le microsystème par « la complexité des relations entre la personne et son environnement dans le milieu immédiat incluant cette personne » (Rousseau, 2003a, p. 11). Le mésosystème est le niveau d'environnement suivant dans la hiérarchie. Dans le cadre du Modèle de compétence, le mésosystème englobe « l'analyse de ce qui se passe à la fois à l'intérieur de plusieurs microsystèmes ainsi que les relations entre ces derniers » (Rousseau, 2003a, p. 12). Les deux autres niveaux d'environnement définis dans le Modèle de compétence, l'exosystème et le macrosystème, ne sont pas considérés dans le cadre de la présente étude.

Le microsystème d'intérêt pour cette étude est la clinique spécialisée dans le traitement des jeunes adultes atteints de schizophrénie du département de psychiatrie de l'hôpital du

Sacré-Cœur de Montréal. La dimension humaine de ce microsysteme est principalement explorée, soit l'intervenant principal des jeunes adultes atteints de schizophrénie. Il est cependant possible que des éléments de l'environnement non-humain soient rapportés par les sujets interrogés lors des entrevues. Dans cette étude, la dimension humaine est explorée par le biais des attentes externes, qui correspondent à la perception qu'a l'intervenant des compétences du jeune adulte atteint de schizophrénie à intégrer le travail ou un programme d'études.

### 2.1.3 Interaction

Dans le Modèle de compétence, la personne est en constante interaction avec son environnement, humain et non humain. La personne interagit avec l'environnement non humain, majoritairement, par des activités. Le Modèle de compétence définit le concept d'*activité* comme « une action ou une fonction spécifique réalisée par apprentissage ou par expérience directe » (Reed et Anderson, dans Rousseau et al., 2002, p. 25, traduction libre).

L'interaction de l'individu avec l'environnement humain correspond aux rôles (Rousseau et al., 2002). De façon générale, le concept de *rôle* peut-être défini comme « un ensemble de comportements attendus et jugés appropriés pour un individu occupant une certaine position dans un groupe » (Vallerand, 1994, p. 670, dans Rousseau, 2003a, p. 18). Ainsi, un rôle implique une dyade : la personne et un autre individu de son entourage. L'interaction personne-environnement humain implique la rencontre des attentes des deux individus

impliqués dans la dyade. Dans le Modèle de compétence, les attentes de la personne correspondent aux *attentes internes*, définies précédemment. Les attentes de l'autre individu, appelées *attentes externes*, correspondent à la perception de « l'autre » de ce que la personne peut faire (Rousseau, 2003b).

Dans le Modèle de compétence, les concepts de *situation de compétence* et de *situation de handicap* qualifient l'interaction entre la personne et l'environnement et se situent sur un continuum (Rousseau, 2003a). Une situation de compétence correspond à « l'efficacité avec laquelle une personne peut répondre aux demandes environnementales » (Rousseau, 2003a, p. 23) et peut assumer ses rôles et ses activités. À l'opposé, une situation de handicap reflète l'impossibilité d'effectuer les activités ou d'assumer les rôles et l'impossibilité de répondre efficacement aux exigences de l'environnement (Rousseau, 2003a).

Dans le cadre de la présente étude, les activités considérées sont les suivantes : un emploi rémunéré et compétitif; un emploi rémunéré mais non compétitif; la participation à un programme d'études. L'étude s'intéresse aussi à deux rôles : 1) travailleur et 2) étudiant. Les attentes internes correspondent à la perception qu'a le jeune adulte atteint de schizophrénie de ses compétences à intégrer le travail ou un programme d'études. Une situation de compétence correspond à une congruence entre les perceptions des intervenants et des clients quant aux compétences à intégrer un emploi ou les études. À l'autre extrémité

du continuum, une situation de handicap correspond à une divergence entre les attentes internes des clients et les attentes externes des intervenants.

## **Chapitre 3 – Pertinence et objectif de l'étude**

À la lumière de la littérature, peu d'écrits traitent des besoins particuliers et des obstacles rencontrés par les jeunes adultes atteints de schizophrénie en lien avec l'investissement de rôles productifs (Bassett et al., 2001; Bell & Bryson, 2001; Chugg & Craik, 2002; Marwaha & Johnson, 2004; Mueser et al., 2001).

Par ailleurs, l'impact de la perception de soi dans l'investissement d'activités productives a peu été exploré chez les personnes souffrant de maladie mentale (Dzurec, 1990). Une étude québécoise a documenté les conditions favorables et défavorables à l'intégration en emploi du point de vue de trois parties, des organismes de support à l'intégration au travail, des personnes vivant avec une maladie mentale et des employeurs (Mercier, Provost, Vincelette & Denis, 1998). Toutefois, cette étude ne présente pas les caractéristiques des participants sélectionnés. Il semble donc qu'aucune étude ne s'est intéressée à la perception des compétences dans les activités productives du point de vue spécifique des jeunes adultes atteints de schizophrénie. Aucune étude comparative des perceptions des intervenants et des clients face aux compétences de travail ou d'études n'est rapportée dans la littérature. Finalement, aucun instrument d'évaluation ne permet d'investiguer les perceptions de ces deux parties face aux activités productives.

Le but de la présente étude consiste donc à explorer et comparer les différences de perception qu'ont les jeunes adultes atteints de schizophrénie et leurs intervenants en lien avec l'investissement d'activités productives (études, travail) selon une analyse de la relation personne-environnement.

## **Chapitre 4 – Méthodologie**

### **4.1 Question de recherche**

Les intervenants et les jeunes adultes atteints de schizophrénie perçoivent-ils les compétences à travailler ou à étudier de ces derniers de manière similaire?

### **4.2 Devis de recherche**

La présente étude prend la forme d'une recherche qualitative dans un contexte exploratoire (Lessard-Hébert, Goyette et Boutin, 1990; Miles & Huberman, 2003). Une analyse qualitative permet d'obtenir de l'information en profondeur sur les expériences subjectives vécues par les individus (Roe, 2001). Le mode d'investigation privilégié est l'étude de cas croisés (ou multiples) (Van der Maren, 1995; Yin, 1994). En effet, il s'agit d'une stratégie de recherche dont « la puissance explicative découle de la profondeur de l'analyse de cas et non du nombre des unités d'analyse étudiées » (Contandriopoulos, Champagne, Potvin, Denis & Boyle, 1990, p. 37). De plus, ce devis permet de comparer les informations provenant d'un cas à ceux rapportées par d'autres cas (Van der Maren, 1995), de façon à mettre en lumière les similarités et différences présentes entre les sujets.

### **4.3 Description des participants**

La description des participants comprend celle des jeunes adultes atteints de schizophrénie (clients) et celle des intervenants. Tous les participants ont été recrutés à la clinique des

jeunes adultes atteints de schizophrénie du département de psychiatrie de l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

#### 4.3.1 Clients

Les *clients* sont des jeunes adultes suivis à la clinique sus-mentionnée. Les critères de sélection étaient :

inclusion :

- être âgé de 18 à 30 ans;
- avoir un diagnostic de schizophrénie ou de trouble schizophréniforme ou de trouble schizo-affectif posé par un psychiatre selon les critères du *DSM-IV-TR* (APA, 2000)
- être suivi à la clinique externe depuis un minimum de trois mois;
- ne pas travailler ni être aux études au moment de la collecte de données;
- parler et comprendre le français.

exclusion :

- être en état de décompensation psychotique;
- avoir cessé ou refusé la médication prescrite par le psychiatre traitant;
- avoir un diagnostic secondaire d'abus de substances (drogues ou alcool) selon le *DSM-IV-TR* (American Psychiatric Association, 2000);
- être considéré majeur inapte au sens de la loi (Curateur public du Québec, 2003).

#### 4.3.2 Intervenants

Les *intervenants* sont les professionnels de la santé (psychiatre, ergothérapeute) affiliés à la clinique des jeunes adultes atteints de schizophrénie du département de psychiatrie de l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. L'unique critère d'inclusion était : être intervenant principal des sujets clients sélectionnés précédemment.

#### 4.4 Recrutement des participants

Les participants ont été sélectionnés par dyades client-intervenant selon la méthode d'échantillonnage par choix raisonné (Van der Maren, 1995) et de convenance (Miles & Huberman, 2003) jusqu'à saturation d'information (Van der Maren, 1995). L'échantillon a été stratifié selon le niveau fonctionnel des clients (élevé, moyen ou faible), pour un total de trois (3) sujets par groupe fonctionnel. Ces niveaux fonctionnels sont établis par tous les membres de l'équipe soignante, incluant une évaluation neuropsychologique complétée par un évaluateur externe. Ils reflètent le niveau de fonctionnement global des personnes atteintes de schizophrénie sur les plans cognitif, social et occupationnel.

Procédure pour le recrutement :

- a. Une rencontre avec tous les intervenants de la clinique des jeunes adultes atteints de schizophrénie susceptibles de participer à l'étude : un psychiatre et quatre ergothérapeutes a été organisée. Tous les intervenants ont accepté de participer à l'étude.

- b. Par la suite, chaque intervenant a remis à l'étudiante une liste des clients suivis répondant aux critères de sélection et susceptibles de participer à l'étude. Une liste de l'ensemble des clients potentiels a été dressée par niveau fonctionnel.
- c. Les clients sélectionnés ont été contactés de la façon suivante : explication du projet par l'intervenant responsable de leur suivi; contact téléphonique ou contact direct par l'étudiante pour solliciter leur participation.

Au total, 16 clients ont été contactés et neuf (9) d'entre eux ont accepté de participer à l'étude. Ainsi, neuf (9) dyades client-intervenant ont été recrutées. L'équipe de la clinique des jeunes adultes atteints de schizophrénie de l'hôpital du Sacré-Cœur étant composée de cinq (5) intervenants répondant aux critères de sélection de l'étude, trois (3) intervenants ont complété des entrevues de recherche pour plus d'un client. Les données démographiques des participants sont présentées dans les tableaux 1 et 2.

#### **4.5 Collecte de données**

La méthode de collecte de données privilégiée a été l'entrevue individuelle semi-structurée (Van der Maren, 1995). Deux carnets de questions, l'un pour les jeunes adultes atteints de schizophrénie et l'autre pour les intervenants, ont été élaborés en lien avec la question de recherche et les concepts du Modèle de Compétence. Ces carnets de questions ont servi de guide lors des entrevues (Annexes E et F).

Les jeunes adultes atteints de schizophrénie ont été interviewés par l'étudiante; une assistante de recherche a rencontré les intervenants. L'assistante de recherche a été choisie selon les critères suivants :

- Être ergothérapeute
- Maîtriser l'usage des techniques d'entrevue

Lieux :

Les entrevues des deux parties d'une dyade intervenant-client ont eu lieu simultanément dans deux locaux distincts de la clinique des jeunes adultes atteints de schizophrénie du département de psychiatrie de l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

Procédure :

Environ un quart d'heure avant l'arrivée des participants, l'étudiante et l'assistante de recherche préparaient le matériel et la salle où avaient lieu les entrevues. Les entrevues débutaient par la signature des formulaires de consentement. Les sujets étaient ensuite avisés de l'importance de recueillir leurs impressions par rapport au retour au travail, que certaines questions leur seraient adressées mais qu'ils ne devaient pas hésiter à sortir de ce cadre s'ils le jugeaient pertinent. Les entrevues débutaient par des questions générales s'orientaient ensuite vers des questions plus spécifiques (Morgan, 1988), en lien avec la question de recherche, telles que prévues dans les carnets de questions. De façon à colliger un maximum d'information, les deux intervieweur ont mis en pratique des techniques

d'entrevue lors des rencontres. De plus, ils ont pris garde de diriger minimalement l'entrevue en ajustant l'ordre des questions à poser au fil des propos émis par l'interlocuteur (Van der Maren, 1995). Toutes les données ont été enregistrées sur bande audio. À la fin de l'entrevue, les sujets clients et intervenants devaient compléter une fiche d'information ciblant certaines informations démographiques (Annexes C et D). La durée prévue des entrevues était une heure. Les entrevues des jeunes adultes atteints de schizophrénie ont duré de 30 à 60 minutes selon les sujets, les clients de niveau fonctionnel élevé ayant élaboré davantage que ceux de niveau fonctionnel faible, en lien avec la présence d'un niveau supérieur d'habiletés sociales. La durée de celles des intervenants varie de 45 à 75 minutes. Une fois chaque entrevue complétée, un récit développé, écrit ou sur bande audio, a été complété par les intervieweurs. L'utilisation conjointe de cette technique et de l'enregistrement permet d'assurer une meilleure représentativité des données (Van der Maren, 1995).

#### **4.6 Analyse des données**

L'analyse des données a été complétée en trois étapes. Dans un premier temps, les données ont été transcrites intégralement à partir des bandes audio. L'étape suivante consistait au codage des données. Finalement, les données ont été traitées à l'aide du logiciel informatique QSR.N'VIVO (2002).

Une liste de codes mixte basée sur le Modèle de compétence et les éléments opérationnalisés a été élaborée (Annexe I). Le codage mixte consiste à débiter le codage avec une liste de code mais permet d'y ajouter de nouveaux codes si ceux-ci apparaissent nécessaires lors du traitement des données (Miles & Huberman, 2003; Van der Maren, 1995). Ainsi, la liste a été ajustée selon un processus itératif (Pfaffenberger, 1988, dans Contandriopoulos et al., 1990). Une première confrontation des codes a été réalisée conjointement par l'étudiante et la directrice de recherche, par le biais du codage de deux documents. Un code a été ajouté à la liste initiale et la définition d'un autre code a été révisée pour plus de clarté. Un deuxième contre-codage intercodeur a alors été complété sur deux autres documents, permettant l'obtention d'un consensus. Pour assurer une meilleure validité, le codage inverse d'un document (jeune schizophrène) a aussi été réalisé par l'étudiante. Cette technique consiste à vérifier la cohérence interne du codage en se basant sur la liste des citations associées à un code (Van der Maren, 1995). Par la suite, tous les documents ont été codés par l'étudiante.

Différentes comparaisons ont été effectuées entre les jeunes adultes atteints de schizophrénie et les intervenants, par le biais d'analyses informatiques, sous forme de tableaux croisés dynamiques à deux et trois niveaux. Pour ce faire, la question de recherche initiale a été divisée en sous-questions et ce, pour chaque concept du Modèle de compétence (Rousseau, 2003a, 2003b; Rousseau et al., 2002). L'utilisation de matrices

exige de croiser deux concepts de façon à mettre en lumière les liens existant entre ces éléments, d'où la présence de paires de concepts :

a. Concepts Personne-Activité

- Quelles caractéristiques de la personne influencent la compétence à travailler ou à étudier?
- Parmi les caractéristiques de la personne qui influencent la compétence quant aux activités de travail et d'études, lesquelles ont une influence positive ou négative?

b. Concepts Environnement-Activité

- Quels types d'environnement (humain, non humain, mésosystème) et leurs éléments influencent la compétence à travailler ou à étudier?
- Parmi les types d'environnement et leurs éléments qui influencent la compétence à travailler ou à étudier, lesquels ont une influence positive ou négative?

c. Concepts Activité-Activité

- Quelles activités de la personne influencent sa compétence à travailler ou à étudier?
- Parmi les activités de la personne qui influencent la compétence à travailler ou à étudier, lesquelles ont une influence positive ou négative?

d. Concepts Personne-Rôle

- Quelles caractéristiques de la personne influencent la compétence quant aux rôles d'étudiant, de travailleur, de patient et l'importance accordée à ces rôles?
- Parmi les caractéristiques de la personne qui influencent la compétence quant aux rôles d'étudiant, de travailleur, de patient et l'importance accordée à ces rôles, lesquelles ont une influence positive ou négative?

e. Concepts Environnement-Rôle

- Quels types d'environnement (humain, non humain, mésosystème) et leurs éléments influencent la compétence quant aux rôles de travailleur, d'étudiant, de patient et l'importance accordée à ces rôles?
- Parmi les types d'environnement et leurs éléments qui influencent la compétence quant aux rôles de travailleur, d'étudiant, de patient et l'importance accordée à ces rôles, lesquels ont une influence positive ou négative

f. Concepts Rôle-Rôle

- Le rôle de patient influence-t-il de façon positive ou négative la compétence quant à l'investissement du rôle de travailleur, d'étudiant ou l'importance accordée à ces rôles?

g. Concepts Rôle-Activité

- Le rôle de patient influence-t-il de façon positive ou négative la compétence à travailler ou à étudier?

Trois niveaux de réduction de données ont été nécessaires pour obtenir des réponses à la question de recherche. Les réductions ont été réalisées par l'étudiante conjointement avec les deux directeurs de recherche.

#### **4.7 Considérations éthiques**

Ce projet a été accepté par les comités scientifique et éthique de l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Un formulaire de consentement approuvé par le comité d'éthique de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et de l'Université de Montréal (Annexes G et H) a été signé par chacun des participants au moment de l'entrevue de recherche.

La confidentialité des informations et l'anonymat des participants ont été assurés tout au long de l'étude. Pour ce faire, les noms des jeunes adultes atteints de schizophrénie et intervenants ont été omis lors de la transcription des données. De plus, le co-directeur de recherche, membre du personnel de la clinique des jeunes adultes atteints de schizophrénie du département de psychiatrie de l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, n'a pas participé aux rencontres touchant la collecte, la transcription et le codage des données. Il a été réintégré dans le processus de recherche au moment de l'analyse des données, alors que le verbatim des sujets ne pouvait plus être identifié.

Tableau 1

Description des participants : jeunes adultes atteints de schizophrénie

Variable démographique	Homme (N=6)	Femme (N=3)
Âge		
Moyenne (Étendue)	26,3 (24-30)	27 (26-29)
Diagnostic		
Schizophrénie	2	2
Trouble schizophréniforme	1	0
Trouble schizo-affectif	3	1
Niveau fonctionnel		
Bas	3	0
Moyen	2	1
Élevé	1	2
Degré de scolarité complétée		
Secondaire	4	1
Collégial	2	1
Universitaire	0	1
Expérience de travail		
Oui	6	3
Non	0	0

Tableau 2

Description des participants : intervenants

Variable démographique	Intervenant (n=5)
Titre professionnel	
Ergothérapeute	4
Psychiatre	1
	Moyenne (Étendue)
Années d'expérience	
Total	17,6 (4-27)
En psychiatrie	16,6 (2-26)
Auprès des jeunes psychotiques	9 (2-26)
Au sein de l'équipe actuelle	6 (1-12)

## Chapitre 5 – Article

Titre :

Factors influencing occupational competence in schizophrenia: Client and therapist perspectives.

GOULET, Claudine B.Sc., OT

Candidate à la maîtrise en sciences biomédicales (réadaptation), Université de Montréal

ROUSSEAU, Jacqueline Ph.D., OTC

Professeure agrégée, Université de Montréal (École de réadaptation)

Chercheure, Centre de recherche Institut universitaire de gériatrie de Montréal

FORTIER, Pierre M.A., OT, psychologue

Professeur adjoint de clinique, Université de Montréal (École de réadaptation)

Ergothérapeute et psychologue, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (Pav. Albert-Prévost)

MOTTARD, Jean-Pierre M.D.

Professeur adjoint de clinique, Université de Montréal (Département de psychiatrie)

Médecin psychiatre, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (Pavillon Albert-Prévost)

## **Abrégé**

Objectif : Explorer et comparer la perception de jeunes adultes atteints de schizophrénie et de leurs intervenants en lien avec les activités productives (études et travail). Le Modèle de compétence est le cadre théorique référentiel d'analyse pour cette étude. Méthodologie : Neuf dyades client-intervenant ont été recrutées. Chaque client et intervenant a été rencontré lors d'une entrevue individuelle selon un devis de recherche qualitatif. Les données ont été enregistrées sur bande audio puis transcrites intégralement, codées et traitées informatiquement avec le logiciel QSR.N'VIVO (2002). Résultats : Intervenants et clients s'accordent sur plusieurs caractéristiques de la personne (ex.: motivation, capacité d'adaptation) et certaines activités (ex. : expériences antérieures de travail ou d'études, hygiène de vie) qui ont une influence positive (ex. : habiletés sociales) ou parfois négative (ex. : symptômes de la maladie) sur la compétence dans les activités productives. Leurs perceptions diffèrent quant aux caractéristiques de l'environnement (humain, non humain et mésosystème) qui influencent la compétence : des éléments sont mentionnés uniquement par les clients (ex.: environnement de travail, moyen de transport) ou par les intervenants (ex.: utilisation des ressources communautaires, influence de la famille). Conclusion : Le cadre qu'offre une clinique spécialisée favoriserait les échanges et la congruence de perceptions entre les intervenants et les clients. Les interventions ciblant l'environnement humain et le mésosystème devront être davantage développées en lien avec l'investissement d'activités productives.

## **Corps de texte**

### **Introduction**

La schizophrénie est une maladie sévère et persistante qui affecte 1% de la population (American Psychiatric Association, 2000) et son étiologie est encore méconnue (Bin, 2002; Sass, 2003). Deux catégories de symptômes caractérisent la schizophrénie (American Psychiatric Association, 2000) : 1) les symptômes positifs, incluant les hallucinations (auditives, visuelles, coenesthésiques) et les idées délirantes; 2) les symptômes négatifs, tels que l'émoussement de l'affect, le retrait social, la perte d'intérêt et l'amotivation.

La schizophrénie est considérée la plus sévère et la plus incapacitante de toutes les maladies mentales (Krauss & Slavinsky, 1982; Roe, Chopra, Wagner, Katz & Rudnick, 2004; Sass, 1997). Cette maladie affecte plusieurs sphères de la vie des individus. Les problèmes de fonctionnement dans les activités académiques et professionnelles font partie intégrante du tableau de la schizophrénie (Hayes & Halford, 1996; Kupper & Hoffmann, 2000; MacDonald-Wilson, Rogers & Anthony, 2001; Mueser, Salyers & Mueser, 2001; Priebe, Warner, Hubschmid & Eckle, 1998). Les symptômes négatifs et les troubles cognitifs persistants ont une influence néfaste plus grande que les symptômes positifs sur le potentiel de réadaptation, le fonctionnement professionnel ainsi que sur la capacité d'apprentissage des personnes atteintes de schizophrénie (Anthony, Rogers, Cohen & Davies, 1995; Breier, Schreiber, Dyer & Pickar, 1991; Glozier, 2002; MacDonald-Wilson et al., 2001).

Parmi les maladies mentales, la schizophrénie est associée au plus faible taux d'employabilité (Brekke, Levin, Wolkon, Sobel & Slade, 1993; Cook & Razzano, 2000; Coryell & Tsuang, 1982; Rogers, Anthony & Jansen, 1988). En effet, moins de 50% des personnes atteintes de ce trouble travaillent (Anthony & Blanch, 1987; MacDonald-Wilson et al., 2001; Panagos & DuBois, 1999). Moins de 5% d'entre elles occupent un emploi compétitif à temps complet (Scroggin, Kosciulek, Sweiven & Enright, 1999) et la majorité travaille à temps partiel dans des emplois protégés (Mulkern & Maderscheid, 1989).

Pourtant, l'occupation d'un emploi compétitif est un objectif de réadaptation valorisé par les personnes atteintes de schizophrénie et un signe de récupération (Aubin, Hachey & Mercier, 1999; Corbière, Bordeleau, Provost & Mercier, 2002; Kirsh, 2000; Kupper & Hoffmann, 2000; Marwaha & Johnson, 2004). L'investissement du rôle de travailleur est particulièrement significatif pour les jeunes adultes atteints de schizophrénie parce qu'il représente une transition réussie vers l'âge adulte (Bassett, Lloyd & Bassett, 2001). Occuper un emploi permet à la personne de contribuer à la société, ce qui est normalisant et donne un sens à sa vie (Kirsh, 2000; Gioia & Brekke, 2003; Roe, 2001; Scheid & Anderson, 1995). D'autres bénéfices associés au travail sont présentés dans la littérature, tels que l'indépendance économique (Kirsh, 2000; Oxley, 1995; Warr, 1987), l'amélioration de la qualité de vie (Bryson, Lysaker & Bell, 2002; Kirsh, 2000; Rosenfield, 1992), la structuration de l'horaire occupationnel (Bryson et al., 2002; Strauss, Harding, Silverman, Eichler & Lieberman, 1988) et l'établissement de contacts sociaux (Drake et al.,

1994; Priebe et al., 1998). Toutefois, plusieurs obstacles au travail sont documentés, par exemple, les troubles cognitifs (Cook & Razzano, 2000; Scheid & Anderson, 1995), la consommation de drogues (Gioia & Brekke, 2003; Glozier, 2002) et le manque de soutien des proches (Corbière et al., 2002).

En dépit de ces difficultés, ce qui détermine l'importance et l'intérêt accordé à une démarche de recherche et de maintien en emploi est le sens qu'attribue la personne schizophrène aux activités productives (Anthony, 1994; Kirsh, 2000; Van Dongen, 1998). Ainsi, il devient nécessaire d'explorer la perception de la personne atteinte de schizophrénie à l'égard des activités productives. La perception peut être définie comme un processus par lequel l'individu reçoit de l'information à propos de lui-même en relation avec son environnement social et physique (Butterworth, 1999; Ownsworth, McFarland & Young, 2002). La perception permet à l'individu de se distinguer de son environnement, mais aussi d'interagir avec lui (Butterworth, 1999; Sass, 2000). Une des caractéristiques de l'être humain est sa capacité à se percevoir comme une entité distincte de ce qui l'entoure (Bin, 2002; De Preester, 2002; Kircher & David, 2003; O'Brien & Opie, 2003). Toutefois, cette capacité est déficitaire chez plusieurs individus atteints de schizophrénie. Ces derniers présentent un désordre de l'identité et de la conscience de soi (Estroff, 1989; Hemsley, 1998; Northoff & Heinzl, 2003; Parnas, 2003; Robey, Cohen & Gara, 1989; Sass, 1997, 2000) dont la sévérité varie selon les individus (Uhlhaas & Silverstein, 2003).

Il n'existe aucun consensus dans la littérature quant à une forme d'évaluation valide de la perception de soi (Reingold, 2004; Young, Campbell, Zakzanis & Weinstein, 2003). La méthode la plus fréquemment utilisée est l'autoévaluation. L'autoévaluation de ses comportements et de ses compétences est particulièrement difficile pour les personnes atteintes de schizophrénie (Kircher & Leube, 2003) puisque leur perception est souvent altérée par la présence de symptômes positifs ou de troubles cognitifs (ex. : atteintes mnésiques, déficits au niveau de l'abstraction, diminution de la vitesse du traitement des informations). L'autocritique face à la maladie influence aussi l'évaluation des capacités et des besoins d'une personne. Une faible autocritique est un problème fréquemment associé à la schizophrénie (Amador & Gorman, 1998; Amador, Strauss, Yale & Gorman, 1991; Carpenter, Bartko, Strauss & Hawk, 1978; David & Halligan, 2000). En l'absence d'une mesure valide et fidèle de la perception de soi, une avenue utile est de comparer les perceptions subjectives du client et de l'intervenant. Une limite importante de cette forme d'évaluation est la difficulté à déterminer laquelle des deux perceptions, celle du client ou celle de l'intervenant, est la plus représentative du contexte évalué (Gramzow, Elliot, Asher, & McGregor, 2003; Sen, 2002; Startup, 1998). Le point de vue de l'intervenant est souvent perçu comme un regard extérieur et objectif (Campodonico & McGlynn, 1995; Sen, 2002), en raison de son expertise professionnelle, alors que celui de la personne atteinte de schizophrénie est perçu comme incomplet ou biaisé. Pour réaliser un processus d'évaluation minimisant les biais associés à la subjectivité, il importe d'explorer le point de vue des deux parties (Griffiths, 1988; Sen, 2003; Startup, 1998).

L'impact de la perception de soi sur l'investissement d'activités productives a peu été exploré chez les personnes souffrant de maladie mentale (Dzurec, 1990). Aucune étude ne s'est intéressée à la perception des compétences dans les activités productives du point de vue des jeunes adultes atteints de schizophrénie. Aucun instrument d'évaluation et aucune étude comparative des perceptions des intervenants et des clients face aux compétences de travail ou d'études ne sont rapportés dans la littérature. La présente étude vise à explorer et comparer les perceptions des intervenants et des clients atteints de schizophrénie à l'égard des activités productives (travail, études).

### Cadre théorique

Le Modèle de compétence est un modèle théorique élaboré afin de mieux comprendre comment une personne interagit avec son environnement (Rousseau, 1997; Rousseau, Potvin, Dutil & Falta 2002). L'environnement y est décrit comme un ensemble de quatre systèmes imbriqués : microsystème, mésosystème, exosystème et macrosystème (Bronfenbrenner, 1979). La présente étude s'intéresse aux deux premiers niveaux : le microsystème, qui représente les relations établies par une personne avec son environnement immédiat, et le mésosystème qui englobe les interactions à l'intérieur de plusieurs microsystèmes ainsi que celles entre les microsystèmes (Rousseau, 2003). Dans ce modèle, la personne établit une relation avec son environnement humain principalement par le biais de rôles et avec son environnement non humain principalement par des activités (Rousseau, 2003). Une activité réussie ou un rôle assumé correspondent à des situations de

compétence, alors qu'une activité échouée ou un rôle non-assumé constituent des situations de handicap. Dans le cadre de la présente étude, le Modèle de compétence permet d'explorer la relation entre un client atteint de schizophrénie (personne) et son intervenant (environnement) dans le contexte d'activités (intégration au travail ou aux études) et de rôles spécifiques (travailleur, étudiant). La comparaison des perceptions de la compétence dans les activités productives permet de qualifier, sur le continuum situation de compétence - situation de handicap, la compatibilité des attentes du client et de l'intervenant dans le cadre de la relation thérapeutique.

## Méthodologie

### *Devis*

L'étude de cas multiples est le devis de recherche utilisé (Van der Maren, 1995; Yin, 2003); il permet de comparer entre elles les informations rapportées par différents cas de façon à mettre en lumière les similitudes et différences entre les participants (Van der Maren, 1995). La question de recherche est la suivante : Les intervenants et les jeunes adultes atteints de schizophrénie perçoivent-ils les compétences à travailler ou à étudier de ces derniers de manière similaire? La méthode de collecte de données est l'entrevue individuelle semi-structurée (Van der Maren, 1995). Un carnet de questions a été élaboré pour chaque catégorie de participants. Deux intervieweurs ont interrogé les participants : le premier auteur (ergothérapeute avec de l'expérience clinique auprès de la clientèle atteinte

de schizophrénie) a rencontré les clients et une assistante de recherche (ergothérapeute qui maîtrise les techniques d'entrevue) a questionné les intervenants.

### *Participants*

Les participants ont été recrutés par dyades (client-intervenant) à la clinique spécialisée dans le traitement des jeunes adultes atteints de schizophrénie du département de psychiatrie de l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Les critères d'inclusion des clients sont : être âgé de 18 à 30 ans; avoir un diagnostic de schizophrénie, de trouble schizophréniforme ou de trouble schizo-affectif selon les critères du *DSM-IV-TR* (American Psychiatric Association, 2000); être suivi à la clinique externe depuis un minimum de trois mois; ne pas travailler ni être aux études au moment de la collecte de données; parler et comprendre le français. Les participants étaient exclus s'ils répondaient à l'une des conditions suivantes : être en état de décompensation psychotique; cesser ou refuser la médication prescrite; avoir un diagnostic secondaire d'abus de substances (drogues ou alcool) selon le *DSM-IV-TR* (American Psychiatric Association, 2000); être considéré majeur inapte au sens de la loi (Curateur public du Québec, 2003). Les intervenants sont les professionnels de la santé (psychiatre, ergothérapeute) de la clinique sus-mentionnée. Critère d'inclusion : être l'intervenant principal des clients sélectionnés.

Les participants ont été sélectionnés selon la méthode d'échantillonnage par choix raisonné (Van der Maren, 1995) et de convenance (Miles & Huberman, 2003) jusqu'à saturation

d'information (Van der Maren, 1995). L'échantillon a été stratifié selon le niveau fonctionnel des clients tel qu'établi par l'équipe soignante (élevé, moyen ou faible; classification selon le fonctionnement prémorbide et les résultats d'évaluations neuropsychologiques), pour un total de trois (3) participants par groupe fonctionnel. L'étude a été approuvée par les comités scientifique et éthique de l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et tous les participants ont signé un formulaire de consentement.

Au total, 16 clients ont été contactés et neuf (9) ont accepté de participer à l'étude pour former neuf (9) dyades client-intervenant. Les données socio-démographiques des clients sont présentées (tableau 1).

#### INSÉRER ICI LE TABLEAU 1

Les intervenants (n=5) sont ergothérapeutes (n=4) et psychiatre (n=1). Certains intervenants ont complété l'entrevue de recherche pour plus d'un client dont ils sont responsables. Les intervenants ont en moyenne 17,6 années d'expérience (étendue 4-27 ans) dont 16,6 années en psychiatrie (étendue 2-26 ans). Ils travaillent auprès des jeunes adultes atteints de schizophrénie depuis neuf ans en moyenne (étendue 2-26 années), dont une moyenne de six années au sein de l'équipe actuelle (étendue 1-12 années).

### *Procédure*

La durée des entrevues avec les jeunes adultes atteints de schizophrénie a varié de 30 à 60 minutes et celle des intervenants, de 45 à 75 minutes. Toutes les données ont été enregistrées sur bande audio. Une synthèse des entrevues, écrite ou sur bande audio, a été complétée par les intervieweurs après chaque entrevue.

### *Analyse des données*

L'analyse des données a été complétée en trois étapes : la transcription intégrale des entrevues à partir des bandes audio (données brutes), le codage des données selon une grille de codage mixte (basée sur le Modèle de compétence) puis le traitement informatique des données à l'aide du logiciel QSR.N'VIVO (2002). Le contre-codage de quatre documents par les deux premiers auteurs et le codage inverse d'un document par le premier auteur ont permis d'assurer la validation des codes. Ensuite, des comparaisons furent effectuées entre les données recueillies auprès des jeunes adultes atteints de schizophrénie et celles des intervenants, par des analyses informatiques sous forme de tableaux croisés dynamiques à deux et trois niveaux. Trois niveaux de réduction des données, réalisées conjointement par les trois premiers auteurs, furent nécessaires pour obtenir des réponses à la question de recherche.

## Résultats

Les résultats sont présentés selon les concepts du Modèle de compétence : personne, environnement, rôle et activité.

### *Caractéristiques de la personne qui influencent la compétence*

Les clients et les intervenants s'accordent sur plusieurs caractéristiques de la personne qui ont une influence positive (situation de compétence) ou négative (situation de handicap) sur la perception de compétence dans les activités productives (tableau 2). Tous les participants soulignent que les capacités d'adaptation et la motivation favorisent la compétence, comme l'indique ce client : « Ça prend d'la motivation. Dans mon cas je dis que ça prend d'la détermination parce qu'à plusieurs reprises, j'ai fait des psychoses, j'ai dû recommencer à aller aux études (...) C'est juste la motivation de r'tourner à l'école ». Deux éléments principaux engendrent des situations de handicap : 1) les symptômes de la schizophrénie : « tous les symptômes positifs (...) ça c'est incompatible avec les capacités au travail », « pas trop de symptômes négatifs aussi, parce que les patients qui ont beaucoup de perte de motivation, perte de désir, perte de plaisir, perte d'intérêt, pour eux c'est plus difficile de travailler »; et 2) les effets secondaires des médicaments, comme l'indique cet intervenant : « Quelqu'un qui s'lève de bonne heure, qui va prendre une médication qui l'assomme, cé pas évident, se lever tôt le matin pour aller travailler alors que t'es à moitié endormi ».

INSÉRER ICI LE TABLEAU 2

Deux désaccords sont notés. Les clients mettent l'emphase sur la motivation et l'intérêt comme éléments facilitateurs (ex. : importance de socialiser, de s'occuper) ou comme obstacles (ex. : peu d'intérêt pour le travail adapté, présence d'interrogations professionnelles). Les intervenants insistent plutôt sur l'impact des symptômes négatifs et cognitifs de la schizophrénie. De même, les intervenants perçoivent positivement l'arrêt de la consommation de drogues alors que certains clients n'en voient pas l'influence. Les symptômes résiduels de la schizophrénie (ex. : idées délirantes) et la prise de médication sont des obstacles uniquement identifiés par certains clients.

#### *Influence de l'environnement sur la perception de la compétence*

De l'avis de tous les participants, le support de l'environnement humain (famille, amis, intervenants, collègues de travail) favorise la compétence : « des personnes qui vont m'aider aussi j'ai mon entourage, les amis ». Les éléments du mésosystème (contraintes financières, programmes d'insertion au travail) (tableau 3) sont plutôt perçus comme des situations de handicap : « Les politiques gouvernementales [ne] favorisent pas non plus l'accès au travail pour les personnes qui ont des problèmes de santé mentale. Y ont réduit les budgets, les programmes INSO [insertion sociale] par exemple, les mesures de réinsertion au travail ». Deux désaccords client-intervenant se dégagent : 1) seuls les intervenants perçoivent le refus du client de recevoir du support de l'équipe traitante comme une situation de handicap; 2) les intervenants soulignent un manque de disponibilité des programmes gouvernementaux, contrairement aux clients.

## INSÉRER ICI LE TABLEAU 3

Les clients mentionnent quatre éléments facilitateurs : la satisfaction de l'employeur, la conformité des attentes client-intervenant, le support d'autres intervenants que leur thérapeute principal et la disponibilité d'un moyen de transport. Eux seuls mentionnent les contraintes du programme d'études (ex. : disponibilité des programmes, rythme des études) comme obstacle à la compétence dans les activités productives. Seuls les intervenants abordent l'impact du support professionnel, du milieu de vie et du contexte de travail sur la perception de compétence dans les activités productives (tableau 4).

## INSÉRER ICI LE TABLEAU 4

Selon les participants, le support de l'environnement humain favorise aussi la compétence dans les rôles de travailleur et d'étudiant (tableau 5) : « J'avais besoin un peu qu'on m'aide aussi parce que je crois que c'est difficile toute seule d'me rel'ver. J'veux de l'aide ».

## INSÉRER ICI LE TABLEAU 5

*Activités qui influencent la perception de compétence*

Il existe un accord sur plusieurs activités qui influencent la perception de compétence (tableau 6) telles que le maintien d'une bonne hygiène de vie : « Y faudrait avoir un bon dîner, (...), quand tu vas en classe, té bien reposé, t'as bien mangé pis tu t'sens capable de travailler. Y a des temps où j'mangeais pas du tout le midi pis ça m'aidait pas. », ou la

présence d'expériences antérieures de travail et d'études : « Y faut avoir de l'expérience. Faut aussi avoir un certain nombre de diplômes ou avoir travaillé quelque part pour commencer avec un p'tit emploi ».

#### INSÉRER ICI LE TABLEAU 6

Il existe un désaccord quant à l'influence des expériences antérieures de travail et d'études. Selon les intervenants, les échecs entraînent un report de l'intégration en emploi alors que certains clients n'y voient pas d'impact. De plus, l'absence d'expérience professionnelle est un obstacle à l'investissement d'activités productives pour les clients alors qu'il justifie l'intégration en milieu protégé d'après les intervenants.

Deux thèmes sont abordés uniquement par les intervenants. L'implication du client dans une diversité d'activités (ex. : loisirs, tâches domestiques, groupes de traitement) est perçue comme un élément facilitateur. Par contre, la présence d'expériences scolaires et professionnelles antérieures peut parfois entraîner une surévaluation des compétences de leur client.

#### Discussion

Les situations de compétence et de handicap identifiées par les participants, en lien avec les caractéristiques de la personne, de l'environnement, des activités ou des rôles, sont discutées ici.

*Éléments qui favorisent la perception de compétence dans les activités productives*

De l'avis de tous les participants, la motivation joue un rôle crucial pour l'investissement d'activités scolaires et professionnelles, ce qui corrobore les propos de plusieurs auteurs (Anthony, 1994; Kirsh, 2000; Van Dongen, 1996, 1998). L'importance accordée aux facteurs motivationnels peut s'expliquer du fait que les problèmes de motivation, largement documentés dans la littérature, découlent des symptômes négatifs de la schizophrénie (American Psychiatric Association, 2000) et de l'hypofrontalité (Comtois et al., 1998). Il existe cependant une différence entre l'intérêt pour le travail et la recherche active d'emploi (Corbière, Mercier, Lesage & Villeneuve, 2005; Mueser et al., 2001). Malgré la présence d'intérêt et d'intentionnalité envers le travail ou les études, la planification des démarches à entreprendre et leur mise en action sont difficiles pour plusieurs jeunes adultes atteints de schizophrénie. Ces derniers verbalisent aussi souvent des objectifs vocationnels vagues (Bassett et al., 2001). Les clients de la présente étude expriment des buts scolaires ou professionnels mais peu ont entrepris des actions. Des symptômes négatifs et cognitifs de la maladie, comme l'anergie et l'atteinte des fonctions exécutives, peuvent expliquer la difficulté à initier le processus en dépit de l'intentionnalité. D'autres facteurs renforcent la motivation et la mise en action, tel que le support de l'entourage.

Supporter les attentes des clients est un élément de compétence étroitement lié à la motivation (Cook et Razzano, 2000). Les propos de ce participant en témoignent :

« J'trouve ça important que les intervenants encouragent les patients dans leurs objectifs soit pour retourner au travail ou aux études, parce que ça a une grande influence sur si oui ou non on retourne aux études ou pas ou au travail. ». Le support des attentes du client suppose l'utilisation d'une approche centrée sur le client par les intervenants. Bien que cette approche ne soit pas encore généralisée dans la pratique en psychiatrie (Goulet, Rousseau & Fortier, accepté), le cadre offert par une clinique spécialisée dans le traitement des jeunes adultes atteints de schizophrénie favoriserait l'établissement d'une relation significative entre le client et son intervenant principal. Cette relation thérapeutique permet aux clients d'améliorer leur connaissance de soi et de mieux comprendre leur maladie, ce qui favorise l'autocritique. Dans ce contexte, il devient possible de supporter les clients dans l'élaboration d'attentes réalistes face aux activités productives (Bachrach, 1991). Des attentes internes congruentes à ses capacités maintiennent la motivation, limitent les possibilités d'échec et favorisent le développement de la confiance en soi et d'une image positive de soi (Amador et al., 1996), deux éléments de compétence nommés par les participants. L'autocritique face à la maladie est un autre facteur de compétence identifié, en accord avec certains auteurs (Scheid & Anderson, 1995; Warner, Taylor, Powers & Hyman, 1989). Une meilleure autocritique favoriserait la compliance au traitement (Amador & Gorman, 1998; Amador et al., 1991; Buchanan, 1992; Roe & Kravetz, 2003) et augmenterait la réceptivité des clients au support de l'entourage. Cela semble améliorer la congruence de perception entre les clients et les intervenants.

Le développement d'attentes réalistes implique aussi de relier les intérêts de travail ou d'études du client avec ses capacités (Leahy, 1995). Les habiletés sociales sont l'une des aptitudes ciblées par les participants. L'importance accordée à cet aspect peut s'expliquer du fait que le fonctionnement social est un problème fréquemment associé à la schizophrénie (Leonhard & Corrigan, 2001; Liberman, DeRisi & Mueser, 1989) et un facteur prédictif du fonctionnement dans les activités productives (Anthony & Jansen, 1984; Carpenter & Strauss, 1991; Turner, 1977). Selon les participants, il semble possible de choisir un milieu de travail ou d'études qui requiert des habiletés sociales compatibles avec les capacités des clients. Cette position des participants nuance celle de Bassett et al. (2001), qui affirment que les difficultés sur le plan social interfèrent avec le rôle de travailleur. Le développement des habiletés sociales est une autre avenue à considérer. La clinique spécialisée impliquée dans cette étude offre un suivi spécifiquement adapté aux besoins de chaque individu et comprend des interventions individuelles et de groupes, dont un programme de développement des compétences sociales, fréquentes et prolongées. La clinique a pour objectif le traitement médical et pharmacologique des symptômes psychotiques combinés à des programmes de réadaptation fonctionnelle et socio-professionnelle. Cette approche concorde celle proposée par Dauwalder & Hoffmann (1992) et Tsang (2001), pour qui le développement d'habiletés sociales est une partie intégrante de la préparation à l'emploi des personnes atteintes de schizophrénie.

En plus du support des intervenants, celui de l'environnement familial et amical favorise la compétence, en accord avec la littérature (Chugg & Craik, 2002; Van Dongen, 1996). Toutefois, Corbière et al. (2005, p. 731) soulèvent qu'il est « possible que le soutien de la famille puisse être perçu comme une panacée à tous ses problèmes et, par conséquent, devenir un obstacle à sa pleine autonomie socioprofessionnelle ». Cette perception n'est pas partagée par les participants de la présente étude, qui indiquent plutôt que le support de l'entourage favorise la motivation, la capacité d'adaptation et la confiance en soi. Les participants élaborent aussi sur l'importance du support du milieu de travail. Cela corrobore les propos des participants rencontrés dans le cadre de l'étude de Kirsh (2000) qui favorisent un milieu de travail accueillant et flexible. Malheureusement, ce support ne semble pas disponible par l'ensemble des employeurs (Bassett et al., 2001; Scheid & Anderson, 1995).

Il existe certaines divergences de perceptions intervenant-client quant à la provenance et la qualité du support de l'environnement humain. Les clients ciblent leur entourage immédiat (famille, amis, intervenant principal). Les intervenants mettent l'accent sur le support professionnel (ex : clinique spécialisée, ressources communautaires) et sont plus critiques face à la qualité du support familial et amical (ex. : surprotection ou attentes trop élevées). Une meilleure congruence semble possible si les personnes significatives pour le client sont connues de l'intervenant. La concertation des différentes formes de support pourra être

réalisée lors d'une intervention familiale. En l'absence d'un réseau de support, des ressources communautaires et spécialisées pourront supporter le client dans ses démarches.

Sur le plan des activités, le maintien d'une bonne hygiène de vie est un élément de compétence identifié par les participants. Les intervenants mentionnent l'importance de modifier l'ensemble des habitudes de vie en vue du travail ou des études. Les clients se préoccupent plutôt de certains éléments précis (ex. : manger suffisamment, routine quotidienne); l'hygiène du sommeil est la composante la plus fréquemment mentionnée. Plus précisément, la somnolence et l'augmentation des heures de sommeil sont perçues comme des obstacles à la compétence et discutées plus loin. Aucune étude n'a documenté la relation entre l'hygiène de vie et l'investissement d'activités productives, bien que la difficulté des personnes atteintes de schizophrénie à maintenir une routine de vie équilibrée soit reconnue (Fortier & Mottard, 2005; Hayes & Halford, 1996).

En accord avec plusieurs auteurs, la présence d'antécédents de travail et d'études est un facteur de compétence identifié (Anthony & Jansen, 1984; Mueser et al., 2001; Strauss & Carpenter, 1977). Les participants ciblent la qualité des expériences vécues plutôt que la quantité. Tous les clients rapportent des échecs scolaires et professionnels passés. Des situations de handicap découlent de la peur, du découragement et du manque de confiance en soi qui en résultent (Gioia & Brekke, 2003; Kates, Nikolaou, Baillie & Hess, 1997;

Marwaha & Johnson, 2004). D'autres situations de handicap sont abordées dans la section suivante.

### *Obstacles à la compétence dans les activités productives*

La présence de symptômes positifs ou négatifs de la schizophrénie est un obstacle majeur à l'investissement d'activités productives largement documenté dans la littérature (Anthony et al., 1995; Green & Nuerchterlein, 1999; Priebe et al., 1998). Il existe une divergence de perception entre les intervenants et les clients quant aux symptômes ciblés. Les intervenants mettent l'emphase sur les symptômes négatifs et les troubles cognitifs, ce qui rejoint les connaissances théoriques actuelles sur la schizophrénie (Anthony et al., 1995; Breier et al., 1991; Green, 1996; Hagger et al., 1993). Pour leur part, les clients ciblent les symptômes positifs de leur maladie (ex. : idées délirantes, hallucinations) comme source de situations de handicap. La perception des clients peut s'expliquer par deux éléments. Plusieurs échecs antérieurs sur le plan du travail ou des études sont reliés à des rechutes psychotiques. Les clients peuvent aussi être moins conscients des symptômes négatifs de leur maladie, en lien avec une diminution d'autocritique. Les intervenants doivent donc aborder les préoccupations des clients quant à l'impact des symptômes. Différentes avenues peuvent être envisagées, par exemple : essais pharmacologiques pour tenter de réduire la symptomatologie résiduelle, initiation progressive de démarches de travail ou d'études malgré les symptômes persistants. La sévérité des symptômes sera évaluée par les deux parties de façon à favoriser la réussite des démarches entreprises. Les clients devront

recevoir du support de leur entourage, la présence de symptômes résiduels exigeant davantage de capacité d'adaptation.

Une diminution de la capacité d'adaptation est un deuxième obstacle identifié par les participants. Concilier plusieurs changements est difficile pour les personnes atteintes de schizophrénie (Bozzer, Samsom & Anson, 1999; Ventura, Nuechterlein, Subotnik, Green & Gitlin, 2004). Par exemple, dans la présente étude, investir des activités productives et assumer seul la responsabilité d'un appartement simultanément constitue une situation de handicap. Il semble donc préférable qu'un seul objectif de réadaptation soit travaillé à la fois. Par exemple, l'objectif visé serait soit l'intégration au travail ou aux études, soit le changement de milieu de vie. Il est souhaitable que l'objectif priorisé soit discuté entre l'intervenant et le client et réévalué périodiquement pour correspondre aux attentes du client et maintenir sa motivation. Les capacités d'adaptation sont aussi facilitées par le support de la famille, des amis ou des intervenants. Le support du milieu de travail semble aussi essentiel : un milieu flexible, réceptif au dévoilement de la maladie, qui permet des relations de qualité avec le superviseur et les employés.

Les clients identifient, davantage que les intervenants, les effets indésirables des médicaments (ex. : somnolence, gain de poids). Certains clients perçoivent la médication comme un obstacle à l'intégration au travail ou aux études, perception qui est partagée par les clients d'autres études (Bassett et al., 2001; Corbière et al., 2002; (Mercier, Provost,

Vincelette & Denis, 1998; Scheid & Anderson, 1995). Les effets secondaires des neuroleptiques, la médication essentielle au traitement de tous les clients atteints de schizophrénie, sont documentés et connus des intervenants. Il est possible que la perception des clients diffère car ils doivent apprendre à vivre au quotidien avec les impacts de la médication. Une pauvre autocritique contribue à questionner la pertinence de la médication, affecte la compliance au traitement et peut influencer la perception des clients face aux effets indésirables des médicaments.

Les clients soulignent spécifiquement les situations de handicap liées à la somnolence, ce qui concorde avec les résultats de Chugg & Craik (2002). La somnolence est associée à l'effet de sédation des neuroleptiques atypiques. L'augmentation du temps de sommeil est aussi reliée aux symptômes négatifs de la schizophrénie, tels que l'apathie, l'amotivation et le retrait social (Andreasen, 1982). Il importe que les intervenants accordent une attention particulière aux plaintes des clients concernant la somnolence. L'instauration de mesures particulières (ex. : travail à temps partiel, travail le soir, etc.) constituent des avenues envisageables par les programmes d'insertion au travail pour répondre aux besoins des clients en emploi présentant de la somnolence.

Quatre éléments environnementaux sont relevés par les participants : les préjugés (environnement humain) ainsi que les contraintes des programmes, les difficultés financières et le contexte du travail (mésosystème). Seulement deux clients et deux

intervenants mentionnent les préjugés comme obstacle à la compétence dans les activités productives. Ce résultat est inattendu : selon les écrits, les préjugés à l'égard des personnes souffrant de maladie mentale constituent le principal obstacle à l'intégration au travail (Corbière et al., 2002; Kirsh, 2000; Rutman, 1994). Cinq hypothèses expliquent cette différence de perception. La première, les clients croient qu'ils ne seront pas de nouveau confrontés à des préjugés dans le futur ou qu'ils se retrouveront dans un milieu plus ouvert à la maladie mentale. La deuxième, les clients se sentent mieux outillés face aux préjugés (ex. : estime de soi, capacité d'adaptation). La troisième, les intervenants envisagent des milieux de travail protégé pour leurs clients. La quatrième, plusieurs intervenants réfèrent les clients à des ressources communautaires pour le placement en emploi et les milieux de travail en lien avec ces ressources démontrent plus d'ouverture et de support. La cinquième, la taille restreinte de l'échantillon d'intervenants peut expliquer les résultats obtenus.

Les obstacles reliés au mésosystème sont largement documentés. Les contraintes des programmes gouvernementaux, telles que la difficulté d'accès aux programmes et le manque d'incitatifs financiers (Corbière et al., 2002; Marwaha & Johnson, 2004), privent certaines personnes atteintes de schizophrénie des services nécessaires à leur insertion au travail ou aux études. Le manque d'incitatifs financiers peut aussi nuire à la motivation des clients. Les personnes qui réussissent à intégrer le travail sont confrontées à la pression du milieu (Karasek & Theorell, 1990; Linsky & Strauss, 1986; Scheid & Anderson, 1995). Ces exigences de productivité génèrent du stress et mobilisent les capacités d'adaptation

limitées des personnes atteintes de schizophrénie. Cela peut entraîner une recrudescence des symptômes psychotiques et mener à un échec. Seuls les intervenants ciblent le contexte du travail comme situation de handicap, possiblement en lien avec une connaissance plus juste du marché de l'emploi et des liens possibles avec la maladie.

Cinq limites de la présente étude doivent être énoncées. La première, l'échantillon provient d'une seule clinique spécialisée dans le traitement des jeunes adultes atteints de schizophrénie; les résultats ne peuvent pas être généralisés à l'ensemble de la clientèle. La deuxième, trois intervenants ont été interviewés à plus d'une reprise; cela peut entraîner une redondance et une saturation des informations plus rapidement. La troisième, certaines personnes atteintes de schizophrénie présentent des difficultés à exprimer leurs idées et ne sont pas habitués d'être interrogés sur leurs perceptions par des personnes qu'ils connaissent peu. La quatrième, certains clients ont refusé de participer à l'étude. Il est possible que leurs perceptions diffèrent de celles des clients interviewés ou qu'elles divergent davantage de celles de leur intervenant principal. La cinquième, l'échantillon comprend autant de clients atteints de schizophrénie et de trouble schizo-affectif. Il peut exister une différence de perception entre ces clients; cette question n'a pas été explorée étant donné la petite taille échantillonnale et le devis qualitatif.

## Conclusion

En résumé, cette étude constitue une première étude comparative des perceptions des clients atteints de schizophrénie et des intervenants à l'égard des activités productives. Il en ressort un accord client-intervenant quant aux caractéristiques de la personne ainsi qu'aux activités qui influencent la compétence. Il existe une divergence de perception quant aux sources de support de la part de l'environnement humain et leur impact sur l'investissement d'activités productives. Finalement, les intervenants identifient davantage d'obstacles environnementaux que les clients. Des études subséquentes pourront être réalisées (ex. : autres cadres de traitement, explorer davantage les éléments environnementaux, considérer les perceptions des intervenants du milieu scolaire ou de travail, évaluer les perceptions des clients qui travaillent ou qui étudient).

Tableau 1

## Description des jeunes adultes atteints de schizophrénie

Variables socio-démographiques	Homme (N=6)	Femme (N=3)
Âge		
Moyenne (Étendue)	26,3 (24-30)	27 (26-29)
Diagnostic		
Schizophrénie	2	2
Trouble schizophréniforme	1	0
Trouble schizo-affectif	3	1
Niveau fonctionnel		
Bas	3	0
Moyen	2	1
Élevé	1	2
Niveau scolaire		
Secondaire	4	1
Collégial	2	1
Universitaire	0	1
Expérience de travail		
Oui	6	3
Non	0	0

Tableau 2 :

Caractéristiques de la personne qui influencent la compétence : Accord client - intervenant

Thèmes abordés	Qualité de l'interaction		Idées apportées par les participants
	Compétence	Handicap	
Motivation / Intérêt	X		Facteur le plus important pour une insertion réussie
Attentes des individus	X		Sentiment d'être prêt et capable
Type d'activités et rythme	X		Insertion scolaire ou au travail (travail manuel, emploi antérieur), temps partiel privilégié
Capacité d'adaptation (coping)	X		Gestion du stress et de la colère, tolérance à l'incertitude, résolution de problèmes
Conciliation des changements		X	Instabilité du milieu de vie, plusieurs changements à la fois
Contraintes milieu de travail		X	Conflits, stress, horaire
Présence d'émotions négatives		X	Anxiété, tristesse, agressivité
Présence d'habiletés et d'aptitudes au travail	X		Préalables au travail: assiduité, ponctualité. Traits de personnalité: leadership, courage, détermination. Habiletés sociales. Connaissances spécifiques: langues, informatique.
Présence de symptômes de la schizophrénie		X	Positifs (hallucinations, délires); négatifs (amotivation, anergie, affect plat); cognitifs (ex.: troubles d'attention, d'organisation)
Prise de médication	X		Stabilité si prise adéquatement
Impact des effets secondaires		X	Somnolence et affaissement
Consommation de drogue		X	Augmentation des symptômes, diminution de l'effet de la médication, nuit au pronostic
Estime, confiance et image de soi	X		Image positive par l'investissement d'activités significatives
Perception négative de soi		X	Échecs antérieurs, gain de poids
Autocritique	X		Si présente et adéquate
Autres difficultés		X	Problèmes physiques (maux de dos, allergies), délinquance.

Tableau 3

Influence de l'environnement sur la perception de compétence : Accord client - intervenant

Thèmes abordés	Qualité de l'interaction		Idées apportées par les participants
	Compétence	Handicap	
<b>Environnement humain</b>			
Environnement de travail			
Réceptivité de l'employeur au dévoilement de la maladie	X		Milieu ouvert aux personnes ayant un problème de santé mentale facilite l'intégration au travail
Qualité des relations au travail	X		Bon contact avec collègues et supérieur
Compétition entre employés		X	Source de tensions
<b>Sources de support</b>			
Milieu de vie (famille ou foyer)	X		Support financier, encouragements
Réseau amical	X		Si présent; si absent : handicap; modèle pour le travail et les études
Professionnel (intervenants, ressources)	X		Support individuel ou de groupe
<b>Environnement non humain</b>			
Milieu de vie			
Habiter en appartement		X	Augmentation des responsabilités; perte du support du milieu de vie; entraîne la priorisation du travail (revenus) au détriment des études
<b>Mésosystème</b>			
Difficultés financières		X	Problèmes financiers liés au travail à temps partiel; difficulté à laisser l'aide sociale
Programmes d'insertion au travail		X	Contraintes des programmes (accessibilité, disponibilité, flexibilité)

Tableau 4

Influence de l'environnement sur la perception de compétence : Perception des intervenants

Thèmes abordés	Qualité de l'interaction		Idées apportées par les intervenants
	Compétence	Handicap	
<b>Environnement humain</b>			
Sources de support			
Milieu familial	X		Impact des valeurs et attentes de la famille; Travailler dans l'entreprise familiale
Réseau amical		X	Amis consomment de la drogue. Relations amoureuses : stress
Milieu scolaire	X		Support des conseillers en orientation, des enseignants
Professionnel : clinique spécialisée	X		Formes variées de support : à la famille, milieu de travail, lien vers ressources communautaires
Professionnel : autres ressources		X	Méconnaissance de la schizophrénie : mauvaise orientation des clients
Attentes de l'environnement (intervenants)	X		Support des attentes du client
<b>Environnement non humain</b>			
Stabilité du milieu de vie	X		Impact variable selon le milieu
<b>Mésosystème</b>			
Contexte du travail		X	Marché compétitif et peu flexible; difficulté d'accès; méconnaissance des exigences du marché du travail
Ateliers protégés	X		Supervision. Travail routinier.
Ressources communautaires		X	Pénurie; règles d'admission
Coupures budgétaires gouvernementales		X	Pénurie de programmes

Tableau 5

Influence de l'environnement sur les rôles de travailleur et d'étudiant: Accord client – intervenant

Thèmes abordés	Qualité de l'interaction		Idées apportées par les participants
	Compétence	Handicap	
<b>Environnement humain</b>			
Intégration sociale au travail	X		Relations sociales harmonieuses; aisance avec les employés, bonne entente avec patron et employés; absence de conflits, critiques, rejet
Sources de support	X		Support en général, absence de conflit
Professionnel	X		Support à la clinique, ressources
Familial	X		Différentes formes de support : moral / encouragements, contacts pour emploi, transport, milieu de vie, financier; travailler dans la famille
Milieu de vie : habiter seul		X	Augmentation des responsabilités. (Habiter avec les parents : diminue les besoins financiers, source de motivation pour l'intégration au travail ou aux études.)

Tableau 6  
 Activités qui influencent la compétence : Accord client - intervenant

Thèmes abordés	Qualité de l'interaction		Idées apportées par les participants
	Compétence	Handicap	
Expérience de travail / d'étude			
Expériences antérieures	X		Influence positive sur les activités futures, le pronostic
Qualité d'expérience antérieure		X	Peur, découragement
- Négative (échecs)	X		Augmente estime et confiance en soi
- Positive			
Loisirs	X		Diminution du niveau de stress, acquisition d'aptitudes, estime de soi
Bénévolat	X		Étape préalable au travail
Hygiène de vie	X		Importance de l'alimentation, du sommeil, d'une routine quotidienne

**Remerciements**

Les auteurs remercient les clients et les intervenants de la clinique des jeunes psychotiques du Pavillon Albert-Prévost de l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal ainsi que Marie-Ève Garon, assistante de recherche, pour leur collaboration au projet.

Le premier auteur a été financé par le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (programme de bourses d'études supérieures du Canada – bourse de maîtrise), par la Faculté des Études Supérieures de l'Université de Montréal (bourse de formation et bourse d'excellence) de même que par l'Association des malentendants canadiens (bourse d'études).

**Références**

- Amador, X. F., & Gorman, J. M. (1998). Psychopathologic domains and insight in schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*. 21(1), 27-42.
- Amador, X. F., Harkavay Friedman, J., Kasapis, C., Yale, S. A., Flaum, M., & Gorman, J. M. (1996). Suicidal behaviour in schizophrenia and its relation to awareness of illness. *American Journal of Psychiatry*. 153, 1185-1188.
- Amador, X. F., Strauss, D. H., Yale, S. A., & Gorman, J. M. (1991). Awareness of illness in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 17(1), 113-132.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>th</sup> edition - revised). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Andreasen, N. C. (1982). Negative symptoms in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*. 39, 784-788.
- Anthony, W. A. (1994). Characteristics of people with psychiatric disabilities that are predictive of entry into the rehabilitation process and successful employment. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 17(3), 3-13.

- Anthony, W. A., & Blanch, A. (1987). Supported employment for persons who are psychiatrically disabled: An historical and conceptual perspective. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 11(2), 5-23.
- Anthony, W. A., Buell, G. J., Sharratt, S., & Althoff, M. E. (1972). Efficacy of psychiatric rehabilitation. *Psychological Bulletin*. 78(6), 447-456.
- Anthony, W. A., & Jansen, M. A. (1984). Predicting the vocational capacity of the chronically mentally ill. Research and policy implications. *American Psychologist*. 39(5), 537-544.
- Anthony, W. A., Rogers, E. S., Cohen, M., & Davies, R. R. (1995). Relationships between psychiatric symptomatology, work skills, and future vocational performance. *Psychiatric Services*. 46(4), 353-358.
- Aubin, G., Hachey, R., & Mercier, C. (1999). Meaning and subjective quality of life in people with severe mental illness. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 6, 53-62.
- Bachrach, L. L. (1991). Perspectives on work and rehabilitation. *Hospital and Community Psychiatry*. 42(9), 890-891.

- Bassett, J., Lloyd, C., & Bassett, H. (2001). Work issues for young people with psychosis: Barriers to employment. *British Journal of Occupational Therapy*. 64(2), 66-72.
- Bin, K. (2002). *Cogito and I: A Bio-logical approach*. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*. 8(4), 331-336.
- Bozzer, M., Samsom, D., & Anson, J. (1999). An evaluation of a community-based vocational rehabilitation program for adults with psychiatric disabilities. *Canadian Journal of Community Mental Health*. 18(1), 165-179.
- Breier, A., Schreiber J. L., Dyer, J., & Pickar, D. (1991). National Institute of Mental Health longitudinal study of chronic schizophrenia. Prognosis and predictors of outcome. *Archives of General Psychiatry*. 48, 239-246.
- Brekke, J. S., Levin, S., Wolkon, G. H., Sobel, E., & Slade, E. (1993). Psychosocial functioning and subjective experience in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 19(3), 599-608.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Bryson, G., Lysaker, P., & Bell, M. (2002). Quality of life benefits of paid work activity in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 28(2), 249-257.
- Buchanan, A. (1992). A two year prospective study of treatment compliance in patients with schizophrenia. *Psychological Medicine*. 22, 787-797.
- Butterworth, G. (1999). A developmental-ecological perspective on Strawson's "The Self". In Gallagher, S., & Shear, J. *Models of the self* (p. 203-211). Thoverton, England: Imprint Academic.
- Campodonico, J. R., & McGlynn, S. M. (1995). Assessing awareness of deficits: Recent research and applications. In Cushman, L. A., & Scherer, M. J. *Psychological assessment in medical rehabilitation* (p. 393-418). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Carpenter, W. T., Bartko, J. J., Strauss, J. S., & Hawk, A. B. (1978). Sings and symptoms as predictors of outcome: A report from the international pilot study of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 135(8), 940-944.

- Carpenter, W. T., & Strauss, J. S. (1991). The prediction of outcome in schizophrenia IV: Eleven-year follow-up of the Washington IPSS cohort. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 179(9), 517-525.
- Chugg, A., & Craik, C. (2002). Some factors influencing occupational engagement for people with schizophrenia living in the community. *British Journal of Occupational Therapy*. 65(2), 67-74.
- Comtois, G., Morin, C., Lesage, A., Lalonde, P., Likavcanova, E., et L'Écuyer, G. (1998). Patients versus rehabilitation practitioners: A comparison of assessments of needs for care. *Canadian Journal of Psychiatry*. 43, 159-165.
- Cook, J. A., & Razzano, L. (2000). Vocational rehabilitation for persons with schizophrenia : Recent research and implications for practice. *Schizophrenia Bulletin*. 26(1), 87-103.
- Corbière, M., Bordeleau, M., Provost, G., & Mercier, C. (2002). Obstacles à l'insertion socioprofessionnelle des personnes ayant des problèmes graves de santé mentale : données empiriques et repères théoriques. *Santé mentale au Québec*. 27(1), 194-217.

- Corbière, M., Mercier, C., Lesage, A., & Villeneuve, K. (2005). L'insertion au travail de personnes souffrant d'une maladie mentale : analyse des caractéristiques de la personne. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(11), 722-733.
- Coryell, W., & Tsuang, M. (1982). DSM-III schizophreniform disorder: comparisons with schizophrenia and affective disorder. *Archives of General Psychiatry*. 39: 66-69.
- Curateur public du Québec (2003). *Régimes de protection : Évaluation de l'inaptitude*. Information colligée le 13 novembre 2005, Site internet du Curateur public du Québec : <https://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/html/protec/evalu.html>
- Dauwalder, J. P., & Hoffmann, H. (1992) Chronic psychoses and rehabilitation: An ecological perspective. *Psychopathology*. 25: 139-146.
- David, A. S., & Halligan, P. W. (2000). Cognitive neuropsychiatry: Potential for progress. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*. 12(4), 506-509.
- De Preester, H. (2002). On the differentiation between self and non-self. *Communication & Cognition*. 35(3-4), 211-224.

- Drake, R. E., Becker, D. R., Biesanz, J. C., Torrey, W. C., McHugo, G. J., & Wyzik, P. F. (1994). Rehabilitative day treatment vs supported employment: I. Vocational outcomes. *Community Mental Health Journal*. 30(5), 519-532.
- Dzurec, L. C. (1990). How do they see themselves? Self-perception and functioning for people with chronic schizophrenia. *Journal of Psychosocial Nursing*. 28(8), 10-14.
- Estroff, S. E. (1989). Self, identity, and subjective experiences of schizophrenia: In search of the subject. *Schizophrenia Bulletin*. 15(2), 189-195.
- Fortier, P., & Mottard, J.-P. (2005). Approches cognitivo-comportementales de groupe dans la prise en charge précoce de jeunes adultes atteints de schizophrénie. *Psychiatrie, Sciences humaines et Neurosciences*. 3(1), S53-S68.
- Gioia, D., & Brekke, J. S. (2003). Use of the American with disabilities Act by young adults with schizophrenia. *Psychiatric services*. 54(3), 302-304.
- Glozier, N. (2002). Mental ill health and fitness for work. *Occupational and Environmental Medicine*. 59, 714-720.

- Goulet, C., Rousseau, J., & Fortier, P. (accepté). Perception des intervenants et des clients à l'égard de l'approche client en psychiatrie. *Canadian Journal of Occupational Therapy*.
- Gramzow, R. H., Elliot, A. J., Asher, E., & McGregor, H. A. (2003). Self-evaluation bias and academic performance: Some ways and some reasons why. *Journal of Research in Personality*. 37, 41-61.
- Green, M. F. (1996). What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *American Journal of Psychiatry*. 153(3), 321-330.
- Green, M. F., & Nuechterlein, K. H. (1999). Should schizophrenia be treated as a neurocognitive disorder? *Schizophrenia Bulletin*. 25(2), 309-316.
- Griffiths, R. (1988). *Community Care: Agenda for Action*. London: HSMO.
- Hagger, C., Buckley, P., Kenny, J. T., Friedman, L., Ubogy, D., & Meltzer, H. Y. (1993). Improvement in cognitive functions and psychiatric symptoms in treatment-refractory schizophrenic patients receiving clozapine. *Biological Psychiatry*. 34, 702-712.
- Hayes, R. L., & Halford, W. K. (1996). Time use of unemployed single male schizophrenia subjects. *Schizophrenia Bulletin*. 22(4), 659-669.

- Hemsley, D. R. (1998). The disruption of the “sense of self” in schizophrenia: Potential links with disturbances of information processing. *British Journal of Medical Psychology*, 71, 115-124.
- Karasek, T. & Theorell, T. (1990). *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books Inc.
- Kates, N., Nikolaou, L., Baillie, B., & Hess, J. (1997). An in-home employment program for people with mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20(4), 56-60.
- Kircher, T., & David, A. S. (2003). Self-consciousness: as an integrative approach from philosophy, psychopathology and the neurosciences. In Kircher, T., & Anthony, D. *The self in neuroscience psychiatry* (p. 445-473). New-York: Cambridge University Press.
- Kircher, T. T. J., & Leube, D. T. (2003). Self-consciousness, self-agency, and schizophrenia. *Consciousness and Cognition*, 12, 656-669.
- Kirsh, B. (2000). Work, workers and workplaces: A qualitative analysis of mental health consumers. *Journal of Rehabilitation*, 66(4), 24-30.

- Krauss, J. B., & Slavinsky, A. T. (1982). *The chronically ill psychiatric patient and the community*. Boston: Blackwell Scientific Publications.
- Kupper, Z., & Hoffmann, H. (2000). Course patterns of psychosocial functioning in schizophrenia patients attending a vocational rehabilitation program. *Schizophrenia Bulletin*. 26(3), 681-698.
- Leahy, M. J. (1995). Assessment of vocational interests and aptitudes in rehabilitation settings. In Cushman, L. A., & Scherer, M. J. *Psychological assessment in medical rehabilitation* (p. 299-324). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Leonhard, C., & Corrigan, P. W. (2001). Social perception in schizophrenia. In Corrigan, P. W., & Penn, D. L. *Social Cognition and Schizophrenia* (pp. 73-95). Washington DC: American Psychological Association.
- Liberman, R. P., DeRisi, W. J., & Mueser, K. T. (1989). *Social Skills Training for Psychiatric Patients*. New York: Pergamon Press.
- Linsky, A. S., & Straus, M. A. (1986). *Social Stress in the United States. Links to regional patterns in crime and illness*. Dover, MA: Auburn House Publishing Company.

- MacDonald-Wilson, K., Rogers, E. S., & Anthony, W. A. (2001). Unique issues in assessing work function among individuals with psychiatric disabilities. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 11(3), 217-232.
- Marwaha, S., & Johnson, S. (2004). Schizophrenia and employment: A review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 39(5), 337-349.
- Mercier, C., Provost, G., Vincelette, F., & Denis, G. (1998). *Rapport final de la recherche-action montréalaise sur l'intégration au travail des personnes vivant des problèmes de santé mentale*. Rapport déposé à la Régie régionale de Montréal-Centre, Division de la recherche psychosociale de l'hôpital Douglas.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. Paris: De Boeck Université.
- Mueser, K. T., Salyers, M. P., & Mueser, P. R. (2001). A prospective analysis of work in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 27(2), 281-296.
- Mulkern, V. M., & Manderscheid, R. W. (1989). Characteristics of Community support program clients in 1980 and 1984. *Hospital and Community Psychiatry*. 40(2), 165-172.

- Northoff, G., & Heinzl, A. (2003). The self in philosophy, neuroscience and psychiatry: an epistemic approach. In Kircher, T., & Anthony, D. *The self in neuroscience psychiatry* (p. 40-55). New-York: Cambridge University Press.
- O'Brien, G., & Opie, J. (2003). The multiplicity of consciousness and the emergence of the self. In Kircher, T., & Anthony, D. *The self in neuroscience psychiatry* (p. 107-120). New-York: Cambridge University Press.
- Owensworth, T. L., McFarland, K., & Young, R. McD. (2002). The investigation of factors underlying deficits in self-awareness and self-regulation. *Brain Injury*. 16(4), 291-309.
- Oxley, C. (1995). Work and work programmes for clients with mental health problems. *British Journal of Occupational Therapy*. 58(11), 465-468.
- Panagos, R. J., & DuBois, D. L. (1999). Career self-efficacy development and students with learning disabilities. *Learning Disabilities Research & Practice*. 14(1), 25-34.
- Parnas, J. (2003). Self and schizophrenia: a phenomenological perspective. In Kircher, T., & Anthony, D. *The self in neuroscience psychiatry* (p. 217-241). New-York: Cambridge University Press.

- Priebe, S., Warner, R., Hubschmid, T., & Eckle, I. (1998). Employment, attitudes toward work, and quality of life among people with schizophrenia in three countries. *Schizophrenia Bulletin*. 24(3), 469-477.
- Reingold, E. M. (2004). Unconscious perception: Assumptions and interpretative difficulties. *Consciousness and Cognition*. 13, 117-122.
- Robey, K. L., Cohen, B. D., & Gara, M. A. (1989). Self-structure in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*. 98(4), 436-442.
- Roe, D. (2001). Progressing from patienthood to personhood across the multidimensional outcomes in schizophrenia and related disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 189(10), 691-699.
- Roe, D., Chopra, M., Wagner, B., Katz, G., & Rudnick, A. (2004). The emerging self in conceptualizing and treating mental illness. *Journal of Psychosocial Nursing*. 42(2), 32-40.
- Roe, D., & Kravetz, S. (2003). Different ways of being aware of a psychiatric disability: A multifunctional narrative approach to insight into mental disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 191(7), 417-424.

- Rogers, E. S., Anthony, W., & Jansen, M. A. (1988). Psychiatric rehabilitation as the preferred response to the needs of individuals with severe psychiatric disability. *Rehabilitation Psychology*. 33(1), 5-14.
- Rosenfield, S. (1992). Factors contributing to the subjective quality of life of the chronic mentally ill. *Journal of Health and Social Behavior*. 33, 299-315.
- Rousseau, J. (2003). *Le Modèle de compétence, version 1.6*, 31 pages. Québec : Document de formation à tirage limité (disponible en contactant l'auteure au Centre de recherche, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, 4565 chemin Queen Mary, Montréal, Québec, Canada, H3W 1W5). ISBN : 2-921514-70-2.
- Rousseau, J. (1997). *Élaboration d'un instrument de mesure de la situation de handicap en milieu de vie naturel pour l'adulte présentant des incapacités motrices*. Thèse de doctorat non-publiée, Université de Montréal, Québec.
- Rousseau, J., Potvin, L., Dutil, E., & Falta, P. (2002). Model of Competence : A conceptual framework for understanding the person-environment interaction for persons with motor disabilities. *Occupational Therapy in Health Care*. 16(1), 15-36.

- Rutman, I. D. (1994). How psychiatric disability express itself as a barrier to employment. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 17, 15-35.
- Sass, L. A. (1997). The consciousness machine: Self and subjectivity in schizophrenia and modern culture. In Neisser, U., & Jopling, D. A., *The conceptual self in context. Culture, experience, self-understanding* (pp. 3-12). United Kingdom: Cambridge University Press.
- Sass, L. A. (2000). Schizophrenia, self-experience and the so-called “negative symptoms”. Reflections on hyperreflexivity. In Zahavi, D. *Exploring the self: philosophical and psychopathological perspectives on self-experience* (p. 149-182). Philadelphia: J. Benjamin Publications Co.
- Sass, L. A. (2003). Self-disturbance in schizophrenia: hyperreflexivity and diminished self-affection. In Kircher, T., & Anthony, D. *The self in neuroscience psychiatry* (p. 242-271). New-York: Cambridge University Press.
- Scheid, T. L., & Anderson, C. (1995). Living with chronic mental illness: Understanding the role of work. *Community Mental Health Journal*. 31(2), 163-176.

- Scroggin, C., Kosciulek, J. F., Sweiven, K. A., & Enright, M. S. (1999). Impact of situational assessment on the career self-efficacy of people with disabilities. *Vocational Evaluation and Work Adjustment Journal*. 31, 97-107.
- Sen, A. (2002). Health: perception versus observation. *British Medicine Journal*. 324, 860-861.
- Startup, M. (1998). Insight and interpersonal problems in long-term schizophrenia. *Journal of Mental Health*. 7(3), 299-308.
- Strauss, J. S., & Carpenter, W. T. Jr. (1977). Prediction of outcome in schizophrenia. III. Five-year outcome and its predictors. *Archives of General Psychiatry*. 34, 159-163.
- Strauss, J. S., Harding, C. M., Silverman, M., Eichler, A., & Lieberman, M. (1988). Work as treatment for psychiatric disorder: A puzzle in pieces. In Ciardiello, J. A., & Bell, M. D. *Vocational Rehabilitation of Persons with Prolonged Psychiatric Disorders* (pp. 47-55). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Tsang, H. W.-H. (2001). Applying social skills training in the context of vocational rehabilitation for people with schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 189(2), 90-98.

Turner, R. J. (1977). Jobs and schizophrenia. *Social Policy*. 8(1), 32-40.

Uhlhaas, P. J., & Silverstein, S. M. (2003). The continuing relevance of Gestalt psychology for an understanding of schizophrenia. *Gestalt Theory*. 25(4), 256-279.

Van der Maren, J.-M. (1995). *Méthodes de recherche pour l'éducation*. Montréal, Qc: Les Presses de l'Université de Montréal.

Van Dongen, C. J. (1996). Quality of life and self-esteem in working and non-working persons with mental illness. *Community Mental Health Journal*. 32(6), 535-548.

Van Dongen, C. J. (1998). Self-esteem among persons with severe mental illness. *Issues in Mental Health Nursing*. 19(1), 29-40.

Ventura, J., Nuechterlein, K. H., Subotnik, K. L., Green, M. F., & Gitlin, M. J. (2004). Self-efficacy and neurocognition may be related to coping responses in recent-onset schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 69, 343-352.

Warner, R., Taylor, D., Powers, M., & Hyman, J. (1989). Acceptance of the mental illness label by psychotic patients: Effects on functioning. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 398-409.

Warr, P. (1987). *Work, Unemployment, and Mental Health*. Oxford: Clarendon Press.

Yin, R. K. (2003). *Case Study Research (3<sup>rd</sup> ed.)*. Thousands Oaks, CA: Sage.

Young, D. A., Campbell, Z., Zakzanis, K. K., & Weinstein, E. (2003). A comparison between an interview and a self-report insight assessment in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 63, 103-109.

## Chapitre 6 - Discussion

Plusieurs situations de compétence et de handicap en lien avec l'investissement d'activités productives (travail et études) sont identifiées par les participants de la présente étude. Certains éléments, en lien avec les caractéristiques de la personne, de l'environnement, des activités ou des rôles, requièrent des précisions et sont discutés ici. Spécifiquement, trois situations de compétence sont présentées : le respect des attentes internes du client, la confiance en soi ainsi que le bénévolat. Deux situations de handicap sont ensuite abordées : le rôle de patient et les difficultés financières. Cette section se termine par une précision quant aux limites de l'étude.

Respecter les attentes du client favorise sa capacité d'adaptation, sa motivation ainsi que sa confiance en ses capacités personnelles et professionnelles. Dans le cadre du Modèle de compétence les attentes internes sont définies par « ce que la personne souhaite faire, [ou] le niveau de compétence qu'elle aimerait atteindre » (Rousseau, 2003b, p. 54). Les attentes des clients de la présente étude sont variées. Plusieurs expriment des projets scolaires, d'autres souhaitent occuper un emploi impliquant des tâches simples et manuelles. Un seul client de la présente étude se montre indécis quant à ses projets. Cela contraste avec les résultats de Bassett et al. (2001), qui documentent l'incertitude des jeunes adultes atteints de schizophrénie face à leurs buts personnels et professionnels. Une explication possible concerne le cadre d'intervention d'une clinique spécialisée dans le traitement des jeunes adultes atteints de schizophrénie. En effet, les suivis étroits offerts par les intervenants

favorisent l'identification des intérêts et des objectifs scolaires ou professionnels du client. Les thérapies de groupe offertes favorisent aussi les échanges entre les clients. Ainsi, les projets et les démarches entreprises par certains clients peuvent servir de modèles à d'autres clients.

Une deuxième attente clairement exprimée par les clients de la présente étude concerne le rythme des activités de travail ou d'études. Tous les clients préfèrent débiter par des activités à temps partiel, de façon à préserver leurs capacités d'adaptation. Cette idée concorde avec les propos de participants d'autres études, qui craignent le travail à temps complet, qui est associé à un niveau d'exigences et de stress élevé (Scheid et Anderson, 1995). L'importance d'un horaire de travail réduit et flexible est aussi discutée dans la littérature (Kirsh, 2000). Il semble donc que la comparaison des attentes des clients avec les caractéristiques et les exigences du milieu (de travail ou scolaire), ainsi qu'avec les mesures de soutien financier et les programmes disponibles soit une avenue de recherche à explorer. D'autres études sont aussi nécessaires pour mieux définir les attentes des jeunes adultes atteints de schizophrénie en regard des activités productives puisque aucune étude n'a documenté leurs attentes internes spécifiques en regard du travail ni des études.

Un deuxième élément de compétence identifié par les clients est la concordance de leurs attentes internes avec les attentes de leur intervenant principal. Plusieurs intervenants expriment des attentes similaires à celles des clients, par exemple le statut à temps partiel

des activités. Les intervenants soulignent aussi la pertinence de respecter les attentes des clients, ce qui favorise la congruence des perceptions des deux parties. L'attitude des intervenants concorde avec la méthode d'investigation privilégiée dans le cadre de la présente étude, soit l'exploration des perceptions des deux parties de façon à permettre un échange entre l'intervenant et le client. La pertinence de cette forme d'évaluation pour la clientèle atteinte de schizophrénie est documentée dans la littérature (Campodonico et McGlynn, 1995; Goulet et al., accepté; Griffiths, 1988; Startup, 1998). Cette approche constitue une avenue intéressante pour cerner l'ensemble des enjeux liés à l'investissement d'activités productives dans le cadre de la relation thérapeutique, tout en favorisant le respect et la confiance mutuelle dans les échanges client-intervenant.

La confiance en ses capacités est le troisième facteur identifié par les participants qui favorise la compétence dans les activités productives. Trois éléments qui favorisent la confiance et l'estime de soi sont relevés dans le cadre de la présente étude : 1) connaître du succès dans le cadre de diverses activités (ex. : loisirs, tâches domestiques, sorties extérieures); 2) recevoir du support de l'environnement humain renforcent la confiance en soi et 3) percevoir ses expériences de travail et d'études antérieures comme des succès. Cette perception nuance celle de Gioia et Brekke (2003b), qui identifient les antécédents de travail et d'études comme un élément favorisant le développement de la confiance en soi.

En effet, il arrive que des émotions négatives découlent des antécédents scolaires et professionnels. Les échecs antérieurs peuvent contribuer à générer de l'anxiété et nuire au développement de confiance en ses capacités. Certains clients de la présente étude envisagent cependant la possibilité de vivre une situation de succès au travail ou aux études dans l'avenir et ce, en dépit des échecs passés. Trois autres éléments qui influencent négativement la confiance en soi sont relevés par les participants : 1) la présence d'arrêts prolongés de travail et d'études; 2) les exigences personnelles élevées et 3) les rechutes psychotiques. Un manque de confiance peut donc entraîner une situation de handicap. Cette perception concorde avec celle de Marwaha et Johnson (2004), qui reconnaissent le manque de confiance comme un obstacle à l'investissement d'activités productives. Le manque de confiance des clients en leurs capacités d'atteindre leurs buts personnels et professionnels est discuté dans la littérature (Bassett et al., 2001; Chugg et Craik, 2002; Roe, 2001). Cependant, peu de motifs sont amenés par ces auteurs pour expliquer cette diminution de confiance; l'impact sur les activités productives est peu documenté.

La confiance en ses capacités professionnelles est aussi influencée par l'investissement d'activités bénévoles. Cette perception concorde avec celle de Rebeiro et Allen (1998), qui soulignent que le bénévolat permet généralement à l'individu de développer une identité positive, en objectivant ses compétences. Ainsi, les participants identifient le bénévolat comme un facteur qui favorise la compétence dans les activités productives. Pour les participants de l'étude, il permet une intégration graduelle et réussie dans un nouvel

environnement en constituant une étape préalable au travail. Différents motifs sont amenés pour justifier cette perception. Les intervenants privilégient le bénévolat quand les clients se sont absentés du milieu de travail ou scolaire pour une longue période de temps suite au développement de la maladie. Les clients amènent plutôt l'idée d'un « essai » pour l'employeur. Cette formule, en lien avec le contexte québécois, permet aussi de maintenir les avantages associés au régime gouvernemental de la sécurité du revenu.

Selon les participants, les difficultés financières constituent un obstacle important à l'investissement d'activités productives. Plusieurs jeunes adultes atteints de schizophrénie sont prestataires de la sécurité du revenu. En plus de fournir un revenu mensuel légèrement plus élevé aux personnes avec limitations fonctionnelles sévères et persistantes, l'aide sociale offre plusieurs couvertures avantageuses, telles que le remboursement des médicaments, des frais dentaires et des déplacements reliés aux suivis médicaux. La plupart des emplois occupés par des personnes atteintes de schizophrénie offrent des revenus similaires ou légèrement supérieurs à la sécurité du revenu, ce qui ne les incite pas à investir dans des activités de travail. Par ailleurs, si le retour aux études à temps partiel permet de conserver la sécurité du revenu, l'investissement d'activités scolaires à temps plein exige de laisser l'aide sociale et de se tourner vers le réseau de prêts et bourses québécois. L'appauvrissement qui en découle est un élément stressant qui altère la qualité de vie des personnes vivant avec la schizophrénie. La conciliation du travail et des études est une autre avenue envisagée par certains jeunes adultes pour répondre à leurs besoins

financiers; toutefois, cette combinaison exige davantage de capacités d'adaptation du client. Tel que discuté précédemment, il est souhaitable de privilégier un seul changement à la fois et de limiter les stressés simultanés pour les personnes atteintes de schizophrénie, de façon à préserver les capacités d'adaptation et éviter les rechutes.

Le dernier obstacle à l'investissement d'activités productives identifié par les participants est l'identification au rôle de patient. Il est reconnu que certains individus atteints de schizophrénie s'identifient à leur maladie (McCay et Seeman, 1998). Le rôle de patient peut se développer dans divers contextes, tels que l'hospitalisation, le suivi à l'hôpital de jour ou la prise quotidienne de médicaments. Certaines interventions thérapeutiques, telles que la psychoéducation, favorisent toutefois l'élaboration d'une perception plus juste de la maladie et de ses impacts. La participation à des groupes de thérapie permet aussi de côtoyer des clients dont l'insertion scolaire ou professionnelle réussie sert de modèle. Dans le même sens, certains auteurs soulignent que l'investissement du rôle de travailleur facilite le développement d'un concept de soi différent, où la maladie devient une variable parmi d'autres (Kirsh, 2000; Marwaha et Johnson, 2004). Ainsi, comme le soulignent certains clients et intervenants de la présente étude, percevoir la maladie comme surmontable favoriserait plutôt la compétence au travail et aux études.

Hormis cinq limites de l'étude discutées dans l'article, une sixième est énoncée ici. Tous les clients rencontrés dans le cadre de la présente étude possèdent des expériences de travail. Il

est possible que leurs perceptions diffèrent de celles de clients n'ayant jamais occupé d'emploi et de celle des clients qui occupent un emploi ou poursuivent des activités scolaires.

## **Conclusion**

Pour conclure, ce mémoire confirme l'importance dans la relation thérapeutique d'explorer la perception des clients atteints de schizophrénie face au travail et aux études. Les résultats obtenus contribuent à une meilleure compréhension des besoins des jeunes adultes atteints de schizophrénie en lien avec le processus d'insertion scolaire et professionnelle. De plus, ces données confirment l'utilité d'un suivi dans le cadre d'une clinique spécialisée et favorisent le développement d'interventions thérapeutiques spécifiques aux situations de handicap identifiées. Cette étude démontre aussi la pertinence d'utiliser le Modèle de compétence comme cadre de référence. Les concepts du modèle, soit la personne, l'environnement, l'activité et le rôle, permettent d'identifier l'ensemble des variables perçues comme source de compétence ou de handicap pour le travail et les études. Ces facteurs pourront être regroupés dans le cadre d'un instrument d'évaluation. Finalement, les éléments identifiés permettront d'orienter des études futures en réadaptation professionnelle pour la clientèle présentant des problèmes de santé mentale.

## Références

- Addington, D., Addington, J., Maticka-Tyndale, E., & Joyce, J. (1992). Reliability and validity of a depression rating scale for schizophrenics. *Schizophrenia research*. 6, 201-208.
- Amador, X. F., Flaum, M., Andreasen, N. C., Strauss, D. H., Yale, S. A., Clark, S. C., et al. (1994). Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Archives of General Psychiatry*. 51, 826-836.
- Amador, X. F., & Gorman, J. M. (1998). Psychopathologic domains and insight in schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*. 21(1), 27-42.
- Amador, X. F., Strauss, D. H., Yale, S. A., Flaum, M. M., Endicott, J., & Gorman, J. M. (1993). Assessment of insight in psychosis. *American Journal of Psychiatry*. 150(6), 873-879.
- Amador, X. F., Strauss, D. H., Yale, S. A., & Gorman, J. M. (1991). Awareness of illness in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 17(1), 113-132.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>th</sup> edition - revised). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Andersen, S. M., Reznik, I., & Chen, S. (1997). The self in relation to others: Cognitive and motivational underpinnings. In Snodgrass, J. G., & Thompson, R. L., *The self across psychology: Self-recognition, self-awareness, and the self-concept* (p. 233-275). New York: New York Academy of Sciences.
- Andreasen, N. C. (1982). Negative symptoms in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*. 39, 784-788.

- Angermeyer, M. C., & Schulze, B. (2001). Reinforcing stereotypes: How the focus on forensic cases in news reporting may influence public attitudes towards the mentally ill. *International Journal of Law and Psychiatry*. 24, 469-486.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 16(4), 11-23.
- Anthony, W. A. (1994). Characteristics of people with psychiatric disabilities that are predictive of entry into the rehabilitation process and successful employment. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 17(3), 3-13.
- Anthony, W. A., & Blanch, A. (1987). Supported employment for persons who are psychiatrically disabled: An historical and conceptual perspective. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 11(2), 5-23.
- Anthony, W. A., & Jansen, M. A. (1984). Predicting the vocational capacity of the chronically mentally ill. Research and policy implications. *American Psychologist*. 39(5), 537-544.
- Anthony, W. A., Rogers, E. S., Cohen, M., & Davies, R. R. (1995). Relationships between psychiatric symptomatology, work skills, and future vocational performance. *Psychiatric Services*. 46(4), 353-358.
- Armitage, C. J. (2003). The relationship between multidimensional health locus of control and perceived behavioural control: How are distal perceptions of control related to proximal perceptions of control? *Psychology and Health*. 18(6), 723-728.

- Arns, P. G., & Linney, J. A. (1995). Relating functional skills of severely mentally ill clients to subjective and societal benefits. *Psychiatric Services*. 46(3), 260-265.
- Aubin, G., Hachey, R., & Mercier, C. (1999). Meaning and subjective quality of life in people with severe mental illness. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 6, 53-62.
- Backman, C. L. (2004). Occupational balance: Exploring the relationships among daily occupations and their influence on well-being. *The Canadian Journal of Occupational Therapy*. 71(4), 202-209.
- Baier, M., & Murray, R. L. E. (1999). A descriptive study of insight into illness reported by persons with schizophrenia. *Journal of psychosocial nursing*. 37(1), 14-21.
- Baier, M., Murray, R. L. E., & McSweeney, M. (1998). Conceptualization and measurement of insight. *Archives of Psychiatric Nursing*. 12(1), 32-40.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review*. 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1978). Reflections on self-efficacy. *Advances in behavioural research and therapy*. 1, 237-269.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*. 37(2), 122-147.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice-Hall.

- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In Ramachandran, V. S., *Encyclopedia of human behaviour* (Vol. 4, p. 71-81). New York: Academic Press.
- Bandura, A., & Cervone, D. (2000). Self-evaluative and self-efficacy mechanisms governing the motivational effects of goal systems. In Higgins, E.T. *Motivational science: social and personality perspectives* (p. 202-214). Washington D.C.: Sheridan Books.
- Bassett, J., Lloyd, C., & Bassett, H. (2001). Work issues for young people with psychosis: Barriers to employment. *British Journal of Occupational Therapy*. 64(2), 66-72.
- Beaulieu, A., Morin, P., Provencher, H., & Dorvil, H. (2002). Le travail comme déterminant social de la santé pour les personnes utilisatrices de services de santé mentale (notes de recherche). *Santé mentale au Québec*. 27(1), 177-193.
- Bell, M. D., & Bryson, G. (2001). Work rehabilitation in schizophrenia: Does cognitive impairment limit improvement? *Schizophrenia Bulletin*. 27(2), 269-279.
- Bell, M. D., Milstein, R. M., & Lysaker, P. H. (1993). Pay and participation in work activity: Clinical benefits for clients with schizophrenia. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 17(2), 174-177.
- Ben-Artzi, E., Mikulincer, M., & Glaubman, H. (1995). The multifaceted nature of self-consciousness: Conceptualization, measurement, and consequences. *Imagination, Cognition and Personality*. 15(1), p. 17-43.
- Berkowitz, R. I., & Fabricatore, A. N. (2005). Obesity, psychiatric status, and psychiatric medication. *Psychiatric Clinics of North America*. 28(1), 39-54.

- Berrios, G. E., & Markova, I. S. (1998). Insight in the psychoses: A conceptual history. In Amador, X. F., & David, A. S. *Insight and Psychosis* (p. 33-46). New-York: Oxford University Press.
- Berrios, G. E., & Markova, I. S. (2003). The self and psychiatry: a conceptual history. In Kircher, T., & Anthony, D. *The self in neuroscience psychiatry* (p. 9-39). New-York: Cambridge University Press.
- Bin, K. (1997). Cogito et Je. *L'évolution Psychiatrique*. 62(2), 335-348.
- Bin, K. (2002). Cogito and I: A Bio-logical approach. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*. 8(4), 331-336.
- Birchwood, M., Iqbal, Z., Chadwick, P., & Trower, P. (2000). Cognitive approach to depression and suicidal thinking in psychosis. I. Ontogeny of post-psychotic depression. *British Journal of Psychiatry*. 177, 516-521.
- Birchwood, M., Smith, J., Drury, V., Healy, J., Macmillan, F., & Slade, M. (1994). A self-report Insight Scale for psychosis: reliability, validity and sensitivity to change. *Acta Psychiatrica Scandinavia*. 89, 62-67.
- Bootes, K., & Chapparo, C. J. (2002). Cognitive and behavioural assessment of people with traumatic brain injury in the work place : Occupational therapists' perceptions. *Work*. 19, 255-268.
- Böker, W., Brenner, H. D., & Würigler, S. (1989). Vulnerability-linked deficiencies, psychopathology and coping behaviour of schizophrenics and their relatives. *British Journal of Psychiatry*. 155 (suppl. 5), 128-135.

- Bozzer, M., Samsom, D., & Anson, J. (1999). An evaluation of a community-based vocational rehabilitation program for adults with psychiatric disabilities. *Canadian Journal of Community Mental Health*. 18(1), 165-179.
- Breier, A., Schreiber J. L., Dyer, J., & Pickar, D. (1991). National Institute of Mental Health longitudinal study of chronic schizophrenia. Prognosis and predictors of outcome. *Archives of General Psychiatry*. 48, 239-246.
- Brekke, J. S., Levin, S., Wolkon, G. H., Sobel, E., & Slade, E. (1993). Psychosocial functioning and subjective experience in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 19(3), 599-608.
- Brekke, J. S., & Long, J. D. (2000). Community-based psychosocial rehabilitation and prospective change in functional, clinical, and subjective experience variables in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 26(3), 667-680.
- Brekke, J. S., Raine, A., Ansel, M., Lencz, T., & Bird, L. (1997). Neuropsychological and psychophysiological correlates of psychosocial functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 23(1), 19-28.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bryson, G., Lysaker, P., & Bell, M. (2002). Quality of life benefits of paid work activity in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 28(2), 249-257.
- Buchanan, A. (1992). A two year prospective study of treatment compliance in patients with schizophrenia. *Psychological Medicine*. 22, 787-797.

- Buckley, P. F., Hasan, S., Friedman, L., & Cerny, C. (2001). Insight and schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*. 42(1), 39-41.
- Butterworth, G. (1999). A developmental-ecological perspective on Strawson's "The Self". In Gallagher, S., & Shear, J. *Models of the self* (p. 203-211). Thoverton, England: Imprint Academic.
- Campodonico, J. R., & McGlynn, S. M. (1995). Assessing awareness of deficits: Recent research and applications. In Cushman, L. A., & Scherer, M. J. *Psychological assessment in medical rehabilitation* (p. 393-418). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Carpenter, W. T., Bartko, J. J., Strauss, J. S., & Hawk, A. B. (1978). Sings and symptoms as predictors of outcome: A report from the international pilot study of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 135(8), 940-944.
- Carpenter, W. T., & Strauss, J. S. (1991). The prediction of outcome in schizophrenia IV: Eleven-year follow-up of the Washington IPSS cohort. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 179(9), 517-525.
- Cassano, G. B., Pini, S., Sacttoni, M., Rucci, P., & Dell'Osso, L. (1998). Occurrence and clinical correlates of psychiatric comorbidity in patients with psychotic disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*. 59(2), 60-68.
- Chugg, A., & Craik, C. (2002). Some factors influencing occupational engagement for people with schizophrenia living in the community. *British Journal of Occupational Therapy*. 65(2), 67-74.

- Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J.-L., & Boyle, P. (1990). *Savoir préparer une recherche. La définir, la structurer, la financer*. Montréal, QC : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Cook, J. A., & Razzano, L. (2000). Vocational rehabilitation for persons with schizophrenia : Recent research and implications for practice. *Schizophrenia Bulletin*. 26(1), 87-103.
- Corbière, M., Bordeleau, M., Provost, G., & Mercier, C. (2002). Obstacles à l'insertion socioprofessionnelle des personnes ayant des problèmes graves de santé mentale : données empiriques et repères théoriques. *Santé mentale au Québec*. 27(1), 194-217.
- Corbière, M., Mercier, C., Lesage, A., & Villeneuve, K. (2005). L'insertion au travail de personnes souffrant d'une maladie mentale : analyse des caractéristiques de la personne. *Canadian Journal of Psychiatry*. 50(11), 722-733.
- Coryell, W., & Tsuang, M. (1982). DSM-III schizophreniform disorder: comparisons with schizophrenia and affective disorders. *Archives of General Psychiatry*. 39, 66-69.
- Crane-Ross, D., Roth, D., & Lauber, B. G. (2000). Consumers' and case managers' perceptions of mental health and community support service needs. *Community Mental Health Journal*. 36(2), 161-178.
- Curateur public du Québec (2003). *Régimes de protection : Évaluation de l'inaptitude*. Information colligée le 13 novembre 2005, Site internet du Curateur public du Québec : <https://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/html/protec/evalu.html>
- David, A. S. (1990). Insight and psychosis. *British Journal of Psychiatry*. 156, 798-808.

- David, A. S., & Halligan, P. W. (2000). Cognitive neuropsychiatry: Potential for progress. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*. 12(4), 506-509.
- De Preester, H. (2002). On the differentiation between self and non-self. *Communication & Cognition*. 35(3-4), 211-224.
- Dickerson, F. B., Boronow, J. J., Ringel, N., & Parente, F. (1997). Lack of insight among outpatients with schizophrenia. *Psychiatric Services*. 48(2), 195-199.
- Drake, R. E., Becker, D. R., Biesanz, J. C., Torrey, W. C., McHugo, G. J., & Wyzik, P. F. (1994). Rehabilitative day treatment vs supported employment: I. Vocational outcomes. *Community Mental Health Journal*. 30(5), 519-532.
- Drake, R. J., & Lewis, S. W. (2003). Insight and neurocognition in schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 62, 165-173.
- Dutil, E., Filiatrault, J., Fouygeyrollas, P., Lacroix, J., Noreau, L., Prenevost, M., Robin, J. P., et al. (1998). *Évaluation fonctionnelle des capacités de travail*. Québec : Rapport scientifique présenté au Fonds de la recherche en santé du Québec et à la Société de l'assurance automobile du Québec.
- Dzurec, L. C. (1990). How do they see themselves? Self-perception and functioning for people with chronic schizophrenia. *Journal of Psychosocial Nursing*. 28(8), 10-14.
- Estroff, S. E. (1989). Self, identity, and subjective experiences of schizophrenia: In search of the subject. *Schizophrenia Bulletin*. 15(2), 189-195.

- Evans, D. W., Brody, L., & Noam, G. G. (2001). Ego development, self-perception, and self-complexity in adolescence: A study of female psychiatric patients. *American Journal of Orthopsychiatry*. 71(1), 79-86.
- Feist, J. (1990). *Theories of Personality*; 2nd ed. Orlando, FL: Holt, Rinehart and Winston, inc.
- Fennig, S., Everett, E., Bromet, E. J., Jandorf, L., Fenning, S. R., Tanenberg-Karant, M., et al. (1996). Insight in first-admission psychotic patients. *Schizophrenia Research*. 22, 257-263.
- Finlay, W. M. L., Dinos, S., & Lyons, E. (2001). Stigma and multiple social comparisons in people with schizophrenia. *European Journal of Social Psychology*. 31, 579-592.
- Fortier, P., & Mottard, J.-P. (2005). Approches cognitivo-comportementales de groupe dans la prise en charge précoce de jeunes adultes schizophrènes. *Psychiatrie, Sciences humaines et Neurosciences*. 3(1), S53-S68.
- Gallagher, S. (2003). Self-narrative in schizophrenia. In Kircher, T., & Anthony, D. *The self in neuroscience psychiatry* (p. 336-357). New-York: Cambridge University Press.
- Gallese, V. (1999). Agency and the Self Model. *Consciousness and Cognition*. 8, 387-389.
- Gioia, D., & Brekke, J. S. (2003a). Knowledge and use of workplace accommodations and protections by young adults with schizophrenia: a mixed method study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 27(1), 59-68.

- Gioia, D., & Brekke, J. S. (2003b). Use of the American with disabilities Act by young adults with schizophrenia. *Psychiatric services*. 54(3), 302-304.
- Glozier, N. (2002). Mental ill health and fitness for work. *Occupational and Environmental Medicine*. 59, 714-720.
- Goff, D. C., Cather, C., Evins, A. E., Henderson, D. C., Freudenreich, O., Copeland, P. M., et al. (2005). Medical morbidity and mortality in schizophrenia: Guidelines for psychiatrists. *Journal of Clinical Psychiatry*. 66(2), 183-194.
- Goldberg, T. E., Weinberger, D. R., Berman, K. F., Pliskin, N. H., & Podd, M. H. (1987). Further evidence for dementia of the prefrontal type in schizophrenia? *Archives of General Psychiatry*. 44, 1008-1014.
- Goldman, R. S., Axelrod, B. N., Tandon, R., Ribeiro, S. C. M., Craig, K., & Berent, S. (1993). *Psychopathology*. 26, 122-126.
- Goulet, C., Rousseau, J., & Fortier, P. (accepté). Perception des intervenants et des clients à l'égard de l'approche client en psychiatrie. *Canadian Journal of Occupational Therapy*.
- Gramzow, R. H., Elliot, A. J., Asher, E., & McGregor, H. A. (2003). Self-evaluation bias and academic performance: Some ways and some reasons why. *Journal of Research in Personality*. 37, 41-61.
- Gray, J. A. (1998). Integrating schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 24(2), 249-266.

- Green, M. F. (1996). What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *American Journal of Psychiatry*. 153(3), 321-330.
- Green, M. F., Kern, R. S., Braff, D. L., & Mintz, J. (2000). Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: Are we measuring the “right stuff”? *Schizophrenia Bulletin*. 26(1), 119-136.
- Green, M. F., & Nuechterlein, K. H. (1999). Should schizophrenia be treated as a neurocognitive disorder? *Schizophrenia Bulletin*. 25(2), 309-316.
- Griffiths, R. (1988). *Community Care : Agenda for Action*. London: HSMO.
- Grinker, R. R., & Holzman, P. S. (1973). Schizophrenic pathology in young adults. *Archives of General Psychiatry*. 28, 168-175.
- Guillon, M.-S., & Crocq, M.-A. (2004). Estime de soi à l'adolescence : revue de la littérature. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 52(1), 30-36.
- Hachey, R., Boyer, G., & Mercier, C. (2001). Perceived and valued roles of adults with severe mental health problems. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 68(2), 112-120.
- Hagger, C., Buckley, P., Kenny, J. T., Friedman, L., Ubogy, D., & Meltzer, H. Y. (1993). Improvement in cognitive functions and psychiatric symptoms in treatment-refractory schizophrenic patients receiving clozapine. *Biological Psychiatry*. 34, 702-712.

- Harrow, M., Westermeyer, J. F., Silverstein, M., Strauss, B. S., & Cohler, B. J. (1986). Predictors of outcome in schizophrenia: The process-reactive dimension. *Schizophrenia Bulletin*. 12(2), 195-206.
- Hayashi, N., Yamashina, M., & Igarashi, Y. (1999). Awareness of being a patient and its relevance to insight into illness in patients with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*. 40(5), 377-385.
- Hayes, R. L., & Halford, W. K. (1996). Time use of unemployed single male schizophrenia subjects. *Schizophrenia Bulletin*. 22(4), 659-669.
- Hemsley, D. R. (1998). The disruption of the "sense of self" in schizophrenia: Potential links with disturbances of information processing. *British Journal of Medical Psychology*. 71, 115-124.
- Hooker, C., & Park, S. (2002). Emotion processing and its relationship to social functioning in schizophrenia patients. *Psychiatry research*. 112, 41-50.
- Huxley, P., & Thornicroft, G. (2003). Social inclusion, social quality and mental illness. *British Journal of Psychiatry*. 182, 289-290.
- Jacobs, H. E., Wissusik, D., Collier, R., Stackman, D., & Burkeman, D. (1992). Correlations between psychiatric disabilities and vocational outcome. *Hospital and Community Psychiatry*. 43(4), 365-369.
- Jeffries, J. J. (1977). The trauma of being psychotic. A neglected element in the management of chronic schizophrenia. *Canadian Psychiatric Association Journal*. 22(5), 199-205.

- Kantas, A. (1997). Self-efficacy perceptions and outcome expectations in the prediction of occupational preferences. *Perceptual and Motor Skills*. 84, 259-266.
- Karasek, T. & Theorell, T. (1990). *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books Inc.
- Katerndahl, D. A. (2001). Locus of control and field dependence in prediction. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 189(5), 335-338.
- Kates, N., Nikolaou, L., Baillie, B., & Hess, J. (1997). An in-home employment program for people with mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 20(4), 56-60.
- Kennard, D. (1974). The newly admitted psychiatric patients as seen by self and others. *British Journal of Medical Psychology*. 47, 27-41.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*. 51, 8-19.
- Kihlstrom, J. F., & Klein, S. B. (1997). Self-knowledge and self-awareness. In Snodgrass, J. G., & Thompson, R. L., *The self across psychology: Self-recognition, self-awareness, and the self-concept* (p. 5-17). New York: New York Academy of Sciences.
- Kim, Y., Sakamoto, K., Kamo, T., Sakamura, Y., & Miyaoka, H. (1997). Insight and clinical correlates in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*. 38(2), 117-123.

- Kircher, T., & David, A. S. (2003). Self-consciousness: as an integrative approach from philosophy, psychopathology and the neurosciences. In Kircher, T., & Anthony, D. *The self in neuroscience psychiatry* (p. 445-473). New-York: Cambridge University Press.
- Kircher, T., & Leube, D. T. (2003). Self-consciousness, self-agency, and schizophrenia. *Consciousness and Cognition*. 12, 656-669.
- Kirsh, B. (2000). Work, workers and workplaces: A qualitative analysis of mental health consumers. *Journal of Rehabilitation*. 66(4), 24-30.
- Klein, S. B., Rozendal, K., & Cosmides, L. (2002). A social-cognitive neuroscience analysis of the self. *Social Cognition*. 20(2), 105-135.
- Krauss, J. B., & Slavinsky, A. T. (1982). *The chronically ill psychiatric patient and the community*. Boston: Blackwell Scientific Publications.
- Kristof, A. L. (1996). Person-organization fit: An integrative review of its conceptualizations, measurement, and implications. *Personnel Psychology*. 49(1), 1-49.
- Kupper, Z., & Hoffmann, H. (2000). Course patterns of psychosocial functioning in schizophrenia patients attending a vocational rehabilitation program. *Schizophrenia Bulletin*. 26(3), 681-698.
- Lalonde, P., Lesage, A., Comptois, G., Morin, C., Likavkanova, E., & L'Écuyer, G. (1996). Stratégies de coping dans la schizophrénie. *L'Encéphale*. 22, 240-246.
- Lang, S. K., & Cara, E. (1989). Vocational integration for the psychiatrically disabled, *Hospital and Community Psychiatry*. 40(9), 890-892.

- LaRocco, J. M., House, J. S., & French, J. R. P. Jr. (1980). Social support, occupational stress, and health. *Journal of Health and Social Behavior*. 21, 202-218.
- Laroi, F., Fannemel, M., Ronneberg, U., Flekkoy, K., Opjordsmoen, S., Dullerud, R., et al.. (2000). Unawareness of illness in chronic schizophrenia and its relationship to structural brain measures and neuropsychological tests. *Psychiatry Research*. 100(1), 49-58.
- Leahy, M. J. (1995). Assessment of vocational interests and aptitudes in rehabilitation settings. In Cushman, L. A., & Scherer, M. J. *Psychological assessment in medical rehabilitation* (p. 299-324). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Lecomte, T., Corbière, M., & Laisné, F. (2006). Investigating self-esteem in individuals with schizophrenia: Relevance of the Self-esteem Rating Scale. *Psychiatry Research*. 143(1), 99-108.
- Lecomte, T., Cyr, M., & Lesage, A. (1997). Le rôle de l'estime de soi dans l'adaptation psychosociale des personnes schizophrènes. *Revue Canadienne de Santé Mentale Communautaire*. 16(1), 23-38.
- Lecomte, T., Cyr, M., Lesage, A. D., Wilde, J., Leclerc, C., & Ricard, N. (1999). Efficacy of a self-esteem module in the empowerment of individuals with schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 187(7), 406-413.
- Legault, E., & Rebeiro, K. L. (2001). Occupation as means to mental health: A single-case study. *American Journal of Occupational Therapy*. 55(1), 90-96.

- Lent, R. W., Brown, S. D., & Hackett, G. (1994). Toward a unifying social cognitive theory of career and academic interest, choice, and performance. *Journal of Vocational Behavior*. 45, 79-122.
- Leonhard, C., & Corrigan, P. W. (2001). Social perception in schizophrenia. In Corrigan, P. W., & Penn, D. L. *Social Cognition and Schizophrenia* (pp. 73-95). Washington DC: American Psychological Association.
- Lessard-Hébert, M., Goyette, G., & Boutin, G. (1990). *Recherche qualitative: Fondements et pratiques*. Montréal, QC : Éditions Agence d'ARC inc.
- Levin, S., Yurgelun-Todd, D., & Craft, S. (1989). Contributions of clinical neuropsychology to the study of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*. 98(4), 341-356.
- Liberman, R. P., DeRisi, W. J., & Mueser, K. T. (1989). *Social Skills Training for Psychiatric Patients*. New York: Pergamon Press.
- Lida, H., de Bonis, M., & Féline, A. (1992). Structure du self-concept et schizophrénie. *Revue européenne de Psychologie Appliquée*. 42(2), 151-159.
- Lieberman, J. A., Stroup, T. S., McEvoy, J. P., Swartz, M. S., Rosenheck, R. A., Perkins, D. O., et al. (2005). Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *New England Journal of Medicine*, 353(12), 1209-1223.
- Light, G. A., & Braff, D. L. (2000). Do self-reports of perceptual anomalies reflect gating deficits in schizophrenia patients? *Biological Psychiatry*. 47, 463-467.

- Linsky, A. S., & Straus, M. A. (1986). *Social Stress in the United States. Links to regional patterns in crime and illness*. Dover, MA: Auburn House Publishing Company.
- Lysaght, R. (1997). Job analysis in occupational therapy: Stepping into the complex world on business and industry. *The American Journal of Occupational Therapy*. 51(7), 569-575.
- Lysaker, P. H., Clements, C., Plascak-Hallberg, C. D., Knipscheer, S. J., & Wright, D. E. (2002). Insight and personal narratives of illness in schizophrenia. *Psychiatry*. 65(3), 197-206.
- Lysaker, P. H., Clements, C. A., Wright, D. E., Evans, J., & Marks, K. A. (2001). Neurocognitive correlates of helplessness, hopelessness, and well-being in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 189(7), 457-462.
- Lysaker, P. H., & Lysaker, J. T. (2001). Psychosis and the desintegration of dialogical self-structure: Problems posed by schizophrenia for the maintenance of dialogue. *British Journal of Medical Psychology*. 74, 23-33.
- MacDonald-Wilson, K., Rogers, E. S., & Anthony, W. A. (2001). Unique issues in assessing work function among individuals with psychiatric disabilities. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 11(3), 217-232.
- MacEwan, T. H., & Athawes, R. W. B. (1997). The Nithsdale Schizophrenia Surveys. XV. Social adjustment in schizophrenia: Association with gender, symptoms and childhood antecedents. *Acta Psychiatrica Scandinavia*. 95: 254-258.

- Marwaha, S., & Johnson, S. (2004). Schizophrenia and employment: A review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 39(5), 337-349.
- Massel, H. K., Liberman, R. P., Mintz, J., Jacobs, H. E., Rush, T. V., Giannini, C. A., et al. (1990). Evaluating the capacity to work of the mentally ill. *Psychiatry*. 53, 31-43.
- McCay, E. A., & Seeman, M. V. (1998). A scale to measure the impact of a schizophrenic illness on an individual's self-concept. *Archives of Psychiatric Nursing*. 12(1), 41-49.
- McDermott, B. E. (1995). Development of an instrument for assessing self-efficacy in schizophrenic spectrum disorders. *Journal of Clinical Psychology*. 51(3), 320-331.
- McEvoy, J. P., Hartman, M., Gottlieb, D., Godwin, S., Apperson, L. J., & Wilson, W. (1996). Common sense, insight, and neuropsychological test performance in schizophrenia patients. *Schizophrenia Bulletin*. 22(4), 635-641.
- McGurk, S. R., & Meltzer, H. Y. (2000). The role of cognition in vocational functioning in schizophrenia. *Schizophrenia research*. 45, 175-184.
- Mercier, C., Provost, G., Voncelette, F., & Denis, G. (1998). *Rapport final de la recherche-action montréalaise sur l'intégration au travail des personnes vivant des problèmes de santé mentale*. Rapport déposé à la Régie régionale de Montréal-Centre, Division de la recherche psychosociale de l'hôpital Douglas.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. Paris: De Boeck Université.

- Moore, O., Cassidy, E., Carr, A., & O'Callaghan, E. (1999). Unawareness of illness and its relationship with depression and self-deception in schizophrenia. *European Psychiatry*. 14, 264-269.
- Morgan, D. L. (1988). *Focus groups as qualitative research*. Newbury Park, CA : Sage Publications.
- Moritz, S., Krausz, M., Gottwalz, E., Lambert, M., Perro, C., Ganzer, S., et al. (2000). Cognitive dysfunction at baseline predicts symptomatic 1-year outcome in first-episode schizophrenia. *Psychopathology*. 33(1), 48-51.
- Mosey, A. C. (1986). *Psychosocial Components of Occupational Therapy*. New York: Raven Press.
- Mueser, K. T., Salyers, M. P., & Mueser, P. R. (2001). A prospective analysis of work in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 27(2), 281-296.
- Mulkern, V. M., & Manderscheid, R. W. (1989). Characteristics of Community support program clients in 1980 and 1984. *Hospital and Community Psychiatry*. 40(2), 165-172.
- Naber, D. (1999). Optimizing clozapine treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*. 60(suppl. 12), 35-38.
- Nauta M. (2004). Self-efficacy as a mediator of the relationships between personality factors and career interests. *Journal of Career Assessment*. 12(4), 381-394.
- Newcomer, J. W. (2004). Metabolic risk during antipsychotic treatment. *Clinical Therapeutics*. 26(12), 1936-1946.

- Northoff, G., & Heinzl, A. (2003). The self in philosophy, neuroscience and psychiatry: an epistemic approach. In Kircher, T., & Anthony, D. *The self in neuroscience psychiatry* (p. 40-55). New-York: Cambridge University Press.
- O'Brien, G., & Opie, J. (2003). The multiplicity of consciousness and the emergence of the self. In Kircher, T., & Anthony, D. *The self in neuroscience psychiatry* (p. 107-120). New-York: Cambridge University Press.
- O'Carroll, R. (2000). Cognitive impairment in schizophrenia. *Advances in Psychiatric Treatment*. 6, 161-168.
- Owensworth, T. L., McFarland, K., & Young, R. McD. (2002). The investigation of factors underlying deficits in self-awareness and self-regulation. *Brain Injury*. 16(4), 291-309.
- Oxley, C. (1995). Work and work programmes for clients with mental health problems. *British Journal of Occupational Therapy*. 58(11), 465-468.
- Pallier, G., Wilkinson, R., Danthiir, V., Kleitman, S., Knezevic, G., Stankov, L., et al. (2002). The role of individual differences in the accuracy of confidence judgments. *The Journal of general Psychology*. 129(3), 257-299.
- Panagos, R. J., & DuBois, D. L. (1999). Career self-efficacy development and students with learning disabilities. *Learning Disabilities Research & Practice*. 14(1), 25-34.
- Park, S., & Holzman, P. S. (1992). Schizophrenics show spatial memory deficits. *Archives of General Psychiatry*. 49, 975-982.

- Parnas, J. (2003). Self and schizophrenia: a phenomenological perspective. In Kircher, T., & Anthony, D. *The self in neuroscience psychiatry* (p. 217-241). New-York: Cambridge University Press.
- Parnas, J., & Handest, P. (2003). Phenomenology of anomalous self-experience in early schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*. 44(2), 121-134.
- Penn, D. L., & Corrigan, P. W. (1997). Introduction: Factors underlying social functioning in schizophrenia: Information processing and social perception. *Psychiatry*. 60, 279-280.
- Penn, D. L., Ritchie, M., Francis, J., Combs, D., & Martin, J. (2002). Social perception in schizophrenia: the role of context. *Psychiatry research*. 109, 149-159.
- Perlis, D. (1999). Consciousness as self-function. In Gallagher, S., & Shear, J. *Models of the self* (p. 131-147). Thoverton, England: Imprint Academic.
- Phillips, J. (2001). Kimura Bin on schizophrenia. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*. 8(4), 343-346.
- Pierce, D. (2001). Untangling occupation and activity. *American Journal of Occupational Therapy*. 55(2), 138-146.
- Polatajko, H. (2001). L'évolution de notre perspective sur l'occupation: un périple passant de la thérapie récréative à l'utilisation thérapeutique de l'activité, jusqu'à la promotion de l'occupation. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 68(4), 203-207.
- Poulin, C., & Massé, R. (1994). De la désinstitutionalisation au rejet social : le point de vue de l'ex-patient psychiatrique. *Santé Mentale au Québec*. 19(1), 175-194.

- Priebe, S., Warner, R., Hubschmid, T., & Eckle, I. (1998). Employment, attitudes toward work, and quality of life among people with schizophrenia in three countries. *Schizophrenia Bulletin*. 24(3), 469-477.
- Proust, J. (1999). Self model and schizophrenia. *Consciousness and Cognition*. 8, 378-384.
- Prouteau, A., Verdoux, H., Briand, C., Lesage, A., Lalonde, P., Nicole, L., et al. (2004). Self-assessed cognitive dysfunction and objective performance in outpatients with schizophrenia participating in a rehabilitation program. *Schizophrenia Research*. 69, 85-91.
- Rebeiro, K. L., & Allen, J. (1998). Voluntarism as occupation. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 65(5), 279-285.
- Recasens, C., Mimic, L., Dardennes, R., Guelfi, J. D., & Rouillon, F. (2002). Conscience de soi et consciences de la maladie dans la schizophrénie : relations avec l'anxiété et la dépression. *Annales Médico Psychologiques*. 160, 589-595.
- Reilly, M. (1962). The Eleanor Clarke Slagle. *The American Journal of Occupational Therapy*. 16(1), 1-9.
- Reingold, E., & Merickle, P. (2004). Unconscious perception: Assumptions and interpretative difficulties. *Consciousness and Cognition*. 13, 117-122.
- Rinofner-Kreidl, S. (2004). Representationalism and beyond. A phenomenological critique of Thomas Metzinger's Self-Model Theory. *Journal of Consciousness Studies*. 11(10-11), 88-108.

- Ritsner, M., & Susser, E. (2004). Temperaments types are associated with weak self-construct, elevated distress and emotion-oriented coping in schizophrenia: evidence for a complex vulnerability marker? *Psychiatry research*. 128, 219-228.
- Robey, K. L., Cohen, B. D., & Gara, M. A. (1989). Self-structure in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*. 98(4), 436-442.
- Roe, D. (2001). Progressing from patienthood to personhood across the multidimensional outcomes in schizophrenia and related disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 189(10), 691-699.
- Roe, D. (2003). A prospective study on the relationship between self-esteem and functioning during the first year after being hospitalized for psychosis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 191(1), 45-49.
- Roe, D., Chopra, M., Wagner, B., Katz, G., & Rudnick, A. (2004). The emerging self in conceptualizing and treating mental illness. *Journal of Psychosocial Nursing*. 42(2), 32-40.
- Roe, D., & Kravetz, S. (2003). Different ways of being aware of a psychiatric disability: A multifunctional narrative approach to insight into mental disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 191(7), 417-424.
- Rogers, E. S., Anthony, W., & Jansen, M. A. (1988). Psychiatric rehabilitation as the preferred response to the needs of individuals with severe psychiatric disability. *Rehabilitation Psychology*. 33(1), 5-14.

- Rogers, T. S., & Kashima, Y. (1998). Nurses's responses to people with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*. 27(1), 195-203.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Books Inc. Publishers.
- Rosenberg, S. (1993). Social self and the schizophrenic process: Theory and research. In Cromwell, R. L., & Snyder, C. R. *Schizophrenia: Origins, processes, treatment and outcome* (p. 223-240). London: Oxford University Press.
- Rosenfield, S. (1992). Factors contributing to the subjective quality of life of the chronic mentally ill. *Journal of Health and Social Behavior*. 33, 299-315.
- Rosenthal, M. H., & Bryant, S. L. (2004). Benefits of adjunct modafinil in an open-label, pilot study in patients with schizophrenia. *Clinical neuropharmacology*. 27(1), 38-43.
- Rousseau, J. (2003a). *Le Modèle de compétence, version 1.6*, 31 pages. Québec : Document de formation à tirage limité (disponible en contactant l'auteure au Centre de recherche, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, 4565 chemin Queen Mary, Montréal, Québec, Canada, H3W 1W5). ISBN : 2-921514-70-2.
- Rousseau, J. (2003b). *L'évaluation à domicile de l'interaction personne-environnement (ÉDIPE), version 2.2*, 83 pages. Québec : Document de formation à tirage limité (disponible en contactant l'auteure au Centre de recherche, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, 4565 chemin Queen Mary, Montréal, Québec, Canada, H3W 1W5). ISBN : 2-921514-70-2.

- Rousseau, J. (1997). *Élaboration d'un instrument de mesure de la situation de handicap en milieu de vie naturel pour l'adulte présentant des incapacités motrices*. Thèse de doctorat non-publiée, Université de Montréal, Québec.
- Rousseau, J., Potvin, L., Dutil, E., & Falta, P. (2002). Model of Competence: A conceptual framework for understanding the person-environment interaction for persons with motor disabilities. *Occupational Therapy in Health Care*. 16(1), 15-36.
- Rutman, I. D. (1994). How psychiatric disability express itself as a barrier to employment. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 17, 15-35.
- Sass, L. A. (1997). The consciousness machine: Self and subjectivity in schizophrenia and modern culture. In Neisser, U., & Jopling, D. A., *The conceptual self in context. Culture, experience, self-understanding* (pp. 3-12). United Kingdom: Cambridge University Press.
- Sass, L. A. (2000). Schizophrenia, self-experience and the so-called "negative symptoms". Reflections on hyperreflexivity. In Zahavi, D. *Exploring the self: philosophical and psychopathological perspectives on self-experience* (p. 149-182). Philadelphia: J. Benjamin Publications Co.
- Sass, L. A. (2003). Self-disturbance in schizophrenia: hyperreflexivity and diminished self-affection. In Kircher, T., & Anthony, D. *The self in neuroscience psychiatry* (p. 242-271). New-York: Cambridge University Press.
- Sass, L. A., & Parnas, J. (2003). Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophrenia Bulletin*. 29(3), 427-444.

- Saykin, A. J., Shtasel, D. L., Gur, R. E., Kester, D. B., Mozley, L. H., Stafiniak, P., et al. (1994). Neuropsychological deficits in neuroleptic naive patients with first-episode schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*. 51, 124-131.
- Scheid, T. L., & Anderson, C. (1995). Living with chronic mental illness: Understanding the role of work. *Community Mental Health Journal*. 31(2), 163-176.
- Schlenoff, D. (1983). Rehabilitation of unemployable mentally restored persons: The avocational alternative. *Rehabilitation Literature*. 44(1-2), 27-28.
- Schomburg, A. M., & Tokar, D. M. (2003). The moderating effect of private self-consciousness on the stability of vocational interests. *Journal of Vocational Behavior*. 63, 368-378.
- Schulze, B. & Angermeyer, M. C. (2003). Subjective experience of stigma. A focus group study of schizophrenic patients their relatives and mental health professionals. *Social Science & Medicine*. 56, 299-312.
- Schwartz, R. C. (1998a). Symptomatology and insight in schizophrenia. *Psychological Reports*. 82, 227-233.
- Schwartz, R. C. (1998b). The relationship between insight, illness and treatment outcome in schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*. 69(1), 1-22.
- Scroggin, C., Kosciulek, J. F., Sweiven, K. A., & Enright, M. S. (1999). Impact of situational assessment on the career self-efficacy of people with disabilities. *Vocational Evaluation and Work Adjustment Journal*. 31, 97-107.

- Sedikides, C., & Skowronski, J. J. (1995). On the sources of self-knowledge: The perceived primary of self-reflection. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 14(3), 244-270.
- Selten, J. P., Wiersma, D., & van den Bosch, R. J. (2000). Discrepancy between subjective and objective ratings for negative symptoms. *Journal of Psychiatric Research*. 34, 11-13.
- Sen, A. (2002). Health: perception versus observation. *British Medicine Journal*. 324, 860-861.
- Shin, Y. (2004). A person-environment fit model for virtual organizations. *Journal of Management*. 30(5), 725-743.
- Siegrist, M. (1996). The influence of self-consciousness on the internal consistency of different scales. *Personality and Individual Differences*. 20(1), 115-117.
- Silverstein, S. M., Kovács, I., Corry, R., & Valone, C. (2000). Perceptual organization, the disorganization syndrome, and context processing in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 43, 11-20.
- Spaulding, W. D., Fleming, S. K., Reed, D., Sullivan, M., Storzbach, D., & Lam, M. (1999). Cognitive functioning in schizophrenia: Implications for psychiatric rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin*. 25(2), 275-286.
- Srsic, C. S., & Walsh, W. B. (2001). Person-environment congruence and career self-efficacy. *Journal of Career Assessment*. 9(2), 203-213.
- Startup, M. (1998). Insight and interpersonal problems in long-term schizophrenia. *Journal of Mental Health*. 7(3), 299-308.

- Stip, E. (2003). Psychopharmacologie des psychoses. La molécule entre deux chaises. *L'information psychiatrique*. 79(1), 31-42.
- St-Jean, M., & Thériault, P.-Y. (sous presse). Work, study and productivity: from confusion to definition. *Revista de Terapia ocupacional da universidade de São Paulo*.
- Stratta, P., Daneluzzo, E., Bustini, M., Prosperini, P. L., & Rossi, A. (1999). Schizophrenic patients use context-independent reasoning more often than context-dependent reasoning as measured by the Cognitive Bias Task (CBT): a controlled study. *Schizophrenia Research*. 37, 45-51.
- Stratta, P., Daneluzzo, E., Bustini, M., Prosperini, P., & Rossi, A. (2000). Processing of context information in schizophrenia: relation to clinical symptoms and WCST performance. *Schizophrenia Research*. 44, 57-67.
- Strauss, J. S., & Carpenter, W. T. Jr. (1974). The prediction of outcome in schizophrenia. II. Relationships between predictor and outcome variables: A report from the WHO international pilot study of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*. 31, 37-42.
- Strauss, J. S., & Carpenter, W. T. Jr. (1977). Prediction of outcome in schizophrenia. III. Five-year outcome and its predictors. *Archives of General Psychiatry*. 34, 159-163.
- Strauss, J. S., Harding, C. M., Silverman, M., Eichler, A., & Lieberman, M. (1988). Work as treatment for psychiatric disorder: A puzzle in pieces. In Ciardiello, J. A., & Bell, M. D. *Vocational Rehabilitation of Persons with Prolonged Psychiatric Disorders* (pp. 47-55). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

- Strong, S. (1998). Meaningful work in supportive environments: Experiences with the recovery process. *The American Journal of Occupational Therapy*. 52(1), 31-38.
- Sturm, R., Gresenz, C. R., Pacula, R. L., & Wells, K. B. (1999). Labor force participation by persons with mental illness. *Psychiatric Services*. 50(11), 1407.
- Szymanski, E. M., & Hershenson, D. B. (1998). Career development of people with disabilities: An Ecological Model. In Parker, R. M., & Szymanski, E. M. *Rehabilitation counseling: Basics and beyond* (3rd ed., p. 327-378). Austin, TX: PRO-ED Inc.
- Tafarodi, R. W., & Swann Jr., W. B. (2001). Two-dimensional self-esteem: theory and measurement. *Personality and Individual Differences*. 31, 653-673.
- Tait, L., Birchwood, M., & Trower, P. (2003). Predicting engagement with services for psychosis: insight, symptoms and recovery style. *British Journal of Psychiatry*. 182, 123-128.
- Trombly, C. A. (1995). Occupation: Purposefulness and meaningfulness as therapeutic mechanisms. 1995 Eleanor Clarke Slagle Lecture. *The American Journal of Occupational Therapy*. 49(10), 960-972.
- Tsang, H. W.-H. (2001). Applying social skills training in the context of vocational rehabilitation for people with schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 189(2), 90-98.
- Turner (1977). Jobs and schizophrenia. *Social Policy*. 8, 32-40.

- Uhlhaas, P. J., & Silverstein, S. M. (2003). The continuing relevance of Gestalt psychology for an understanding of schizophrenia. *Gestalt Theory*. 25(4), 256-279.
- Upthegrove, R., Oyebode, F., George, M., & Haque, M. S. (2002). Insight, social knowledge and working memory in schizophrenia. *Psychopathology*. 35(6), 341-346.
- Van den Bosch, R. J., & Rombouts, R. P. (1997). Coping and cognition in schizophrenia and depression. *Comprehensive Psychiatry*. 38(6), 341-344.
- Van der Maren, J.-M. (1995). *Méthodes de recherche pour l'éducation*. Montréal, Qc: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Van Dongen, C. J. (1996). Quality of life and self-esteem in working and non-working persons with mental illness. *Community Mental Health Journal*. 32(6), 535-548.
- Van Dongen, C. J. (1998). Self-esteem among persons with severe mental illness. *Issues in Mental Health Nursing*. 19(1), 29-40.
- Ventura, J., Nuechterlein, K. H., Subotnik, K. L., Green, M. F., & Gitlin, M. J. (2004). Self-efficacy and neurocognition may be related to coping responses in recent-onset schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 69, 343-352.
- Vézina, S. (2002). Perspective critique en intégration au travail des individus vivant des troubles mentaux graves et persistants. *Santé Mentale au Québec*. 27(1), 286-302.
- Vogele, K. (2003). Schizophrenia as disturbance of the self-construct. In Kircher, T., & Anthony, D. *The self in neuroscience psychiatry* (p. 361-379). New-York: Cambridge University Press.

- Wahl, O. F., & Harman, C. R. (1989). Family views of stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 15(1), 131-139.
- Walsh, W. B., Craik, K. H., & Price, R. H. (1992). Person-environment psychology: A summary and commentary. In Walsh, W. B., Craik, K. H., & Price, R. H. *Person-environment psychology. Models and Perspectives* (p. 243-269). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Walter, H., & Spitzer, M. (2003). The cognitive neuroscience of agency in schizophrenia. In Kircher, T., & Anthony, D. *The self in neuroscience psychiatry* (p. 436-443). New-York: Cambridge University Press.
- Warner, R. (1985). *Recovery from Schizophrenia. Psychiatry and Political Economy*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Warner, R., & Polak, P. (1995). The economic advancement of the mentally ill in the community: 2. Economic choices and disincentives. *Community Mental Health Journal*, 31(5), 477-492.
- Warner, R., Taylor, D., Powers, M., & Hyman, J. (1989). Acceptance of the mental illness label by psychotic patients: Effects on functioning. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 398-409.
- Warr, P. (1987). *Work, Unemployment, and Mental Health*. Oxford: Clarendon Press.
- Williams, C. C., & Collins, A. (2002). Factors associated with insight among outpatients with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 53(1), 96-98.

- Wirshing, D. A. (2004). Schizophrenia and obesity: Impact of antipsychotic medications. *Journal of Clinical Psychiatry*. 65(suppl. 18), 13-26.
- Yin, R. K. (2003). *Case Study Research (3<sup>rd</sup> ed.)*. Thousands Oaks, CA: Sage.
- Young, D. A., Campbell, Z., Zakzanis, K. K., & Weinstein, E. (2003). A comparison between an interview and a self-report insight assessment in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 63, 103-109.
- Young, D. A., Zakzanis, K. K., Bailey, C., Davila, R., Griese, J., Sartory, G., et al. (1998). Further parameters of insight and neuropsychological deficits in schizophrenia and other chronic mental disease. *Journal of Nervous & Mental Disease*. 186(1), 44-50.
- Zahavi, D. (2002). Schizophrenia and self-awareness. *Philosophy, Psychiatry and Psychology*. 8(4), 339-341.
- Zahavi, D. (2003). Phenomenology of self. In Kircher, T., & Anthony, D. *The self in neuroscience psychiatry* (p. 56-75). New-York: Cambridge University Press.
- Zahavi, D., & Parnas, J. (1999). Phenomenal consciousness and self-awareness. In Gallagher, S., & Shear, J. *Models of the self* (p. 253-270). Thoverton, England: Imprint Academic.

## **Annexe A : Certificat d'éthique**



PROJET DE RECHERCHE

**TITRE:** Étude comparative de la perception des jeunes adultes schizophrènes et des intervenants quant au sentiment de compétence dans les activités productives

**LIEU:** Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal

**CHERCHEUR(s):** Pierre Fortier, M.A. psychologie, Jacqueline Rousseau, Ph.D., Jean-Pierre Mottard, M.D., et Claudine Goulet, B.Sc., ergothérapie, étudiante à la maîtrise en sciences biomédicales

**PROVENANCE DES FONDS:** Aucun financement

**PROBLÉMATIQUE et OBJECTIF DE L'ÉTUDE:** Explorer et comparer les perceptions des jeunes adultes atteints de schizophrénie et les intervenants face aux activités productives (études/travail)

**TYPE DE RECHERCHE:** Qualitative

**ADMISSIBILITÉ DES SUJETS:** Sujets de 18 à 30 ans, parlant le français, souffrant de schizophrénie ou de trouble schizo-affectif ou trouble schizophréniforme, suivis depuis au moins 3 mois, sans emploi et non aux études

**LES CONSÉQUENCES ÉTHIQUES:**

Liberté de participer:	oui
Confidentialité:	oui
Consentement éclairé:	oui
Liberté d'en sortir sans contrainte:	oui

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT:** requis: oui (version initiale no 2 du 30 août 2004)  
approuvé: oui Le 30 septembre 2004

**COMITÉ D'ÉTHIQUE:** No de code: C.E. 2004-09-53

**DATE DE L'ÉTUDE PAR LE COMITÉ :** 30 août 2004 (séance plénière)

**MEMBRES DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE ET DE L'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ**  
Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal

**AVIS:  
FAVORABLE**

**Étaient présents :**  
Me André Morel, président et représentant de l'Université de Montréal  
M. David Williamson, secrétaire, scientifique non médecin  
M. Guy Beauregard, personne spécialisée en éthique  
Dr Patrick Bellemare, scientifique médecin  
Mme Henriette Bourassa, membre non affilié représentant la collectivité  
Dr Marie Dumont, scientifique non médecin  
Mme Marie-France Thibaudeau, scientifique non médecin  
**Absences motivées :**  
Dr Marcel Boulanger, membre non affilié représentant la collectivité  
Dr Julio Fernandes, scientifique médecin

✓ André Morel, président

**N.B. :** Le Comité d'éthique de la recherche de l'HSCM poursuit ses activités en accord avec *Les bonnes pratiques cliniques (Santé Canada)* et tous les règlements applicables

**Cette approbation est valable pour une période d'un an seulement. Une demande de renouvellement doit être faite après cette période.**

**Annexe B : Autorisation des co-auteurs**

**SIGNATURE DES COAUTEURS**

**À faire parvenir par courrier à**

TGDE – Programme de Sciences  
biomédicales 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> cycles  
Faculté de médecine  
Pavillon Roger-Gaudry,  
Bureau T-521  
C.P. 6128, succursale Centre-ville  
Montréal, Qc  
H3C 3J7

**ou par fax au 343-5751**

**Titre du 1<sup>er</sup> article :**

Factors influencing Occupational Competence  
in Schizophrenia: Client and therapist  
perspectives.

**Signature des coauteurs :**

CLAUDINE GAGNET

**Nom**

JACQUELINE ROUSSEAU

PIERRE FORTIER

**Etc...**

JEAN-PIERRE MOTTARD

## **Annexe C : Fiche d'information – Sujets intervenants**

FICHE D'INFORMATION  
SUJETS INTERVENANTS

NOM: \_\_\_\_\_ PRÉNOM: \_\_\_\_\_

Téléphone (travail): ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Titre d'emploi : \_\_\_\_\_

Client concerné : \_\_\_\_\_

Diplôme(s) obtenus : \_\_\_\_\_

Nombre d'années d'expérience :

- En ergothérapie / en médecine : \_\_\_\_\_

Dans quel domaine de pratique : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- En psychiatrie : \_\_\_\_\_
- Auprès des jeunes adultes psychotiques : \_\_\_\_\_
- Au sein de l'équipe actuelle : \_\_\_\_\_

Dans le cadre de votre travail à la Clinique des jeunes adultes psychotiques de l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, avez-vous à aborder la question du retour au travail ou aux études avec vos clients? OUI \_\_\_\_\_ NON \_\_\_\_\_

**Annexe D : Fiche d'information – Sujets clients**

FICHE D'INFORMATION  
SUJETS CLIENTS

NOM: \_\_\_\_\_ PRÉNOM: \_\_\_\_\_

Adresse (domicile) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Téléphone (domicile): ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Intervenant principal : \_\_\_\_\_

Titre (ex : psychiatre) : \_\_\_\_\_

Date de début du suivi à la Clinique des jeunes adultes psychotiques du Pavillon Albert-Prévost : \_\_\_\_\_ (mois/année)

Diagnostic : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Êtes-vous en emploi / aux études actuellement : OUI \_\_\_\_\_ NON \_\_\_\_\_

Type d'emploi / Domaine d'études : \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà travaillé : OUI \_\_\_\_\_ NON \_\_\_\_\_

Si OUI, quand avez-vous cessé de travailler : \_\_\_\_\_ (mois/année)

Pourquoi? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Type d'emploi : \_\_\_\_\_

Dernier niveau de scolarité complété : \_\_\_\_\_

Quand avez-vous cessé vos études : \_\_\_\_\_ (mois/année)

Pourquoi? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Quand est-ce  
qu'il a été  
sélectivé  
(c'est-à-dire  
d'exclusion)*

**Annexe E : « Carnet de questions » Sujets intervenants**

### **Entrevue semi-structurée (intervenant)**

Exemples de questions qui seront posées à l'intervenant afin d'explorer sa perception des compétences de travail de son client. Ce questionnaire sera modifié pour les adapter aux besoins de la recherche. La structure et le contenu du questionnaire se basent sur les concepts du Modèle de compétence.

#### **A. Question d'ouverture**

1. Pourriez-vous vous présenter brièvement (nom, titre professionnel, nom du client, expérience en lien avec l'intégration au travail/aux études de clients atteints de schizophrénie)

#### **B. Question d'introduction**

2. Quelle est l'importance que vous accordez à l'intégration au travail/aux études dans vos interventions?

#### **C. Questions de transition**

3. Quelles capacités doit posséder un client pour réussir un retour au travail/aux études?
4. Quels facteurs ou éléments vous permettent d'identifier qu'un client a le potentiel pour un retour aux études/au travail?
5. Avez-vous déjà abordé la question de l'intégration au travail/aux études avec votre client actuel?

#### **D. Questions-clés**

##### **Concept environnement**

6. Comment la maladie de votre client influence-t-elle sa capacité à travailler/à étudier?
7. Quel type de travail ou d'études pensez-vous que votre client est capable d'entreprendre actuellement?
8. Quels sont les facteurs qui influencent la réussite de l'insertion au travail/aux études de votre client?
  - Quels obstacles votre client rencontrera-t-il dans son processus d'insertion au travail/aux études?

**D. Questions-clés (suite)**

9. Quelles sont les expériences passées de votre client (sur le plan des activités productives) qui influencent sa compétence à travailler?

**Concept interaction**

10. Quel support sera nécessaire pour votre client afin de lui permettre d'intégrer le travail/les études?

- Type
- Quantité
- De qui

11. Pensez-vous que votre client peut retourner aux études/au travail? Quels sont vos arguments?

**E. Questions de synthèse**

12. Parmi tous les éléments discutés aujourd'hui, quels sont les éléments que vous considérez les plus importants en lien avec l'intégration au travail/aux études de votre client?
13. Comment la perception de votre client influence-t-elle son intégration au travail/aux études?
14. Y a-t-il d'autres éléments, dont nous n'avons pas discuté, que vous aimeriez ajouter?

**Annexe F : « Carnet de questions » Sujets clients**

### Entrevue semi-structurée (client)

Exemples de questions qui seront posées au client afin d'explorer sa perception de ses compétences de travail. Ce questionnaire sera modifié pour les adapter aux besoins de la recherche. La structure et le contenu du questionnaire se basent sur les concepts du Modèle de compétence.

#### **A. Question d'ouverture**

1. Pourriez-vous vous présenter brièvement (nom, âge, maladie, durée du suivi à la clinique des jeunes adultes atteints de schizophrénie, nom de l'intervenant principal)

#### **B. Question d'introduction**

2. Quelles sont vos expériences antérieures sur le plan du travail ou des études?

#### **C. Questions de transition**

3. Quelle importance a l'intégration au travail/aux études pour vous?
4. Quelles capacités essentielles devez-vous posséder pour réussir un retour au travail/aux études?

#### **D. Questions-clés**

##### **Concept environnement**

5. Comment votre maladie influence-t-elle votre capacité à travailler?
  - Impact au niveau cognitif
  - Impact au niveau social
  - Impact au niveau occupationnel
  - Impact au niveau physique (énergie, etc.)
6. Quel type de travail ou d'études pensez-vous être capable d'entreprendre actuellement?
  - Travail régulier vs protégé; temps complet vs temps partiel
  - Études à temps complet vs temps partiel
7. Quels sont les facteurs qui influencent la réussite de votre insertion au travail/aux études?
  - Quels sont les éléments que vous jugez facilitateurs dans votre processus d'insertion au travail/aux études (ex : confiance en soi, motivation, impression de contrôle sur sa vie, autocritique, support de l'entourage, etc.)?
  - Quels obstacles pensez-vous rencontrer dans votre processus d'insertion au travail/aux études (ex : préjugés face à la maladie, situations sociales, organisation dans le temps et dans la tâche, stress associé au milieu de travail, etc.) ?

**D. Questions-clés (suite)**

8. Quelles sont vos expériences passées qui pourraient influencer votre compétence à travailler?

**Concept interaction**

9. Quel support serait nécessaire afin de vous permettre d'intégrer le travail/les études?

- Type
- Quantité
- De qui

10. Croyez-vous que vous êtes prêts à intégrer le travail/les études?

**E. Questions de synthèse**

11. Parmi tous les éléments discutés aujourd'hui, quels sont les éléments que vous considérez les plus importants en lien avec votre intégration au travail/aux études?

12. Comment la perception de votre intervenant influence-t-elle votre intégration au travail/aux études?

13. Y a-t-il d'autres éléments, dont nous n'avons pas discuté, que vous aimeriez ajouter?

**Annexe G : Formulaire de consentement - Intervenants**

## FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT SUJET-INTERVENANT

### Titre de l'étude :

Étude comparative de la perception des jeunes adultes schizophrènes et des intervenants quant au sentiment de compétence dans les activités productives.

### Chercheurs :

**Pierre Fortier**, M.A. psychologie, erg. Ergothérapeute - Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Professeur adjoint de clinique - Université de Montréal.

Tél. : (514) 338-4246

**Jacqueline Rousseau**, Ph.D. sciences biomédicales, erg. Professeur agrégée - Université de Montréal (École de réadaptation). Chercheure (Centre de recherche - Institut universitaire de gériatrie de Montréal). Tél. : (514) 340-3540 #3249

**Jean-Pierre Mottard**, M.D. Médecin psychiatre - Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

Tél. : (514) 338-4246

### Cochercheur :

**Claudine Goulet**, B.Sc. ergothérapie, erg. Université de Montréal, Étudiante à la maîtrise en sciences biomédicales (réadaptation). Tél. : (514) 338-4246

---

## INFORMATION

### 1. Nature et objectif de l'étude

Cette étude a pour but d'explorer et de comparer les perceptions des jeunes adultes atteints de schizophrénie et de leurs intervenants par rapport à la compétence pour intégrer le marché du travail ou pour retourner aux études.

L'objectif final de l'étude est d'élaborer un instrument d'évaluation intégrant le point de vue des intervenants et des jeunes adultes atteints de schizophrénie par rapport à la capacité d'intégration au travail ou dans un programme d'études de ces derniers, afin d'améliorer le processus d'évaluation et d'intervention en lien avec la réinsertion professionnelle.

Un total de dix-huit sujets sont impliqués dans cette étude : neuf (9) sujets clients et neuf (9) sujets intervenants. Tous les sujets seront recrutés par dyades intervenant-client à clinique des jeunes psychotiques de l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

### 2. Déroulement de l'étude et méthodes utilisées

Si vous acceptez de participer à cette étude, nous compléterons dans un premier temps une entrevue individuelle auprès d'un client dont vous êtes actuellement

l'intervenant principal dans le cadre de votre emploi à la clinique des jeunes adultes psychotiques de l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

Par la suite, vous serez rencontré par une assistante de recherche pour une entrevue individuelle d'une durée d'une heure. Lors de cette rencontre, on vous demandera de répondre verbalement à différentes questions concernant le retour au travail ou aux études du client ciblé précédemment. Vos réponses seront enregistrées sur bande audio et seront traitées de façon confidentielle. La rencontre aura lieu dans un bureau de la clinique des jeunes adultes psychotiques, au 2<sup>e</sup> étage du Pavillon Albert-Prévost de l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

Aucune de vos réponses ne sera transmise à votre client, et les réponses de votre client ne vous seront pas dévoilées.

### 3. Risques, effets secondaires et désagréments

Cette étude ne comporte aucun risque pour vous.

### 4. Bénéfices et avantages

Il est impossible de prédire si vous retirerez des bienfaits personnels en participant à cette recherche.

Votre participation permettra d'améliorer les connaissances et d'influencer l'évaluation et l'orientation de futures interventions auprès de la clientèle des jeunes adultes atteints de schizophrénie.

### 5. Confidentialité

Tous les renseignements recueillis à votre sujet au cours de l'étude demeureront strictement confidentiels, dans les limites prévues par la loi. Ces renseignements seront conservés sous clé à l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, et également à l'Université de Montréal dans le bureau de la chercheuse principale. De plus, vous ne serez identifié(e) que par un code. Enfin, toutes les cassettes audio seront détruites 5 ans après la fin de l'étude.

Cependant, à des fins de contrôle du projet de recherche, votre dossier pourra être consulté par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital du Sacré-Cœur, qui adhère à une politique de stricte confidentialité.

Par ailleurs, les résultats de cette étude pourront être publiés ou communiqués dans un congrès scientifique mais aucune information qui puisse permettre de vous identifier ne sera alors dévoilée.

#### 6. Indemnisation en cas de préjudice

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, ou les établissements impliqués de leurs responsabilités légales et professionnelles.

#### 7. Participation volontaire et retrait de l'étude

Votre participation à cette étude est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de l'étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur ou à l'un des membres de l'équipe de recherche. Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement de l'étude qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai.

Votre décision de ne pas participer à l'étude ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur vos relations avec votre employeur ou votre équipe de travail.

#### 8. Personnes à contacter

Si vous avez des questions à poser au sujet de cette étude ou s'il survient un incident quelconque ou si vous désirez vous retirer de l'étude, vous pouvez contacter en tout temps Mme Claudine Goulet au (514) 338-4246.

Si vous voulez poser des questions à un professionnel ou à un chercheur qui n'est pas impliqué dans cette étude, vous pouvez communiquer avec Dr Daniel Dumont, psychiatre à l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, au numéro (514) 338-4601.

*Si vous avez des questions à poser concernant vos droits en tant que sujet de recherche, ou si vous avez des plaintes ou commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec la direction générale de l'hôpital, au (514) 338-2222, poste 3581.*

**CONSENTEMENT**

La nature de l'étude, les procédés à utiliser, les risques et les bénéfices que comporte ma participation à cette étude ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies au cours de l'étude m'ont été expliqués.

J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions concernant les différents aspects de l'étude et on y a répondu à ma satisfaction.

Je reconnais qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

J'accepte volontairement de participer à cette étude. Je demeure libre de m'en retirer en tout temps sans que cela ne nuise aux relations avec mon employeur et mon équipe de travail et sans préjudice d'aucune sorte.

Je recevrai une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement.

_____ Nom du sujet (en lettres moulées)	_____ Signature du sujet	_____ Date
_____ Nom du chercheur ou de son représentant (en lettres moulées)	_____ Signature	_____ Date
_____ Nom du témoin (en lettres moulées)	_____ Signature	_____ Date

**Annexe H : Formulaire de consentement – Clients**

## FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT SUJET-CLIENT

### Titre de l'étude :

Étude comparative de la perception des jeunes adultes schizophrènes et des intervenants quant au sentiment de compétence dans les activités productives.

### Chercheurs :

**Pierre Fortier**, M.A. psychologie, erg. Ergothérapeute - Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Professeur adjoint de clinique - Université de Montréal.  
Tél. : (514) 338-4246

**Jacqueline Rousseau**, Ph.D. sciences biomédicales, erg. Professeur agrégée - Université de Montréal (École de réadaptation). Chercheure (Centre de recherche - Institut universitaire de gériatrie de Montréal). Tél. : (514) 340-3540 #3249

**Jean-Pierre Mottard**, M.D. Médecin psychiatre - Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.  
Tél. : (514) 338-4246

### Cochercheur :

**Claudine Goulet**, B.Sc. ergothérapie, erg. Université de Montréal, Étudiante à la maîtrise en sciences biomédicales (réadaptation). Tél. : (514) 338-4246

---

## INFORMATION

### 4. Nature et objectif de l'étude

Cette étude a pour but d'explorer et de comparer les perceptions des jeunes adultes atteints de schizophrénie et de leurs intervenants par rapport à la compétence pour intégrer le marché du travail ou pour retourner aux études.

L'objectif final de l'étude est d'élaborer un instrument d'évaluation intégrant le point de vue des intervenants et des jeunes adultes atteints de schizophrénie par rapport à la capacité d'intégration au travail ou dans un programme d'études de ces derniers, afin d'améliorer le processus d'évaluation et d'intervention en lien avec la réinsertion professionnelle.

Un total de dix-huit sujets sont impliqués dans cette étude : neuf (9) sujets clients et neuf (9) sujets intervenants. Tous les sujets seront recrutés à clinique des jeunes psychotiques de l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

### 5. Déroulement de l'étude et méthodes utilisées

Si vous acceptez de participer à cette étude, l'équipe de recherche consultera votre dossier médical pour obtenir les informations pertinentes à ce projet de recherche. De plus, vous serez rencontré seul par une étudiante en sciences biomédicales pour une

entrevue individuelle d'une durée d'une heure. La rencontre aura lieu dans un bureau de la clinique des jeunes adultes psychotiques, au 2<sup>e</sup> étage du Pavillon Albert-Prévost de l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Lors de cette rencontre, on vous demandera de répondre verbalement à différentes questions concernant le retour au travail ou aux études. Vos réponses seront enregistrées sur bande audio et seront traitées de façon confidentielle.

Par la suite, votre intervenant principal, de la clinique des jeunes psychotiques de l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, aura aussi à répondre de façon confidentielle à une autre personne à des questions concernant sa perception de votre compétence à travailler ou à étudier. Aucune de vos réponses ne sera transmise à votre intervenant et les réponses de votre intervenant ne vous seront pas dévoilées.

#### 6. Risques, effets secondaires et désagréments

Cette étude ne comporte aucun risque pour vous.

#### 4. Bénéfices et avantages

Il est impossible de prédire si vous retirerez des bienfaits personnels en participant à cette recherche.

Votre participation permettra d'améliorer les connaissances et, éventuellement, l'évaluation et l'orientation des interventions pour le retour au travail ou aux études des personnes atteintes de schizophrénie.

#### 5. Versement d'une compensation financière

Un montant de \$5.00 vous sera remis à la fin de l'entrevue individuelle pour vous dédommager pour votre déplacement.

#### 6. Confidentialité

Tous les renseignements recueillis à votre sujet au cours de l'étude demeureront strictement confidentiels, dans les limites prévues par la loi. Ces renseignements seront conservés sous clé à l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, et également à l'Université de Montréal dans le bureau de la chercheuse principale. De plus, vous ne serez identifié(e) que par un code. Enfin, toutes les cassettes audio seront détruites 5 ans après la fin de l'étude.

Cependant, à des fins de contrôle du projet de recherche, votre dossier pourra être consulté par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital du Sacré-Cœur, qui adhère à une politique de stricte confidentialité.

Par ailleurs, les résultats de cette étude pourront être publiés ou communiqués dans un congrès scientifique mais aucune information qui puisse permettre de vous identifier ne sera alors dévoilée.

7. Indemnisation en cas de préjudice

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, ou les établissements impliqués de leurs responsabilités légales et professionnelles.

8. Participation volontaire et retrait de l'étude

Votre participation à cette étude est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de l'étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur ou à l'un des membres de l'équipe de recherche. Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement de l'étude qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai.

Votre décision de ne pas participer à l'étude ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur les soins qui vous seront fournis par la suite ou sur vos relations avec votre médecin et les autres intervenants.

Le chercheur responsable de l'étude peut aussi décider de vous retirer de l'étude sans votre consentement si vous cessez de prendre la médication prescrite par votre psychiatre.

9. Personnes à contacter

Si vous avez des questions à poser au sujet de cette étude ou s'il survient un incident quelconque ou si vous désirez vous retirer de l'étude, vous pouvez contacter en tout temps Mme Claudine Goulet au (514) 338-4246.

Si vous voulez poser des questions à un professionnel ou à un chercheur qui n'est pas impliqué dans cette étude, vous pouvez communiquer avec Dr Daniel Dumont, psychiatre à l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, au (514) 338-4601.

*Si vous avez des questions à poser concernant vos droits en tant que sujet de recherche, ou si vous avez des plaintes ou commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec la direction générale de l'hôpital, au (514) 338-2222, poste 3581.*

**CONSENTEMENT**

La nature de l'étude, les procédés à utiliser, les risques et les bénéfices que comporte ma participation à cette étude ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies au cours de l'étude m'ont été expliqués.

J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions concernant les différents aspects de l'étude et on y a répondu à ma satisfaction.

Je reconnais qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

J'accepte volontairement de participer à cette étude. Je demeure libre de m'en retirer en tout temps sans que cela ne nuise aux relations avec mon médecin et les autres intervenants et sans préjudice d'aucune sorte.

Je recevrai une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement.

_____ Nom du sujet (en lettres moulées)	_____ Signature du sujet	_____ Date
_____ Nom du chercheur ou de son représentant (en lettres moulées)	_____ Signature	_____ Date
_____ Nom du témoin (en lettres moulées)	_____ Signature	_____ Date

## **Annexe I : Liste des codes**

<b>DESCRIPTION DES CODES</b>	
<b>CODE</b>	<b>DÉFINITION</b>
<b>PERSONNE</b>	
PERS	Correspond à toute information concernant le concept de « personne » qui ne peut pas être regroupée sous les catégories conceptuelles plus détaillées. (Définition : « Unité corps/esprit » représentée par les caractéristiques physiques, comportementales, attentes personnelles, ressources financières. Rousseau, 2003).
PERS-Estime	Commentaires en lien avec l'estime de soi de la personne. (Définition : Jugements globaux de valeur personnelle, de respect de soi et d'acceptation personnelle. Rosenberg, 1965, dans Crocker & Wolfe, 2001)
PERS-Imagesoi	Commentaires en lien avec l'image de soi de la personne (Définition : Représentation personnelle ou concept de soi, incluant une auto-évaluation de ses habiletés, valeur personnelle, buts et potentiel. Horney, dans Corsini, 2002)
PERS-Confiance	Commentaires en lien avec la confiance en soi de la personne (Définition : Assurance, confiance en ses habiletés personnelles, capacités et jugement. Corsini, 2002)
PERS-Locus-int	Commentaires en lien avec le locus de contrôle interne de la personne (Définition : Croyance des individus que les essais pour atteindre un but dépendent de leur contrôle. Rotter, 1954, dans Feist, 1990)
PERS-Locus-ext	Commentaires en lien avec le locus de contrôle externe de la personne (Définition : Croyance des individus que les essais pour atteindre un but dépendent de forces externes. Rotter, 1954, dans Feist, 1990)
PERS-Autocritique	Commentaires en lien avec l'« insight » ou l'autocritique de la personne. (Définition : Mesure de la conscience des patients face à leur maladie. Pallanti, 1999)
PERS-Motivation	Commentaires en lien avec la motivation de la personne. (Définition : Processus physiologiques et psychologiques responsables du déclenchement, du maintien ou de la cessation d'un comportement ainsi que la valeur appétitive ou aversive conférée aux éléments du milieu sur lesquels s'exerce ce comportement. Bloch et al., 1991)

<b>DESCRIPTION DES CODES (suite)</b>	
<b>CODE</b>	<b>DÉFINITION</b>
<b>PERSONNE</b>	
PERS-HabSociales	Commentaires en lien avec les habiletés sociales de la personne. (Définition : Attitudes et comportements utilisés dans le cadre de relations interpersonnelles. Corsini, 2002)
PERS-Rx	Commentaires en lien avec la prise de médication
PERS-Drogue	Commentaires en lien avec la consommation de drogue ou d'alcool
PERS-Intérêt	Commentaires en lien avec les intérêts de la personne. (Définition : Capacité de la personne de faire un choix en fonction de ses intérêts. Intérêts : Appréciation pour une activité ou un objet. Corsini, 2002)
PERS-Énergie	Commentaires en lien avec le niveau d'énergie, la tolérance à l'effort. la capacité d'endurance de la personne.
PERS-AptitudesTrav	Commentaires en lien avec les aptitudes préalables au travail présentes chez la personne (Ex. : ponctualité, assiduité, rythme de travail, etc.) (Définition : « Work skills » : Connaissances, capacités ou habiletés requises pour compléter une tâche reliée au travail. Ghorpade, 1988, dans Lysaght, 1997).
PERS-AptitudesÉtudes	Commentaires en lien avec le potentiel intellectuel et les capacités d'apprentissages de la personne.
PERS-Schizo	Commentaires en lien avec la présence de symptômes de la schizophrénie
PERS-Comorbidité	Commentaires en lien avec d'autres symptômes psychiatriques présents simultanément à la schizophrénie (Ex. : dépression, phobie sociale)
PERS-Émotions	Commentaires en lien avec les émotions, l'humeur de la personne (Ex. : anxiété, agressivité, tristesse, etc.)
PERS-Cognition	Commentaires en lien avec la cognition (Définition : Processus de la connaissance, incluant la capacité à sélectionner les informations pertinentes et comprendre, retenir, exprimer et appliquer ces connaissances dans différents contextes de vie spécifiques. Anthony, dans Bootes et Chapparo, 2002)

<b>DESCRIPTION DES CODES (suite)</b>	
<b>CODE</b>	<b>DÉFINITION</b>
<b>PERSONNE</b>	
PERS-FctExécutives	Commentaires en lien avec les fonctions exécutives (Définition : Habiletés neuropsychologiques telles que l'abstraction, la flexibilité mentale et la planification de comportements orientés vers un but. Bersani et al., 2004; Gourovitch et Golberg, 1996, dans Fortier, 2001)
PERS-Coping	Commentaires en lien avec les stratégies de coping, la capacité d'adaptation (Définition : Actions, séries d'actions ou processus de la pensée utilisés pour faire face à des situations stressantes ou déplaisantes ou pour modifier une réaction personnelle face à ces situations. Corsini, 2002)
PERS-Attentes	Commentaires en lien avec les attentes internes de la personne (Définition : Attentes personnelles, attentes internes de l'individu. Rousseau, 2003). (Opérationnalisation : Ce que la personne souhaite à l'égard de son niveau de compétence)

<b>DESCRIPTION DES CODES (suite)</b>	
<b>CODE</b>	<b>DÉFINITION</b>
<b>ENVIRONNEMENT HUMAIN</b>	
EnvHumain	Correspond aux commentaires en lien avec l'environnement humain (Définition : Individus ou groupes d'individus qui gravitent autour d'une personne. Rousseau, 2003)
ENVH-Intervenant	Commentaires du client en lien avec l'intervenant.
ENVH-RessCommunautaires	Commentaires en lien avec une ressource communautaire.
ENVH-Famille	Commentaires en lien avec la famille immédiate ou élargie.
ENVH-Foyer	Commentaires en lien avec les intervenants du foyer de groupe ou de la famille d'accueil.
ENVH-Ami	Commentaires en lien avec les amis.
EHVH-Travail	Commentaires en lien avec les individus présents dans le milieu de travail.
ENVH-École	Commentaires en lien avec les individus présents dans le milieu scolaire.
ENVH-AttExternes	Commentaires en lien avec les attentes des autres.
ENVH-Préjugés	Commentaires en lien avec des préjugés présents à l'égard des personnes atteintes de maladies mentales.
ENVH-IntégrationSoc	Commentaires en lien avec l'intégration sociale de la personne. (Définition : Processus par lequel un individu est assimilé dans un groupe. Corsini, 2002)

<b>DESCRIPTION DES CODES (suite)</b>	
<b>CODE</b>	<b>DÉFINITION</b>
<b>ENVIRONNEMENT NON-HUMAIN</b>	
ENVN	Correspond aux commentaires en lien avec l'environnement non humain (Définition : Éléments physiques. Rousseau, 2003)
ENVN-Transport	Commentaires en lien avec la présence d'un moyen de transport

<b>DESCRIPTION DES CODES (suite)</b>	
<b>CODE</b>	<b>DÉFINITION</b>
<b>ENVIRONNEMENT - MÉSOSYSTÈME</b>	
ENVM	Correspond aux commentaires en lien avec le mésosystème. (Définition : Inclut les interrelations entre deux ou plusieurs milieux dans lesquels la personne en croissance participe activement. Bronfenbrenner, 1979, dans Rousseau, 2003)
EVVM- Programme	Commentaires en lien avec la présence de programmes d'intégration au travail, gouvernementaux ou autres. (Ex. : Programme INSO)

<b>DESCRIPTION DES CODES (suite)</b>	
<b>CODE</b>	<b>DÉFINITION</b>
<b>ACTIVITÉ</b>	
ACT	Correspond aux commentaires concernant l'activité. (Définition : Concrétisation de l'interaction entre la personne et l'environnement. Rousseau, 2003)
ACT-ExpTravail	Commentaires en lien avec les expériences de travail antérieures.
ACT-ExpÉtudes	Commentaires en lien avec les expériences d'études antérieures.
ACT-Travail	Commentaires en lien avec le travail.
ACT-Etudes	Commentaires en lien avec les études.
ACT-Loisir	Commentaires en lien avec les loisirs.
ACT-Bénévolat	Commentaire en lien avec des activités non rémunérées.
ACT-HygièneVie	Commentaires en lien avec le maintien d'une hygiène de vie. d'une routine quotidienne, d'un horaire occupationnel équilibré. (Définition équilibre occupationnel : Équilibre nécessaire ou satisfaisant à travers les différents sphères de performance occupationnelle : soins personnels, productivité et loisirs. Law et al., 1997, dans Backman, 2004).
ACT-Temps plein	Commentaire en lien avec la reprise d'activités scolaires ou professionnelles à temps plein.
ACT-Temps partiel	Commentaire en lien avec la reprise d'activités scolaires ou professionnelles à temps partiel

<b>DESCRIPTION DES CODES (suite)</b>	
<b>CODE</b>	<b>DÉFINITION</b>
<b>RÔLE</b>	
ROL	Correspond aux commentaires concernant le rôle. (Définition : Ensemble de comportements attendus et jugés appropriés pour un individu occupant une certaine position dans un groupe. Sarbin et Allen, 1968, traduit par Vallerand, 1994, dans Rousseau, 2003)
ROL-Travailleur	Commentaires en lien avec le rôle de travailleur.
ROL-Étudiant	Commentaires en lien avec le rôle d'étudiant.
ROL-Patient	Commentaires en lien avec le rôle de patient.
ROL-Intervenant	Commentaires en lien avec le rôle d'intervenant.
ROL-Importance	Commentaires en lien avec le sens, l'importance que la personne accorde aux rôles d'étudiant ou de travailleur
ROL-Compatibilité	Commentaires en lien avec la compatibilité des attentes (internes, externes) en regard d'un rôle (travailleur, étudiant) à assumer. (Définition : attentes internes : ce que la personne souhaite à l'égard de son niveau de compétences de travail.) (Définition : attentes externes : ce que l'intervenant souhaite quant aux compétences de travail du client.)

<b>DESCRIPTION DES CODES (suite)</b>	
<b>CODE</b>	<b>DÉFINITION</b>
<b>QUALIFIER L'INTERACTION</b>	
SitCompétence	Situation de compétence (Définition : Efficacité dans l'interaction de la personne avec l'environnement. Rousseau, 2003) (Opérationnalisation : Congruence des perceptions des clients et des intervenants)
SitHandicap	Situation de handicap (Définition : Interaction inefficace ou impossible entre la personne et l'environnement. Rousseau, 2003) (Opérationnalisation : Divergence de perception client-intervenant)

<b>DESCRIPTION DES CODES (suite)</b>	
<b>QUESTIONS – SUJET CLIENT</b>	
<b>CODE</b>	<b>IDÉE PRINCIPALE</b>
Q1C	Présentation du client
Q2C	Expériences antérieures de travail ou d'études du client
Q3C	Importance du travail ou des études pour le client
Q4C	Capacités requises en général pour travail / études
Q5C	Impact de maladie sur travail / études
Q6C	Type de productivité envisagée par le client
Q7C	Facteurs pouvant influencer la réussite du travail / des études
Q8C	Expériences passées ayant un impact sur travail / études
Q9C	Support requis pour réussir travail / études
Q10C	Aptitude actuelle pour travail / études
Q11C	Résumé
Q12C	Impact perception intervenant sur travail / études
Q13C	Varia

<b>DESCRIPTION DES CODES (suite)</b>	
<b>QUESTIONS – SUJET INTERVENANT</b>	
<b>CODE</b>	<b>IDÉE PRINCIPALE</b>
Q1I	Présentation de l'intervenant
Q2I	Importance du travail ou des études pour l'intervenant
Q3I	Capacités de travail requises en général pour travail / études
Q4I	Évaluation aptitude du client vs travail / études
Q5I	Travail / Études Abordé avec client ou non
Q6I	Impact de maladie du client sur capacité travail / études
Q7I	Type productivité possible pour client selon intervenant
Q8I	Facteurs d'influence pour la réussite travail / études du client
Q9I	Expériences passées ayant impact sur travail / études du client
Q10I	Support requis par le client pour réussir travail / études
Q11I	Aptitude actuelle du client au travail / études
Q12I	Résumé
Q13I	Impact perception client sur travail / études
Q14I	Varia