

Université de Montréal

Le processus de construction identitaire chez les personnes atteintes de troubles mentaux

par
Anick Leclerc

Département de sociologie
Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Maître ès sciences en sociologie
M.Sc

Janvier 2010

© Anick Leclerc, 2010

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :
Le processus de construction identitaire
chez les personnes atteintes de troubles mentaux

présenté par :
Anick Leclerc

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Christopher McAll
Président-rapporteur

Deena White
Directrice de recherche

Paul Sabourin
Membre du jury

RÉSUMÉ

Des études récentes ont démontré l'importance du travail dans la construction de l'identité. Pour les personnes atteintes d'un trouble psychiatrique qui se retrouvent la plupart du temps exclues du marché du travail, l'absence d'un emploi suppose une construction identitaire problématique. Dans cette perspective, ce mémoire vise à mieux comprendre ce processus.

Le cadre conceptuel utilisé dans cette recherche se base sur les principes de l'approche théorique de Dubar. Il permet d'étudier la reconstruction identitaire à partir de l'interaction entre l'identité revendiquée par les personnes atteintes d'une maladie mentale et l'identité attribuée par des personnes de leur entourage. En conséquence, cette recherche analyse le discours de 28 personnes atteintes d'un trouble mental ainsi que de celui de 6 intervenants sociaux.

Nos résultats démontrent la reconstruction de formes identitaires problématiques. La première forme touche la majorité des personnes atteintes de troubles mentaux. Ces dernières aspirent à réintégrer le marché du travail et vivre une vie normale. Toutefois, les intervenants sociaux les perçoivent comme des malades qui ne peuvent fonctionner normalement. La deuxième forme identitaire est reconstruite dans un rapport de concordance entre les perceptions des personnes atteintes de troubles mentaux et celles des intervenants. Les répondants se perçoivent comme étant des malades. Cette identité est validée par les intervenants. La dernière forme identitaire s'inscrit dans un rapport conflictuel qui touche seulement une personne. Cette dernière se perçoit comme une personne malade, mais cette identité est refusée par l'intervenant qui la perçoit comme une personne fonctionnelle et apte à retourner sur le marché du travail.

Mots clés : Maladie mentale, reconstruction identitaire, assistance sociale, aspirations, reconnaissance.

ABSTRACT

Recent research has identified the important role of work in a person's identity. Given that most people who suffer from mental health disorders find themselves unemployed, the lack of exposure to the work environment has a significant effect on the process of their identity construction. This thesis explores the process of identity reconstruction and resulting identity of people having suffering life altering mental health problems who are then prevented from returning to work.

Using Dubar as a starting point, we built an analytical model applicable to our research and then applied that model to 28 subject and 6 counsellor interviews. The interviews, qualitative data issued previously from research conducted from 1995 to 1997, were analyzed using NVIVO and then classified according to the requirements of the model. The model consists of four quadrants resulting from the interaction of the identities developed from self perception and from the perception of others.

Our results show the reconstruction of identity of people with mental health difficulties is problematic. The first and largest category consists of people who aspire to lead a normal life including regular work. Their counsellors find them unable to work. Our second group, find themselves in agreement with their counsellors. They feel unable to contribute normally to society because they are mentally sick. Our third category has one participant. This is a person who does not have aspirations for a normal life but their counsellor felt they were capable of working and interacting normally with society.

Keywords: Mental illness, identity reconstruction, welfare, aspirations, recognition.

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|-----|
| RÉSUMÉ | i |
| ABSTRACT | ii |
| TABLE DES MATIÈRES | iii |
| LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES | v |
| REMERCIEMENTS | vi |
| INTRODUCTION | 1 |
| Chapitre I : Le processus de construction identitaire des personnes atteintes de troubles mentaux. | 5 |
| 1.1 La répercussion des maladies mentales sur l'identité. | 6 |
| 1.1.1 Désorganisation identitaire | 7 |
| 1.1.2 Reconstruction d'une identité de malade psychiatrique | 8 |
| 1.2 Les répercussions du non-travail sur l'identité..... | 11 |
| 1.2.1 Désorganisation identitaire | 14 |
| 1.2.2 Reconstruction identitaire en contexte de non-travail | 16 |
| 1.3 La situation de non-travail chez les personnes atteintes de troubles mentaux | 17 |
| Chapitre II – Modèle d'analyse : l'étude de la reconstruction identitaire chez les personnes atteintes de troubles psychiatriques. | 21 |
| 2.1 L'identité, un processus dynamique. | 21 |
| 2.2 La reconstruction d'une identité dévalorisée | 23 |
| 2.3 La reconstruction de formes identitaires..... | 28 |
| 2.4 Un modèle d'analyse adapté à la situation sociale des personnes atteintes de troubles mentaux..... | 32 |
| 2.4.1 Dimension biographique | 32 |
| 2.4.2 Dimension relationnelle..... | 34 |
| 2.4.3 Juxtaposition de la dimension biographique et relationnelle | 35 |
| 2.5 Conclusion..... | 37 |
| Chapitre III – Méthodologie de recherche | 39 |
| 3.1 Une étude axée sur des données secondaires | 39 |
| 3.1.1 Volet I : L'expérience des personnes atteintes de troubles psychiatriques..... | 41 |
| 3.1.2 Volet II : Le point de vue des intervenants | 43 |
| 3.2 Utilisation des données et méthode d'analyse des données | 44 |
| 3.2.1 Volet I : Les personnes atteintes d'une maladie mentale..... | 44 |
| 3.2.2 Volet II - Les intervenants | 45 |
| 3.3 Méthode d'analyse | 45 |
| 3.3.1 Dimensions et indicateurs..... | 46 |
| 3.3.2 Juxtaposition des deux dimensions | 49 |
| 3.4 Conclusion..... | 49 |
| Chapitre IV – Processus de construction identitaire dans l'espace du non-travail. | 50 |
| 4.1 La rupture au marché du travail..... | 50 |
| 4.1.1 La rupture de couple | 50 |
| 4.1.2 Les problèmes de santé mentale | 51 |

| | |
|--|-----|
| 4.1.3 La perte d'emploi | 53 |
| 4.2 Désorganisation de l'identité | 54 |
| 4.2.1 Désorganisation économique | 55 |
| 4.2.2 Désorganisation du tissu social | 58 |
| 4.2.3 Désorganisation du statut social | 66 |
| 4.3 Conclusion : une identité en rupture | 71 |
| Chapitre V – Reconstruction identitaire des personnes atteintes de troubles mentaux. | 73 |
| 5.1 Forme identitaire I : Aspirations en continuité avec le marché du travail ? | 73 |
| 5.2 Forme identitaire II : Aspirations en continuité avec le marché du travail et reconnaissance mitigée | 75 |
| 5.2.1 George | 80 |
| 5.2.2 Daniel | 81 |
| 5.2.3 Marc | 82 |
| 5.2.4 Lucie | 82 |
| 5.2.5 Rock | 83 |
| 5.3 Forme identitaire III : Aspirations en rupture avec le marché du travail | 85 |
| 5.3.1 Carole | 88 |
| 5.3.2 Roger | 89 |
| 5.3.3 Luc | 89 |
| 5.3.4 Jean | 90 |
| 5.4 Forme identitaire IV : Désaccord envers les aspirations revendiquées | 92 |
| 5.4.1 Maryse | 93 |
| Conclusion | 95 |
| 6.1 Discussion | 95 |
| 6.2 Limites de recherches et recommandations | 97 |
| BIBLIOGRAPHIE | 101 |
| ANNEXE I - Lettre de sollicitation | 110 |
| ANNEXE II - Guide d'entrevue pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale | 111 |
| ANNEXE III - Lettre de consentement | 113 |
| ANNEXE IV - Profil des répondants | 114 |
| ANNEXE V – Profil des clients des intervenants | 116 |

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

Schéma I – Le processus de désinsertion sociale : Page 14

Figure 1 – Cadre d'analyse : reconstruction identitaire des personnes atteintes de trouble psychiatrique dans le contexte de non-travail : Page 37

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer ma gratitude à Deena White, directrice de cette recherche. Tout au long de ce mémoire, elle m'a accompagnée et dirigée dans cette grande aventure. Elle m'a offert des critiques constructives et des pistes de réflexion qui m'ont grandement aidée à développer et à approfondir cette recherche.

Toute ma reconnaissance va également à mon conjoint, Spencer, qui a été présent dans ce projet. Merci de m'avoir encouragée et supportée dans les périodes difficiles.

Je tiens aussi à remercier ma famille. Tout particulièrement ma mère qui m'a soutenue émotionnellement et matériellement.

De plus, je souhaite remercier l'appui de plusieurs amis (es) précieux dont : David Bilodeau, Emmanuelle McCoy, Karine Congote, Véronique Moro et Aline Marcelais.

INTRODUCTION

Depuis la première vague de désinstitutionnalisation psychiatrique dans les années 1960, les personnes atteintes de troubles mentaux ont été transférées en dehors des murs de l'asile. Le manque de ressources pour maintenir et assurer la réinsertion sociale de ces personnes a donné lieu à de nombreux problèmes sociaux dont le fardeau des familles, le syndrome de la porte tournante, la ghettoïsation, l'itinérance, la pauvreté, la marginalisation de même que l'exclusion de ces personnes de plusieurs espaces sociaux notamment le logement, l'éducation et le marché du travail (Dorvil et coll. :1997). Ainsi, les difficultés de pouvoir pleinement s'intégrer et de participer à la vie sociale amènent à nous intéresser à la question de leur identité.

Dans cette optique, cette recherche traite du processus de construction identitaire chez les personnes atteintes de maladie mentale. Les connaissances existantes sur ce sujet portent principalement sur l'impact de la maladie dans le processus de construction identitaire. Certains travaux démontrent que la maladie constitue un évènement majeur qui bouleverse l'identité de la personne (Bury : 1982 ; Charmaz : 1983; 1991; Herzlich et Pierret : 1991; Adam et Herzlich : 2004). Tandis que d'autres traitent des conséquences de l'institutionnalisation, du diagnostic, de la stigmatisation rattachée aux troubles psychiatriques dans le processus de reconstruction d'une identité de malade mentale (Scheff : 1984; Estroff : 1989, 1998; Karp : 1996; Lally : 1989; Robey : 1994; Pettie et Triolo : 1999; Gallagher : 1980; Rosenhan : 1988 ; Goffman : 1968 ; 1996 ; Verhaegen : 1985, May : 2004 ; Lauzon et Lecomte : 2002). Pour notre part, nous supposons que la situation de non-travail dans laquelle se retrouve la majorité des personnes atteintes de maladie mentale a un impact déterminant sur leur construction identitaire.

Le travail constitue une activité sociale importante. Notamment, il permet l'obtention d'un revenu qui confère une autonomie financière. Le travail est aussi un espace de socialisation qui permet de tisser des liens avec les autres. Il permet de se sentir utile et de se réaliser. Enfin, le travail joue un rôle important dans l'édification de l'identité personnelle et sociale. Ainsi, les personnes qui se retrouvent sans emploi sont privées de ces nombreux bénéfices et se retrouvent souvent en marge de la société, voire même exclus.

Les recherches relatives aux situations hors travail (chômage, assistance sociale, itinérance) ont souligné les nombreuses conséquences négatives sur la vie quotidienne de l'individu. La rupture avec le marché du travail est non seulement marquée par une diminution de l'autonomie financière, mais elle constitue aussi une interruption d'une activité quotidienne structurante, la perte d'un réseau de socialisation de même qu'une activité permettant de s'accomplir et de se réaliser. Elle entraîne aussi la perte d'un statut social attribué au travail ainsi que d'une source importante de reconnaissance sociale. De plus, la rupture au marché du travail a des conséquences sur la santé physique, psychologique et a des incidences sur le plan identitaire.

Plusieurs travaux ont étudié spécifiquement les conséquences du contexte de non-travail sur l'identité. Des études ont constaté que la rupture au marché du travail contribue à l'altération de l'identité (Demazière : 1996 ; De Gaulejac : 1987 ; De Gaulejac et Taboada : 1994; Lebeau et coll. : 1987a, 1987b; Desmarais et coll. : 1985; Grell : 1985 ; D'Amour et coll. : 1999). Pour leur part, d'autres recherches se sont préoccupées davantage de la reconstruction identitaire au sein de l'expérience de non-travail. Dans cette dernière perspective, certains auteurs discutent de la reconstruction d'une identité dévalorisée déterminée par l'absence d'un emploi (Groleau : 1997a, 1997b; Paugam : 1991, 2002 ; Snow et Anderson : 1987, 2001; Schnapper : 1989, 1994; Burman : 1988, Herman : 1999). Tandis que d'autres ont développé des typologies de formes identitaires issues d'un processus de négociation entre

l'individu et son environnement social (Simoneau : 2000; Dufour : 1998, 2000, 2002; Demazière : 1992a, 1992b, 1996, 2003).

À la lumière de cette littérature, nous suggérons que le contexte de non-travail dans lequel se retrouvent la plupart des personnes atteintes d'un trouble mental a des conséquences majeures sur leur identité. Cette recherche a donc pour objectifs de mieux comprendre le processus de reconstruction identitaire de ces personnes à partir de leur expérience de non-travail ainsi que d'identifier des formes identitaires adaptées à leur situation.

Pour ce faire, nous utilisons les principes de l'approche de la double transaction (Dubar : 1992 ; 1993; 1996 ; 1998 ; 2000 ; 2002). Cette approche conçoit l'identité comme le résultat d'un processus qui se construit et se transforme tout au long de la vie de l'individu. Ce modèle permet de dégager de formes identitaires à partir d'un processus de négociation entre une dimension subjective et une dimension objective. Ainsi, cette approche nous permet de comprendre la reconstruction identitaire à travers la manière dont les personnes atteintes de troubles mentaux se définissent, la manière dont elles se sentent perçues dans la société et la manière dont elles sont identifiées par les autres.

Dans cette optique, nous analysons le discours de deux groupes de répondants. Le premier corpus est composé de vingt-huit entrevues semi-dirigées menées auprès de personnes souffrant de dépression majeure, de trouble bipolaire et de schizophrénie qui sont sans emploi et bénéficient de prestations d'assistance sociale. Le deuxième groupe est composé de six entrevues menées auprès d'intervenants sociaux qui présentent leur point de vue sur la situation de dix-huit personnes atteintes d'une maladie psychiatrique.

Ainsi, cette recherche nous permettra d'enrichir les connaissances existantes sur la situation sociale des personnes atteintes de troubles mentaux. Elle nous permettra notamment de mieux comprendre leur expérience dans un contexte de

non-travail ainsi que les impacts sur la manière dont ces personnes se définissent et dont elles sont définies par les autres.

Dans le premier chapitre de cette recherche, nous présenterons la littérature sur l'identité des personnes atteintes de maladie mentale. Nous discuterons, entre autres, des enjeux de la situation de non-travail chez ces personnes et nous soulèverons des questions concernant leur identité. Dans le deuxième chapitre, nous exposerons la notion de l'identité ainsi que deux approches théoriques concernant le processus de reconstruction identitaire. Nous présentons ensuite, un cadre théorique adapté aux objectifs de cette étude. Enfin, dans le troisième chapitre, nous discuterons des aspects méthodologiques de cette recherche.

L'analyse de cette recherche sera présentée à travers les chapitres 4 et 5. Dans le chapitre quatre, nous analyserons les impacts de la rupture au marché du travail sur l'identité des personnes atteintes de troubles mentaux. Notamment, nous décrirons les événements ayant mené les répondants à la situation de non-travail. Puis, nous présenterons les modifications de la vie quotidienne occasionnées par la rupture au marché du travail ainsi que leurs conséquences sur l'identité personnelle et sociale des répondants. Dans le cinquième chapitre, nous analyserons la reconstruction de l'identité des personnes atteintes de troubles mentaux à partir de la juxtaposition des perceptions des répondants et des intervenants. En guise de conclusion, nous présenterons les résultats de cette recherche.

Chapitre I: Le processus de construction identitaire des personnes atteintes de troubles mentaux.

Cette recherche examine le processus de construction identitaire des personnes atteintes de troubles mentaux sévères et persistants. L'apparition d'une maladie mentale est un évènement bouleversant pour l'individu ainsi que pour son entourage. Elle s'accompagne de nombreuses répercussions sur la vie quotidienne. En particulier, la maladie mentale entrave le fonctionnement normal de la personne, causant souvent un retrait des activités quotidiennes ainsi que la perte de rôles sociaux rattachés. Notamment, la plupart des personnes souffrant d'une maladie mentale connaissent une rupture importante avec le marché du travail, rencontrent de nombreux obstacles qui compliquent leur réintégration professionnelle et sont maintenues dans un contexte de non-travail durant plusieurs années. Ainsi, ce contexte de non-travail soulève des questions sur leur identité.

Nous inscrivons ces interrogations à travers une perspective sociologique qui appréhende l'identité à partir d'un processus dynamique issu d'une relation interdépendante entre l'individu et la société. Il s'avère que le travail représente un élément essentiel dans la construction de l'identité. En conséquence, l'expérience de non-travail constitue une rupture importante qui remet en question la manière dont l'individu se définit et est défini par les autres.

À travers ce chapitre, nous examinerons dans un premier temps, les répercussions de la maladie mentale sur l'identité. Ensuite, nous discuterons des conséquences de la rupture au marché du travail sur le plan identitaire. Finalement, nous traiterons de la situation de non-travail chez les personnes souffrant de troubles mentaux ainsi que des questionnements que celle-ci soulève.

1.1 La répercussion des maladies mentales sur l'identité.

Au Québec, on estime que les maladies mentales touchent une personne sur six (MSSS : 2005). Selon l'Organisation mondiale de la santé (2001), ces maladies sont définies comme: « (...) *des affections cliniquement significatives qui se caractérisent par un changement du mode de pensée, de l'humeur (affects) ou du comportement associé à une détresse psychique et/ou à une altération des fonctions mentales* ¹ . » Ainsi, les maladies mentales impliquent une symptomatologie désorganisée et instable qui compromet et limite de façon importante le fonctionnement quotidien de l'individu (Vézina : 2002). Parmi l'ensemble des maladies mentales, la dépression majeure, la schizophrénie et les troubles bipolaires font partie des dix principales causes d'incapacité dans le monde pour les personnes âgées de 15 à 44 ans (OMS : 2001). Ces maladies ont de sérieuses conséquences pour l'individu, son entourage et pour la société.

Dans le cadre de cette recherche, nous nous intéressons particulièrement aux répercussions de la maladie mentale sur le plan identitaire. La littérature sur ce sujet soulève deux aspects. Dans un premier temps, l'apparition de la maladie est étudiée sous la perspective d'un évènement désorganisant impliquant une altération de l'identité (Bury : 1982 ; Charmaz : 1983, 1991; Herzlich et Pierret : 1991; Adam et Herzlich : 2004). Deuxièmement, elle est analysée en terme d'élément significatif qui participe à la reconstruction d'une identité de malade psychiatrique (Scheff : 1984; Estroff : 1989, 1998; Karp : 1996; Lally : 1989; Robey : 1994; Pettie et Triolo : 1999; Gallagher : 1980; Rosenhan : 1988 ; Goffman : 1968 ; 1996 ; Verhaegen : 1985, May : 2004 ; Lauzon et Lecomte : 2002).

Les maladies chroniques regroupent un éventail de pathologies qui se caractérisent par une prise en charge sur une période de plusieurs années, par l'ampleur des répercussions sur la vie quotidienne des personnes atteintes ainsi

¹ Organisation mondiale de la santé. *Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs*, page 21

que sur leur entourage. Dans la littérature, l'apparition d'une maladie chronique qu'elle soit de nature physique, par exemple la sclérose en plaques, ou mentale, telle que la schizophrénie, est traitée en terme d'un moment déterminant dans l'existence de la personne, impliquant par le fait même, un bouleversement de la vie sociale, professionnelle, familiale, affective ainsi qu'identitaire (Bury : 1982 ; Charmaz : 1983, 1991; Herzlich et Pierret : 1991; Adam et Herzlich : 2004). À propos de cette dernière dimension, les travaux considèrent que les conséquences dérivant de la maladie telles que les incapacités, l'isolement social ou encore le sentiment d'inutilité contribuent à l'altération de l'identité.

1.1.1 Désorganisation identitaire

L'incapacité se définit par une réduction partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon normale ou dans les limites considérées comme telles. Ainsi, les incapacités liées aux maladies, qu'elles soient temporaires ou permanentes, entraînent des modifications importantes sur la vie quotidienne. Ces changements fragilisent et altèrent l'image de l'individu tant pour lui-même que pour les autres (Bury : 1982). Par exemple, les symptômes liés à la dépression telle que la perte d'intérêt, le manque d'énergie, les difficultés de concentration ou encore les troubles du sommeil affectent le fonctionnement normal de la personne. Notamment, le travail est une dimension de la vie quotidienne qui est particulièrement affectée par cette maladie. Sur ce sujet, l'étude menée par Adler et coll. (2006) présente les principales répercussions de la dépression sur les performances au travail. Les chercheurs ont souligné qu'elle amène une diminution de la productivité, une augmentation de l'absence au travail et elle peut même résulter, dans certaines situations, à une perte d'emploi. Ainsi, les incapacités résultant de la maladie mentale causent des conséquences sérieuses sur le fonctionnement quotidien, perturbe les rôles sociaux et affecte profondément l'image de soi (Charmaz : 1983, 1991; Herzlich et Pierret : 1991).

Charmaz (1983, 1991) a aussi souligné l'impact de la maladie chronique sur le tissu social. Sur ce sujet, l'auteur évoque l'effritement du réseau, l'isolement qui en découle ainsi que les rapports sociaux de prise en charge de la maladie en tant qu'élément participant à l'altération de l'identité de l'individu. La maladie chronique interrompt les activités quotidiennes et conséquemment, crée une distance entre l'individu et les relations sociales qu'elles apportaient. Graduellement, le réseau social de la personne malade s'étiole et se réduit. En conséquence, la personne aux prises avec une maladie se retrouve seule, vivant de l'isolement social. Charmaz discute aussi des changements relationnels entraînés par la maladie. En effet, la personne malade s'inscrit davantage dans un rapport d'aide, de support ou encore de prise en charge. Elle doit compter sur les autres et parfois même dépendre d'autrui pour l'aider à accomplir différentes tâches telles que faire ses courses, sa cuisine, sa toilette, l'entretien ménager, etc. Elle en vient à se percevoir en tant qu'une personne inutile, dépendante, allant même jusqu'à se voir comme un fardeau pour les autres. Ainsi, la maladie bouleverse et réorganise la vie quotidienne. Elle s'accompagne de nombreuses et douloureuses pertes telles que le travail et, par conséquent, un revenu, des activités de loisirs, des relations sociales, des rôles sociaux, etc. Ces changements affectent aussi l'image personnelle et sociale de la personne, causant ainsi une désorganisation identitaire. Dans ce contexte, la personne devient alors dangereusement vulnérable et perméable à l'image avilissante constamment reflétée par le regard des autres (Charmaz : 1991).

1.1.2 Reconstruction d'une identité de malade psychiatrique

Dans une autre perspective, plusieurs auteurs ont démontré que l'expérience de la maladie mentale contribue à la reconstruction d'une identité de malade psychiatrique (Scheff : 1984; Estroff : 1989, 1998; Karp : 1996; Lally : 1989; Robey : 1994; Pettie et Triolo : 1999; Gallagher : 1980; Rosenhan : 1989 ; Goffman : 1968 ; 1996 ; Verhaegen : 1985, May : 2004). Ce processus s'explique par l'influence de différents éléments liés à la maladie dont les

symptômes, le diagnostic, les traitements, l'hospitalisation ainsi que par la stigmatisation reliée aux troubles psychiatriques.

La prise en charge de la maladie par un traitement psychiatrique relié ou non à une hospitalisation est décrite par plusieurs auteurs comme étant une étape significative pour la reconstruction d'une identité de malade psychiatrique (Gallagher : 1980 ; Rosenhan : 1988 ; Verhaegen 1985 ; Goffman : 1968 ; 1996 ; Lally : 1989). De façon plus spécifique, dans son étude sur l'asile, Goffman (1968) discute des répercussions de l'hospitalisation sur l'identité. Il souligne que durant la période d'hospitalisation, l'individu est confronté à un phénomène de mortification. Dans l'expérience asilaire, l'individu est d'abord victime d'agressions identitaires qui prennent formes par la dépossession d'objets personnels, le dépouillement des droits et libertés, l'imposition d'une structure de temps, d'un code de conduite ainsi que de règles institutionnelles. Ces agressions bouleversent les repères identitaires initiaux. Puis, l'individu interné fait l'apprentissage d'un rapport social précis qui distingue le personnel psychiatrique et les patients psychiatriques. Ce rapport délimite clairement les rôles et les attentes attribuant ainsi une identité de malade mental. Dans ce sens, la structure institutionnelle impose une manière d'être qui colore graduellement la manière dont l'individu se perçoit et la manière dont il se comporte.

Bien que l'abolition de l'asile et les changements apportés en psychiatrie durant les dernières années aient diminué les lits dans les hôpitaux psychiatriques ainsi que considérablement réduit la durée des séjours en milieu hospitalier, les travaux démontrent qu'ils continuent à avoir un impact significatif sur la reconstruction d'une identité de malade psychiatrique. À cet effet, Robey (1994) et Lally (1989) ont démontré que le nombre de réadmissions et la durée des hospitalisations psychiatriques ont un effet important sur la perception de soi et modifient les perceptions de l'entourage envers l'individu.

En plus de l'influence de l'hospitalisation, le diagnostic médical aurait lui aussi un impact sur la reconstruction d'une identité de malade psychiatrique. Dans son étude, Rosenhan (1988) a démontré que le diagnostic agit sur la manière dont les autres perçoivent l'individu. Ces perceptions influencent les comportements des personnes atteintes de troubles psychiatriques ainsi que la manière dont elles se définissent. Par exemple, le fait de référer une personne par sa maladie: « *C'est un schizophrène* » plutôt que de faire référence à sa situation : « *Il est atteint de schizophrénie* » amène une perspective complètement différente qui n'a pas le même impact sur la définition que la personne a d'elle-même. Le fait de définir l'individu par sa maladie stigmatise celui-ci et joue un rôle dans sa propre définition : « *Je suis un schizophrène* » (Estroff : 1989).

Dans le même ordre d'idée, plusieurs recherches ont indiqué les répercussions négatives rattachées à l'étiquette de la maladie mentale, particulièrement sur le plan identitaire (Dohrenwend et coll. : 1989 ; Link : 1982, 1987 ; Rosenhan : 1988 ; Poulin et Lévesque : 1995 ; Massé et Brault : 1979). Les perceptions et les attitudes de la population à l'égard des personnes atteintes de troubles psychiatriques sont la plupart du temps négatives. Ces personnes sont considérées comme des fous, dangereux, imprévisibles, violents, incompetents, dépendants et moins intelligents que les autres (Dorvil, Provencher et Beaulieu : 2002). Conséquemment, les perceptions négatives associées à la maladie mentale influencent la manière dont la personne souffrant d'un trouble psychiatrique est perçue dans la société, mais aussi sur la manière dont elle se perçoit elle-même.

Enfin, la littérature souligne les effets de la stigmatisation des personnes atteintes de troubles mentaux. Les travaux démontrent que ce phénomène entraîne des répercussions sur les relations sociales, les relations familiales, l'estime de soi, la qualité de vie de même que la participation dans la société (Mansouri et Dowell : 1989; Stuart : 2003). La dévaluation et la discrimination envers les personnes atteintes de troubles mentaux contribuent à leur

ségrégation, leur marginalisation et à leur exclusion sociale. Conséquemment, ces personnes sont maintenues à l'écart de rôles sociaux positifs et elles reconstruisent leur identité à partir du seul support identitaire disponible, celui de malade mental ou d'utilisateurs de services psychiatriques (Lauzon et Lecomte : 2002 ; Estroff : 1998).

Or, un des rôles sociaux les plus significatifs dans notre société est celui rattaché au travail. Nous avons exposé précédemment qu'une rupture importante vécue chez les personnes atteintes de troubles mentaux sévères et persistants est celle avec le monde du travail et de ce fait, une rupture avec le rôle de « travailleur ». La rupture avec ce rôle a donc de graves conséquences sur la vie quotidienne et spécialement sur l'identité.

1.2 Les répercussions du non-travail sur l'identité

Le travail est une activité sociale importante qui permet de répondre à plusieurs fonctions qu'elles soient économiques, sociales ou encore psychologiques. D'un point de vue économique, le travail permet de subvenir à ses besoins tels que se nourrir, se loger et se vêtir. Il favorise l'accomplissement de divers projets personnels tels que l'achat d'une maison, des placements en vue de la retraite, des voyages, etc. Il offre aussi l'opportunité de fréquenter différents espaces sociaux tels que des commerces, des lieux de culture ou de loisirs, qui permettent de rencontrer des gens et de tisser des liens sociaux. Le travail est aussi un lieu dans lequel l'individu peut s'accomplir, se réaliser, se sentir utile, développer des compétences, rencontrer de nouveaux défis, se dépasser et se définir (Scheid et Anderson : 1995). Sur la dimension sociale, le travail confère un statut, une position, une valeur sociale qui joue un rôle dans la composition de l'identité. Il constitue un espace de socialisation et de reconnaissance sociale. Il est aussi un lieu de rencontre de l'autre permettant de tisser des liens et de développer un sentiment d'appartenance qui joue un rôle important dans la construction identitaire (Sainsaulieu : 1986, 1996, 1998 ; Dubar : 1992 ; 1993 ; De Gaulejac et Taboada Léonetti : 1994). Ainsi, le travail est reconnu pour être

une des principales sources de construction d'une identité « positive ». (Van Dongen : 1996 ; Kirsh : 2000 ; Auerbach et Richardson : 2005 ; Pettie et Triolo : 1999 ; Provencher et coll. : 2002 ; Marroni et Golowaka : 1999 ; Kahng et Mowbray : 2005 ; Dorvil et coll. : 1997 ; Lauzon et Lecompte : 2002 ; Vézina et coll. : 1992, Charbonneau : 2002).

Or, les travaux portant sur la rupture au marché du travail, qu'ils soient liés au chômage, à l'assistance sociale ou à d'autres situations dans lesquelles une personne se retrouve sans un emploi rémunéré, ont dénombré les nombreuses conséquences sur le plan économique, matériel, social, psychologique et identitaire (De Gaulejac : 1987 ; Lebeau et coll. : 1987a ; 1987b; Grell : 1985 ; Burman : 1988, Desmarais et coll. : 1985).

Tout d'abord, les personnes sans emploi expérimentent une situation financière précaire. Celles-ci sont contraintes à une réorganisation budgétaire et elles sont confrontées à d'importantes restrictions de leur consommation. Sur le plan social, la perte d'emploi amène des coûts sociaux importants puisque l'individu doit recourir à des prestations financières pour subvenir à ses besoins. Elle implique aussi la perte d'un espace de socialisation ainsi que l'effritement d'un réseau social lié au milieu du travail. Conséquemment, la perte d'emploi modifie le style de vie, participe à l'effritement du tissu social ce qui contribue à isoler davantage l'individu. De plus, elle ouvre la voie à la marginalisation ainsi qu'à l'exclusion sociale.

Les recherches relèvent que la situation de non-travail a aussi des répercussions sur la santé de l'individu. Plus particulièrement, l'étude de Roy et coll. (1987) mentionne que la rupture avec le marché du travail augmente les risques de développer un problème de santé mentale. Pour leur part, Lebeau et coll. (1987a) ont identifié un ensemble de problèmes de santé physique et mentale chez les chômeurs. Notamment, ils ont recensé une détresse psychologique prononcée, des problèmes d'insomnie, une plus grande insécurité face à l'avenir,

un sentiment d'inutilité, de l'anxiété, de l'irritabilité et un état dépressif étant parfois accompagné d'idéations suicidaires.

La rupture au marché du travail a aussi des conséquences sur le temps. L'absence d'un emploi cause la perte de repères temporels tels que la période de préparation pour aller au travail, l'heure des pauses, les congés fériés, etc. De plus, le chômeur se retrouve avec un surplus de temps non structuré. Selon Lemaire (1987), la personne sans emploi éprouve d'importantes difficultés à réorganiser ce temps. Il souligne aussi que le chômeur est désorganisé, tourne en rond, s'ennuie et éprouve un sentiment de vide. Dans son étude, Burman (1988) s'est intéressé à la manière dont les chômeurs réorganisent ce temps. Il a identifié différentes activités qu'il a regroupées sous deux catégories. La première catégorie regroupe les activités poursuivant un but, permettant d'obtenir une certaine satisfaction ou encore apportant un sens à la vie de la personne. Ces activités consistaient à s'impliquer bénévolement, suivre des formations, faire des travaux domestiques ou encore mettre l'emphase sur ses passions et ses loisirs. La seconde catégorie regroupait les activités utilisées pour « tuer le temps » par exemple par écouter la télévision, la radio, dormir davantage ou encore boire de l'alcool.

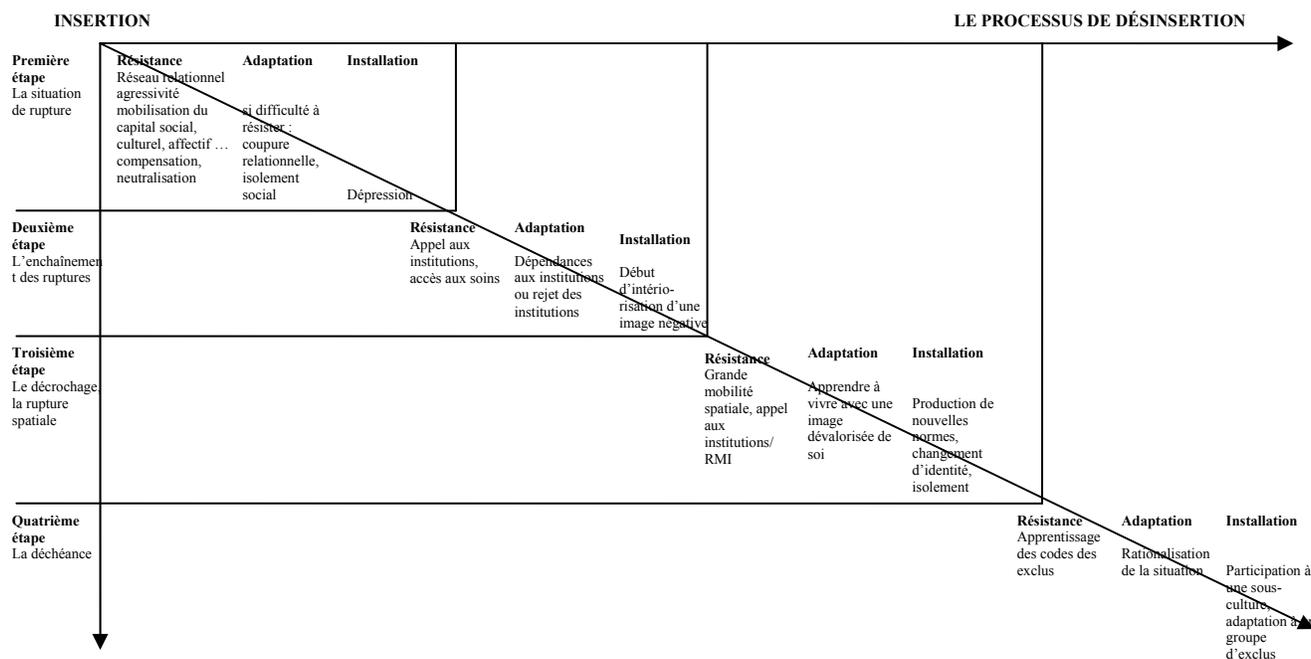
Enfin, la situation de non-travail a des conséquences sur le plan identitaire. Ces conséquences sont traitées sous deux perspectives. Certains travaux soulignent que la rupture au marché du travail conduit à une désorganisation de l'identité (Demazière : 1996 ; De Gaulejac : 1987 ; De Gaulejac et Taboada : 1994; Lebeau et coll. : 1987a ; 1987b, Desmarais et coll. : 1985, Grell : 1985 ; D'Amour et coll. : 1999). D'autres recherches s'intéressent plus spécifiquement au processus de reconstruction identitaire dans l'espace de non-travail (Groleau : 1997a, 1997b; Paugam : 1991, 2002 ; Snow : 1987 ; 2001; Schnapper : 1989; 1994, Burman : 1988, Herman : 1999; Simoneau : 2000; Dufour : 1998, 2000, 2002; Demazière : 1992a ; 1992b ; 1996; 2003).

1.2.1 Désorganisation identitaire

Précédemment, à la section 1.1, nous avons traité de la désorganisation identitaire qui s'effectue suivant l'apparition d'une maladie mentale. Dans le même ordre d'idée, la littérature sur la situation de non-travail indique que la rupture avec le marché du travail entraîne des pertes telles que la position et le statut social rattaché au travail ainsi qu'un milieu de socialisation et d'identification. En conséquence, la perte d'emploi dépouille l'individu de ses repères identitaires et l'amène à se questionner sur ce qu'il est et sur ce qu'il deviendra.

Les travaux sur la désinsertion sociale par De Gaulejac et Taboada (1994) proposent un schéma qui représente les principales étapes que rencontre une personne suite à une rupture importante. Dans ce processus, ces auteurs présentent les conséquences sur l'identité de la personne.

Schéma I – Le processus de désinsertion sociale



Le processus de désinsertion est représenté par quatre étapes soit : (1) la rupture (2) l'enchaînement de ruptures (3) le décrochage et (4) la déchéance. La rupture consiste en un événement majeur que l'individu n'arrive pas à assumer tel que la perte d'emploi, un accident, une maladie, un divorce, etc. Cet événement entraîne des changements dans la vie quotidienne de la personne et perturbe son identité. À travers ladite situation, l'individu tente de maintenir son statut antérieur en mobilisant des ressources. Cette première étape est suivie d'un enchaînement de ruptures. Dans cette deuxième phase, l'individu perd graduellement ses repères identitaires. Contre son gré, celui-ci est confronté à une image dévalorisée de lui-même qu'il tente d'éviter en se retirant graduellement de la société. Puis, dans l'étape du décrochage, l'individu en vient à recourir à des institutions soient pour s'abriter ou encore pour se nourrir. La fréquentation de ces établissements spécialisés lui assigne alors un statut particulier et porte atteinte à la représentation que la personne a d'elle-même. Cette situation constitue une expérience dévalorisante et humiliante qui marque profondément l'individu. Les auteurs soulignent que le bouleversement principal de cette phase consiste à : « [...] *un changement de son identité aux yeux des autres*² ». Enfin, il tente de s'adapter à la nouvelle situation en réorganisant un nouveau mode de vie qui s'accompagne d'un affaiblissement du sentiment d'appartenance avec le groupe social d'origine. Finalement, dans la dernière étape, la déchéance, l'impuissance qu'expérimente l'individu face aux événements l'amène à se résigner à sa situation. À cette étape, l'individu reconstruit son identité à partir de sa situation dévalorisante. Ce schéma permet d'illustrer la manière dont l'expérience d'une rupture, quelle que soit sa nature, bouleverse les repères identitaires et amène l'individu à réviser la manière dont il se définit.

² De Gaulejac, V., et Léonetti, I., La lutte des places, Hommes et perspectives, p.119

1.2.2 Reconstruction identitaire en contexte de non-travail

L'impact du contexte de non-travail sur l'identité des individus a amené plusieurs chercheurs à s'intéresser au processus de reconstruction identitaire. Plus spécifiquement, certains chercheurs ont mentionné un processus de reconstruction d'une identité dévalorisée liée au contexte de non-travail (Groleau : 1997a, 1997b; Paugam : 1991, 2002 ; Snow et Anderson : 1987 ; 2001; Schnapper : 1989, 1994, Burman : 1988, Herman : 1999). Tandis que d'autres expliquent la reconstruction à partir de formes identitaires (Demazière : 1992a, 1992b, 1996, 2003, Dufour : 1998, 2000, 2002, Simoneau : 2000). Ces formes identitaires sont en fait le résultat d'un processus de négociation entre les identités revendiquées par les personnes sans emploi et par les identités attribuées par autrui. Nous examinerons davantage la notion de formes identitaires dans le prochain chapitre.

Les travaux qui traitent de la reconstruction d'une identité dévalorisée inscrivent leurs réflexions à partir de l'impact négatif rattaché à l'expérience de non-travail (Schnapper : 1989; 1994, Paugam : 1991; 2002, Burman : 1988, Groleau : 1997a, 1997b, Herman : 1999). Ces travaux explorent particulièrement l'influence négative des identités attribuées par les catégories institutionnelles. Les statuts sociaux attribués tels que « chômeur », « bénéficiaire » ou « assisté social » sont porteurs d'une image sociale négative qui a un impact sur la manière dont les autres voient la personne sans emploi, mais aussi sur la manière dont elle se perçoit. L'individu inscrit dans une situation de non-travail est, la plupart du temps, perçu comme une personne inactive qui engendre des coûts sociaux. Ces auteurs suggèrent que la vision négative et dévalorisante attribuée à la situation de non-travail contribue à l'intériorisation et à la reconstruction d'une identité dévalorisée.

Malgré l'implication négative rattachée à la situation de non-travail, d'autres recherches ont tenté de comprendre la manière dont l'individu se définit à travers

son expérience (Demazière : 1992a, 1992b, 1996, 2003, Dufour : 1998, 2000, 2002, Simoneau : 2000). Ces travaux se sont intéressés au processus de négociation identitaire qui s'effectue entre la manière dont les individus d'une situation donnée se perçoivent et se définissent ainsi que la manière dont les autres les identifient. Les résultats de ces recherches ont dégagé des typologies présentant différentes formes identitaires. Par exemple, Dufour traite de deux types identitaires soit des formes de résistance et de non-résistance tandis que la typologie de Demazière en présente quatre. Ces typologies seront approfondies dans le chapitre suivant.

En conclusion, la rupture avec le marché du travail a des répercussions importantes. Elle implique la perte d'un revenu, d'un statut social valorisé, d'une routine quotidienne, d'un espace social ainsi que de son identité sociale. D'autre part, ce passage à l'espace de non-travail implique aussi un réaménagement de la vie quotidienne dans lequel s'effectue un remaniement de l'identité. Cette reconstruction identitaire dans l'espace de non-travail nous amène à réfléchir plus spécifiquement à celle de personnes atteintes de troubles mentaux qui sont reconnues pour être exclues du marché du travail.

1.3 La situation de non-travail chez les personnes atteintes de troubles mentaux

La majorité des personnes atteintes de troubles mentaux sont exclues du marché du travail. Selon l'Organisation mondiale de la santé (2000), 90 % des personnes souffrant d'une maladie mentale sont sans emploi comparativement aux personnes ayant un handicap physique qui est estimé à 50%. Les personnes atteintes de troubles psychiatriques sont reconnues comme étant moins employées que les autres groupes d'individus présentant des incapacités (Lang et Cara : 1989). Pour celles qui sont employées, Scheid et Anderson (1995) mentionnent que la grande majorité des emplois occupés sont en milieu protégé ou de type transitoire (programme, mesure, contrat de travail, etc.). Or, ces formes d'emploi conduisent très rarement à un emploi régulier.

Pour plusieurs de ces personnes, cette rupture avec l'univers du travail peut s'expliquer, en partie, par la pathologie qui empêche l'individu d'assumer ses activités quotidiennes pour un certain temps. Ainsi, la rupture avec l'univers du travail, qu'il soit souhaité ou non, conduit la plupart du temps, à une désinsertion professionnelle (Beau et Cournoyer : 1988; St-Arnaud : 2001). Malgré leur maladie, les statistiques québécoises reconnaissent que 80% des personnes aux prises d'une maladie mentale sévère et persistante sont aptes, disponibles et motivées à réintégrer le marché (Lauzon et coll. : 2001).

Malgré leurs aspirations d'obtenir un emploi, elles sont aussi maintenues exclues du marché du travail. En effet, les personnes atteintes de troubles mentaux font face à de nombreux obstacles qui les empêchent d'obtenir et de maintenir un emploi. La littérature sur ce sujet (Charbonneau : 2002; Corbière et coll. : 2002; Mercier et coll. 1998; Braitman et coll. : 1995 ; Rebeiro : 1999; Rosenheck et coll. 2006) évoque plusieurs barrières dont les préjugés des employeurs qui s'expriment par la discrimination, la non-reconnaissance des compétences des personnes atteintes de troubles mentaux et l'étiquetage rattaché à la maladie. Outre les employeurs, Charbonneau (2002) mentionne que les perceptions négatives de la part des professionnels de la santé et des intervenants sociaux entravent également le retour au marché du travail. Selon l'auteur, ceux-ci doutent du potentiel et des capacités de leur client à pouvoir obtenir et maintenir un emploi. Ainsi, ces préjugés peuvent ternir les perceptions des personnes atteintes de maladie mentale et semer le doute sur leurs propres capacités et leur efficacité. De plus, ces personnes sont confrontées à des structures de programmes d'employabilité qui ne sont pas toujours bien adaptées, qui répondent mal aux aspirations des personnes et se terminent la plupart du temps sans ouverture réelle au marché du travail (Corbière et coll. : 2002; Mercier et coll. 1998). De plus, Rosenheck et coll. (2006) ont souligné différents facteurs cliniques posant obstacles à l'obtention et le maintien d'un emploi. Entre autres, ils soulignent la sévérité de la symptomatologie, les caractéristiques

psychologiques, le fonctionnement neurocognitif ainsi que les effets secondaires rattachés aux médicaments.

Enfin, plusieurs autres obstacles sont identifiés tels que la conjoncture socio-économique, l'accessibilité des programmes d'employabilité, la difficulté à supporter la pression et le stress en milieu de travail ou encore le manque d'expérience. Ces nombreuses barrières ont pour effet d'épuiser les personnes, de diminuer voire même d'anéantir l'espoir, de les décourager, d'altérer leur motivation et ainsi, les maintenir en dehors du marché du travail (Braitman et coll. : 1995 ; Mercier et coll. : 1998, Corbière et coll. : 2002, Rebeiro : 1999).

Ainsi, ces personnes connaissent une rupture importante avec le marché du travail et doivent donc subsister de prestations d'assistance sociale pendant plusieurs années, parfois même pour toute leur vie. Or, cette situation implique des impacts importants sur les dimensions économiques, psychologiques, sociales, mais aussi identitaires. Dans ce contexte, qu'est-ce que ces personnes disent d'elles-mêmes ? Comment se voient-elles dans la société ? Comment se voient-elles dans l'avenir ? Comment sont-elles vues par les autres ? Réorganisent-elles leur identité à partir de la maladie mentale, par une identité de sans-emploi, par une identité « *d'assisté social* » ou encore par d'autres rôles provenant d'activités de substitutions telles que le bénévolat, les études, les stages d'employabilité ?

Cette recherche vise à acquérir une meilleure compréhension de l'identité des personnes atteintes de troubles mentaux. C'est principalement à partir de leur situation de non-travail, que nous étudierons la manière dont elles se définissent et sont définies par les autres. Dans ces conditions, cette recherche examinera d'une part, les événements qui ont conduit ces personnes à la rupture au marché du travail, les conséquences de cette rupture sur le plan identitaire et la manière dont ces personnes se définissent et revendiquent leurs identités. D'autre part, notre recherche se penchera sur la manière dont les autres perçoivent les

personnes atteintes de troubles mentaux. Ces résultats nous permettront de dégager de formes identitaires propres à la situation particulière des personnes atteintes de troubles psychiatriques.

Dans le chapitre suivant, nous approfondirons la notion de l'identité. Nous aborderons aussi des modèles théoriques sur le processus de reconstruction identitaire. Finalement, nous présenterons le cadre d'analyse qui servira à étudier la reconstruction identitaire des personnes atteintes de troubles mentaux.

Chapitre II – Modèle d'analyse : l'étude de la reconstruction identitaire chez les personnes atteintes de troubles psychiatriques

Dans l'orientation de mieux comprendre le processus de reconstruction identitaire chez les personnes atteintes de troubles mentaux, ce chapitre poursuit deux objectifs. Premièrement, il vise une meilleure compréhension du concept d'identité et examine deux approches théoriques visant à mieux saisir le processus de reconstruction identitaire. Deuxièmement, il a pour but de présenter le cadre théorique qui guidera l'analyse de notre recherche.

2.1 L'identité, un processus dynamique.

L'identité est considérée comme une notion ambiguë. Elle est critiquée pour son imprécision ainsi que pour la diversité de ses usages en science sociale (Lévi-Strauss : 2000 ; Dubar : 1996 ; Palmisano : 2001 ; Étienne et coll. : 2004). Étant donné son caractère polysémique, il est essentiel de circonscrire la notion d'identité dans un contexte sociologique.

Selon Mucchielli (2002) l'identité est définie comme :

*[...] un ensemble de significations (variables selon les acteurs d'une situation) apposées par des acteurs sur une réalité physique et subjective, plus ou moins floue, de leurs mondes vécus, ensemble construit par un autre acteur. C'est donc un sens perçu donné par chaque acteur au sujet de lui-même ou d'autres acteurs*³

Donc, l'identité est le résultat d'un ensemble de significations produit à l'intérieur de rapports sociaux. Dans ce sens, l'identité est généralement expliquée à partir d'un processus dynamique qui se construit à travers l'interaction de l'individu et

³ Mucchielli, A., (2002) L'identité, Presses universitaires de France, p.12

de son environnement. Cette relation complexe amène la plupart des auteurs à faire une distinction entre deux dimensions : une identité personnelle et une identité sociale (Durkheim : 1973, Goffman : 1973 ; 1975, Mead : 1963 ; Campeau et coll. : 2004).

L'identité personnelle réfère à la manière dont l'individu se définit. Elle se construit tout au long de l'histoire de celui-ci à partir de ses expériences, ses représentations, ses sentiments et ses projets d'avenir. L'identité personnelle est donc comprise par un processus subjectif (Malewska-Peyre : 2002 ; Campeau et coll. : 2004). Pour sa part, l'identité sociale est construite à travers les interactions sociales et plus particulièrement à travers le processus de socialisation (Mead : 1963 ; Berger et Luckman : 2003 ; Dubar : 1998 ; Campeau et coll. : 2004). Ces deux dimensions de l'identité sont interdépendantes et indissociables. C'est pourquoi la notion d'identité est généralement appréhendée en tant que le résultat d'un processus dynamique qui se développe et se transforme progressivement tout au long de la vie de l'individu ainsi qu'à travers la socialisation (Dubar : 1998 ; Campeau et coll. : 2004).

Nous avons abordé au chapitre précédent, que des évènements majeurs tels que la maladie ou encore la rupture au marché du travail, bouleverse la vie quotidienne et affecte particulièrement l'identité de la personne. Ces changements participent à la fois à la désorganisation de l'identité de la personne, mais ils constituent autant des moments de reconstruction identitaire. Pour mieux comprendre les mécanismes de reconstruction identitaire, nous présenterons deux perspectives théoriques. La première examine la reconstruction d'une identité dévalorisée où l'individu met en place des stratégies identitaires pour se protéger. La seconde envisage la reconstruction de nouvelles formes identitaires issues d'un processus de négociation entre l'individu et son environnement.

2.2 La reconstruction d'une identité dévalorisée

La compréhension d'une reconstruction identitaire dévalorisée s'inscrit dans la perspective interactionniste symbolique. Cette approche s'est intéressée, plus particulièrement, à l'influence du regard des autres dans le processus de construction identitaire de l'individu. Dans le contexte du non-travail, ces recherches se sont intéressées entre autre, à l'impact de la stigmatisation de la personne sans emploi.

Les recherches qui s'inscrivent dans cette orientation théorique réfèrent souvent aux travaux de Goffman, qui a développé le concept de la stigmatisation et l'importance de cette dernière dans la construction de l'identité. Selon Goffman, l'identité est composée de deux dimensions soient l'identité sociale et l'identité personnelle :

Par « identité sociale », j'entends les grandes catégories sociales (ainsi que les organisations et les groupes qui fonctionnent comme des catégories) auxquelles l'individu peut appartenir ouvertement : génération, sexe, classe, régiment, etc. Par « identité personnelle », j'entends l'unité organique continue impartie à chaque individu, fixée par des marques distinctives telles que le nom et l'aspect et constituée à partir d'une connaissance de sa vie et de ses attributs sociaux, qui vient s'organiser autour de marques distinctives.⁴

Goffman reprend ces deux dimensions dans l'ouvrage *Stigmate* (1975) à partir de l'identité sociale réelle et identité sociale virtuelle. L'identité sociale réelle correspond à la manière dont l'individu se définit c'est-à-dire à l'identité qu'il s'attribue lui-même. Pour sa part, l'identité sociale virtuelle représente l'identité attribuée par les autres ou encore l'identité par autrui. Selon l'auteur, il s'établit un conflit identitaire lorsqu'il y a un écart entre la manière dont l'individu se définit et la manière dont les autres le perçoivent. Pour se protéger, l'individu peut

⁴ Goffman E., (1973) *La mise en scène de la vie quotidienne 2. Les relations en public*, Les éditions de minuit, p.180-181

mettre en place différentes stratégies identitaires telles que l'intériorisation de l'identité attribuée ou encore par la dissociation de cette dernière.

Les travaux de Goffman ont inspiré plusieurs recherches sur la reconstruction identitaire des personnes sans emploi ; ce qui a permis de les considérer en tant qu'un groupe stigmatisé du fait qu'elles sont désignées et reconnues comme ne participant plus au marché du travail (Bourguignon et Herman : 2005). Tel que présenté au chapitre précédent, ces recherches démontrent que l'expérience de non-travail contribue à la reconstruction d'une identité dévalorisée. Celle-ci est reconstruite à partir de différents facteurs tels que la prise en charge institutionnelle, l'impact des catégories administratives ainsi que des stéréotypes sociaux véhiculés à l'égard des personnes sans emplois.

Paugam (1991, 2002) s'est intéressé à l'impact de l'étiquetage sur le plan identitaire des personnes recevant des prestations de revenu minimum en France. Ses travaux ont souligné les conséquences négatives de la prise en charge institutionnelle de la pauvreté sur l'identité des individus. Entre autres, il a démontré que la catégorisation institutionnelle et les relations avec les intervenants sociaux ont un impact sur les comportements ainsi que sur la manière dont l'individu se perçoit dans la société. Selon l'auteur, la personne sans emploi traverse trois phases : la fragilité, la dépendance et la rupture. Dans l'étape de la fragilité, l'individu a le sentiment d'être déclassé socialement. L'individu ne souhaite pas être considéré comme un assisté de l'état et garde une certaine distance avec les travailleurs sociaux. La personne sans emploi qui se situe dans cette phase désire sortir de l'assistance le plus rapidement pour retrouver son statut antérieur. C'est à cette étape que l'individu connaît une désorganisation importante de son identité. Dans la deuxième étape, la dépendance, l'individu accepte l'idée d'obtenir de l'assistance. Celui-ci a peu d'espoir de retourner sur le marché du travail. Ainsi, dans l'étape de la dépendance, l'individu accepte le statut d'assisté puisqu'il lui permet d'éviter l'extrême misère. Finalement, la dernière phase, la rupture, la prise en charge

devient le seul recours pour éviter une désocialisation totale. Dans ce processus, l'auteur démontre que le fait d'être assisté altère l'identité préalable, assigne une identité sociale dévalorisée et stigmatise l'ensemble de leur rapport avec les autres. Ainsi, les effets de l'intervention sociale influencent non seulement la reconstruction d'une identité dévalorisée, mais participent aussi à son maintien à long terme.

Dans la même orientation, Schnapper (1989 ; 1994) et De Gaulejac et Taboada-Léonetti (1994) ont souligné l'influence négative des catégories administratives liées à la situation de non-travail sur l'identité de la personne. La catégorie institutionnelle procure une identité sociale qui a un effet sur la manière dont la personne se perçoit ainsi que sur la manière dont elle est perçue par les autres dans la société. Pour sa part, Burman (1988) a constaté que la reconstruction d'une identité négative se cristallise avec la prolongation de l'expérience du non-travail. Au départ, l'individu est perçu comme un citoyen ayant besoin de support temporaire pour retourner sur le marché du travail. Avec le temps, cette perception est remplacée par une image dévalorisante d'assisté social.

La reconstruction identitaire des personnes sans emploi est aussi influencée par les stéréotypes véhiculés socialement. Ces personnes sont souvent perçues comme des profiteurs de l'assistance sociale, des êtres inutiles, des paresseux voire même des parasites. Ces croyances ont des conséquences négatives sur le processus d'insertion professionnelle, les relations sociales, sur l'estime de soi ainsi que sur l'identité (Bourguignon et Herman : 2005).

Dans son étude sur les jeunes de la rue, Groleau (1997a : 1997b) souligne que la plupart de ces jeunes reconstruisent une identité négative ancrée dans leur passé. Les jeunes se définissent en fonction d'une rupture familiale : « Je suis un mal aimé » ou encore à partir de troubles d'adaptation : « Je suis un inadapté social » ou encore « Je suis un délinquant ». Ainsi, les jeunes de la rue acquièrent une identité négative attribuée socialement par une étiquette. De plus,

l'auteur indique l'imposition d'une image négative par les réactions hostiles et méprisantes ainsi que par les perceptions négatives des passants envers les jeunes de la rue, en partie dû à l'absence d'un travail et d'un statut social valorisé. Il en ressort que le regard social négatif et désapprobateur joue un rôle important dans la reconstruction d'une identité dévalorisée.

Par contre, ces travaux sur la reconstruction d'une identité dévalorisée soulignent que l'attribution d'une identité sociale négative ne se traduit pas automatiquement en une acceptation de cette désignation. En effet, les travaux qui traitent de la reconstruction d'une identité dévalorisée étudient particulièrement les stratégies identitaires utilisées par les personnes. Les stratégies identitaires sont définies en tant que :

[...] des procédures mises en œuvre (de façon consciente ou inconsciente) par un acteur (individuel ou collectif) pour atteindre une, ou des, finalités (définies explicitement ou se situant au niveau de l'inconscient), procédures élaborées en fonction de la situation d'interaction, c'est-à-dire en fonction des différentes déterminations (sociohistoriques, culturelles, psychologiques) de cette situation⁵.

Ainsi, les personnes mettent en place certaines réactions pour se protéger et se distancier de l'image négative attribuée (Taboada-Léonetti : 2002; Kastersztein : 2002). Les stratégies identitaires les plus couramment répertoriées dans les études des personnes sans emploi sont : l'intériorisation, la distanciation et la revalorisation de l'identité dévalorisée (Rogers-Dillon : 1995 ; D'Amours et coll. : 1999 ; Snow et Anderson : 1987 ; 2001 ; De Gaulejac et Taboada-Léonetti : 1994 ; Paugam : 2002).

L'intériorisation consiste à accepter l'identité négative attribuée. Ainsi, l'individu ne remet plus en cause cette identité et tente de s'identifier aux autres personnes

⁵ Lipiansky, E.M., Taboada-Leonetti, I., et Vasquez, A., (2002) Introduction à la problématique de l'identité, *In Stratégies identitaires*, Presses Universitaires de France, p.24

vivant une situation semblable à la sienne (Snow et Anderson : 1987 ; 2001 : De Gaulejac et Taboada-Léonetti : 1994 : Paugam 2002).

Une autre stratégie couramment observée est la distanciation. Elle consiste à utiliser différents moyens afin d'éviter d'être identifié en tant que sans-emplois. Par exemple, la personne peut choisir d'encaisser son chèque plus tard dans le mois afin d'éviter d'être identifiée comme un assisté social. Encore, elle peut garder ses distances avec les autres personnes sans emploi ou avec les organisations qui leur viennent en aide. Enfin, la personne peut aussi se dissocier de la catégorie des personnes sans emploi : « *Je ne suis pas comme les autres assistés sociaux, je suis différent.* » (Rogers-Dillon : 1995 ; D'amours et coll. : 1999 : De Gaulejac et Taboada-Léonetti : 1994 ; Snow et Anderson : 1987 ; 2001).

La troisième stratégie relevée dans les travaux est celle de la revalorisation. Celle-ci vise à mettre en place des moyens afin de reconstruire une image plus positive d'eux-mêmes. Certaines personnes vont revaloriser leur identité en mettant l'accent sur d'autres aspects identitaires, par exemple une « identité parentale ». D'autres vont revaloriser l'identité à partir d'expériences et d'accomplissements vécus ou par la fabrication et la projection de son identité future (Roger-Dillon : 1995 : Snow et Anderson : 1987 ; 2001 : De Gaulejac et Taboada-Leonetti : 1994 : Paugam : 2002).

Les travaux qui abordent la reconstruction d'une identité dévalorisée chez les personnes sans emploi soulèvent que cette dernière est produite à travers les interactions sociales qui s'effectuent dans le contexte de non-travail. Ils ont permis de mieux comprendre les stratégies identitaires déployées par les personnes sans emploi afin de se protéger de l'image sociale dévalorisante.

2.3 La reconstruction de formes identitaires

La deuxième approche théorique analyse la reconstruction identitaire des personnes sans emploi par des « formes identitaires » produites à travers l'approche de double transaction (Dubar : 1992 ; 1993; 1996 ; 1998 ; 2000 ; 2002).

Le modèle de la double transaction a été élaboré par Dubar dans le cadre de ses travaux sur l'identité professionnelle. Ce modèle conçoit l'identité comme: « [...] *le résultat à la fois stable et provisoire, individuel et collectif, subjectif et objectif, biographique et structurel, des divers processus de socialisation qui, conjointement, construisent les individus et définissent les institutions*⁶. ». Ainsi, l'identité est appréhendée par des transactions entre une dimension subjective, reliée à l'individu et une dimension relationnelle, attribuée par les autres. Ainsi, même si l'individu est identifié par les autres, il peut refuser cette identification et se définir autrement. C'est donc, l'articulation de ces éléments qui permet de dégager des « formes identitaires » que l'auteur définit comme étant : « [...] *des configurations socialement pertinentes et subjectivement significatives de nouvelles catégorisations indigènes permettant aux individus de se définir eux-mêmes et d'identifier autrui lorsque les catégories officielles deviennent problématiques. [...]*⁷ ». Ainsi, les formes identitaires constituent des identités créées par les personnes et en négociation avec les autres.

Cette perspective théorique a été adoptée par les chercheurs qui présumaient la reconstruction d'identités alternatives dans l'espace de non-travail. Les résultats de ces études ont offert des typologies adaptées au contexte des groupes étudiés. Notamment, une typologie de deux formes identitaires pour les jeunes décrocheurs scolaires se retrouvant simultanément en dehors de deux institutions soit de l'école et du travail (Simoneau : 2000). Une typologie de

⁶ Claude Dubar, La socialisation, Paris, Armand Colin, 2002, p.109

⁷ Claude Dubar, Formes identitaires et socialisation professionnelle, *Revue française de sociologie*, 1992, p. 523

quatre formes dans la recherche sur la négociation identitaire des chômeurs de longue durée (Demazière 1992a ; 1992b ; 2003) ainsi qu'une typologie de deux formes pour celle sur les assistés sociaux (Dufour : 1998, 2000 ; 2002). Pour leur pertinence vis-à-vis la réalité institutionnelle des sujets de notre étude, nous aborderons plus spécifiquement ces deux dernières recherches.

Dans son étude sur les chômeurs de longue durée, Demazière a procédé à l'analyse du processus de négociation identitaire entre les chômeurs de longue durée et les agents d'intervention sociale. Les résultats de cette recherche ont permis de dégager une typologie de quatre formes identitaires : *l'identité d'inactif handicapé*, *l'identité de demandeur d'emploi*, *l'identité d'assisté traitable* et *l'identité d'actif déviant*.

L'identité d'inactif handicapé se caractérise par une logique d'exclusion et de retrait. Les agents sociaux catégorisent ces chômeurs comme étant des *demandes mortes* dû aux obstacles et/ou aux caractéristiques qui réduisent leurs chances de réintégration professionnelle. Pour leur part, les chômeurs de longue durée réagissent par un désinvestissement envers la recherche d'un emploi. Ces chômeurs ont une vision d'un avenir sans issue et se replient dans une existence routinière organisée à partir du revenu de remplacement. La négociation de cette forme identitaire s'inscrit dans un rapport de renforcement réciproque entre la catégorisation des agents professionnels et la revendication des chômeurs de longue durée. Les individus désirent simplement être inscrits en tant que chômeur sans être considérés comme demandeur d'emploi, ce qui est accepté et renforcé par les agents sociaux

La seconde forme identitaire, *l'identité de demandeur d'emploi*, se définit par la revendication du chômeur d'un statut de demandeur d'emploi. Ces chômeurs font des démarches actives pour réintégrer le marché du travail. De leur côté, les agents d'intervention considèrent que ces chômeurs sont de bonne volonté. La logique de négociation s'inscrit dans un rapport d'alliance dans lequel les

agents sociaux reconnaissent et soutiennent le projet de ces chômeurs qui est de retourner sur le marché du travail.

La troisième forme, *l'identité d'assisté traitable* s'inscrit dans une logique de protestation de la part du chômeur et de report des agents sociaux. D'une part, ses chômeurs anticipent un avenir bloqué. Ils refusent les dispositifs offerts par les agents qu'ils considèrent comme des menaces à leurs projets d'avenir. De leur côté, les agents perçoivent ces chômeurs comme des cas lourds qui possèdent des difficultés personnelles et relationnelles. Les intervenants refusent de considérer ces derniers comme des demandeurs d'emploi et considèrent que leurs problèmes doivent être résolus avant une possible réinsertion. Dans ce rapport, le processus de négociation identitaire se retrouve bloqué et conduit à définir ces chômeurs en tant qu'assisté traitable.

Finalement, *l'identité d'actif déviant* s'organise autour d'une logique de contrainte, mise en œuvre par les agents et d'une logique d'autonomie poursuivie par les chômeurs. Les agents sociaux reconnaissent ces chômeurs comme des individus actifs, débrouillards jugés employables. Quant à eux, les chômeurs revendiquent le statut de chômeur mais préfèrent garder leurs distances avec l'institution et avoir recours à leurs réseaux privés. La logique de négociation entre les chômeurs et les agents diverge face aux procédures institutionnelles à suivre débouchant sur une identité d'actif déviant.

Les travaux de Dufour sur la reconstruction identitaire de prestataires d'assistance sociale (1998, 2000, 2002) ont permis de relever deux types d'identité soit des *formes de résistance* et des *formes de non-résistance*. Les *formes de résistance* identitaire sont caractérisées par le refus de s'identifier et d'être étiqueté à partir des identités attribuées par l'institution. Ces individus ont des relations conflictuelles avec les agents d'assistance sociale et refusent de voir leur situation de non-travail comme une période de recherche d'emploi. La reconstruction identitaire de ces personnes se fait à partir de leurs projets, par

exemple reliés à l'éducation de leur enfant ou encore par leur engagement bénévole dans la communauté. Pour ces personnes, le monde du travail ne constitue pas la référence identitaire première causant ainsi des tensions avec l'institution qui les perçoit comme des récalcitrants. *Les formes de résistance* s'apparentent à *l'identité d'assisté traitable* et *l'identité d'actif déviant* des chômeurs de longue durée présentée précédemment car les personnes qui se situent dans ces formes refusent d'être associées aux statuts de l'institution.

À l'opposé, *les formes de non-résistance* se caractérisent par la reconstruction d'une identité liée au statut administré par leur situation de non-travail. Ceux-ci se perçoivent comme des demandeurs d'emploi, ils se conforment aux normes proposées et participent aux programmes d'employabilité. Pour ces personnes, le travail constitue une source identitaire importante et son absence est problématique. La forme de non-résistance se rapproche de *l'identité de demandeur d'emploi*. Elle consiste à se conformer aux attentes découlant du statut attribué. De la même manière, *l'identité d'inactif handicapé*, ne présente aucune résistance aux statuts attribués. Ils sont identifiés par les agents d'intervention comme des personnes inactives dues à leurs handicaps qui ne peuvent réinsérer le marché du travail. Ce statut est intériorisé par ces chômeurs.

Les résultats de ces études nous permettent de comprendre la reconstruction de différents types d'identités créées à travers l'interaction entre les personnes sans emploi et d'autres individus qu'ils côtoient. Ainsi, l'approche de la double transaction offre un modèle intéressant pour comprendre la reconstruction identitaire. Avant tout, elle permet d'étudier la manière dont les personnes se définissent dans des situations possiblement problématiques où l'identité peut être abîmée et stigmatisée via des statuts attribués par des institutions ou par la société.

2.4 Un modèle d'analyse adapté à la situation sociale des personnes atteintes de troubles mentaux

Notre recherche vise à comprendre la reconstruction identitaire des personnes atteintes de troubles mentaux à partir de leur rupture au marché du travail. Nous supposons que cette rupture a un impact important sur l'identité des personnes souffrant d'un trouble mental et nous croyons que cette situation contribue à une reconstruction identitaire problématique. En effet, l'individu sans emploi se retrouve socialement disqualifié. Nous l'avons vu précédemment, la personne est perçue négativement et est souvent associée à des étiquettes sociales péjoratives telles que « paresseuses », « inutile social », etc. De plus, l'absence d'un travail prive l'individu d'un revenu financier, d'une activité favorisant son intégration sociale, son accomplissement ainsi que d'un lieu de rencontre dans lequel il peut se définir. Donc, nous cherchons à découvrir les identités reconstruites à partir de cette expérience de non-travail, de leur propre définition d'eux-mêmes, ainsi qu'à partir des identités attribuées par les autres. Dans ces circonstances, nous avons choisi de nous référer au modèle théorique de la double transaction qui permet d'appréhender l'identité à partir de deux dimensions; premièrement par la manière dont les personnes vivant avec une maladie mentale se définissent elles-mêmes à travers leurs expériences. Deuxièmement, à travers une dimension relationnelle, basée sur la manière dont les autres les perçoivent dans ce contexte particulier.

2.4.1 Dimension biographique

Tel que mentionné précédemment, selon la dimension biographique, l'identité est une construction élaborée par l'individu. Elle constitue l'interprétation subjective d'un parcours, d'expériences passées et présentes tout en s'envisageant dans l'avenir à partir de projets futurs, d'aspirations et de rêves. L'identité pour soi correspond à une transaction avec soi-même qui aboutit à la manière dont la personne s'identifie dans un moment donné de sa vie. Ainsi, la dimension biographique vise à comprendre l'identité pour soi construite à partir de son

expérience. Elle exige de s'attarder à deux éléments, soit les moments de ruptures et les aspirations des personnes atteintes de troubles mentaux.

Au chapitre 1, nous avons discuté de la réalité des personnes atteintes de maladie mentale face au marché du travail. Nous savons que la grande majorité de ces personnes connaissent une rupture, souvent permanente, avec cette sphère. Puisque les travaux sur la situation de non-travail indiquent de graves répercussions dans la vie des personnes sans emploi, la première étape de notre analyse vise à obtenir d'une meilleure compréhension de la rupture au marché du travail chez les personnes atteintes de troubles mentaux ainsi que de ses impacts sur la vie quotidienne. Plus spécifiquement, nous regardons les impacts sur leurs identités. Donc, dans un premier temps, nous procédons à la description des événements ayant mené l'individu à la situation de non-travail et tentons de comprendre le sens subjectif que ces personnes accordent à cette rupture. Puis, nous analysons les répercussions quotidiennes de cette dernière et plus spécifiquement la manière dont ces répercussions affectent leur propre identité.

Les changements apportés par la rupture peuvent aussi affecter l'avenir envisagé de la personne. Ainsi, elle peut être amenée à renoncer à des projets d'avenir, à redéfinir ses aspirations ou encore à envisager de nouveaux projets. C'est pourquoi, dans un deuxième temps, nous étudions la représentation de leur avenir à partir des aspirations, des rêves et des projets. Ces aspirations seront analysées sous différents angles, par exemple à partir de leur désir de retourner sur le marché du travail ou à l'école, d'avoir une meilleure santé, de trouver l'âme sœur ou encore d'agrandir leur réseau social. À partir de ces éléments recueillis, nous serons en mesure de situer la logique principale qui reflète la reconstruction identitaire de la personne. Tel qu'indiqué par Dubar (2002), cette logique peut se situer en rupture ou bien en terme de continuité. La logique « continuité » s'explique par la reconstruction d'une identité projetée et stimulée par des projets. Ainsi, la reconstruction identitaire s'effectue à partir des aspirations de la

personne. À l'opposé, la logique de « rupture » est marquée par une désorganisation identitaire importante dans lequel l'individu éprouve des difficultés de se projeter et de se définir dû à une vision d'un avenir brouillé ou difficilement accessible.

2.4.2 Dimension relationnelle

Puisque l'identité est aussi une construction sociale, elle exige qu'on s'intéresse aux rapports sociaux qu'ont les personnes atteintes de troubles mentaux dans leur espace de non-travail. Dans ce sens, la dimension relationnelle vise à comprendre la manière dont ces personnes sont perçues par les autres. Elle vise principalement à répondre à deux questions : Comment les personnes atteintes de troubles mentaux se sentent perçues dans la société ? De quelle manière les autres perçoivent et définissent les personnes atteintes de troubles mentaux ?

Ces perceptions seront organisées en termes de reconnaissance ou de non-reconnaissance. Tel que défini par Dubar (1992), la reconnaissance est considérée comme le : [...] *produit d'interactions positives entre l'individu visant son identité « réelle » et l'autrui significatif lui conférant son identité « virtuelle »*⁸[...] » En ce sens, la reconnaissance identifie l'autre dans ce qu'il aspire être et lui accorde, d'une certaine manière, d'accéder à son identité visée. En opposition, la non-reconnaissance résulte : « *d'interaction conflictuelle, de désaccords entre identités « virtuelles » et « réelles »*⁹ » Ainsi, la non-reconnaissance a comme conséquence d'invalider l'identité et de provoquer des interactions conflictuelles entre la manière dont l'individu se perçoit et la manière dont il est perçu par autrui, engageant le rapport dans une impasse identitaire. Par exemple, une personne pourrait souhaiter réintégrer le marché du travail dans un domaine qui pourrait être discrédité par les agents d'aide

⁸ DUBAR, C., (2002) *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*, 3^{ème} éditions, Armand Colin, p.236

⁹ Ibid. p. 236

socioéconomique ou encore, le projet pourrait être refusé par les employeurs et ainsi constituer une non-reconnaissance.

2.4.3 Juxtaposition de la dimension biographique et relationnelle

Suivant l'analyse de ces deux dimensions, nous procédons à la juxtaposition des éléments recueillis entre la manière dont les personnes revendiquent leur identité et la manière dont elles sont perçues par la société. Le rapprochement des points de vue, subjectifs et objectifs, permettra d'envisager des formes identitaires possibles reconstruites chez les personnes souffrant d'une maladie mentale. La figure 1, présentée ci-dessous, permet une combinaison possible de quatre formes identitaires. Deux des formes identitaires se retrouvent dans une logique de négociation en concordance. Tandis que les deux autres formes se retrouvent dans une logique conflictuelle. Voyons davantage chacune des formes identitaires possibles.

La forme I, se situe dans l'axe biographique sous « aspirations » et dans l'axe relationnel sous « reconnaissance ». Cette première forme s'inscrit dans une relation de concordance dans laquelle les autres reconnaissent l'identité revendiquée. Ainsi, les aspirations et les projets de la personne sont encouragés, soutenus et validés par les autres. À titre d'exemple, cette forme identitaire pourrait s'établir par une relation d'alliance dans laquelle la personne souhaite faire un retour à l'école dans le but de décrocher un emploi dans un domaine spécifique. Ce projet serait alors reconnu et supporté par les autres.

La forme II, aspiration et non reconnaissance, se situe dans un rapport conflictuel entre l'identité visée et l'identité attribuée par les autres. Ainsi, l'identité revendiquée par la personne souffrant d'une maladie mentale serait invalidée par la non-reconnaissance des autres. Par exemple, la situation la plus probable correspondrait à la réclamation d'un statut de travailleur et la mise en place d'un projet visant un retour à l'emploi par la personne souffrant de maladie mentale

mais qui ne serait pas reconnue par les autres. Cette forme identitaire s'expliquerait donc, en termes d'opposition.

La forme III, située en logique de rupture et de reconnaissance, se décrit par une identité personnelle en rupture, dans laquelle la personne éprouve de la difficulté à se définir tant dans le présent que dans l'avenir. L'absence d'aspirations ou de projets pourrait immobiliser l'identité à partir de statuts attribués. L'attribution de cette identité serait soutenue et validée par les autres qui l'entourent. Par exemple, la personne peut se replier vers une identité de prestataires d'assistance sociale reconnue par l'institution.

Pour sa part, la forme IV, rupture et de non-reconnaissance, se situe dans une reconstruction identitaire problématique où l'individu n'a pas d'aspirations ou très peu d'aspirations. Au même titre que la forme III, il éprouve de la difficulté de se projeter dans l'avenir et de se définir lui-même. Par contre, la perception des autres n'est pas en accord avec cette vision désorganisée. Ainsi, l'identité attribuée par les autres invalide la représentation de la personne et engendre un conflit identitaire. Cette forme peut donner naissance à une identité sociale dévalorisée.

Figure 1 – Cadre d’analyse : reconstruction identitaire des personnes atteintes de trouble psychiatrique dans le contexte de non-travail.

| Formes identitaires dans l’espace de non-travail | | « Identité attribuée par autrui » Dimension relationnelle | |
|--|------------------------|--|--------------------|
| | | Reconnaissance | Non-reconnaissance |
| « Identité pour soi » Dimension Biographique | Aspirations | Forme I | Forme II |
| | Absences d’aspirations | Forme III | Forme IV |

2.5 Conclusion

Dans ce chapitre, nous avons situé la notion d’identité comme le produit d’un processus dynamique qui se transforme et évolue tout au long de la vie de l’individu ainsi qu’à travers ses interactions sociales. Nous avons aussi présenté deux théories sur la reconstruction identitaire spécifiquement reliée au contexte de non-travail. Le premier modèle examine la reconstruction d’une identité dévalorisée due à la situation de non-travail. Cette reconstruction est effectuée à partir des identités attribuées par les institutions sociales que fréquentent les personnes et par la stigmatisation dont elles sont victimes. Ce modèle permet de mieux comprendre la reconstruction d’une identité dévalorisée axée sur des caractéristiques négatives où l’individu met en place différentes stratégies identitaires. Le deuxième modèle d’analyse, basé sous l’approche de Dubar, permet d’étudier la reconstruction de formes identitaires qui sont le produit d’une négociation entre l’identité pour soi et l’identité attribuée par les autres. C’est à partir de cette dernière perspective que nous tenterons de mieux comprendre la reconstruction identitaire des personnes atteintes de troubles mentaux.

Jusqu'à maintenant, nous avons discuté des connaissances sur l'identité des personnes atteintes de troubles mentaux. La littérature présentée dans le premier chapitre a mis l'accent sur la maladie comme un événement affectant la vie quotidienne, altérant l'identité et contribuant à la reconstruction d'une identité de malade psychiatrique. Outre la maladie, la majorité de ces personnes sont exclues du marché du travail. Ainsi, il a été démontré au chapitre 1 que la rupture au marché du travail a de nombreuses conséquences sur la vie quotidienne et plus particulièrement sur le plan identitaire des personnes sans emplois. Puis, dans ce chapitre, nous avons abordé le concept d'identité. Nous avons vu que l'identité est un produit à la fois subjectif, c'est-à-dire construit à travers une dimension biographique et à la fois objectif, influencé par les interactions sociales. Ensuite, nous avons présenté deux perspectives théoriques portant sur la reconstruction de personnes sans emploi où l'approche de la double transaction de Dubar, était la plus appropriée pour comprendre la reconstruction identitaire des personnes atteintes de troubles mentaux. Ce qui nous amène maintenant à traiter des aspects méthodologiques.

Chapitre III – Méthodologie de recherche

Dans ce chapitre, nous aborderons les aspects méthodologiques de cette recherche dans le but d'obtenir une meilleure compréhension du processus de reconstruction identitaire des personnes atteintes d'une maladie mentale. Nous utilisons des données secondaires issues d'une recherche intitulée : « *L'insertion sociale des personnes ayant des problèmes de santé mentale majeurs : l'impact du régime de l'aide sociale* » (White : 2000). Dans la première partie de ce chapitre, nous examinerons le contexte de l'étude initiale, leurs objectifs ainsi que la démarche méthodologique utilisée. Ensuite, nous discuterons de l'utilisation de ces données dans le cadre de notre recherche ainsi que de la méthode d'analyse.

3.1 Une étude axée sur des données secondaires

Notre recherche utilise des données secondaires, colligées dans le cadre du projet de recherche dirigé par Deena White, entre 1995 et 1997, portant sur l'insertion sociale des personnes atteintes d'une maladie mentale. Nous avons privilégié l'utilisation des données de cette recherche, car elle comprenait de nombreuses entrevues menées auprès de deux groupes de répondants. Le premier volet de la recherche initiale s'intéressait aux perceptions et à l'expérience quotidienne de personnes atteintes de troubles mentaux qui bénéficient de prestations d'assistance sociale, en conséquence, étant sans emploi. Les entrevues du second volet exploraient, à titre complémentaire, le point de vue d'intervenants sociaux concernant la question de l'insertion sociale des personnes souffrant d'un trouble mental. Dans ces conditions, cette recherche offrait une banque de données qualitatives d'une grande richesse tout en étant adaptée pour les besoins de notre recherche.

L'étude initiale visait à examiner les impacts du régime d'assistance sociale (Loi 37) sur l'insertion des personnes atteintes de troubles mentaux. La loi 37 (Loi

sur la sécurité du revenu) fut mise en place en 1989 par le ministère de la Sécurité du revenu. Ce nouveau régime d'aide sociale visait à favoriser la réintégration au marché du travail des personnes bénéficiaires d'assistance sociale. Il comportait trois catégories administratives : les personnes sans contrainte à l'emploi, les personnes avec contraintes temporaires à l'emploi et les personnes avec contraintes sévères à l'emploi. Ces catégories permettaient de définir les aptitudes des individus à intégrer le marché du travail, d'orienter la personne vers des mesures de réinsertion adaptée à sa situation et d'établir le montant des prestations.

Dans ce contexte politique, la recherche initiale s'intéressait particulièrement à la situation des personnes atteintes de troubles mentaux qui obtenaient des prestations d'assistance sociale. Subséquemment, le projet de recherche poursuivait trois objectifs spécifiques soit : (1) analyser les effets que peuvent avoir les conditions imposées par le régime d'assistance sociale sur l'insertion des personnes souffrant de troubles mentaux majeurs (2) mettre en lumière les différents mécanismes et processus à travers lesquels ces effets se produisent et finalement (3) identifier des moyens permettant une meilleure adaptation des programmes et des politiques pour les personnes atteintes d'une maladie mentale.

Pour répondre à ces objectifs, la démarche de l'étude comptait deux volets. Le premier volet s'intéressait à l'expérience quotidienne des personnes atteintes de troubles psychiatriques recevant des prestations d'assistance sociale. Le deuxième volet visait à enrichir la recherche par le point de vue de divers intervenants sur la question de l'insertion sociale de ces personnes. Nous traiterons séparément des spécificités méthodologiques liées à chacun des volets.

3.1.1 Volet I: L'expérience des personnes atteintes de troubles psychiatriques

Le premier volet de la recherche initiale visait à explorer l'expérience quotidienne de quarante personnes souffrant de maladie mentale bénéficiant de prestations d'assistance sociale afin de mieux comprendre les impacts du nouveau régime politique sur leur insertion sociale. La population de l'étude était délimitée à partir de trois critères spécifiques : (1) d'avoir obtenu un diagnostic de dépression majeure, de schizophrénie ou de trouble bipolaire (2) de bénéficier de prestations d'aide sociale et (3) de vivre dans un appartement de manière autonome, c'est-à-dire en dehors d'un environnement supervisé tel qu'une résidence spécialisée en santé mentale ou d'une famille d'accueil.

Le recrutement des répondants a été effectué en collaboration avec des intervenants œuvrant dans une des trois cliniques externes de psychiatrie suivante : hôpital Royal Victoria; hôpital Douglas et hôpital Louis H. Lafontaine. Les intervenants avaient pour fonction d'identifier des informateurs potentiels correspondant aux critères mentionnés ci-haut et de leur remettre une lettre d'invitation (Annexe I) qui expliquait la nature de l'étude. Les personnes intéressées par l'étude pouvaient remplir le carton réponse ou encore contacter téléphoniquement les agents de recherche.

Les données ont été recueillies à partir d'entrevues semi-dirigées d'une durée variant de 1h à 2h30, soutenues par un guide d'entrevue. Ce guide d'entrevue a été développé spécifiquement pour explorer l'expérience de personnes atteintes d'une maladie mentale avec le système d'assistance sociale. Dans cette optique, il visait à examiner différents thèmes tels que leur recours à l'aide sociale, leur rapport et leur perception envers le système d'aide sociale, le travail et la participation aux mesures d'employabilité, les relations sociales, le logement et autres besoins de la vie courante, leurs activités quotidiennes ainsi que leur

projet de vie¹⁰. Cette recherche ne visait pas à approfondir l'expérience de la maladie mentale. En conséquence, ce guide d'entretien ne permettait pas d'analyser la perception des interviewés à l'égard de leurs problèmes de santé mentale sauf si ces derniers ont abordé spontanément cette dimension au cours de l'entrevue.

La plupart des entrevues se sont déroulées au domicile des interviewés et ont été enregistrées à l'aide d'un magnétophone. Préalablement, chaque répondant a été informé de nouveau de la nature de la recherche et a signé une lettre de consentement qui stipulait les règles de l'anonymat et de la confidentialité (Annexe III). Tous les entretiens ont été transcrits verbatim et ont été enregistrés sur des disquettes informatiques.

Donc, ce premier volet offrait une banque des données importantes, contenant quarante entrevues menées auprès de personnes souffrant d'une maladie mentale et bénéficiant de prestations d'assistance sociale. Parmi ces personnes rencontrées, 21 étaient des hommes et 19 des femmes. La majorité des répondants avaient plus de trente ans (31/40 répondants). La plupart des répondants parlaient français (26/40) et possédaient un secondaire 5 ou moins (32/40). Tous les répondants obtenaient des prestations d'assistance sociale sur une période variant de quelques mois à plusieurs années. Trois personnes en obtenaient depuis moins de 1 an, onze personnes en bénéficiaient entre un an à cinq ans et vingt-six personnes en recevaient depuis plus de cinq ans. La majorité des répondants (29/40) étaient inscrits à la catégorie administrative « contraintes sévères à l'emploi » et recevaient une assistance financière supplémentaire. Huit répondants étaient considérés étant apte au travail, mais non disponible du à des contraintes temporaires à l'emploi. La catégorie d'assistance sociale n'était pas spécifiée pour trois des répondants. Ainsi, cette banque de données incluait une grande variété de cas ce qui permettait d'accéder à un portrait global de la situation.

¹⁰ À titre de référence, le guide d'entretien de la recherche initiale est présenté à l'annexe II.

Concernant les questions éthiques de la recherche initiale, les pratiques usuelles ont été utilisées. Les répondants ont été informés de la nature de la recherche par une lettre de sollicitation remise par un tiers. Les répondants ont pu manifester leur intérêt à participer à la recherche en autorisant que leurs coordonnées soient transmises ou en contactant directement les agents de recherche. Avant le début de l'entretien, les agents de recherches ont présenté le formulaire de consentement et ont réexpliqué la nature de la recherche. Le formulaire de consentement précisait les engagements de l'équipe concernant l'anonymat, la confidentialité, de même que la possibilité d'interrompre à tout moment sa participation de l'étude.

3.1.2 Volet II : Le point de vue des intervenants

Le second volet visait à enrichir la recherche en recueillant le point de vue d'intervenants sur l'insertion sociale des personnes atteintes de troubles psychiatriques. L'équipe de recherche s'est entretenue avec différents intervenants œuvrant auprès de personnes atteintes de troubles mentaux vivant de prestations d'assistance sociale. Cinq intervenants du milieu de l'assistance sociale et cinq œuvrant dans le milieu de la santé mentale ont été interviewés. Les intervenants en santé mentale ont été choisis parmi les trois hôpitaux psychiatriques soit l'hôpital Royal Victoria ; l'hôpital Douglas et l'hôpital Louis H. Lafontaine.

Lors de l'entretien, les intervenants avaient pour consigne de discuter de cas clinique concernant trois de leurs clients. Pour des questions éthiques, les intervenants devaient choisir des clients qui ne se retrouvaient pas dans le groupe des répondants et devaient tracer un portrait général de ceux-ci sans divulguer des renseignements permettant d'identifier les clients. Pour chaque cas clinique, l'intervenant devait élaborer sur la question de l'insertion sociale et professionnelle de son client, des contraintes que rencontre ce dernier ainsi que des stratégies d'intervention mises en place par l'intervenant. Les entrevues ont été enregistrées et retranscrites verbatim. Au même titre que le groupe de

personnes atteintes d'une maladie mentale, les intervenants ont préalablement signé un formulaire de consentement stipulant les règles de confidentialité et d'anonymat.

Maintenant que nous avons situé la démarche méthodologique de la recherche initiale, nous discuterons de l'utilisation des données et de la méthode d'analyse privilégiée pour mieux comprendre le processus de construction identitaire des personnes atteintes de troubles mentaux.

3.2 Utilisation des données et méthode d'analyse des données

L'utilisation de données secondaires comporte plusieurs avantages, mais possède aussi certains inconvénients (Turgeon et Bernatchez : 2003). En termes d'avantage, l'utilisation de cette banque de données nous permettait de bénéficier de nombreuses données qualitatives colligées par une équipe de recherche qui, de toute évidence, n'aurait pas été possible pour une seule personne de rencontrer le même nombre de répondants. Par contre, nous avons rencontré quelques difficultés lors de la récupération informatique de certaines données. Certaines comportaient des erreurs « fichiers corrompus » empêchant l'ouverture et/ou la lecture du document. Donc, la banque initiale n'a pu être utilisée en entier. Cette situation nous amène à préciser les données utilisées en fonction de chaque groupe.

3.2.1 Volet I : Les personnes atteintes d'une maladie mentale

Nous avons utilisé toutes les entrevues récupérables informatiquement soit un total de vingt-huit entretiens verbatim. Ces entrevues nous permettaient d'étudier l'impact de la situation de non-travail sur le processus identitaire. Comme l'indique l'annexe IV, notre échantillon comprend le même nombre de femmes (14 personnes) que d'hommes (14 personnes). Au niveau de l'âge, la majorité des répondants ont plus de 30 ans (24 personnes). Sur le plan de la scolarité, la majorité des personnes interrogées possèdent un diplôme de secondaire V ou moins (23 personnes). La plupart des informateurs étaient célibataires, séparés

ou divorcés (27 personnes). Six répondantes étaient des femmes monoparentales. Concernant leur situation vis-à-vis de l'assistance sociale, la plupart des individus recevaient des prestations selon la catégorie *Soutien financier*¹¹ (18 personnes) et ils bénéficiaient d'assistance sociale depuis plus de 5 ans (21 personnes).

3.2.2 Volet II - Les intervenants

Les entrevues effectuées auprès des intervenants nous permettaient d'analyser le point de vue de personnes significatives sur la situation des personnes vivant avec une maladie mentale. Nous avons récupéré six transcriptions verbatim d'entrevues menées auprès de deux psychiatres, un travailleur communautaire, deux infirmières et un agent d'aide socio-économique. Dans ces entrevues, chaque intervenant dresse le portrait de trois cas cliniques dans lequel il traite de la situation socioprofessionnelle du client, des obstacles d'insertion sociale ainsi que des stratégies d'intervention. Ces entrevues nous permettent donc d'obtenir le point de vue des intervenants vis-à-vis de 18 personnes souffrant d'un trouble mental. À partir des informations fournies dans les entrevues, nous avons dressé un profil pour chaque client basé sur des caractéristiques générales. Ces informations sont présentées à l'annexe V.

3.3 Méthode d'analyse

Nous avons procédé à une analyse de contenu « classique » (Sabourin : 2003 ; Bertaux : 1997). L'analyse de contenu se caractérise par la lecture des documents, l'organisation des données puis par une phase de mise en relation. Pour nous aider à analyser et organiser les données utilisées, nous avons employé le logiciel Nvivo reconnu pour simplifier le classement des données qualitatives. Préalablement, toutes les transcriptions des entrevues ont été transformées en fichier informatique RTF puis introduites dans le système de

¹¹ Cette catégorie administrative regroupe les personnes qui présentent des contraintes sévères à l'emploi. Pour y être admissible, l'individu doit présenter un rapport médical, qui démontre que son état physique ou mental est significativement altéré pour une durée permanente ou indéfinie et qui l'empêche de subvenir à ses besoins et à ceux de sa famille.

Nvivo. Ensuite, nous avons effectué une première lecture de chaque entretien individuellement. Lors de cette lecture, nous avons procédé à l'organisation des données. L'organisation des données consiste à découper et à classifier les informations pertinentes répertoriées dans le discours des répondants en fonction de thèmes et de sous-thèmes propres au cadre d'analyse de la recherche qui a été présenté au chapitre précédent. Nous reviendrons sur les dimensions et les indicateurs dans la section suivante. Une fois le découpage des entrevues terminées, nous avons rassemblé l'ensemble des extraits par thèmes et sous-thèmes. Ce regroupement nous a permis d'obtenir un document qui rassemblait toutes les informations codifiées sous une même catégorie. Ce document facilitait la mise en relation des données, étape, qui consiste à discerner les idées similaires ou les contradictions présentes dans le discours des répondants. Nous discuterons maintenant des dimensions et indicateurs dans l'organisation des données.

3.3.1 Dimensions et indicateurs

Cette démarche vise à mieux comprendre le processus de construction identitaire des personnes atteintes de troubles mentaux. Ainsi, dans le contexte de notre étude, nous concevons la construction identitaire à partir d'un processus dynamique et interdépendant qui se construit à travers l'individu et son environnement social. Cette construction implique l'analyse de deux dimensions soit : une subjective et une objective. La dimension subjective est reliée aux perceptions, aux représentations et à l'expérience quotidienne dans l'espace de non-travail des personnes atteintes de troubles mentaux. Pour sa part, la dimension objective concerne les perceptions et représentations d'autres personnes significatives en interaction avec les personnes souffrant d'une maladie mentale. Cette dernière dimension est analysée à partir du discours des intervenants interviewés.

3.3.1.1 Dimension biographique

La première dimension vise l'analyse de « l'identité pour soi » construite par la personne. Cette construction peut être problématique dû aux ruptures vécues, qu'elles soient liées à la maladie, la situation de non-travail ou d'autres situations causant une désorganisation identitaire. Dans le premier chapitre de ce mémoire, nous avons vu que les personnes atteintes de troubles mentaux font face à une double rupture, la maladie et l'exclusion au marché du travail. Nous avons aussi développé sur les répercussions de ces ruptures, plus particulièrement sur le plan identitaire. Ainsi, l'analyse des « ruptures » a pour objectif d'étudier les bouleversements importants aux yeux des personnes atteintes de troubles mentaux et leurs conséquences sur la définition de soi. Donc, afin de mieux cerner les ruptures vécues par les répondants nous avons envisagé des sous-thèmes reliés à la rupture tels que : le monde du travail, la scolarité, la santé, les projets personnels, les activités quotidiennes ainsi que les relations sociales, qu'elles soient avec les membres de sa famille, avec ses pairs ou encore avec le voisinage.

La seconde dimension vise à étudier la reconstruction identitaire reconstruite à partir d'aspirations, des projets ou des rêves dans lesquelles prend forme une identité visée. Les deux indicateurs utilisés dans l'analyse des données sont « les aspirations » et « l'absence d'aspirations ». Les aspirations réfèrent aux désirs, aux rêves, aux projets de la personne qui permet de se visualiser dans le futur. Cette projection de soi implique la construction d'une identité visée. Pour mieux comprendre les aspirations des personnes atteintes de troubles mentaux, nous utiliserons les sous-thèmes suivants soient, le travail, l'école, la santé, les projets personnels et les relations sociales. Cette dernière catégorie vise à identifier les aspirations relationnelles des personnes atteintes de troubles mentaux qu'elles soient de se faire des amis(es), de retisser des liens avec sa famille, de trouver l'âme sœur ou encore de fonder une famille. Puisqu'il est prétentieux de prévoir tous les sous-thèmes possibles tant pour le thème de ruptures que celui des aspirations, tout au long de la lecture des entretiens, nous

ajouterons des sous-thèmes appropriés pour répondre à ceux qui ne correspondraient pas à un des sous-thèmes présentés ci-haut.

3.3.1.2 Dimension relationnelle

Nous l'avons évoqué au chapitre 2, l'identité est aussi le produit des rapports entre l'individu et son environnement social. L'analyse de la dimension relationnelle est effectuée à partir du regard des autres sur la situation sociale des personnes souffrant d'une maladie mentale. Ainsi, les perceptions des autres peuvent colorer l'image que la personne a d'elle-même. Dans le cadre de cette recherche, ce regard sera représenté par le point de vue d'intervenants. Ces perceptions seront analysées en termes de reconnaissance et de non-reconnaissance envers les aspirations ou les objectifs des personnes atteintes de troubles mentaux. Pour l'analyse des entrevues, nous avons procédé à l'organisation des données des intervenants en deux phases.

Premièrement, nous avons dressé un tableau regroupant les informations sociodémographiques concernant chacun des cas cliniques présentés par l'intervenant en fonction de l'âge, du sexe, de l'état civil, de la scolarité, du diagnostic, du statut à l'aide sociale et de la durée (Annexe V). Deuxièmement, nous avons organisé le discours des intervenants à partir de chaque situation de chaque client. Nous avons classé les croyances et les perceptions en termes de reconnaissance et de non-reconnaissance vis-à-vis des objectifs de leur client. Comme nous l'avons présenté dans la section 2.4.2, la reconnaissance permet la validation de l'identité revendiquée par le client. Par exemple, si le client aspire à un retour à l'école et que l'intervenant est en accord avec celui-ci, il reconnaît et valide l'identité visée de la personne. En contrepartie, nous considérons la non-reconnaissance par un désaccord ou encore un discours sceptique envers la manière dont la personne se définit.

3.3.2 Juxtaposition des deux dimensions

Le but de cette analyse est de comprendre le processus de reconstruction identitaire des personnes atteintes de troubles mentaux. Nous avons souligné les différents indicateurs que nous utiliserons pour cerner la manière dont ces personnes se définissent, mais aussi la manière dont les autres les perçoivent. À l'aide des éléments issus de la dimension subjective et relationnelle, nous serons en mesure de dégager des formes identitaires.

3.4 Conclusion

Dans ce chapitre, nous avons présenté les aspects méthodologiques de notre recherche ainsi que la méthode d'analyse. Les résultats de l'analyse des données seront présentés dans les chapitres suivants. Dans le chapitre 4, nous décrirons les ruptures vécues par les personnes atteintes de maladie mentale puis nous discuterons de leur expérience quotidienne dans le contexte de non-travail ainsi que de ses conséquences sur l'identité. Dans le chapitre 5, nous discuterons de la reconstruction identitaire de ces personnes à partir de la manière dont elles se définissent et de la manière dont elles sont perçues par les autres. Les résultats de cette recherche seront discutés dans la conclusion de ce mémoire.

Chapitre IV – Processus de construction identitaire dans l'espace du non-travail.

Au début de ce mémoire, nous avons supposé que la rupture au marché du travail vécue par la plupart des personnes atteintes de troubles mentaux à un impact important sur leur identité. Ce chapitre vise donc à mieux saisir les répercussions de cette rupture chez ces personnes et plus particulièrement les impacts sur le plan identitaire. Notre analyse se penche d'abord sur l'expérience subjective de la rupture au marché du travail d'individus souffrant d'une maladie mentale dans laquelle nous identifions les événements qui ont conduit ces personnes dans l'espace de non-travail. Puis, nous discutons des implications de la rupture au marché du travail sur la manière dont ces personnes se perçoivent de même que sur la manière dont elles se sentent perçues.

4.1 La rupture au marché du travail

Chaque discours des répondants raconte une histoire unique, personnelle et distinctive. Cependant, dans l'ensemble de ces récits émergent certains éléments communs. Notamment, la rupture au marché du travail qui s'explique par des événements déclencheurs semblables. Ainsi, la rupture au marché du travail est expliquée à partir de trois événements soient une rupture conjugale, l'apparition de problèmes de santé mentale et la perte d'emploi.

4.1.1 La rupture de couple

Le premier événement qui explique la situation de non-travail est une rupture matrimoniale dans laquelle des femmes deviennent chefs de famille monoparentale. Cette première situation touche quatre répondantes (4/28). Emy, Josée, Ginette et Camille, expliquent leur situation de non-travail par une séparation ou un divorce. Lors de cette rupture, ces femmes se sont retrouvées sans revenu, sans logement et seules pour répondre à leurs besoins ainsi que ceux de leurs enfants.

Lorsqu'Emy a décidé de quitter son conjoint, elle s'est retrouvée sans appartement, sans revenu, avec deux enfants et plusieurs comptes impayés dus aux problèmes de jeux de son mari. Elle a longtemps réfléchi avant de rompre sa relation. Lorsqu'elle a pris sa décision, elle ne voyait pas d'autres solutions que de faire une demande d'aide sociale pour subvenir à ses besoins et ceux de ses enfants. Elle explique qu'elle a préféré se consacrer à l'éducation de ses enfants tout en espérant réintégrer le marché du travail lorsqu'ils seraient plus âgés :

Mes enfants étaient jeunes pis j'voulais pas qu'ils soient élevés par quelqu'un d'autre que par moi, j'ai voulu donner plus la chance à mes enfants, à éduquer mes enfants que d'aller travailler. J'm'étais dit alors "quand y seront un peu plus vieux, un peu plus âgés, j'vais pouvoir... parce qu'y vont avoir le choix à 16 ans, 16 ans, y va pouvoir garder son frère pis que j'y aille travailler, pis remporter l'argent à maison, t'sais". Mais là c'était ça qu'était mon idée, c'était de r'tourner sur l'marché du travail aussitôt que les enfants auraient pris la routine. Mais quand j'suis allée au bien-être social, j'avais un pincement au cœur parce que déjà là y nous attaquait sur notre... sur notre vie (Emy : 3)

Pour ces femmes, la rupture avec leur conjoint est la source de leur situation de non-travail. Certaines de ces répondantes ne possédaient pas d'emploi et s'occupaient des enfants et des travaux domestiques. Elles étaient dépendantes financièrement de leur conjoint. D'autres occupaient un emploi qui ne rapportait pas suffisamment pour répondre à la totalité de leurs besoins et de ceux de leurs enfants. Dans l'une ou l'autre de ces situations, l'absence ou l'insuffisance d'un revenu engendré par la séparation a conduit ces personnes vers l'assistance sociale.

4.1.2 Les problèmes de santé mentale

Pour la majorité des répondants (18/28), la rupture au marché du travail est expliquée par l'apparition de la maladie mentale : « *J'ai été à l'aide sociale parce que j'ai tombé malade, c'est pour ça j'ai été sur l'aide sociale, sinon j'aurais*

jamais été sur l'aide sociale, j'aurais toujours travaillé si j'aurais pas tombé malade. » (Jacques : 17)

Dans le discours de ces dix-huit répondants, nous distinguons deux situations. Les répondants qui ont connu une hospitalisation et qui ont été empêchés de poursuivre leurs occupations professionnelles. Puis, ceux qui n'ont pas été hospitalisés, mais qui ont reçu un arrêt de travail pour maladie. Dans les deux situations, l'apparition de la maladie a causé une interruption des activités quotidiennes et a conduit à la situation de non-travail. La situation de Mathieu et de Daphnée explique bien cette situation :

Pis là un moment donné j'avais une shop, j'avais une blonde, j'avais un associé, pis ça a commencé à marcher, mais j'm'étais brûlé à travailler sept jours/semaine pis 12 heures par jour, pis ma blonde est partie pis l'associé est parti, tout l'monde est parti, pis là j'me suis r'trouvé que j'ai fait une grosse dépression, doublée d'un burn-out pis j'ai passé six mois à l'hôpital [...] (Mathieu : 2)

Ainsi, l'incapacité de poursuivre ses activités professionnelles temporairement ont empêché la personne d'obtenir un revenu. En conséquence, ces répondants ont dû se tourner vers des prestations sociales. La plupart des répondants ont d'abord reçu des prestations d'assurance chômage pour maladie. Lorsque ces prestations ont été épuisées, ils ont dû se tourner vers l'assistance sociale :

Ben j'avais jamais été sur l'aide sociale par contre, là, et puis on m'a d'mandé... j'ai été en dépression, j'ai été en hospitalisation et puis là... ben là mon chômage est fini, faudrait j'me cherche une job. T'es pas apte à aller, tu peux pas, mais j'ai dit «écoute, j'ai deux enfants moi là, là», j'ai fait suivre, fait qu'y m'ont dit «bon ben on va faire une demande d'aide sociale. Pis là j'voulais pas, j'tais révoltée, parce que j'me disais ben j'ai jamais été sur ça pis j'me suis tout l'temps débattue à travailler, pis à gagner mon argent, fait que... Là y m'ont fait comprendre qu'y fallait qu'j'la fasse, fait que j'ai fait la d'mande de l'aide sociale [...] (Daphnée : 1)

Comme le démontrent les propos de Daphnée, c'est bien à contrecœur et par l'absence d'autres choix que les répondants ont demandé des prestations d'assistance sociale.

Pour les autres qui n'ont pas connu d'hospitalisation, la rupture est expliquée par l'arrêt de travail pour des raisons de maladie. Dany espérait une promotion et ne voulait pas laisser sa place même s'il souffrait d'une dépression. Il avait consulté un médecin et avait pris la décision de poursuivre ses activités professionnelles. Après un certain temps, Dany a dû se résoudre à prendre un congé maladie et d'arrêter ses activités. Durant cette période, il a reçu des prestations de chômage. À la fin de celles-ci, Dany devait prolonger son arrêt de travail et a dû se tourner vers des prestations d'aide sociale.

Pour ces répondants, l'apparition de la maladie est un évènement crucial qui a eu des conséquences importantes dans leur vie. Pour Maude, l'apparition de la maladie mentale est non seulement la raison de sa situation de non-travail, mais elle est aussi celle qui a handicapée son futur.

J'ai été malade à l'école pis tout l'monde m'ont vue qu'j'étais malade; moi j'me suis dit si je r'tourne à l'école, y vont me r'garder d'même pis depuis c'temps-là que ça a été fini. Si j'aurais pas été malade, j'aurais sûrement fait de quoi d'bon dans vie. (Maude : 34)

4.1.3 La perte d'emploi

Finalement, pour six répondants (6/28), la rupture au marché du travail est expliquée par la perte de leur travail :

So, they laid me off, and when they laid me off I went on to unemployment for a year, I was collecting unemployment for one year and I was looking for work. I was given references, I made a few resumés, and what happened was, I didn't find any work. I was looking for restaurant work, whatever work I was experienced in I was looking for. And I didn't find any work so I started getting depressed,

you know. So I sold my car back to the dealer and I ended up paying the balance to the bank, you know, to clear up my name, you know, for my files. And so what I did after that I went and applied for welfare. (Chris : 4)

Comme Chris, certains ont bénéficié de prestations d'assurance chômage. Étant toujours sans emploi à la fin de ces prestations, ils ont dû effectuer une demande d'assistance sociale. D'autres qui n'ont pu se qualifier pour l'assurance chômage, ont dû faire une demande directement à l'assistance sociale.

En somme, la situation de non-travail des personnes interviewées est expliquée par trois événements principaux soit l'apparition d'une maladie mentale, la perte d'emploi et la séparation conjugale. Quelle que soit l'origine de la rupture, nous constatons que l'absence d'un revenu lié à un emploi salarié a amené ces personnes à recourir à des prestations d'assistance sociale à contrecœur : « *Moi j'pas fière d'être là-dessus. J'suis là-dessus parce que j'ai pas l'choix, là, je l'serai pendant j'sais pas combien d'temps encore, je sais pas.* (Maude : 9). Pour ces personnes, ce recours devenait la seule option envisageable pour éviter de se retrouver dans la rue et pour leur permettre de subvenir minimalement à leurs besoins : « *Mais j'avais un problème psychologique pis fallait qu'j'prenne des repos, j'avais pas d'revenu, fait qu'le bien-être c'tait ma seule option.* » (Jonathan : 7) Nous discuterons maintenant des impacts de cette rupture et plus spécifiquement de ses effets sur le plan identitaire.

4.2 Désorganisation de l'identité

Tel que traité dans la littérature sur les répercussions de l'expérience de non-travail (Desmarais et coll. : 1985; Lebeau et coll. : 1987a ; 1987b; Burman : 1988) le discours des répondants démontre que la rupture au marché du travail a de nombreuses conséquences négatives qui entraînent un bouleversement de la vie quotidienne et qui a une incidence sur le plan identitaire.

4.2.1 Désorganisation économique

Une de premières conséquences importantes observées et nommées par les répondants est le changement de revenu. Jonathan explique que la rupture avec le marché du travail a été une expérience extrêmement difficile et que la perte de revenu occasionnée par cette transition a apporté des changements sur son mode de vie :

Fait que j'ai tombé sur l bien-être, j me suis fait connaître du bien-être pis c'tait une expérience traumatisante. M'as vous dire, vraiment traumatisante, c'est pas évident pour un homme qui gagnait 400 piasses par semaine dans les années 60, tomber sur l bien-être, là, c't'un changement d mode de vie drastique. J me suis accommodé. (Jonathan : 2)

Le fait de se retrouver sans travail, dans une situation économique précaire a eu un effet d'entraînement qui a obligé les répondants à modifier leurs habitudes de vie ainsi que leur consommation. Les répondants ont abordé les changements qu'ils ont effectués dans leur alimentation, l'habillement, l'habitation, les loisirs ainsi que sur leurs déplacements limitant considérablement leur intégration sociale.

Concernant l'alimentation, les répondants ont nommé avoir fait des modifications au niveau de leur consommation. Par exemple, Victoria dit avoir modifié sa façon d'acheter les aliments. Elle explique qu'elle privilégie maintenant l'achat de marques maison: « *And I used to buy all the brand names, but now I buy the Metro products, and I save a lot of money that way.* » Elle mentionne aussi avoir diminué la consommation de certains aliments plus dispendieux comme la viande : « *And I don't eat as much meat as I used to.* (Victoria : 16) ». D'autres répondants ont mentionné qu'ils gèrent leur consommation alimentaire différemment. Par exemple, Juliette et Jacques expliquent qu'ils mangent un repas par jour au lieu de trois. Quant à Samuel, il mentionne devoir omettre un repas par jour et de ne plus pouvoir acheter de la viande : « *I only eat two meals*

a day, I can't afford to eat lunch. [...] I can't afford to buy meat all the time, I have to go vegetarian, so, it's hard. It's very hard. » (Samuel : 2).

À propos de l'habillement, les répondants ont discuté des modifications dans l'achat de leurs vêtements. Le budget limité les amène, principalement, à acheter des vêtements à rabais ou de seconde main.

Tu vas aller à la vente d'église, t'sais, tu vas aller payer ton linge 10 cents, 5 cents, là, t'sais, c'est... ça joue un peu sur ton orgueil, là, parce que tu t'dis est-ce que j'vas être capable de prendre un vêtement qui appartient à n'importe qui d'autre, de payer 5 cents pis d'le prendre, j'vas avoir l'air de quoi, là, t'sais. (Sophie : 31)

Cette citation exprime bien la difficulté vécue par certains répondants d'en arriver à acheter des vêtements usagés. Cette situation heurte la fierté de l'individu ainsi que son image personnelle. La situation financière précaire amène l'individu à adopter un style vestimentaire différent de celui qu'il connaissait avant la rupture au marché du travail et différent de celui des autres. D'ailleurs, Emy mentionne que le style vestimentaire des personnes sans emploi se démarque de celles qui sont sur le marché du travail :

Déjà les personnes qui travaillent avec les personnes qui travaillent pas, qui sont sur l bien-être social ou l'assurance-chômage, y a une maudite façon de se vêtir qui fait la différence pis ça s'remarque, ça s'remarque ben gros. (Emy : 20)

Ainsi, le faible revenu empêche les répondants de s'habiller « normalement » ce qui les différencie d'avec les personnes qui travaillent.

Le changement de revenu entraîne aussi des conséquences sur l'habitation. Pour certains, la baisse de revenu a impliqué un déménagement. Emy, qui habitait auparavant un appartement 5½ partage maintenant un appartement 3½ avec son fils.

[...] j'aime pas ça, mais je l'ai pris parce que c'était ça qui s'prêtait à moi... j'prends les moyens que j'ai pour moyenner, c'est tout simplement ça, j'peux pas prendre aucune autre affaire. Si j'ai pris icitte, c'est parce qu'y avait pas aucune autre place qui pouvait arriver mieux qu'ça pour moi [...] (Emy : 19)

Pour Emy, ce changement de logement a eu un impact sur l'espace personnel. Depuis le déménagement, il n'est plus possible que chacun aient une pièce privée. De même, le manque d'espace réduit les possibilités de pouvoir recevoir des invités.

Les restrictions budgétaires affectent aussi les loisirs des personnes. « *Pis les sorties, j'peux pas sortir parce que je sais que j'en ai pas d'argent sur l'bien-être social, je l'sais que j'en ai pas.* » (Jacques : 41). Ces personnes sont non seulement limitées dans leurs activités récréatives dû à des raisons économiques, mais elles le sont aussi par le coût lié au déplacement. Seulement deux répondants ont mentionné posséder une automobile. Comme l'explique Daphnée, les changements de revenus l'ont amené à changer ses habitudes de déplacements et à devoir établir des limites à sa fille :

Avant j'avais pas besoin de m'priver pis dire bon ben O.K., elle voulait avoir ça, elle l'avait, ou t'sais, j'faisais quand même une vie... T'sais, tandis que là, bon ben t'sais j'suis capable de pas sortir pour pas prendre l'auto pour pas prendre du gaz. Avant j'la charriais ma fille en auto, là, ça m'dérangeait pas, j'allais les porter n'importe où, tandis que là, moi, aujourd'hui, j'suis obligée d'leur dire «ben mon char marche pas à l'eau». T'sais, bon, ça paraît pas, mais t'sais quand t'es habitué que t'as tes habitudes, y a des habitudes que faut tu lâches quand tu tombes sur l'aide sociale [...] (Daphnée : 10)

Le coût rattaché au déplacement amène les répondants à utiliser d'autres façons de se déplacer tels que marcher ou encore se déplacer en bicyclette. Ainsi, cette situation engendre des restrictions dans leurs sorties qui a du coup un impact dans leurs relations sociales et joue un rôle dans l'isolement de ces personnes.

Deux répondants, Isabelle et Martin, ayant immigré au Canada depuis plusieurs années, ont souligné que le faible revenu accordé par l'assistance sociale ne leur permet pas d'aller visiter leur famille dans leur pays d'origine. Par exemple, Martin raconte qu'il n'a pu se rendre dans sa famille à la suite du décès de son père : « [...] *my father die last year, they write me a letter, but I don't have money to go. I like to go there to see my family, because my father die. I no have nobody now.* (Martin : 3) »

La rupture au marché du travail a un impact économique très important qui oblige la personne à modifier ses habitudes de vie. Chris souligne bien ce changement : « *When I was working, I was saving my money, I had my car, I would go to places, I had my girlfriend, we would go to beaches. My life was full. Now my life is not full anymore, it feels kind of empty.* (Chris : 16) » Les répondants ont dû, comme Chris, renoncer à différentes choses auxquelles ils tenaient. Dans sa situation, Chris a dû vendre son automobile, ne pouvait plus mettre de l'argent de côté et faire des activités qu'ils désiraient. Ainsi, l'impact économique lié à la perte d'emploi a des répercussions très importantes. Il se répercute sur toutes les facettes de la vie courante. Il ne permet plus à l'individu de maintenir le même style de vie. Comme le souligne Daphné : « *Tout à changé au complet, j'peux pu me permettre qu'est-ce que j'me permettait avant. Là, aujourd'hui, si mon set de cuisine brise, j'peux pas me permettre d'aller en acheter un autre. Tandis qu'avant y'avait pas besoin d'être brisé, je le changeais [...]* (Daphnée : 12). Ce qui entraîne une rupture avec le rôle de consommateur, une dilapidation des biens, de l'insécurité financière et la conscience de ne plus être le même et d'être différent des autres.

4.2.2 Désorganisation du tissu social

Nous avons aussi constaté que la situation financière précaire a un impact sur le tissu social des répondants. En effet, les difficultés de se déplacer ou de participer à des espaces sociaux contribuent à éloigner les répondants de leurs proches. Par exemple, pour Samuel, la perte de revenu a contribué à créer un

fossé avec ses amis. Il explique qu'il ne peut plus suivre le même rythme qu'eux : « *I can't afford to go out, they are both working and I can't afford to go out with them, you know* (Samuel : 4) ». Dans le même ordre d'idée, Victoria explique que depuis qu'elle bénéficie de l'assistance sociale, elle a dû faire le deuil de ses amitiés :

They were all, prior to being laid off at the job I was working at XX, I was making very good money. They were all making very good money at that time. Now they all own their own homes, they have two cars, are starting to have children now. So, we are, I live in a 2 1/2, I have a child, I cannot go out for lunch once a week with my friends. I can't afford a babysitter. So, my friends, they are in the past. I do have new friends and most of them I met through church, they are unemployed themselves, so it is not an issue of going out for lunch once a week. We get together for coffee, have a chat, and go to church. (Victoria : 4)

Le discours de Victoria met en lumière une rupture avec son réseau d'amis initial mais aussi le développement d'un nouveau réseau avec des gens « semblables » qui éprouvent les mêmes difficultés. Par contre, pour d'autres personnes, la perte des relations se solde par de l'isolement social :

Like, I had two best girlfriends and when I went on welfare they stopped having anything to do with me. And like right now, except for my boyfriend, I don't talk to anybody all week. (Claudette : 6)

De plus, la rupture au marché du travail affecte aussi le tissu social par les restrictions de déplacement, la difficulté voire même l'impossibilité d'inviter à souper ou encore de participer à des sorties avec les pairs d'autrefois créant une distance de plus en plus grande avec l'entourage et dans certaines situations se terminant par la rupture de liens sociaux. Les répondants se retrouvent davantage seuls et coupés de nombreux espaces de sociabilité. Des répondants ont aussi nommé que leur situation économique rend plus difficile la possibilité de retisser de nouvelles relations. Par exemple, Jean exprime sa frustration de ne pas avoir assez d'argent pour inviter des femmes : [...] *j'suis écœuré de pas avoir une crisse de cenne, j'voudrais sortir avec quelqu'un, une fille, ne serait-ce*

que l'amener au restaurant, j'pas capable, j'ai d'la misère à m'payer un café. (Jean, client de intervenant E : 22) ». Quant à Maude, elle souligne que le fait de recevoir de l'assistance sociale produit une mauvaise impression et empêche de rencontrer des gens : *« Ça m'empêche de faire des expériences, pas des expériences, plutôt vivre, t'sais. Tu rencontres quelqu'un, t'es sur l bien-être, t'sais, ça... ça d'air moche un peu (Maude : 9). »*

En conséquence, nous avons observé que les rapports sociaux des personnes sont fortement distribués autour de « relation d'aide ». En effet, les répercussions économiques liées à la rupture au marché du travail amènent les répondants à recourir à différentes institutions pour obtenir de l'assistance qu'elle soit financière, matérielle ou psychologique. Notre analyse constate que ces rapports fragilisent l'image de soi et peut avoir une influence importante dans la reconstruction de l'identité par l'attribution d'un statut particulier « d'aidé ».

Bien que notre recherche s'intéresse précisément à la situation de non-travail, nous ne pouvons négliger que les répondants souffrent d'un trouble mental. Cette situation implique qu'ils sont régulièrement en contact avec divers intervenants spécialisés en santé mentale. Nous observons, naturellement, que le regard de ces intervenants envers les répondants s'inscrit avant tout dans un rapport clinique où ils sont perçus en tant que malades. Certains répondants ont un rapport plus fréquent avec l'institution parce que celle-ci s'occupe non seulement de l'aspect médical, mais aussi de la gestion de leur finance. C'est donc des employés de l'hôpital qui s'occupe de payer le logement, les principaux comptes des répondants et de remplir certains documents administratifs tels que le formulaire de demande d'assistance sociale ou l'envoi du certificat médical. Pour ces répondants, la prise en charge par l'institution est plus importante renforçant une image d'impotent.

À travers leurs rencontres, les intervenants peuvent rappeler aux répondants qu'ils sont des malades et qu'ils ne peuvent fonctionner normalement. Cette

désignation peut influencer la manière dont le répondant se voit. Par exemple, les propos de Daphnée illustrent bien cette situation :

[...] pendant qu'étais en thérapie, j'leur disais, bon ben, j'arrivais à mon intervenant, j'ai dit «bon, j't'allée faire des applications après-midi» ben là y m'disait «ben tu peux pas, Daphnée, là, ça donne rien parce que tu vas faire une application pour rien, tu vas travailler une couple de jours, t'es pas assez forte». T'sais, nous autres on... on s'pense forts. J'suis capable, j'suis capable. Dans l'fond t'es pas capable, t'sais. (Daphnée : 7)

Un autre élément important souligné dans la relation avec le milieu psychiatrique est l'évaluation des incapacités liées à la maladie. Selon le degré de sévérité de la maladie, les médecins émettent des rapports médicaux à l'assistance sociale qui apprécie la capacité du fonctionnement des répondants. La plupart des répondants interviewés (18/28) ont reçu une attestation médicale qui confirme leur incapacité à travailler et leur confère un statut « d'inapte » à l'assistance sociale. Dans cette catégorie administrative, les individus sont exemptés de participer à des mesures de travail ou encore à des programmes de formations. Cette certification permet d'obtenir un revenu supplémentaire. Cependant, pour les répondants qui souhaitent retourner sur le marché du travail, ils sont institutionnellement désignés comme étant inaptes au travail et sont donc, rarement sollicités pour participer à des mesures d'employabilité.

Outre les relations avec des intervenants spécialisés en santé mentale, nous avons vu précédemment que les répondants ont dû demander de l'aide financière à l'État. Les répondants ont indiqué que les relations avec les agents d'aide sociale sont particulièrement difficiles pour leur image personnelle. Par exemple, Emy relate son expérience lors de sa demande d'aide sociale qui est restée, même après quinze ans, une expérience dénigrante :

Pis toutes les questions qu'y t'pose, le bien-être social pour être sur l bien-être social, t'es aussi ben d'aller à confesse, ça va faire la même maudite affaire. T'sais, c'est... Y savent ta vie d'un bout à l'autre pis moé, je l'prends pas ça, c'est ta

*personne, t'es un individu à part entière, ta vie c'est privé ...
ça r'garde pas les gens. (Emy : 2)*

Comme Emy l'exprime, le répondant qui fait une demande d'assistance sociale doit dévoiler beaucoup d'informations sur sa vie privée pour justifier sa situation. Suivant l'ouverture du dossier, les répondants doivent fréquemment fournir des preuves confirmant leur situation précaire. Plusieurs répondants ont dit devoir soumettre leurs relevés bancaires une fois par année. Certains répondants sont blessés par cette obligation, mais s'y conforment, car ils n'ont pas d'autres choix :

*The only thing I don't like is that when you go over, you know like to go on it, and then every so often they call you in, and you have to take your bank book, and they make copies of the pages of your bank book. I don't like that, I don't like people to, I can understand why they have to do it but I don't like people knowing my business like that.
(Claudette: 5)*

Ce contrôle de l'assistance sociale instaure une relation méfiante entre les agents d'aide sociale et les bénéficiaires. La supposition, jusqu'à la preuve du contraire, que les répondants sont des abuseurs des fonds publics, froisse l'identité de ces derniers.

L'aide sociale demande aussi au bénéficiaire d'indiquer tout changement dans leur condition. Quelques années après sa demande d'assistance sociale, Victoria a été diagnostiquée d'une maladie mentale. Le rapport du médecin impliquait la modification du statut administratif :

Once I developed a mental illness I had an interview and they made me feel pretty bad. I don't know if it was because the man didn't speak very good English, but his tone, his attitude, it was like, Oh, here's another one that's going to be on welfare for the rest of her life. (Victoria : 3)

Lors de cette rencontre, Victoria s'est sentie jugée et condamnée à perpétuité par l'agent d'aide sociale.

Même si les répondants sont reconnaissants envers le système d'assistance sociale, la plupart d'entre eux ont l'impression que cette situation a des incidences sur leur identité :

Moi j'suis convaincu qu'les gens perdent leur identité sur l bien-être, [...] si au moins tu t'sens comme un être humain, y s'sentent pus comme des êtres humains, y s'sentent même pas voulus dans société, y s'sentent dégradés.
(Jonathan : 8)

Selon Jonathan, le fait d'être prestataire de l'assistance sociale a un effet négatif sur le plan identitaire, car il représente l'absence de contribution sociale « normale » reliée à un emploi. Ainsi, Jonathan se sent différent des autres et a l'impression d'être indésirable. D'ailleurs, nous reviendrons un peu plus loin dans ce chapitre sur les effets négatifs rattachés au statut d'assisté social spécialement sur la manière dont les répondants sont perçus, mais aussi traités.

Ainsi, le changement de revenu astreint les personnes à solliciter et/ou recevoir de l'aide ce qui engage les répondants dans des rapports sociaux qui modifient la manière dont elles se sentent perçues ainsi que sur la manière qu'elles se perçoivent. Dans leur expérience, plusieurs répondants ont mentionné fréquenter occasionnellement des organismes d'assistance matérielle ou de dépannage alimentaire. La plupart des répondants qui utilisent ces services vont spécifier qu'ils y ont recours malgré eux : « *A few times I had to phone St. Vincent de Paul, to get some food, to bring in some food, a few times, but not too many times. I didn't like that very much, I've still got a bit of pride left.* (Sandra : 9) ». Claudette dit faire appel aux banques alimentaires seulement en situation d'extrême nécessité : « *I have gone a few times to the food bank, when things are very tight. But they don't have very much to give you [...] I don't go out there unless I'm desperate* (Claudette: 8) ». Ainsi, l'utilisation d'organismes spécialisés tels que les banques alimentaires est, si possible, évité afin de préserver sa dignité. Devoir recourir à ses ressources constitue un indicateur supplémentaire d'être

une personne démunie, prise en charge par la société et ayant une connotation négative pour l'identité.

Les difficultés financières que rencontrent les répondants modifient aussi le type de rapports avec l'entourage. Plusieurs vont mentionner recevoir de l'aide de la part de leurs proches mais de ne pas pouvoir contribuer à la relation. En conséquence, les répondants se retrouvent dans des rapports inégaux qui leur renvoient encore une fois une image dévaluée. Par exemple, Charles explique que sa mère lui donne de la nourriture. Pour sa part, Chris reçoit des vêtements de son frère. Enfin, Sarah explique qu'ils dépendent de la générosité des parents de son mari : « *We have to, like, you know, depend on mother-in-law, father-in-law, for little gifts and things like that. (long silence).* » (Sarah : 14)

Pour Sophie, sa situation financière précaire est un aspect qui affecte ses relations avec ses proches. Cette dernière la restreint lorsqu'il est question d'offrir, de partager, d'inviter ou encore de recevoir des proches. Depuis qu'elle est sur l'aide sociale, les membres de sa famille l'invitent à souper, mais elle ne peut pas leur rendre la pareille :

[...] si t'es sur l'aide sociale, tu vis juste avec ça, tu vas avoir ton souper, ton dîner, mais tu pourras jamais inviter personne à souper, tu comprends-tu? Tu vas en avoir pour toi. T'sais, quand le bien-être y disent j'te donne 400 pour toi, t'en as assez pour toi, tu peux pas dire j'vas acheter une carte de fête à quelqu'un ou j'vas... t'sais, tu peux pas, comme j'te dis, t'en as vraiment, c'est bien calculé, t'en as vraiment juste pour toi. (Sophie : 31)

Le revenu des répondants n'est pas suffisant pour combler les besoins de base et comme l'explique Sophie, il devient difficile de pouvoir inviter leurs proches ou encore d'offrir des présents pour souligner des occasions spéciales. Les répondants se retrouvent souvent dans un rapport « à sens unique » qui est diminuant pour le soi.

Les répondants sont aussi conscients de l'écart entre leur réalité et celles de leurs proches qui les confrontent à une image sociale différente. Le discours de Chris concernant la situation sociale de son frère nous permet d'illustrer le contraste des réalités :

[...] my older brother lives a very wealthy lifestyle. He has a very wealthy lifestyle, he has a healthy lifestyle and he has got a family, he has four kids, beautiful kids, he has got a beautiful wife. They bought a house in Laval, in Chomedey Laval, and he sold it, they rent it out, a brand new house, and they are looking to buy a house with four bedrooms, with a master bedroom and all that. But they can't find that, so what they are going to do is they are going to buy the land, build the house, the way they want it, you know, and it's going to cost my brother a lot of money. He's got the money to do that, you know, he's into real estate and he has been a real estate agent for a long time, he knows a lot of people who are millionaires today, very, very wealthy people, and you know, I go to his house and he's got a big screen TV. He lives rich, you know. And I say, wow, I'd like a piece of that too, you know. (Chris : 16)

Enfin, il y a aussi des divergences de perceptions entre le répondant et des membres de leur entourage. Ces différences peuvent perturber et modifier l'identité du répondant. Par exemple, Maude n'est pas satisfaite d'être sans emploi. Lorsqu'elle exprime ses insatisfactions à des membres de sa famille, elle ne se sent pas comprise :

C'est ça, ma mère à dit toujours «Ah Maude, tu t'plains pour rien, à dit, contente-toi donc avec qu'est-ce que t'as, t'sais», ah ben... ben j'dis... parce que elle, à connaît pas ça, elle, la vie que j'vis pis à pense pas comme moi. Elle, à travaille, elle a son mari, elle a sa maison pis tout, mais à peut pas... à peut pas penser comme moi. Sa vie, elle, est fait, mais la mienne, j'la commence. (Maude : 7)

Si Maude aspire à une situation différente de ce qu'elle vit en ce moment, sa mère lui conseille plutôt de s'en accommoder. De son côté, Maude sent que la réalité de sa mère est trop différente pour qu'elle puisse comprendre ce qu'elle

vit. Si les propos de la mère de Maude semblent suggérer à sa fille d'accepter sa condition, le point de vue de la mère de Chris suggère qu'il ne devrait pas être sur l'assistance sociale :

[...] she wants me to get off welfare right now, she wants me to go back to work. [...] she tells me, you know, why should you depend on one cheque per month, while you could be working and getting a cheque every week? And she also, because I haven't been working steady, I haven't had a steady job for years now and it's a long time, and she tells me I should be working, keeping myself occupied, having something to look forward to when you wake up, and not being lazy or anything like that, you know. (Chris : 8)

Dans cette situation, les perceptions de sa mère lui renvoient l'image d'une personne paresseuse, à la charge des autres qui pourrait et devrait travailler. De plus, ces propos renforcent la centralité du travail dans la société. Travailler devient l'activité principale pour organiser son quotidien, se tenir occuper et donner un sens à la vie. Dans ce sens, l'absence d'un emploi est associée à une image dévalorisée qui peut affecter la manière dont la personne se perçoit.

Ainsi, non seulement la rupture avec le marché du travail affecte la consommation quotidienne, l'habitation, le style de vie, mais elle affecte le tissu social. La situation de non-travail contribue à étioiler les relations sociales. Elle participe aussi à le réaménager avec des rapports sociaux « aidé-aidant ». Ces rapports réfléchissent aux répondants leurs différences d'avec les autres.

4.2.3 Désorganisation du statut social

Un autre impact observé dans le discours des répondants concerne la perte et la modification du statut social lié à la rupture au marché du travail. Par exemple, Sophie explique que le passage à la situation de non-travail a eu un impact sur son statut :

T'sais, c'est vraiment, j'dirais, une claque de changer, là, de c'niveau-là qui est normal, d'après moi, pis là tu changes du

niveau qui a rien en avant d'toi, là. Ça c'est vraiment... ça c'est dur à accepter un peu, là. Tu changes vraiment de statut, là. T'sais, d'habitude changer d'statut plus haut, ça va, mais de plus bas, là, c'est... c'est difficile (Sophie 31)

La perte de statut relié au travail est vécue douloureusement comme un déclassement social. De plus, cette situation est perçue comme une diminution de sa valeur personnelle dans la société, où certains se sentent comme « *un trou de cul* (Charles: 57)» ou encore un « *déchet de la société* (Jacques : 37) ».

Les répondants ont aussi nommé que le fait de bénéficier d'assistance sociale appose un statut social particulier : « *But the one thing I think is very difficult is the stigma, you know. You are a welfare recipient* (Claudette : 7)». Le statut d'assisté social est porteur d'une lourde connotation négative et est stigmatisant. Même si le statut n'est pas voyant, comme Camille le mentionne, il a un effet insidieux sur la manière dont la personne se sent : « *Mais on se sent toujours un peu à part ... même si les autres le savent pas, on se sent quand même à part* (Camille : 8).»

Puis, pour d'autres répondants, ils sentent que les autres les perçoivent comme des « *paresseux* » qui ne veulent pas travailler (Charles : 9 et Samuel : 3) ou encore comme des « *fraudeurs* » qui abusent du système (Mathieu : 3). Ainsi, ils sont confrontés à des perceptions négatives qui entachent et affectent l'image qu'ils ont d'eux-mêmes.

Les répondants ont aussi partagé des expériences dans lesquelles ils se sont sentis disqualifiés, dévalorisés et discriminés parce qu'ils recevaient des prestations d'assistance sociale. À titre d'exemple, Camille et Claudette expliquent qu'elles ont rencontré des difficultés lors de leur recherche de logement parce qu'elles bénéficiaient de l'aide sociale. Camille raconte qu'elle a dû demander à son conjoint d'endosser le bail parce que son propriétaire s'inquiétait de sa solvabilité :

Ben aussitôt qu'tu dis qu't'es sur l'bien-être, les propriétaires sont sur leurs gardes, tout ça. [...] j'ai donné ma référence du propriétaire que j'avais avant, ça, ça m'a aidée. Mais si j'aurais pas eu d'avant... Quand j'suis partie, y a fallu qu'ça soit mon mari qui endosse mon bail. (Camille : 39)

Pour sa part, Claudette évoque les difficultés qu'elle a eues de trouver un logement dans son quartier :

When I went on welfare I phoned every apartment complex around here because my son wanted to stay here. [...] and the only person I could find that would rent to welfare recipients was the owner of these buildings. All the others said no, we don't rent to welfare recipients. (Claudette : 1)

Les attitudes des propriétaires sous-entendent que les prestataires sont de mauvais payeurs, renvoient une image négative aux répondants qui peut affecter la manière dont ces derniers se perçoivent.

Outre les relations avec les propriétaires, les répondants relatent les propos désobligeants ou les regards condescendants de la part de différents individus. Que ce soit à la banque, au dépanneur, à l'épicerie ou dans les restaurants, le regard des autres affecte l'identité personnelle de ces personnes. Selon Samuel, Sophie et Sarah, le fait de bénéficier d'assistance sociale leur attribue une identité péjorative. Sarah explique qu'elle sent que les autres regardent sa famille d'une manière méprisante et les considèrent comme des êtres inutiles parce qu'elle bénéficie de prestations d'aide sociale: « *Yeah, they look down on us 'cause we are on social welfare. You know, they think we are useless people. (Sarah : 15)* ». Pour sa part, Sophie se sent perçue comme un fardeau économique pour la société :

[...] Moi, j'vas t'dire, j'ai d'la misère d'être sur l'aide sociale avec la... les gens de l'extérieur, là, t'sais, d'aller à banque pis changer mon chèque, j'suis pas à l'aise du tout, parce que j'te dirais qu'y a la moitié d'la population qui comprennent pas, pis y a l'autre moitié qui comprennent aussi, là, mais les gens y te r'gardent vraiment d'travers parce que c'que les gens disent c'est la moitié d'leur paye

qui donnent pour les gens qui veulent pas travailler, tout ça, fait qu'le côté social dehors, là, avec les gens, c'est pas plaisant non plus. Tu vas à banque, tout l'monde te r'garde, surtout qu't'as ton chèque le premier, en même temps qu'tous les autres, là, c'côté-là non plus c'pas intéressant vraiment. (Sophie : 7)

Quant à Samuel, il se sent mal à l'aise de dire qu'il reçoit de l'assistance sociale. Selon lui, la société juge l'individu à partir de ses revenus. Puisqu'il reçoit des prestations d'assistance sociale, il croit qu'il sera perçu par les autres comme un paresseux et un bon à rien :

I mean, we are living in a society where people judge you by the amount of money that you have and when you are on welfare you don't like to tell people that because people judge you. They'll say well, he's a lazy welfare bum, or he can't find a job. But I've looked for a job and I can't find any. (Samuel : 3)

Si les répondants se sentent perçus différemment dû à leur situation de non-emploi, les propos des autres confirment les sentiments véhiculés à leur égard. En effet, Charles raconte qu'un inconnu s'est adressé à lui d'une façon particulièrement désobligeante: «*j'tais juste assis sur l'coin icitte, y dit : Tu travailles pas, crisse de paresseux*» (Charles : 9). Des commentaires de ce genre sont particulièrement dévalorisants et culpabilisants. Ils renvoient aux répondants qu'il n'est pas acceptable socialement d'être sans emploi et qu'ils sont perçus comme des « personnes paresseuses » qui ne veulent pas travailler. Pourtant, nous le verrons dans le prochain chapitre, la majorité des répondants désirent obtenir un emploi et apporter leur contribution à la société. Cependant, ils rencontrent de nombreux obstacles qui les maintiennent dans une situation de non-travail. En conséquence, cette image péjorative peut altérer l'image qu'ils ont d'eux-mêmes.

À d'autres moments, les répondants ont exprimé avoir reçu un traitement différent des autres. À titre d'exemple, Claudette raconte une situation qu'elle a vécue suivant la réception d'une facture élevée. Lorsqu'elle a contacté la compagnie pour obtenir des explications sur sa consommation énergétique, elle s'est sentie traitée différemment dû à sa situation sociale : «*But I think there again, when they know you're on welfare they treat you differently* (Claudette: 9).»

Pour sa part, Samuel explique qu'il se sent coupable d'aller au cinéma de temps en temps. Il a l'impression qu'il ne peut dépenser ses prestations comme il le souhaite. Lorsqu'il le fait, il appréhende le regard des autres et se sent coupable :

I feel guilty when I go to a movie. Yeah. I feel guilty, I mean I don't tell them I'm on welfare or anything, but I say to myself, well, I'm using my money from the bank, from my savings, and I, like, I'm sure there are people out there who would say, What are you doing going to a movie? You're on welfare, you should be looking for a job, or you should be staying home, you know. (Samuel : 20)

L'image dévalorisante associée aux prestataires d'assistance sociale est très pénible pour les répondants. Certains ont mentionné leur désir de ne pas être identifié comme bénéficiaire d'assistance sociale. Par exemple, pour éviter d'être identifié en tant que tel, Daphnée a changé de pharmacie: [...] *ça fait des années et des années que j'vas là, là, t'sais, mais justement ça fait trop longtemps que j'y vas, j'suis trop connue, fait que j'pas pour montrer que j'ai une carte d'aide sociale. (Daphnée : 9)»*

Quant à Maude, elle désire se dissocier des autres personnes recevant de l'assistance sociale. Elle réside dans une habitation à logement modique, qui offre du support financier aux personnes à faible revenu. Elle partage un immeuble dans lequel demeurent d'autres prestataires d'assistance sociale. Elle explique qu'elle a de la difficulté avec le comportement du voisinage et qu'elle ne s'identifie pas à celui-ci :

C'pas qu'j'aime pas l'entourage... Ben, c'est plutôt... c'est du monde qui s'mêle pas de leurs affaires, ça check tout alentour de toi, t'sais, du bien-être social, là, tout l'monde est en bas la journée du chèque, là, pis ça attend leur chèque, t'sais, pis... J'm'occupe pas de ça, mais j'veux dire moi quand... j'descends, j'vas à boîte à malle pis après j'm'en vas, t'sais. Ça c'est toute la p'tite gagne, là, pis... Ça attend des chèques, t'sais, comme si y étaient tous heureux, là, d'être sur l bien-être social, t'sais. Moi... En

*tout cas... J'dois pas être la seule qui doit être tannée
d'être sur l bien-être. (Maude : 8)*

Ainsi, la désorganisation du statut social des répondants cause une grande souffrance identitaire. Le fait de devoir bénéficier de prestations d'aide sociale laisse une empreinte négative qui modifie la manière dont les autres les perçoivent et les accueillent dans la société. Ce regard social dévalorisant atteint et contribue à démanteler l'identité des répondants.

4.3 Conclusion : une identité en rupture

En conclusion, notre analyse soutient que la rupture au marché du travail vécue chez les personnes atteintes de troubles psychiatriques engendre une désorganisation identitaire qui cause une souffrance importante pour ces dernières. Cette désorganisation s'observe tout au long de nombreuses modifications reliées à la situation de non-travail. Dans un premier temps, nous avons situé que l'absence d'un revenu lié à un emploi rémunéré amène les répondants dans une situation de grande précarité économique qui impose de nombreuses modifications dans plusieurs aspects de la vie courante tels que l'alimentation, l'habitation, l'habillement, les déplacements ou encore les loisirs. Deuxièmement, nous avons constaté que la rupture au monde du travail bouleverse les relations sociales des répondants. D'une part, nous constatons la détérioration des relations sociales qui résulte à un plus grand isolement. D'autre part, leur situation financière précaire amène les répondants à chercher de l'assistance qu'elle soit financière ou encore matérielle. Ainsi, la plupart de leurs relations se retrouvent marquées par des rapports inégaux où ils se retrouvent en tant que personnes aidées. Enfin, la rupture au marché du travail désorganise le statut social des répondants. Le statut de prestataire d'assistance sociale influence négativement l'image que les autres ont des répondants. Ces derniers ont exprimé se sentir perçus comme des « personnes paresseuses » qui ne veulent pas travailler. Pourtant, la majorité des répondants souhaitent retourner sur le marché du travail. Ainsi, l'identité des personnes atteintes de troubles

mentaux se retrouve donc en rupture entre ce qu'elles étaient, ce qu'elles souhaitent être et la manière dont elles sont perçues par les autres.

Ainsi, la rupture au marché du travail entraîne une désorganisation de la vie quotidienne qui se répercute sur le plan identitaire. Tout au long des bouleversements vécus, les répondants perdent des repères identitaires. De plus, ils se sentent perçus différemment par les autres contribuant à effriter leur image personnelle et sociale. Il résulte donc d'une rupture identitaire importante.

Dans le chapitre suivant, nous explorerons le processus de reconstruction identitaire de ces personnes. Nous pourrions voir que la plupart de ces personnes poursuivent une reconstruction identitaire en continuité avec le marché du travail tandis qu'une minorité se retrouve à ajuster leurs aspirations et à reconstruire leur identité en rupture avec le marché du travail.

Chapitre V – Reconstruction identitaire des personnes atteintes de troubles mentaux.

Dans ce chapitre, nous discutons du processus de reconstruction identitaire chez les personnes atteintes de troubles mentaux. Cette reconstruction est analysée à partir du cadre théorique présenté au chapitre 2. La reconstruction identitaire est donc étudiée à partir de la manière dont les répondants se définissent ainsi que de la manière dont les intervenants, œuvrant auprès de personnes atteintes d'une maladie mentale, les perçoivent. La juxtaposition de ces points de vue permet d'observer la reconstruction de formes identitaires problématique chez les personnes atteintes de troubles mentaux.

5.1 Forme identitaire I : Aspirations en continuité avec le marché du travail ?

Plusieurs auteurs mentionnent que la majorité des personnes atteintes de troubles mentaux sévères et persistants veulent obtenir un emploi (Rebeiro : 1999; Lauzon et Lecomte : 2002, Becker et Drake : 1994). Pour ces personnes, le travail constitue l'activité sociale la plus valorisante puisqu'elle permet d'améliorer leur condition économique, de se réaliser ainsi que de se sentir valorisé (Dufresne : 2004). De plus, le travail permet à ces personnes de se percevoir positivement en tant que personne normale (Van Dongen : 1996 ; Kirsh : 2000 ; Auerbach et Richardson : 2005 ; Pettie et Triolo : 1999 ; Marroni et Golowaka : 1999 ; Kahng et Mowbray : 2005).

Notre analyse démontre que la majorité des personnes atteintes de troubles mentaux de cette recherche désirent retourner sur le marché du travail (soit 20/28 répondants ainsi que 11/18 clients des intervenants). Même si ces personnes sont conscientes que leur maladie constitue un obstacle pour obtenir et maintenir un emploi, elles souhaitent tout de même travailler : « *Je suis malade, mais j'aimerais travailler pareil. C'est mieux travailler. (Long silence.)* (Isabelle : 32) ».

En fait, le travail est perçu comme la clef de voute qui leur permettrait d'être indépendants financièrement, de se réaliser, de pouvoir réaliser d'autres rêves et d'autres projets. Les répondants considèrent que le travail est une activité essentielle permettant de réaliser d'autres aspirations telles que de sortir du système de l'aide sociale et de vivre une vie normale : « *Moi j'ai hâte de recommencer à travailler parce que l'aide sociale c'est insuffisant pour vivre normalement une vie [...]* (Sophie : 1) ». Un emploi leur permettrait aussi de se sentir comme tout le monde, de pouvoir acheter une maison, une auto ou encore de fonder une famille :

I would like a home. And a family, if not a family, then a home, I would like to have a house, and to have a girlfriend, or to be married. And if we're not ready for kids that's fine, you know, that's OK you know. But that's what I would like, and a nice job you know. And a car, not an expensive car but a nice car, you know, to get around in. (Chris : 17)

De plus, les répondants considèrent que l'obtention d'un emploi leur permettrait d'être semblable aux autres et de se sentir normal : « *C'est juste parce que j'aurais aimé faire une vie comme tout l'monde, partir pis aller travailler, pis avoir un salaire, pis m'acheter du linge comme que j'veux pis avoir un peu d'lousse.* (Maude : 22) ». Pour d'autres, l'obtention d'un emploi constitue une source de revenus qui octroierait une sécurité et une autonomie financière : « *But I would like to have a job. I want to have a job, so I can go on with my life, you know, and have a little money in the bank, because we don't know what is gonna happen tomorrow, like I would like to go on a little holiday.* (Sarah : 13) ».

Quoique la majorité des personnes atteintes d'une maladie psychiatrique aspirent à obtenir un emploi, nous constatons que les membres de leurs entourages ont des réserves envers les projets souhaités. Notamment, le discours des intervenants met davantage l'accent sur les limites de leur client qui rend la réalisation de leur projet difficile. Dans ce contexte, cette reconnaissance mitigée envers l'identité revendiquée nous amène à regrouper la majorité des personnes atteintes de troubles mentaux dans la forme identitaire suivante.

5.2 Forme identitaire II : Aspirations en continuité avec le marché du travail et reconnaissance mitigée

La majorité des personnes atteintes d'un trouble psychiatrique de cette recherche veulent obtenir un emploi, sortir de l'aide sociale et vivre une vie normale. Ces répondants qui désirent réintégrer le marché du travail mettent en place diverses actions pour y parvenir ou encore discutent des démarches qu'ils ont l'intention d'entreprendre pour y arriver. Malheureusement, les aspirations manifestées par ces personnes sont souvent discréditées et invalidées par les autres. Conséquemment, la majorité d'entre elles se retrouvent sous cette forme identitaire.

Les répondants qui veulent obtenir un emploi se démarquent particulièrement par la mise en place d'actions pour atteindre leur but. Certains répondants s'impliquent bénévolement pour obtenir de l'expérience de travail, bonifier leur curriculum vitae et leur permettre d'augmenter leurs chances de se trouver un emploi : « [...] *I can't find a job, so I do volunteer job, for, if in case, she needs somebody, that I will be, because I will know the work, the ladies there and everywhere, so maybe I stand a better chance.* (Sarah : 12) » D'autres répondants utilisent ou ont l'intention de participer à un programme de réinsertion professionnelle offert par l'assistance sociale. Ces mesures offrent aux répondants un contrat de travail qui leur permet de développer des habiletés professionnelles, d'acquérir de l'expérience de travail et d'obtenir une somme supplémentaire sur leur prestation. Par exemple, Jolène explique qu'elle participe à cette mesure en tant que tremplin vers un emploi compétitif à temps plein : « *Là maintenant ça va bien, j'travaille 20 heures par semaine à l'atelier pis après ça, l'année prochaine, Madame X est censée m'aider à trouver un vrai emploi à temps plein, dans une usine* (Jolène : 3) ». Finalement, certains répondants vont viser un retour aux études pour accéder à une carrière. Par exemple, Sophie souhaite obtenir un diplôme d'études professionnelles pour obtenir un emploi en tant que préposée aux bénéficiaires : « [...] *moi j'veux m'en aller préposée, ça a toujours été mon rêve.* (Sophie : 41) ». Pour sa part, Dany désire suivre un cours de

charpenterie menuiserie. Cette formation lui permettrait de démarrer son entreprise, d'obtenir une rémunération et de réaliser son rêve, celui de bâtir sa propre maison : « *J'rêve de construire ma maison depuis une vingtaine d'années [...] (Dany : 31)*

Malgré le fait que la majorité des répondants désirent un emploi, ils sont aussi conscients des obstacles qui les guettent pour obtenir et maintenir un travail. Certains vont nommer leur âge, leur manque d'éducation ou encore leur langue. Pour Claudette, ces trois aspects sont des obstacles importants à un retour au marché du travail : « *But I never expected it to be for this long, you know. And each year that goes by, like I'll be fifty-two in January, my chances of getting a job just get slimmer and slimmer. You know, because I'm not bilingual, I know a little bit about computers but not enough, so. (Claudette : 4).* »

Pour d'autres, le niveau de scolarisation pose un problème important. Par exemple, Josée aimerait obtenir un emploi, mais ses études secondaires ne sont pas terminées. Pour elle, le faible niveau d'éducation constitue un obstacle important pour décrocher un emploi convenable : « *Me, I would like to work, but who is going to give me high wages with the education I have? Nobody. So, that's why I'm on welfare and I guess I'll stay on it until I die. (Josée : 2)* ».

Certains répondants vont discuter de la situation du marché du travail. Par exemple, Samuel s'inquiète des changements technologiques, car il n'a pas de connaissances informatiques :

The economy is changing, it is going to a very technical, very computer oriented job market and I don't have computer skills. And, so that is another thing I'm worried about, I don't have computer skills, I am not very marketable, you know. Like I was looking in Saturday's paper for a job and it's very, very technical, very computer oriented, and it has got me very worried, the way things are going, you know. Because my degree, like when I was doing my degree no one did computers, now everything is going to computers and I feel I might be unemployed for a very long time. (Samuel : 6)

Quant à lui, Jacques souligne la rareté des emplois disponibles : « *La crise d'aide sociale, j'suis tanné de ça, j'veux débarquer là-dessus, j'aime mieux travailler à temps plein, mais y faut j'm'en trouve une job, mais c'pas facile trouver une job, y en a pas d'ouvrage, ostie, y en a pas.* » (Jacques : 18). Isabelle aussi souligne que le marché du travail n'est plus le même : « *Auparavant c'était plus facile de travailler, mais maintenant c'est pas facile de trouver des emplois* (Isabelle : 9).» Enfin, Ginette se préoccupe des conditions salariales. En tant que chef de famille monoparentale, elle souhaite obtenir un emploi, mais elle ne veut pas travailler au salaire minimum qui serait insuffisant pour subvenir aux besoins de ses filles : « *Ben là j'veux pas aller travailler à six piastres de l'heure non plus, t'sais, j'vas arriver en dessous avec deux grandes filles* (Ginette : 3)».

En plus de ces difficultés, les répondants sont atteints d'une maladie mentale qui entraîne des obstacles additionnels. Par exemple, Jacques souhaite obtenir un emploi, mais il explique qu'il préfère attendre de se sentir mieux : « *Mais pour le moment j'cherche pas, là, mais avec le temps, met que ma maladie soit guérie, parce que moi j'entends des voix dans ma tête, j'suis schizophrène.* (Jacques : 5)» D'autres répondants vont parler des obstacles liés à leur médication. Pour plusieurs répondants tels que Samuel, Emy ou encore Sarah, ce sont les effets secondaires des médicaments qui constituent un obstacle au travail : « *And when you take medication, you cannot work because medication makes you slow completely and you feel like, you know, how should I say it? You feel like you can't do nothing with those medication. They slow you down completely [...]* (Sarah :1).

Des répondants ont aussi abordé les limites qu'entraîne la maladie mentale. Dans sa situation, Sarah doit viser des emplois qui sont moins stressants pour éviter de faire une rechute :

You know, not very stressful jobs but that we feel important about ourselves, that we have a contribution, you know, we make a contribution to all, our things, you know, that we are not dependent on other people. You know, welfare, it's

because we depend on them. Like we would like to be independent but have jobs that are not very stressful because mentally-sick people, when they have too much stress, they can get sick again and that makes, like going to the hospital and spending a lot of money that the taxpayers are paying, you know, and it's, one day in the hospital is a lot of money for one bed there. So we would like to avoid going to the hospital, feel good about ourselves, but we accept that we, I mean I accept that I am a little sick and I know I cannot take up the heavy jobs, but I would like to pick up a lighter job and have a pay and do my own things and have little money in the bank. (Sarah : 14)

Pour sa part, Sophie vise retourner au travail, mais elle explique qu'elle préfère prendre le temps nécessaire pour se rétablir afin d'éviter une récurrence de la maladie : « *Mais comme j'te dis, j'prends mon temps parce que j'voudrais pas r'chuter dans ma dépression [...] (Sophie : 41)* » D'autres répondants reconnaissent qu'ils ne peuvent pas maintenir un emploi à temps plein, mais qu'ils aimeraient tout de même obtenir un travail à temps partiel : « *Part-time I would like, I couldn't handle full time* » (Victoria : 26). Cependant, comme Mathieu le mentionne, même si les répondants aimeraient travailler à temps partiel, les règles administratives de l'assistance sociale ne sont pas adaptées :

Mais d'un autre côté, j'suis dans une situation que j'suis pas capable de travailler à temps plein pis d'un autre côté j'suis dans une situation que j'suis capable de travailler un peu, mais si j'travaille un peu plus, j'peux pas l'déclarer parce que j'ai pas l'droit à plus que 100 piasses ou j'sais pas comment d'piasses de plus, donc j'perds c'que j'aurais sur l'BS pis je reste tout l'temps au même niveau où j'peux pas m'en sortir. [...] J'me sens coincé par, pas pouvoir travailler un minimum pis entre le minimum de rien foutre. T'sais, j'suis coincé comme entre les deux, t'sais. Tu te r'trouves comme en sandwich entre la non-possibilité d'agir, parce que si t'agis, automatiquement, t'es checké, surveillé, réprimé, au moindre dollar que tu vas essayer d'faire de plus, t'es un fraudeur. (Mathieu : 19)

Malgré le fait que ces personnes font face à plusieurs embûches, elles aspirent toujours à obtenir un emploi. Cependant, nous constatons que le point de vue

des personnes qui les côtoient diverge considérablement. Quelques répondants ont souligné le point de vue de leur proche vis-à-vis de leur projet :

Comme mon oncle, y dit : Emy, les employeurs y attendent des jeunes femmes pis ben belles pis ben attriquées, le reste, là, y veut rien d'autre savoir, si t'es ben présentable, y dit ... t'es ben belle, mais maigris parce que t'as encore du chemin à faire. (Emy : 8)

Quant à lui, Martin mentionne le point de vue d'un ami sur sa situation :

I have a good friend, Mr. X. I tell him, me I like to have a job for the bakery. He told me : Martin I want to tell you the truth, because you, you went to school, you went to only Arabic school, you no went to English school, you no went to French school, it is difficult for you to find job here, to work. He told me that, he said, since you get accident you lose your job, you see now it is difficult for you to get job back because you lose your finger, and since you speak French little bit, and English, it is difficult for you to look for job. He tell me that. (Martin : 8)

Enfin, Sylvain évoque que le point de vue des autres ouvre la porte au doute et à la confusion: « *Well, I don't know, when I start thinking I can work and when people say that I can't I start getting all mixed up, you know one person says this and one person says that, so it gets confusing. (Sylvain : 19)* ». Ainsi, les propos véhiculés par l'entourage peuvent amener les répondants à se décourager, à remettre en question leurs propres capacités et à affecter leur motivation.

Nous observons aussi un point de vue plutôt sombre provenant des intervenants. Certains répondants ont mentionné que leurs intervenants sociaux sont clairement en désaccord avec leur projet: « *I would like to work but Mrs. X, the nurse at the hospital, she said that I am unable to work (Sylvain: 18).* » Quant à elle, Claudette explique qu'elle ne peut travailler dans le moment sous la recommandation de son médecin : « *Because the doctor said I'm not well enough to work. (Claudette : 4).* » Puis Maude mentionne: « *J'peux pas endurer d'pression, j'peux pas endurer l'stress. Le stress un peu moins que la pression,*

là, mais j'peux endurer un peu de stress, mais pas plus. Ma travailleuse communautaire, Madame X, à l'sait très bien dans quelle situation que j'suis, pis elle, à veut pas qu'j'aille travailler (Maude : 3).» Pour sa part, Dany aurait aimé participer à une formation, mais l'agent d'aide sociale juge que la situation devra être revue après sa thérapie: *« J'y en ai glissé un mot, j'ai dit admettons que j'voudrais débiter un cours, qu'est-ce qui arriverait? Y m'a dit «bon là on t'accorde le six mois pour ta thérapie, après ça on verra pour le cours (Dany : 8). »*

Les réserves émises envers les projets des personnes atteintes de troubles mentaux se retrouvent aussi dans le discours des intervenants interviewés. En effet, nous observons que les intervenants considèrent et décrivent la majorité de leurs clients comme étant des personnes gravement malades qui ne peuvent fonctionner normalement dans leur quotidien. Dans ce sens, le retour au marché du travail souhaité par certains de leurs clients n'est pas considéré comme un objectif réaliste. Cette reconnaissance mitigée vis-à-vis les projets revendiqués par les personnes atteintes de troubles mentaux est appuyée particulièrement par la sévérité de la maladie mentale, mais aussi par une accumulation d'handicaps tels que la faible scolarisation, le manque d'expérience professionnelle, l'âge, la santé physique rendant une réinsertion professionnelle impossible aux yeux des intervenants. Pour rendre compte de ces perceptions, nous présenterons cinq synopsis de clients.

5.2.1 George

George est âgé de 41 ans. Il est atteint de schizophrénie depuis une vingtaine d'années. Il a habité plusieurs années avec ses parents avant de recevoir des prestations d'aide sociale et d'occuper un logement de façon autonome. Dans les dernières années, George a travaillé dans des ateliers protégés. Il a développé un réseau d'amis et il pratique quelques activités. Au moment de l'entrevue, George travaille quelques heures par semaine dans une bibliothèque. Même si les propos de l'intervenant démontrent une progression dans sa situation, ce dernier soutient que certains aspects de la maladie empêchent un fonctionnement normal :

[...] il n'est pas capable de supporter de façon soutenue un rythme régulier, comme la question du travail. Tout c'qu'il peut faire, c'est dans un encadrement, dans un contexte bien encadré, comme dans les ateliers de réadaptation, ça il est capable de suivre, avec encore beaucoup de soutien de notre part, il faut lui dire : Y faut que tu y ailles, y faut que tu te lèves tôt, donc c'est ça ... c'est comme pour les schizophrènes en général (Intervenant A : 6)

Malgré l'évolution de George, l'intervenant est convaincu qu'il ne pourra pas obtenir un emploi sur le marché du travail régulier: « *Mais ça nous ouvre pas la voie au travail, je suis persuadée qu'il pourra jamais travailler ce garçon-là, non il pourra jamais.* » (Intervenant: 26)

5.2.2 Daniel

Daniel souffre de trouble bipolaire. Il bénéficie de l'aide sociale depuis environ trois ans. Il voudrait devenir travailleur autonome. Par contre, son intervenant considère que ses aspirations ne sont pas réalistes en ce moment :

Mais présentement, d'après moi, c'est impossible, là, parce qu'y a quand même... faudrait qu'y commencerait étape par étape. Peut-être qu'un moment donné y va réaliser réellement que tu ne peux pas arriver du jour au lendemain, tu commences quand même toujours au pied de l'échelle, pis après ça tu grandis. (Intervenant B : 2)

Ainsi, l'intervenant croit que Daniel n'a pas les capacités de faire un retour au marché du travail en raison de sa maladie. Il estime aussi que le type de travail que Daniel désire faire n'est pas envisageable puisqu'il n'existe pas de programme d'employabilité dans son champ d'intérêt. L'intervenant mentionne que les programmes actuels ne sont pas assez spécifiques pour les personnes atteintes de troubles psychiatriques : « *Et peut-être qu'un moment donné aussi, y vont peut-être sortir des programmes plus... plus avancés pis peut-être ces personnes-là, ben, vont... vont pouvoir plus s'en sortir.* » (Intervenant B : 3) »

5.2.3 Marc

Marc était chef cuisinier. Après le décès de son conjoint, Marc a perdu son emploi et beaucoup de liens avec sa famille. Il a connu des difficultés à se retrouver un emploi et a vu apparaître les symptômes d'une dépression majeure. Marc est analphabète et a des problèmes de santé physique. Malgré tout, il aspire à un travail dans son domaine, mais son intervenant perçoit la situation différemment :

Je ne crois pas qu'il pourrait éventuellement retourner sur le marché du travail parce qu'à cause de son poids, puis avec une hernie discale, puis ses problèmes physiques, puis y est quand même pas jeune, jeune, t'sais, y est peut-être au début d'la quarantaine. Mais je pense qu'y pourrait donner un sens à sa vie. (Intervenante C : 9)

Selon le point de vue de cet intervenant, il semble que les problèmes de santé, physique et mentale, le faible niveau de scolarisation et l'âge de Marc ne permettront plus à celui-ci de faire un retour sur le marché du travail. Les stratégies d'intervention mises en place sont donc orientées vers des activités bénévoles qui, selon l'intervenant, lui permettraient de « donner un sens à sa vie ». Au même titre que George et Daniel, l'intervenant de Marc, soulève les enjeux que ce dernier devra affronter pour effectuer un retour sur le marché du travail. Dans ce contexte, l'intervenant ne croit pas que l'objectif de son client soit réaliste.

5.2.4 Lucie

Lucie souffre de dépression majeure avec troubles anxieux. Elle est âgée de 48 ans et est aussi mère monoparentale de deux enfants. Dans son passé, Lucie a travaillé comme préposée aux bénéficiaires. Actuellement, elle s'occupe de son frère paraplégique et de ses enfants. L'intervenant qui accompagne Lucie ne croit pas qu'il est possible qu'elle puisse réintégrer le marché du travail, car elle a des problèmes de consommation de médicaments et d'alcool qui selon lui, doivent être

pris en charge. De plus, Lucie éprouve de la difficulté à fonctionner quotidiennement due à la dépression :

C'est pas facile, savoir si elle va un jour réintégrer, c'est dans ce sens-là qu'on travaille avec elle, mais vous dire comment, tout d'suite, là...Je n'sais pas, on est vraiment aux préliminaires, le début, prendre soin de soi-même, avoir des activités, avoir... pouvoir prévoir dans la journée une activité, dire que je sors, je vais faire mon marché, je vais... je vais pouvoir me préparer quelque chose d'agréable à manger, appeler une amie. Tu vois? (Intervenant A : 20)

Cette situation, semblable à celle des autres clients précédents, indique une contradiction. D'un côté, les intervenants mettent l'emphase sur l'incapacité d'une réintégration professionnelle « normale ». De l'autre, ils soulignent les occupations qu'exercent leurs clients dans leur vie de tous les jours soit le travail en milieu protégé, celui d'aidant naturel, de mère monoparentale ou encore le travail bénévole.

5.2.5 Rock

Rock est atteint de schizophrénie. Il a connu des problèmes avec la justice ainsi que des ruptures importantes avec son milieu familial suite à sa maladie. Maintenant, Rock désire sortir de l'aide sociale :

Lui son but c'est justement, c'est de pus être sur l bien-être social un moment donné, y fait tout... y veut même travailler. Actuellement, il est sur le bien-être, y travaille pis y déclare chaque cenne noire qu'y fait et «je m'en fous quand même que dans l'fond y m'enlèveraient de l'argent pis j'ai pu beaucoup d'sous, parce qu'y dit, moi c'que je veux faire, c'est travailler, j'veux faire quelque chose, y dit, j'veux pas rester à rien faire, c'est... j'viens tout croche quand j'fais ça. (Intervenant E : 1)

Comme Rock, la majorité des personnes souffrant d'un trouble mental désirent obtenir un emploi. Par contre, lorsque ceux-ci manifestent leur intérêt à leurs intervenants, ils se heurtent à des réticences et même des divergences de points

de vue. Cet extrait permet de représenter les perceptions d'un intervenant envers la question de l'emploi :

C'est d'ailleurs souvent c'qu'on dit aux patients. Quand, par exemple, ils ont envie d'être normal comme les autres, de travailler, etc., peut-être qu'il faut faire les choses progressivement, alors ça c'est la première étape. La deuxième étape, c'est alors de travailler à temps partiel dans un programme d'aide qu'on a, donc des emplois protégés, si vous voulez, où en général y touchent une rémunération complémentaire à leur sécurité du revenu et idéalement, dans un troisième temps, qui malheureusement est assez rare pour ce type de clientèle, ce serait un travail normal.
(Intervenant D : 24)

Donc, malgré que les clients désirent réintégrer le marché du travail, les intervenants perçoivent ces derniers comme des personnes qui peuvent difficilement fonctionner dans un milieu de travail compétitif. Les intervenants se basent sur différentes caractéristiques pour affirmer qu'un retour au marché du travail n'est pas envisageable. Les pratiques d'intervention mises en place par les intervenants sont généralement axées sur la stabilisation des symptômes de la maladie, l'observance du traitement pharmacologique, l'intégration dans des activités spécifiques pour les personnes souffrant de troubles mentaux tels que des centres de jour en santé mentale ou encore des ressources d'aide telles que les banques alimentaires. Les intervenants vont parfois orienter les clients vers des travaux en atelier protégé, dans des programmes spéciaux ou encore vers du travail bénévole. Le travail normal est généralement inhabituel et relégué en dernier dans les priorités des intervenants :

Ben au niveau du travail, donc là on respecte, avec cette catégorie de patients, au contraire, j'crois qu'il faut faire attention de n'pas mettre trop de... de trop stimuler, mettre trop d'pression sur ces patients-là, alors que c'qu'on vise, c'est une stabilité mentale, une vie sociale, une vie familiale correcte; le travail, ça serait un p'tit peu la cerise sur le gâteau, mais avec cette catégorie de patients, et encore une fois c'est des patients que quand, par exemple, je commence à les suivre, ils ont déjà un parcours de plusieurs années où ils travaillaient pas, donc c'est-à-dire

que le travail, pour eux, c'est moins... c'est moins un objectif pour l'immédiat prioritaire, pas du tout. (Intervenant D : 10)

En somme, nous constatons que la majorité des personnes atteintes de troubles mentaux de cette étude (11/18 clients et 20/28 répondants) désirent réintégrer le marché du travail même s'ils doivent faire face à différents obstacles tels que la maladie, le manque de formation scolaire, l'âge, les barrières de langue, les limites liées à la maladie, etc. Malgré ces obstacles, ces personnes mettent en place ou formulent des stratégies visant à obtenir un emploi.

Pour leur part, les intervenants les perçoivent comme des personnes malades ayant besoin d'aide. Ils discutent des nombreux symptômes handicapants de la maladie tels que le manque d'énergie, les idées délirantes ou encore la perte de contact avec la réalité. Ceux-ci doutent de la possibilité d'un retour au marché du travail. Les interventions sont dirigées surtout vers la prise en charge de la maladie. Ce rapport conflictuel, entre la manière dont la personne atteinte de trouble mental se définit en tant que demandeur d'emploi et la manière dont les intervenants les perçoivent en tant que des malades, engendre des tensions identitaires.

5.3 Forme identitaire III : Aspirations en rupture avec le marché du travail

Contrairement à la majorité des répondants, quelques-uns ne manifestent plus le désir de retourner sur le marché du travail. Ces répondants abordent les mêmes obstacles que le groupe précédent. Cependant, ils n'évoquent plus la possibilité d'un retour au travail et/ou l'envie de travailler. Ces répondants considèrent qu'ils ne peuvent plus travailler parce qu'ils sont trop malades. À titre d'exemple, Clément, ainsi que d'autres participants rencontrés dans un groupe de thérapie, croit que le marché du travail n'est plus une option possible pour les personnes qui souffrent d'une maladie mentale :

Mais y a une chose, c'est que tous ceux qui ont des genres de problèmes mentaux, y peuvent pas s'garder des emplois. [...] Ben que j'en ai rencontré plusieurs autres dans un genre de groupe de thérapie d'groupe...puis c'est ça qu'y m'disaient, y m'disaient la même chose, que y avaient déjà essayé et pas capable de garder un emploi. Les autres que j'ai rencontrés, c'est la même chose, y peuvent pas garder d'emploi, t'sais, y... y restent sur l'aide sociale. (Clément : 10)

Pour sa part, Camille a fait plusieurs tentatives de retour au travail dans le passé. Elle a même suivi une formation de secrétariat. Cependant, elle ne croit plus qu'elle soit capable de travailler, car elle éprouve de la difficulté à gérer le stress et la pression : « *Parce que la pression me monte, dans les milieux d'travail c'est trop fort pis j'suis pas capable.* » (Camille : 2)

Un discours semblable est aussi présent chez Armand. Selon lui, un retour au travail est impossible en partie à cause de son âge, de sa scolarité, de son inexpérience, mais aussi à cause de sa maladie :

J'm'attends pas d'retourner. Parce que moi, retourner sur le marché du travail, c'est... presque comme un suicide, j'entends par là... j'suis capable de m'asseoir comme ça, mais retourner sur le marché du travail, avec tous mes malaises pis tout c'qui va avec pis toutes ces choses-là. (Armand : 16)

Pour sa part, Marcel exprime qu'il n'est pas capable de travailler dû à sa maladie et aux médicaments qu'il prend : « *t'sais, travailler à tous les jours, j'suis pas capable.* (Marcel : 11). » Enfin, Sandra ne fait pas référence aux problèmes de santé mentale pour expliquer son incapacité à travailler, mais elle les relie aux problèmes de santé physique, d'éducation et de langue :

I have no skills that I could put down. This leg, I hurt it when I was 11, and my hip. And now I've got arthritis in it, so I can't do anything, I'm in pain just walking around, you know. And I have no skills, I am sitting down most of the day, and plus my French is very bad." (Sandra : 2)

Ces personnes, pour qui le travail ne fait plus partie de leur avenir, réorganisent leur vie quotidienne dans des activités telles qu'écouter la télévision, la radio, prendre des marches, faire leur ménage, préparer leurs repas, aller à la clinique externe pour recevoir des traitements ou encore participer à des activités offertes dans des centres pour personne ayant un trouble mental.

Il semble donc que leur définition de soi est davantage ancrée dans le rapport avec la maladie. Par exemple, Éric nous explique que son emploi du temps consiste à apprendre à gérer sa maladie en travaillant avec une intervenante de l'hôpital. Il souligne que son travail consiste à identifier et nommer ses besoins, à travailler son estime de soi, à mieux comprendre les facteurs de stress et de reconnaître les signes critiques de sa maladie :

Ben j'travaille à l'hôpital avec une femme qui s'appelle Madame X. Pis avec elle on... on travaille ici comme on a travaillé avec les besoins, la connaissance de soi... qu'est-ce qu'on a travaillé aussi?... comme les signes critiques, à savoir quand... les signes critiques, ça c'tait pour savoir si je r'tombe en psychose, comme l'isolement ou si y avait la désorganisation. [...] Pis là c'est là-dedans pis là ça permet d'mieux me connaître, t'sais, voir un peu où j'm'en vas. Pis avec elle, j'travaille, pis là on a décidé, pour le développement d'la réhabilitation... Parce que la réhabilitation, c'est comme aller à l'école à temps plein ou r'tourner au travail à temps plein. (Éric : 11)

D'ailleurs, nous observons aussi que les aspirations des clients présentés par les intervenants ne sont plus orientées vers un retour au marché du travail. Effectivement, les intervenants qualifient certains de leurs clients comme des décrocheurs (6/18) qui manifestent peu de projets ou d'aspirations. Ces personnes n'ont plus d'intérêt pour le marché du travail, ont très peu d'activités sociales, peu de projets et peu de contacts sociaux. Ces clients semblent avoir démissionné et être résignés à leur situation de malade. La vie quotidienne de ces personnes est réorganisée à partir d'activités telles que d'aller prendre un café, faire l'épicerie, écouter la télévision ou la radio. Pour leur part, les intervenants reconnaissent et valident l'inaptitude de ces personnes à fonctionner

normalement. Voici quatre exemples de clients qui représentent les perceptions des intervenants ainsi que les pratiques d'interventions mises en place.

5.3.1 Carole

Carole a 35 ans et est atteinte de schizophrénie. Elle vit avec son conjoint polytoxicomane et violent. Carole a déjà travaillé dans le passé, elle a donné naissance à une fille dont la garde a été confiée à sa mère. Son intervenant décrit le passé de Carole comme étant chaotique et se composant de périodes de grande désorganisation. Encore aujourd'hui, lorsqu'elle a des conflits avec son conjoint, Carole voit réapparaître un ensemble de symptômes désorganisant. Dans ces moments, elle se retrouve dans la rue en décompensation psychotique. Le point de vue de l'intervenant sur la situation de Carole se résume ainsi :

Mais quand elle est à son meilleur, entre guillemets, c'est une patiente qui a très peu d'activités extérieures, mais qui est contente d'avoir un semblant de vie normale avec son conjoint, elle s'occupe du logement, elle fait à manger, elle a quelques contacts avec sa mère et quelques contacts avec la fille. [...] elle n'est pas intéressée à faire des activités. C'est sûr qu'on l'a encouragée à avoir des activités, un centre d'activité, mais elle disait qu'elle n'était pas intéressée.

(Intervenant D : 5)

Selon l'intervenant, Carole n'aurait pas d'intérêts envers un travail, des activités extérieures ou même encore un programme de formation. Son désir est davantage orienté vers une vie tranquille avec son conjoint. L'intervenant mentionne qu'il a encouragé Carole à participer à des programmes d'activités, mais qu'elle n'était pas intéressée. Les pratiques d'intervention sont donc principalement orientées à stabiliser la maladie.

5.3.2 Roger

Roger a 45 ans et est atteint de schizophrénie depuis une trentaine d'années. L'intervenant spécifie que Roger présente beaucoup de symptômes négatifs qui nuisent à son fonctionnement quotidien. Roger a choisi d'arrêter de prendre des médicaments. Selon l'intervenant, Roger fonctionne difficilement :

Alors c'est un cas intéressant parce que c'est un schizophrène qui vit seul en logement, qui vit donc sur la sécurité du revenu, qui ne prend plus d'médicaments, qui n'va pas bien, mais qui se débrouille. On le voit de temps en temps, je le vois parfois dans la rue marcher, probablement tout ce qu'y peut faire, c'est acheter un peu de nourriture, certainement qu'y vit pas dans un environnement très propre. Mais voilà l'exemple d'un patient schizophrène qui ne prend pas d'médicaments et qui arrive à vivre seul, dans des conditions très minimales, mais qui y arrive. (Intervenant D : 2)

Comme Carole, Roger a refusé les activités et les programmes d'aide proposés par l'intervenant. La vie de Roger est définie par de rares contacts familiaux et sociaux. Il n'a presque aucune activité extérieure. « *Donc, il a une vie très restreinte, mais non dérangeante et c'est c'qu'il veut maintenant* » (Intervenant D : 6). Puisque Roger ne souhaite plus prendre une médication, les interventions visent davantage à maintenir un contact avec celui-ci. Ce contact permet de vérifier la manière dont il gère ses finances et de s'assurer que les besoins de base soient comblés par exemple qu'il s'alimente ou qu'il prenne soin de son hygiène corporelle.

5.3.3 Luc

Luc a 28 ans. Il est atteint de schizophrénie de type paranoïde. Il rencontre son intervenant toutes les deux semaines à la clinique psychiatrique. Il a déjà occupé des petits emplois, mais les a abandonnés. Son intervenant semble désillusionné en expliquant la situation de Luc :

Pis ce qu'on remarque avec Luc, c'est justement, y essaie beaucoup de choses pis y laisse tout l'temps tomber. Ce

qu'y peut faire, c'est six mois. Y aime pas ça, y est tanné, y veut pas continuer dans ça, les gens l'aiment pas autour de lui, y a beaucoup... y a une grosse difficulté de relations interpersonnelles. (Intervenant F : 4)

Luc avait commencé un programme en horticulture qu'il a abandonné après six mois. Son intervenant mentionne aussi qu'il s'était inscrit au Cégep et a abandonné après quelques semaines. Selon l'intervenant, Luc représente un cas typique des personnes souffrant de schizophrénie : « *Mais lui, c'est vraiment le cas typique d'un gars qui fait cette maladie, puis souvent, qu'est-ce qu'on rencontre, c'est l'immobilisme, c'est le manque d'intérêt, c'est le manque de motivation, être porté toujours à s'isoler [...]* (Intervenant F : 5)».

5.3.4 Jean

Jean est atteint de schizophrénie. Suite à sa maladie, Jean a perdu son emploi ainsi que sa conjointe. L'intervenant le décrit comme une personne malade qui s'est résignée à sa condition :

[...] qui souffre de schizophrénie depuis à peu près toute sa vie, qui a tout perdu, entre guillemets, mais qui a décidé de s'accommoder puis de vivre comme ça pour tout l'temps pis c'est ça sa vie, that's it, that's all, pis d'temps en temps j'vas délirer pis d'temps en temps j'délirerai pas mais... pis c'est comme ça qu'il se décrit «j'suis écoeuré d'être fou, mais j'vas être fou le restant d'ma vie», et c'est lui qui dit ça comme ça, «fait que j'vais essayer d'me trouver un certain confort pis j'vas rester dedans pis ça finit là, moi j'force pus, j'suis tanné»[...] » « O.K. Fait que, t'sais, y voudrait avoir une vie normale c'te gars parce qu'y en a déjà eu une, mais sa maladie lui a tout fait perdre. Mais y se voit pris, là, de tous les bords. Y a pas assez d'argent pour s'faire soigner, fait qu'y reste... ben, c'est sûr, tu vas m'dire, ben l'système paye tout, oui, mais la psychothérapie l'aidait. Alors là y s'voit pus une cenne pour être capable de payer la psychothérapie, fait qu'y dit «ouais, j'suis plus fragile que j'étais, j'peux pas sortir avec personne parce que j'ai pas une cenne»... Y se sent comme tellement ostracisé(sic) de tout, un moment donné y dit «fuck off! j'veux pus rien savoir, payez-moi mon BS, m'a

payer mon loyer pis je m'effoie sur le sofa pis c'est fini». Ça a pris 30 ans pour l'user à c'point-là. (Intervenant E : 1)

Comme les autres décrocheurs, Jean a tenté plusieurs projets par le passé, mais il a rencontré des échecs. Le découragement est tel que selon les propos de l'intervenant, il a totalement abdiqué : « *Malheureusement, y a pris, selon moi, la mauvaise décision de se voir comme un malade une fois pour toutes : « Pis la j'vas m'en aller dans une famille d'accueil pis les gens vont prendre soin d'moi pis ça va être ça ma vie (Intervenant E : 6). »*

Les interventions des intervenants se situent dans un contexte médical. Elles visent entre autres à la stabilisation des symptômes, l'observance thérapeutique ainsi que des interventions axées sur la vie quotidienne telle que d'apprendre à gérer un budget, à cuisiner ou encore de maintenir une hygiène corporelle. De plus, les intervenants dirigent souvent les clients vers des activités de substitution inscrites dans des thérapies occupationnelles :

C'qu'on vise plutôt, c'est d'les faire vivre à l'extérieur de l'institution, les occuper avec une échelle d'occupations qui est simples loisirs ou encore dans les loisirs ça peut être simplement ils sont là à côté d'une personne, par exemple au centre de jour ici, y prennent un café, y discutent un p'tit peu, bon c'est mieux que d'rester confiné chez soi seul. Ça c'est la base de c'qu'on... Parfois ils acceptent d'être plus actifs dans des groupes d'actualité pour discuter le contenu du journal ou on va aller voir un film à l'extérieur et en discuter par la suite, on va aller faire des activités sportives, donc ça c'est des loisirs de qualité, je dirais. Au-delà de cela, c'est les activités proprement dites où on va les faire participer à des ateliers de menuiserie où certains patients ont quand même pas mal d'habiletés et vont pouvoir faire des belles choses et donc se valoriser par cela. Mais ça reste des activités, un programme... les thérapies occupationnelles. (Intervenant D : 18)

Nous constatons qu'une minorité de personnes atteintes de troubles mentaux n'aspirent plus à retourner sur le marché du travail. Elles ne se perçoivent plus comme des personnes pouvant effectuer un retour au travail. Selon leurs discours, la maladie mentale est un facteur déterminant dans leur parcours et

elle permet d'expliquer l'impossibilité d'obtenir ou de maintenir un travail. Ces personnes réorganisent leur vie quotidienne en fonction des revenus d'assistance sociale ainsi que de leur maladie.

Pour leur part, les intervenants voient la lourdeur de leur condition. La vision d'un avenir professionnel pour ces personnes est pratiquement non envisageable principalement dû à la maladie ainsi qu'aux autres obstacles qui en découlent. Les interventions s'inscrivent surtout dans un rapport de prise en charge de la maladie. Selon les intervenants, ces clients semblent être résignés à leur situation et ne visent plus une réintégration professionnelle. Dans ce contexte, la reconstruction identitaire se situe en concordance entre la manière dont les personnes se perçoivent et la manière dont elles sont perçues par les autres. La maladie mentale permet de justifier leur situation de sans-emploi ainsi que de normaliser leur retrait du marché du travail.

5.4 Forme identitaire IV : Désaccord envers les aspirations revendiquées

À travers le discours des répondants et des intervenants, nous observons que les intervenants sociaux perçoivent, généralement, les répondants en tant que malades mentaux qui ne peuvent fonctionner normalement et qui doivent être pris en charge. En conséquence, ils sont considérés en tant que des personnes qui peuvent difficilement travailler de façon « normale » et être indépendants financièrement. Par contre, selon le discours des intervenants, quelques rares personnes souffrant de maladie mentale peuvent effectuer un retour à l'emploi, mais ne souhaitent pas le faire. Ces personnes sont vues comme des opportunistes, dépendantes du système :

Dans notre population, y a des gens qui veulent, mais qui peuvent pas parce qu'y sont trop malades; y a des gens qui veulent pas pis qui sont aussi très malades; y a des gens qui sont pas si malades que ça, mais qui veulent pas, fait qu'y embarquent pour le free ride pis on y va, lets go. (Intervenant E : 2)

Sur les dix-huit clients présentés par les intervenants, une seule personne correspondait à cette vision. Par contre, ce client se perçoit plutôt comme une personne malade qui ne peut travailler.

5.4.1 Maryse

Maryse est atteinte du trouble bipolaire. Elle a 40 ans, elle a travaillé dans le domaine de la vente durant plusieurs années. Selon l'intervenant, Maryse a fait une demande d'aide sociale il y a environ 4 ans à la suite d'une faillite personnelle. D'après celui-ci, Maryse se définit comme une personne malade qui ne peut fonctionner :

[...] le médecin remet en cause le diagnostic de bipolaire et quand je l'ai remis en cause avec elle parce que je trouvais qu'elle s'asseyait sur son diagnostic, ça l'a beaucoup choquée. Et là, souvent, je le remettait en question parce qu'elle se sent bien là-dedans, elle dit : « Je suis malade... Je suis sur le top du BS avec... avec tous mes papiers. »
(Intervenant C : 2)

L'intervenant spécifie que Maryse peut facilement réintégrer le marché du travail, mais que celle-ci préfère rester sur l'aide sociale parce que cette situation est plus confortable : « *Elle est assise sur le système puis elle est capable de faire plus pis elle a beaucoup, beaucoup, beaucoup de ressources.* » (Intervenant C : 20)

À la suggestion de l'intervenant, Maryse a commencé à faire du bénévolat. Par contre, après quelque temps, elle aurait aussi commencé à travailler au noir. L'intervenant nous fait part de ses réactions dans cette situation : « *Ben je l'ai beaucoup, beaucoup confrontée à sa dépendance sur le système. J'ai dit que c'tait mes... c'est moi qui payais ça, j'les confronte des fois, surtout quand j'vois qu'y a de l'abus, là, j'leur dis : « c'est mes impôts qui payent ça »* » (Intervenant C : 19)

Comparativement aux autres clients, Maryse est considérée par son intervenant comme une personne apte à travailler et qui utilise sa maladie dans le but d'éviter un retour sur le marché du travail. Pour sa part, Maryse se définit comme

une personne malade, qui ne peut fonctionner normalement et qui a besoin de support. Dans ce contexte, la reconstruction identitaire se situe dans un rapport conflictuel.

Comme plusieurs des autres répondants se situant à la section 5.3, Maryse ne souhaite plus obtenir un emploi et ne reconstruit pas son identité à partir du travail. Cependant, la situation de Maryse est perçue différemment par l'intervenant. En effet, contrairement au point de vue des intervenants présentés dans les sections 5.2 et 5.3, Maryse est évaluée apte à réinsérer le marché du travail. À travers les dix-huit vignettes cliniques présentées, la situation de Maryse est la seule dans laquelle nous retrouvons un conflit identitaire de ce genre. Elle est perçue comme une profiteuse qui abuse du système. Les interventions mises en place par l'intervenant sont orientées vers un retour à l'emploi.

Il est possible que d'autres personnes atteintes de troubles mentaux qui se perçoivent comme n'étant pas prêtes à rejoindre le marché du travail ou encore qui ne souhaitent plus y retourner soient perçues, comme Maryse, par les intervenants sociaux ou par d'autres proches, comme des fraudeurs du système qui peuvent et devraient effectuer un retour au marché du travail créant ainsi un conflit identitaire important.

Conclusion

Cette recherche visait à mieux comprendre le processus de construction identitaire des personnes atteintes d'un trouble psychiatrique. L'analyse des données nous permet de conclure que la rupture avec le marché du travail a un impact important sur le plan identitaire de ces personnes. D'une part, cette rupture entraîne une désorganisation de l'identité. Cette désorganisation se manifeste à travers un ensemble de pertes vécues rattachées à l'absence d'un emploi. En effet, la personne sans emploi connaît une perte de revenu, d'importantes contraintes financières, un changement significatif de son style de vie, perd graduellement contact avec son entourage, devient de plus en plus isolée et se retrouve en marge de la société aux prises avec un statut social dévalorisant et stigmatisant. La perte de repères identitaires entraîne un changement entre ce que la personne était, la manière dont elle se perçoit ainsi que la façon dont elle est perçue par les autres. D'autre part, notre analyse permet de mieux comprendre le processus de reconstruction identitaire chez les personnes atteintes de troubles mentaux.

6.1 Discussion

La littérature qui porte sur l'expérience de la maladie mentale, présentée au chapitre 1 souligne que celle-ci constitue un événement qui participe à la reconstruction d'une identité de malade psychiatrique. Dans cette recherche, nous nous sommes penchés sur le rôle de la rupture au marché du travail dans le processus de construction identitaire des personnes atteintes d'une maladie mentale. Nos résultats permettent de conclure que cet événement bouleversant a un impact important sur le plan identitaire de ces personnes. Ils permettent de plus de démontrer que la reconstruction identitaire de ces personnes est problématique et qu'elles s'expliquent notamment par la difficulté d'être reconnu socialement. Pour la majorité des personnes atteintes de troubles mentaux, la situation de non-travail est perçue comme étant provisoire. Elles visent à

effectuer un retour sur le marché du travail et se définissent en continuité avec celui-ci. Cependant, elles font face à de nombreuses barrières qui empêchent de réaliser leurs aspirations. La reconnaissance mitigée envers leurs projets, qu'ils soient de la part des intervenants ou de proches, compromet la reconstruction d'une identité visée. L'identité visée par les personnes atteintes de troubles mentaux diverge de celle attribuée par les autres. Quant aux autres répondants, leur reconstruction identitaire semble influencée par les nombreux obstacles qui ont épuisé les personnes et anéanti leur espoir de retrouver une vie « normale ». Ces personnes se définissent alors en rupture avec le marché du travail. Elles se perçoivent en tant que des personnes inaptes au travail. Cette identité est acceptée et validée par les intervenants. Contrairement à la littérature présentée au chapitre 1, la majorité des personnes vivant un problème de santé mentale ne se perçoivent pas comme des malades mentaux, mais comme des personnes qui aspirent au marché du travail, et ce, malgré les nombreuses barrières.

Nous pouvons observer que les formes identitaires reconstruites chez les personnes atteintes d'une maladie mentale possèdent certaines caractéristiques analogues avec les formes identitaires identifiées dans les travaux portant sur les assistés sociaux (Dufour : 1998; 2000; 2002) et sur les chômeurs de longue durée (Demazière : 1992a; 1992b ; 2003). D'abord, *la forme II*, situé à la section 5,2 possède des similitudes d'avec la *forme identitaire de non-résistance* présentée dans les travaux de Dufour. En effet, les répondants sous cette forme se définissent avant tout par un statut de travailleur malgré la maladie qui impose des contraintes. Ces personnes visent à obtenir un emploi, à être indépendantes financièrement et conséquemment, elles participent et se conforment aux exigences de l'assistance sociale.

Pour sa part, *la forme III*, se rapproche surtout de *l'identité d'inactif handicapé* présenté dans la typologie des chômeurs de longue durée. Les intervenants considèrent les personnes atteintes de troubles mentaux comme inaptes au travail. Cette vision est basée sur une accumulation d'handicaps tels que la

sévérité de la maladie, l'instabilité de la symptomatologie, l'âge, le manque d'expérience professionnelle, le manque de scolarisation, les problèmes de santé physique, etc. De leur côté, les répondants ne cherchent plus à retourner sur le marché du travail. Ils réorganisent une routine quotidienne à partir de tâches domestiques et aussi des activités liées à leur maladie.

Enfin, la forme IV, s'apparente en partie à *l'identité d'actif déviant* par le fait que l'intervenant considère son client comme une personne active, capable d'insérer le marché du travail. Pour sa part, la personne atteinte de troubles mentaux se perçoit en tant qu'une personne malade ne pouvant retourner sur le marché du travail.

Ainsi, les résultats de cette recherche mettent en lumière que la reconstruction identitaire chez les personnes atteintes de troubles mentaux est un processus complexe qui rend possible différentes formes identitaires.

6.2 Limites de recherches et recommandations

Cette recherche ne permet pas d'établir que la rupture au marché du travail a préséance sur la maladie ou encore que la maladie a préséance sur la rupture au marché du travail. Comme nous l'avons vu dans le chapitre 4, la trajectoire des répondants repose sur des caractéristiques communes, mais chaque histoire est bien différente. Parfois la rupture du marché du travail précédait la maladie, parfois elle succédait à la maladie. Comme les données secondaires étaient principalement axées sur la rupture au marché du travail, elles ne permettaient pas de comparer les perceptions des répondants concernant l'impact de l'expérience de la maladie mentale versus l'impact de l'expérience de la situation de non-travail. Durant les entretiens, quelques répondants ont partagé spontanément des informations sur leur maladie que se soit au niveau des médicaments, des limites liées à la maladie et parfois en tant qu'élément de définition de soi :

T'sais, le médecin a diagnostiqué que j'étais schizophrène, mais ce n'est pas parce qu'on est schizophrène qu'on doit rester dans maison à rien faire, au contraire, quand on est schizophrène, y faut sortir de notre réalité, y faut connaître du monde pis faire le plus possible de sorties. (Jolène : 41)

En conséquence, nous croyons que la maladie joue un rôle dans la reconstruction de l'identité lorsque l'individu se retrouve dans une impasse. La maladie mentale permet donc d'obtenir une identité socialement plus acceptable que la situation de non-travail. Dans un sens, la maladie devient un élément qui sert à justifier l'inactivité et ainsi, octroie à la personne un statut de malade qui devient déterminant dans la reconstruction de l'identité des répondants qui ont perdu l'espoir de rejoindre le marché du travail.

Ces résultats suggèrent davantage un processus de reconstruction identitaire chez les personnes atteintes de troubles mentaux qui se distinguent par deux phases. Dans un premier temps, les difficultés de fonctionner normalement dû aux symptômes de la maladie entraînent un retrait temporaire de l'activité professionnelle qui ne semble pas, de prime abord, menacer l'avenir professionnel de la personne. Ensuite, les nombreux obstacles rencontrés contribuent à maintenir ces personnes en dehors du marché du travail. D'un côté, celles-ci manifestent le souhait de réintégrer la vie professionnelle, mais se retrouvent contraintes à l'inactivité en dépit de la maladie et des obstacles rattachés. Comme le mentionne un répondant, il semble bien que les nombreux obstacles finissent par étouffer les aspirations. *« Pis quand tu vois que tes ambitions sont à moitié réalisables, ben tu perds tes ambitions, c'pas compliqué. (Mathieu : 27) »*.

Dans un deuxième temps, certaines personnes atteintes d'un trouble psychiatrique en viennent à renoncer à leurs aspirations professionnelles, elles s'installent dans une existence en marge de la société et se définissent en tant que des personnes malades. Nous ne sommes pas en mesure d'identifier clairement les éléments qui expliquent le renoncement au marché du travail chez

certains répondants. Selon le discours des intervenants, il semble que des facteurs tels que la persistance et la sévérité des symptômes de la maladie, les échecs répétés à l'intégration professionnelle ou encore le maintien dans une situation de non-travail pourrait contribuer à étouffer les aspirations et à intérioriser la croyance d'être inapte dû à la maladie. Quoi qu'il en soit, certaines personnes atteintes d'une maladie mentale reconstruisent davantage une identité basée sur la maladie, permettant ainsi, une justification sociale légitime de leur retrait du marché du travail. Il serait pertinent de poursuivre le questionnement afin de mieux cerner les éléments qui amènent ces personnes à renoncer au marché du travail. Est-ce que les personnes qui sont sous curatelle se perçoivent davantage comme des inaptés n'ayant aucune chance de retrouver un emploi? Est-ce que les personnes souffrant d'un trouble psychotique sont plus sujettes à renoncer au travail et à se replier vers la reconstruction d'une identité de malade mental comparativement aux personnes atteintes d'un trouble de l'humeur? Ou encore, est-ce que les personnes ayant un passé institutionnel plus important (long séjour en milieu psychiatrique, hébergement en famille d'accueil ou dans des ressources spécialisées en santé mentale) sont plus affectées que ceux ayant connu peu ou de brefs séjours en psychiatrie?

L'exclusion au marché du travail pose un problème pour l'identité des personnes atteintes de troubles mentaux. Il s'avère important que ces personnes reçoivent l'aide nécessaire pour qu'elles puissent obtenir et maintenir un emploi. Dans ce sens, il semble essentiel de se pencher sur la structure dichotomique des programmes de l'assistance sociale pour les personnes atteintes de troubles mentaux sévères et persistants. La structure actuelle contribue davantage à confiner et à maintenir ces personnes en dehors du marché du travail ainsi que de leur attribuer une étiquette d'invalidé. Elle pourrait plutôt envisager le développement de programmes adaptés à la réalité de personnes atteintes de troubles mentaux qui veulent participer au marché du travail tout en respectant leurs limites personnelles telles que la possibilité de travailler à temps partiel tout en obtenant une partie des prestations. Ensuite, il est aussi important de

favoriser l'accès au marché du travail et de mettre en place des conditions pour maintenir les personnes dans leur emploi. À ce niveau, il existe des programmes de support en emploi tel que « *Individual Placement and Support* » (IPS) qui offrent un soutien personnalisé aux personnes atteintes de troubles mentaux graves pour trouver et maintenir un emploi compétitif (Latimer et Lecompte : 2002). Il faut alors s'assurer qu'elles ont accès à des services d'intégration au marché du travail et que ceux-ci soient disponibles. Finalement, les milieux de travail peuvent aider les personnes atteintes de troubles mentaux en introduisant des accommodations raisonnables. Il pourrait être avantageux d'explorer cette option, notamment, pour prévenir une rupture au marché du travail chez les personnes qui voient apparaître les premiers symptômes de la maladie.

BIBLIOGRAPHIE

ADAM, P., et HERZLICH, C., (2004) *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Édition Armand Colin, 127 p.

ADLER, D.A, MCLAUGHLIN, T.J, ROGERS, W.H., CHANG, H., LAPITSKY, L., et LERNER, D., (2006) Job performance deficits due to depression, *In The American journal of psychiatry*, 163, 9, p.1569-1576

AUERBACH, E., et RICHARDSON, P., (2005) The long term work experiences of persons with severe and persistent mental illness, *In Psychiatric rehabilitation journal*, vol. 28, no. 3, p. 267-273

BEAU, R., et COURNOYER, G., (1988) Désinsertion professionnelle et maladie affective, *In santé mentale au Québec*, vol. XIII, no. 1, P.144-153

BECKER, D., et DRAKE, R., (1994) Individual placement and support: a community mental health center approach to vocational rehabilitation, *In Community mental health journal*, vol. 30, no. 2, p. 193-206

BERGER P., et LUCKMAN T., (2003) *La construction sociale de la réalité*, préface Michel Maffesoli. 2^{ième} édition, Paris, Armand Colin, 288 p.

BERTAUX, D., (1997) *Les récits de vie*, Nathan, 127 p.

BOURGUIGNON, D., et HERMAN, G., (2005) La stigmatisation des personnes sans emploi : conséquences psychologiques et stratégies de défense de soi, *In Recherches sociologiques*, Vol. 36, No. 1, p.53-78

BURMAN, P., (1988) *Killing time, losing ground. Experiences of unemployment*, Wall & Thompson, Toronto, 243 p.

BRAITMAN, A., et COLL., (1995) Comparison of barriers to employment for unemployed and employed clients in a case management program: An exploratory study, *In Psychiatric rehabilitation journal*, vol. 19, no. 1, p.3-8

BURY, M., (1982) Chronic illness as biographical disruption, *In Sociology of health and Illness*, vol. 4, no. 2, p. 167-182.

CAMPEAU, R., SIROIS, M., RHEAULT, E., et DUFORT, N., (2004) *Individu et société, initiation à la sociologie*, Gaëtan Morin éditeur, 3^{ième} édition, p. 519

CHARBONNEAU, C., (2002) Développer l'intégration au travail en santé mentale, une longue marche à travers des obstacles sociopolitiques, *In Santé mentale au Québec*, Vol. XXVII, no. 1, p.158-176

CHARMAZ, K., (1983) Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill, *In Sociology of health and Illness*, Vol. 5, no. 2, p. 168-195

CHARMAZ, K., (1991) *Good days, Bad days. The self in chronic Illness and time*, Rutgers University Press, New Jersey, 311 p.

CORBIÈRE, M., BORDELEAU, M., PROVOST, G., et MERCIER, C., (2002) Obstacles à l'insertion socioprofessionnelle de personnes ayant des problèmes graves de santé mentale : données empiriques et repères théoriques, *In Santé mentale au Québec*, Vol. XXVII, no. 1, p.194-217

D'AMOURS, M., LESEMANN, F., DENIGER, M.-A., et SHRAGG, E., (1999) Les chômeurs de longue durée de plus de 45 ans : entre exclusion et réflexivité, *In Lien social et politique - RIAC*, 42, p.121-133

DE GAULEJAC, V., (1987) *La névrose de classe. Trajectoire sociale et conflits d'identité*, Hommes et groupes éditeurs, Paris, 306 p.

DE GAULEJAC, V et TABOADA-LEONETTI, I., (1994) *La lutte des places. Insertion et désinsertion*, Hommes et perspectives, 286 p.

DEMAZIÈRE, D., (1992a) *Le chômage en crise? : La négociation des identités des chômeurs de longue durée*, Presses universitaires de Lille, p.380

DEMAZIÈRE, D., (1992b) La négociation des identités des chômeurs de longue durée, *In Revue française de sociologie*, XXXIII, p. 335-363

DEMAZIÈRE, D., (1996) Chômage et dynamiques identitaires, *In L'exclusion : l'état des savoirs*, Éditions La découverte, p.335-343.

DEMAZIÈRE, D., (2003) *Le chômage : comment peut-on être chômeur ?* Paris : Belin, 299 p.

DESMARAIS, D., PERRAULT, C., LEBEAU, A., et ALLARD, D., (1985) Les pratiques de santé mentale dans l'espace du non-travail : problématique de recherche, *In Sociologie et sociétés*, Vol. XVIII, No. 1, p. 143-155

DOHRENWEND, B.P., LINK, B., CULLEN, F.T., STRUENING, E., ET SHROUT, P.E., (1989) A modified labeling theory approach to mental disorders : An empirical assessment, *In American sociological review*, vol. 54, p. 400-423

DORVIL, H., GUTTMAN, H., RICARD, N. et VILLENEUVE, A., (1997) *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale. Pour une réponse efficace et efficiente des personnes atteintes de troubles mentaux graves*, Publications du Comité de la Santé mentale, MSSSQ, 264 p.

DORVIL, H., PROVENCHER, H., et BEAULIEU, A., (2002) Attitudes et croyances des montréalais et montréalaises à l'égard des ex-patients psychiatriques vivant dans la société, *In Revue canadienne de santé mentale communautaire*, Vol. 21, No. 1, p. 153-177

DUBAR, C., (1992) Formes identitaires et socialisation professionnelle, *In Revue française de sociologie*, XXXIII, p.505-529

DUBAR, C., (1993) Le travail, lieu et enjeu des constructions identitaires, *In Projet*, numéro 236, p.41-48.

DUBAR, C., (1996) Usages sociaux et sociologiques de la notion d'identité, *In Éducation permanente*, numéro 128, p. 37-43

DUBAR, C., (1998) Identité professionnelle et récits d'insertion pour une approche socio-sémantique des constructions identitaires., *In L'orientation scolaire et professionnelle*, 27, numéro 1, p. 95-104

DUBAR, C., (2000) *La crise des identités. L'interprétation d'une mutation*, Presses universitaires de France, 239 p.

DUBAR, C., (2002) *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*, 3^{ième} éditions, Armand Colin, 255 p.

DUFRESNE, J., (2004) *L'insertion sociale par le travail chez les individus atteints de troubles mentaux : analyse critique*, Mémoire de maîtrise, Université de Montréal, 164 p.

DUFOUR, P., (1998) Les formes de résistance politique des sans-emploi, *In Lien social et politique – RIAC*, 39, p.73-85

DUFOUR, P., (2000) *Citoyenneté et hors-travail : la construction politique d'un nouvel espace social au Québec et en France*, Thèse de doctorat, Université de Montréal, 398 p.

DUFOUR, P., (2002) La vie quotidienne des sans-emploi : des formes communes de résistance, au-delà des frontières, *In Nouvelles pratiques sociales*, Volume 15, numéro 1, p. 180-194

DURKHEIM, E., (1973) *Éducation et sociologie*, 2^{ième} édition, Presses universitaires de France, 130 p.

ESTROFF, S., (1989) Self, Identity, and subjective experiences of schizophrenia : In search of the subject, *In Schizophrenia Bulletin*, Vol. 15, No. 2, p. 189-196

ESTROFF S., (1998) *Le labyrinthe de la folie. Ethnographie de la psychiatrie en milieu ouvert et de la réinsertion*, Institut synthélabo, 451 p.

ÉTIENNE, J. et coll. (2004) Identité, *In Dictionnaire de sociologie*, 3^{ème} édition, Paris : Hatier, p.231-236

GALLAGHER, B., (1980) *The sociology of mental illness*, Toronto, Prentice Hall, 357 p.

GOFFMAN E., (1968) *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux*, Les éditions de minuit, Paris, 447 p.

GOFFMAN E., (1973) *La mise en scène de la vie quotidienne II. Les relations en public.*, Les éditions de minuit, Paris, 371 p.

GOFFMAN E., (1975) *Stigmaté. Les usages sociaux des handicaps*, Les éditions de minuit, Paris, 175 p.

GOFFMAN, E., (1996) The moral career of the mental patient, *In Deviance: the interactionist perspective*, 6ième edition, Allyn and Bacon, p. 111-119

GRELL, P., (1985) *Étude du chômage et de ses conséquences : Les catégories sociales touchées par le non-travail*. Groupe d'analyse et politiques sociales, Université de Montréal, 440 p.

GROLEAU, L., (1997a) *Exclusion et identité : processus d'exclusion et construction de l'identité des jeunes sans-abri*, Mémoire de maîtrise, Université de Montréal, 251 p.

GROLEAU, L., (1997b) Exclusion et identité. Trajectoires d'exclusion, construction identitaire et santé mentale des jeunes sans-abri, *In Intervention*, Numéro 105, p. 55-67

HERMAN, G., (1999) Chômage et attentes de reconnaissance. Approche par la théorie de l'identité sociale, *In Recherches sociologiques*, Vol. 2, p. 139-157

HERZLICH, C., et PIERRET, J., (1991) *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui : de la mort collective au devoir de guérison*, Paris, Édition Payot, 313 p.

KAHNG, S.K., et MOWBRAY, C.T., (2005) What affects self-esteem of persons with psychiatric disabilities : The role of causal attributions of mental illnesses, *In Psychiatric rehabilitation journal Boston*, Vol. 28, No. 4, p. 354-361

KARP, D., (1996) *Speaking of sadness. Depression, disconnection and the meanings of illness*, New York, Oxford university press, 240 p.

- KASTERSZTEIN J., (2002) Les stratégies identitaires des acteurs sociaux : approche dynamique des finalités, *In Stratégies identitaires*, 4^{ième} édition, Presses universitaires de France, p.27-41
- KIRSH, B., (2000) Work, workers, and workplaces: A qualitative analysis of narratives of mental health consumers, *In journal of rehabilitation*, Vol. 66, No. 4
- LALLY, J., (1989) Does being in here mean there is something wrong with me ? *In Schizophrenia bulletin*, vol. 15, no. 2, p. 253- 264
- LANG, S.K., et CARA, E., (1989) Vocational integration for the psychiatrically disabled, *In hospital and community psychiatry*, vol. 40, no. 9, p. 890-892
- LATIMER, E., et LECOMTE, T., (2002) Le soutien à l'emploi de type « IPS » pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves : une voie d'avenir pour le Québec ? *In Santé mentale au Québec*, Vol. XXVII, no. 1, p. 241-267
- LAUZON, G., CHARBONNEAU, C., et PROVOST, G., (2001) *Favoriser l'intégration au travail en santé mentale : l'urgence d'agir*, p. 46
- LAUZON, G., et LECOMPTE, Y., (2002) Rétablissement et travail, *In Santé mentale au Québec*, Vol. XXVII, no. 1, p.7-34
- LEBEAU, A., DESMARAIS, D., ALLARD, D., et PERREAULT, C., (1987a) Analyse exploratoire de pratiques de santé mentale en situation de chômage : le cas d'ouvriers et d'ouvrières du secteur manufacturier de l'est de Montréal (première partie), *In Santé mentale au Québec*, Vol. XII, No. 2, p.47-63
- LEBEAU, A., DESMARAIS, D., ALLARD, D., et PERREAULT, C., (1987b) Analyse exploratoire de pratiques de santé mentale en situation de chômage : le cas d'ouvriers et d'ouvrières du secteur manufacturier de l'est de Montréal (deuxième partie), *In Santé mentale au Québec*, Vol. XII, No. 2, p.64-75
- LEMAIRE, R., (1987) La compétence temporelle des personnes en chômage, *In Santé mentale au Québec*, Vol. 12, No 2, p.76-81
- LÉVI-STRAUSS C., (2000) *L'identité*, 4^{ième} édition, Quadrige / PUF, p. 344
- LINK, B., (1982) Mental patient status, work, and income: An examination of the effects of a psychiatric label, *In American sociological review*, vol. 47, p.202-215
- LINK, B., (1987) Understanding labelling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejection, *In American sociological review*, vol. 52, p. 96-112

MALEWSKA-PEYRE, H., (2002) Le processus de dévalorisation de l'identité et les stratégies identitaires, *In Stratégies identitaires*, 4^{ième} édition, Presses universitaires de France, p.111-141

MANSOURI, L., et DOWELL, D.A., (1989) Perceptions of stigma among the long-term mentally ill, *In Psychosocial rehabilitation journal*, vol. 13, no. 1, p. 79-91

MARRONI, J., et GOLOWAKA, E., (1999) If work makes people with mental illness sick, what do unemployment, poverty, and social isolation cause ? *In Psychiatric rehabilitation journal*, vol. 23, no. 2, p. 187-193

MASSÉ, J., et BRAULT, M-M., (1979) Maladie mentale et stigmatisation ou comment on devient un malade mental pour la vie, *In santé mentale au Québec*, Vol. 4, no. 1

MAY, R., (2004) Making sense of psychotic experience and working toward recovery, *In Psychological interventions in early psychosis: a treatment handbook*, John Wiley and Sons, p. 245-260

MEAD, G. H., (1963) *L'esprit, le soi et la société*, Presses universitaires de France, Paris, p. 329

MERCIER, C., PROVOST, G., DENIS, G, et VINCELETTE F, (1998) *Rapport final de la recherche-action Montréalaise « impact travail » sur l'intégration au travail des personnes vivant un problème de santé mentale*. Volume 1, Rapport déposé au Ministère de la santé et des services sociaux, Division de la recherche psychosociale de l'hôpital Douglas, Montréal.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2005), *Plan d'action en santé mentale. La force des liens*, Québec, p. 97.

MUCCHIELLI A., (2002) *L'identité*, Presses universitaires de France, Paris, p. 127.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2001) *Rapport sur la santé dans le monde 2001, La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*, 182 p.

PALMISANO M J., (2001) *World of sociology*, Detroit : Gale group, Volume 1, p. 803

PAUGAM S., (1991) Les statuts de la pauvreté assistée, *In revue française de sociologie*, XXXII, p. 75-101

PAUGAM S., (2002) *La disqualification sociale : essai sur la nouvelle pauvreté*, 2^{ième} édition, Paris, PUF, 254 p.

PETTIE, D., et TRIOLO, A., (1999) Illness as evolution: The search for identity and meaning in the recovery process, *In Psychiatric rehabilitation journal Boston*, vol. 22, no 3, p. 255-262

POULIN, C., et LÉVESQUE, M., (1995) Les représentations sociales des étiquettes associées à la maladie mentale, *In santé mentale au Québec*, Vol. XX, No. 1, p. 119-138

PROVENCHER, H., GREGG, R., MEAD, S., et MUESER K., (2002) The role of work in the recovery of persons with psychiatric disabilities, *In Psychiatric rehabilitation journal*, vol. 26, no. 2, p.132-144

REBEIRO, K., (1999) The labyrinth of community mental health : In search of meaningful occupation, *In Psychiatric rehabilitation journal Boston*, Vol. 23, No. 2, p. 143-152

ROBEY, K., (1994) Group home residents' identities as patients and as community members, *In Hospital and community psychiatry*, vol. 45, no. 1, p. 59-62,

ROGERS-DILLON, R., (1995) The dynamics of welfare stigma, *In Qualitative sociology*, Vol. 18, No 4, p.439-456

ROSENHAN, D., (1988) Être sain dans un environnement malade, *In L'invention de la réalité*, Paris, Les éditions du seuil, p. 131-159

ROSENHECK, R., LESLIE, D., KEEFE, R., MCEVOY, J. et coll. (2006) Barriers to employment for people with schizophrenia, *In the American journal of psychiatry*, vol. 162, no. 3, p. 411-417

ROY P-M., EMOND, A., PINEAULT, R., MAYER, F., BODSON, P., INFANTE-RIVARD, C., LEGAULT, M-C., et BOILEAU, L., (1987) La relation chômage-santé : une étude prospective. *In Santé mentale au Québec*, Vol. XII, No. 2, p.92-99

SABOURIN, P., (2003) L'analyse de contenu, *In Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données*, Chapitre 15, Presses de l'université du Québec, 4^{ième} édition, p.357-386

SAINSAULIEU, R., (1986) L'identité et les relations de travail, *In Identités collectives et changements sociaux : colloque international Toulouse – septembre 1979*, Privat

SAINSAULIEU R., (1996) L'identité et les relations au travail, *In Éducation permanente*, numéro 128, p. 187-193

SAINSAULIEU R., (1998) L'identité au travail d'hier à aujourd'hui, *In L'orientation scolaire et professionnelle*, Numéro 1, page 77-93

SCHEID, T., et ANDERSON, C., (1995) Living with chronic mental illness: Understanding the role of work, *In Community mental health journal*, Vol. 31, No. 2, p. 163-176

SCHEFF, T.J., (1984) *Being mentally ill: a sociological theory*, 2^{ième} édition, New York, Aldine, 244 p.

SCHNAPPER D., (1989) Rapport à l'emploi, protection sociale et statuts sociaux, *In Revue française de sociologie*, XXX, page 3-29.

SCHNAPPER D., (1994) *L'épreuve du chômage*, Folio actuel, Gallimard, 273 p.

SIMONEAU, L., (2000) *La construction de l'identité sociale de jeunes de 15-17 ans hors école et hors travail*. Mémoire de maîtrise, Université de Sherbrooke, 155 p.

SNOW D et ANDERSON L., (1987) Identity work among the homeless: The verbal construction and avowal of person identities, *In American journal of sociology*, Volume 92, number 6, p.1336-1369

SNOW D et ANDERSON L., (2001) L'exclusion sociale et le soi : une perspective d'interactionnisme symbolique, *In Sociologie et sociétés*, Volume XXXIII, Numéro 2, p.13-27

ST-ARNAUD, L., (2001) *Désinsertion et réinsertion professionnelle à la suite d'un arrêt de travail pour un problème de santé mentale*, Thèse de doctorat, Université de Montréal, 283 p.

STUART, H., (2003) Stigmatisation, Leçon tirées des programmes visant sa diminution, *In Santé mentale au Québec*, Volume XXVIII, no. 1, p.54-72

TABOADA-LÉONETTI I., (2002) Stratégies identitaires et minorités : le point de vue du sociologue, *In Stratégies identitaires*, 4^{ième} édition, Presses universitaires de France, p.43-58

TURGEON, J., et BERNATCHEZ, J., (2003) Les données secondaires, *In Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données*, Presses de l'université du Québec, p. 431-468

VAN DONGEN, C., (1996) Quality of life and self-esteem in working and nonworking persons with mental illness, *In community mental health journal*, vol. 32, no. 6, p. 535-548

VERHAEGEN, L., (1985) Quelques éléments pour une analyse des nouvelles carrières psychiatriques, *In Sociologie et sociétés*, vol. XVII. No. 1, p.51-60

VÉZINA, M., COUSINEAU, M., MERGLER, D., VINET, A., et LAURENDEAU, M-C., (1992) *Pour donner un sens au travail. Bilan et orientations du Québec en santé mentale au travail*, Gaëtan Morin éditeur, 179 p.

VÉZINA, S., (2002) Perspective critique en intégration au travail des individus vivant des troubles mentaux graves et persistants, *In Santé mentale au Québec*, Volume XXVII, No. 1, p. 286-302

WHITE, D., (2000) *L'insertion sociale des personnes ayant des problèmes de santé mentale majeurs : l'impact du régime d'aide sociale*, Rapports d'activités scientifiques, GRASP, Université de Montréal, 12 p.

ANNEXE I - Lettre de sollicitation

Date

Madame, Monsieur,

Une équipe de recherche dirigée par Deena White, sociologue et chercheure à l'Université de Montréal, nous a demandé de communiquer avec vous pour solliciter votre participation à une étude portant sur le système d'assistance sociale.

Cette étude est menée auprès de personnes qui fréquentent une clinique externe ou un organisme communautaire en santé mentale et qui reçoivent de l'aide sociale. Elle est réalisée de manière indépendante, à l'aide d'une subvention que l'équipe a obtenue du Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS). Votre participation à cette étude consisterait à donner une entrevue individuelle sur votre expérience avec le système d'assistance sociale ainsi que sur les différents aspects concernant la vie de tous les jours tels ceux liés au logement.

D'une durée d'environ une heure et demie, l'entrevue pourrait avoir lieu à un moment et dans un lieu qui vous conviennent, à déterminer entre vous et la personne de l'équipe de recherche qui vous rencontrera. Il est important que vous sachiez que les informations que vous pourrez fournir lors de l'entrevue serviront uniquement aux fins de l'étude. De plus, une seule équipe aura accès à ces informations, et elle s'engage à préserver votre anonymat. La somme de 20\$ vous sera remise par l'équipe pour vous remercier de votre collaboration.

Si vous êtes intéressé(e) à participer à cette recherche ou à obtenir plus de renseignements sur celle-ci, vous n'avez qu'à remplir et nous retourner la carte-réponse ci-jointe ou encore à nous rejoindre au numéro de téléphone suivant _____. Nous communiquerons alors votre nom et votre numéro de téléphone à l'équipe de recherche afin qu'elle puisse entrer en contact avec vous.

Pour réaliser cette recherche sur l'aide sociale, l'équipe estime qu'il est important de recueillir le point de vue même des personnes qui vivent d'aide sociale. Aussi, votre collaboration serait grandement appréciée. En vous remerciant de votre attention, nous vous prions de recevoir, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

ANNEXE II - Guide d'entrevue pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale

Avant d'amorcer l'entrevue :

1. Bref rappel des objectifs de la recherche

- Il s'agit d'une étude réalisée principalement auprès de personnes qui reçoivent des prestations d'aide sociale.
- Par cette recherche, nous voulons mieux connaître votre expérience avec l'aide sociale; et comment cela se passe pour vous dans la vie quotidienne, l'impact de cette expérience sur différents aspects de votre vie tels que logement, vos projets, etc.
- Il s'agit d'une recherche réalisée à l'Université de Montréal et financée par le CQRS, qui finance différents projets de recherche en sciences humaines
- Il s'agit d'une étude auprès de personnes qui reçoivent des prestations d'aide sociale afin de connaître l'impact que peut avoir ou non le régime d'assistance.

2. Consentement et anonymat

3. Présentation de l'entretien et de son déroulement:

Nous avons différents thèmes à couvrir; durée prévue : environ 1h 30; demander la permission de l'interviewé d'enregistrer

1. Profil démographique de la personne interviewée

- Âge
- Sexe
- Scolarité
- Statut civil
- Depuis combien de temps fréquente-t-il la clinique

Il s'agit ici d'explorer les stratégies décisionnelles, les expériences, les projets
Stratégies (décisions, raisons, comment ça marché; les projets: souhaits, sentiments, préférences).

2. La demande d'aide sociale

- Depuis combien de temps recevez-vous des prestations d'aide sociale?
- Dans quelles circonstances vous avez fait une demande d'aide sociale?
- Comment cela s'est passé? Les exigences, vos sentiments face à la demande, vos réactions, le billet du médecin
- Revenus

- Changements
- Rapports avec l'aide sociale, avec les agents. Point de vue sur le système d'aide sociale

3. Travail, stages, études

- Participation à des mesures d'employabilité, à des programmes: Est-ce que le répondant participe à des mesures ? Si, oui, pourquoi? Le souhait-il? Si non, pourquoi? Le souhaitait-il, etc.
- Voit-il des avantages à ces mesures? Des désavantages? Lesquels?
- Exigences?
- Liens avec les projets de la personne

4. Logement

Où? Il habite seul ou avec d'autres personnes? Type de résidence? Depuis quand? Comment a t-il trouvé? Pourquoi a t-il choisi d'habiter ici?, Est-ce que cela lui convient? Souhaiterait-il vivre ailleurs? Où? Pourquoi? Dans d'autres conditions?

- Type de résidence; quartier; avec qui habitez-vous, nombre de personnes dans le logement, cet arrangement le satisfait-il?

5. Nécessités de la vie (nourriture, vêtements, meubles, etc)

6. Activités

Pour conclure:

- Rapports avec l'aide sociale
- Perception de l'avenir

Thème 2: Vie quotidienne: Faire comparer avec ce qui existait avant. Voir quels sont les projets.

- lieux et conditions de résidence
- consommation
- formes de vie sociale: plus actives, moins actives, avec plus ou moins de personnes, style de relations modifiées ou non
- Activités

ANNEXE III - Lettre de consentement

La recherche à laquelle vous avez été invité(e) à participer porte sur le système d'assistance sociale. Cette recherche, qui a été financée par le Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS), est réalisée à l'université de Montréal par une équipe dirigée par Deena White, sociologue et chercheure à cette université. Cette équipe est formée de quelques personnes, dont celle qui fera l'entrevue avec vous

L'entrevue dure environ une heure et demi. Elle porte sur votre expérience avec le système d'assistance sociale ainsi que sur les différents aspects concernant la vie de tous les jours tels ceux liés au logement. Vous pouvez refuser d'aborder tel ou tel aspect ou encore décider, à n'importe quel moment, de mettre fin à l'entrevue.

Avec votre permission, nous aimerions enregistrer celle-ci sur cassettes. Cet enregistrement a uniquement pour but de faciliter la recherche et les cassettes seront effacées dès que la recherche sera terminée. Que vous acceptiez ou non que l'entrevue soit enregistrée, les informations que vous pourrez fournir serviront uniquement aux fins de l'étude et seule l'équipe de recherche aura accès à ces informations. Nous nous engageons à préserver votre anonymat.

Comme compensation, nous vous remettons la somme de 20\$. Cette somme ne vous engage à rien et, en tout moment, vous pouvez mettre fin à votre participation à la recherche.

Date

Signature de l'interviewer

J'ai pris connaissance de cette lettre et en comprend le contenu. J'accepte d'accorder une entrevue et reconnais avoir reçu la somme de 20\$.

Date

Signature de l'interviewé

J'accepte que l'entrevue soit enregistrée.

Date

Signature de l'interviewer

ANNEXE IV - Profil des répondants

| Numéro | Nom Fictif | Sexe | Âge | Scolarité | Statut | Diagnostic | Langue | Durée AS | Statut AS | Raison AS |
|--------|------------|------|-------|--------------|-------------|---------------|--------|----------|-----------|------------|
| 1 | Emy | F | 45+ | Sec V | Séparé | Dépression | F | 20 ans+ | SOFI | Séparation |
| 2 | Charles | H | 45+ | Sec Inachevé | Célibataire | Schizophrénie | F | 20 ans+ | SOFI | Maladie |
| 3 | Jonathan | H | 45+ | N/S | Célibataire | Dépression | F | 20 ans+ | SOFI | Maladie |
| 5 | Maude | F | 30-44 | Sec Inachevé | Célibataire | | F | 5 ans+ | SOFI | Maladie |
| 6 | Sarah | F | 30-44 | Sec V | Marié | Dépression | A | 2 ans | SOFI | Maladie |
| 7 | Mathieu | H | 36 | Sec Inachevé | Célibataire | Bipolaire | F | 1-5 ans | APTE | Maladie |
| 8 | Clément | H | 37 | Université | Célibataire | | F | 10 ans | SOFI | Maladie |
| 9 | Juliette | F | 56 | Sec Inachevé | Célibataire | Bipolaire | F | 10 ans | SOFI | Maladie |
| 10 | Daphnée | F | 32 | Sec Inachevé | Séparé | Dépression | F | 6 mois | APTE | Maladie |
| 11 | Sandra | F | 45+ | Sec Inachevé | Célibataire | Dépression | A | 5 ans+ | APTE | Maladie |
| 12 | Josée | F | 46 | Sec Inachevé | Divorcé | Dépression | A | 15 ans | N/S | Séparation |
| 13 | Isabelle | F | 47 | Sec Inachevé | Séparé | Dépression | A | 5 ans + | N/S | Chômage |
| 14 | Victoria | F | 36 | Sec V | Célibataire | | A | 10 ans | SOFI | Chômage |
| 15 | Chris | H | 29 | Sec Inachevé | Célibataire | Dépression | A | 10 ans | SOFI | Chômage |

| | | | | | | | | | | |
|----|-----------|---|-------------|---------------|-------------|---------------|---|----------|------|------------|
| 16 | Armand | H | 49 | Sec V | Célibataire | Schizophrénie | F | 15 ans | SOFI | Maladie |
| 17 | Dany | H | 45+ | Sec Inachevé | Séparé | Dépression | F | 6 mois | APTE | Maladie |
| 18 | Martin | H | 30-44 | Sec V | | | A | 3 ans | SOFI | Chômage |
| 19 | Ginette | F | 34 | Sec Inachevé | Séparé | Dépression | F | 6 ans | APTE | Séparation |
| 21 | Marcel | H | 38 | Sec Inachevé | Divorcé | Schizophrénie | F | 20 ans | SOFI | Maladie |
| 22 | Sylvain | H | 38 | Sec Inachevé | Célibataire | | A | 20 ans | SOFI | Maladie |
| 24 | Sophie | F | Moins de 30 | Sec Inachevé | Célibataire | Dépression | F | 2 ans | APTE | Maladie |
| 28 | Michel | H | 43 | Sec inachevé | Célibataire | Dépression | F | 15 ans | SOFI | Chômage |
| 29 | Éric | H | 29 | Collège Ina. | Célibataire | Schizophrénie | F | 5 ans+ | SOFI | Maladie |
| 30 | Jolène | F | 35 | Sec. Inachevé | Célibataire | Schizophrénie | F | 10 ans + | SOFI | Maladie |
| 32 | Samuel | H | 37 | Université | Célibataire | Dépression | A | 1-5 ans | SOFI | Maladie |
| 33 | Camille | F | 45 | Sec V | Divorcé | Dépression | F | 20 ans | SOFI | Séparation |
| 34 | Claudette | F | 51 | Sec V | Séparé | Bipolaire | A | 5 ans | APTE | Chômage |
| 35 | Jacques | H | 29 | Sec Inachevé | Célibataire | Schizophrénie | F | 5 ans | SOFI | Maladie |

ANNEXE V – Profil des clients des intervenants

| Intervenant A - Psychiatre | | | | | | | |
|----------------------------|---------------|-----|------|-----------|--------------|----------|----------------|
| Alias | Diagnostic | Âge | Sexe | Scolarité | Statut civil | Durée AS | Particularités |
| Georges | Schizophrénie | 43 | H | DEC | Célibataire | 10 ans | |
| Lucie | Dépression | 48 | F | DEP | Divorcée | 10ans+ | A deux enfants |
| Josiane | Bipolaire | 43 | F | DEC | Conjoint | 9 ans | A un enfant |

| Intervenant B – Agent d'aide socio-économique | | | | | | | |
|---|----------------|-----|------|-----------|--------------|----------|----------------|
| Alias | Diagnostic | Âge | Sexe | Scolarité | Statut civil | Durée AS | Particularités |
| Daniel | Psychoaffectif | 30 | H | N/S | N/S | N/S | |
| Denise | Schizophrénie | 32 | F | N/S | N/S | N/S | |
| Julie | Schizophrénie | 32 | F | N/S | N/S | 12 ans | |

| Intervenant C - Infirmière | | | | | | | |
|----------------------------|------------|-----|------|------------|--------------|----------|---|
| Alias | Diagnostic | Âge | Sexe | Scolarité | Statut civil | Durée AS | Particularités |
| Maryse | Bipolaire | 40 | F | Université | Conjoint | N/S | |
| Marc | Dépression | 40 | H | N/S | Veuf | N/S | A plusieurs problèmes de santé physique |
| Monique | Dépression | N/S | F | N/S | N/S | N/S | A 3 enfants |

| Intervenant D – Psychiatre | | | | | | | |
|----------------------------|---------------|-------|------|-----------|--------------|----------|---|
| Alias | Diagnostic | Âge | Sexe | Scolarité | Statut civil | Durée AS | Particularités |
| Carole | Schizophrénie | 35 | F | N/S | Conjoint | 10ans+ | Elle a une fille qui est élevée par sa mère |
| Roger | Schizophrénie | 45-50 | H | N/S | Célibataire | 10ans+ | |
| Louis | Schizophrénie | 30-35 | H | N/S | Célibataire | 10ans+ | |

| Intervenant E – Travailleur communautaire | | | | | | | |
|---|---------------|-----|------|------------|--------------|------------------|---------------------|
| Alias | Diagnostic | Âge | Sexe | Scolarité | Statut civil | Durée AS | Particularités |
| Jocelyne | Schizophrénie | N/S | F | N/S | Séparé | N/S | Elle a deux enfants |
| Jean | Schizophrénie | 50 | H | Université | Séparé | Plusieurs années | |
| Rock | Schizophrénie | 40 | H | N/S | N/S | N/S | |

| Intervenant F - Infirmière | | | | | | | |
|----------------------------|---------------|-----|------|-----------|--------------|----------|-------------------------------------|
| Alias | Diagnostic | Âge | Sexe | Scolarité | Statut civil | Durée AS | Particularités |
| Luc | Schizophrénie | 28 | H | DEC | Célibataire | 8 ans+ | |
| Liette | Schizophrénie | 49 | F | N/S | Conjoint | 15 ans | Elle n'habite pas avec son conjoint |
| Normand | Schizophrénie | 50 | H | Primaire | Célibataire | 30 ans+ | |