

Université de Montréal

**Développement professionnel et rétablissement des
personnes aux prises avec des troubles mentaux graves**

par

Catherine Vallée

École de Réadaptation

Faculté de Médecine

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D.)
en Sciences biomédicales
option Réadaptation

Juin, 2007

© Catherine Vallée, 2007

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :

**Développement professionnel et rétablissement des
personnes aux prises avec des troubles mentaux graves**

présentée par :
Catherine Vallée

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Elizabeth Dutil, présidente-rapporteur
Céline Mercier, directrice de recherche
Raymonde Hachey, co-directrice
Alain Lesage, membre du jury
Hélène Provencher, examinatrice externe
Guylaine Le Dorze, représentante du doyen de la FES

Résumé

Cette étude de théorisation ancrée vise à mieux comprendre le développement professionnel des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves, dans le contexte plus large de leur rétablissement. L'étude comprend trois volets : l'influence de la maladie sur le développement professionnel, l'impact du retour à des activités productives sur ce dernier et le rôle des activités associées au travail dans le rétablissement.

Quatorze personnes ayant des troubles mentaux graves, (travailleurs, bénévoles et étudiants, âgés de 26 à 45 ans), ont participé à deux entrevues semi-structurées portant sur leur cheminement professionnel et leur rétablissement. Elles ont aussi rempli l'Inventaire des Rôles et l'échelle « Prendre des décisions ».

Les résultats de l'étude indiquent que la maladie interfère avec le développement professionnel des participants. La maladie limite leur accès à une formation professionnelle, leur fait traverser de longues périodes d'inactivité professionnelle, complique la conciliation de leur travail avec d'autres rôles significatifs et les confine à un marché de l'emploi qui est sous-spécialisé, voire marginalisé.

De plus, la reprise d'une activité productive ne leur permet pas nécessairement de continuer leur développement professionnel. Cette situation résulte de conditions de travail difficiles, du peu d'efforts qui sont consacrés au développement de leurs compétences professionnelles ainsi que de l'abus et de la violence en milieu de travail.

D'autre part, un climat de travail convivial et une bonne congruence personne-emploi facilitent la redéfinition positive du concept de soi, sans toutefois influencer les autres aspects du développement professionnel. Le travail peut soutenir le rétablissement en offrant d'abord à la personne une occupation et parfois un rôle social valorisant. Par comparaison au rôle de travailleur, l'occupation a une incidence moins grande sur le rétablissement. Cependant, d'autres rôles sociaux peuvent aussi y contribuer considérablement. Enfin, l'attitude qu'adopte l'individu vis-à-vis de sa maladie et les motifs qu'il évoque pour l'expliquer sont plus pertinents que le travail comme tel pour comprendre les aspects dynamiques du rétablissement.

Ces résultats permettent de conclure de la nécessité de fournir davantage d'efforts pour infléchir les déterminants administratifs, sociologiques et environnementaux gênant le développement professionnel de ces personnes.

Mots-clés : Rétablissement, développement professionnel, troubles mentaux graves, travail, occupation, rôles, réinsertion professionnelle, réadaptation, pouvoir d'agir.

Abstract

This grounded theory study aims at better understanding the vocational development of individuals with a severe mental illness, taking into account the global context of their recovery process. This study is threefold: the influence of the illness on the vocational development, the impact of resuming productive activities on the vocational development, and the role of work related activities in the recovery process.

Fourteen individuals suffering from severe mental disorders, including workers, volunteers and students between the ages of 26 and 45, participated in two semi-structured interviews, which focused on their professional experience and recovery. In addition, participants completed the “Role Checklist” and the scale “Making Decisions”.

According to the findings, the illness interferes with the vocational development of the participants, by limiting their access to vocational training, causing significant periods of professional inactivity, making it more difficult for them to balance work with their other significant roles and limiting job opportunities to under-specialized, if not marginalized, jobs.

Furthermore, the resumption of a productive activity does not necessary allow them to return to their vocational development. This situation results from poor working conditions, lack of efforts made to enhance vocational training as well as from workplace abuse and violence.

On the other hand, a friendly working environment and an effective person-job fit makes redefining positively self-concept easier without, however, influencing the other aspects of the vocational development. Work can support recovery by primarily offering an occupation to the individual, and sometimes a social role that can be fulfilling. Compared to the role of the worker, the occupation has a less powerful effect on the recovery process. Besides, other social roles can also contribute significantly to this process. Finally, the individual’s position towards his illness and the grounds he uses for explaining it are factors that prove to be more effective than work as such in understanding the dynamics of the recovery process.

By these findings, it has been found that it is essential to make further efforts to modify administrative, sociological and environmental determinants hindering the vocational development of these individuals.

Keywords: Recovery, vocational development, severe mental illness, work, occupation, roles, vocational rehabilitation, rehabilitation, empowerment.

Table des matières

1. Une mise en contexte	1
2. Recension des écrits	6
2.1 Le développement professionnel.....	6
2.1.1. Généralités concernant le développement professionnel	6
2.1.2. Développement professionnel des personnes aux prises avec des incapacités..	11
2.1.3. Le développement professionnel des personnes aux prises avec des troubles mentaux.....	13
2.1.4. Les enjeux associés au concept d'immaturation	16
2.2. L'intégration professionnelle des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves	17
2.2.1. Obstacles à l'insertion professionnelle	17
2.2.2. Facteurs prédictifs concernant l'insertion professionnelle.....	21
2.3. Rétablissement des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves	26
2.3.1. Définition du rétablissement	26
2.3.2. Travail et rétablissement	34
3. Questions de recherche	41
4. Cadre méthodologique	43
4.1 Type de recherche	43
4.2 Population et échantillonnage	45
4.2.1. Population à l'étude	45
4.2.2. Stratégie d'échantillonnage.....	46
4.3. Recrutement des participants	49
4.4. Collecte de données.....	51
4.4.1 Principes directeurs	51
4.4.2. Entrevues semi-structurées.....	52
4.4.3. Mesures quantitatives.....	55
4.5. Analyse des données	57
4.6. Considérations éthiques	61

5. Résultats	62
5.1. Description des participants	62
5.1.1 Données sociodémographiques	62
5.1.2. Un aperçu sur le pouvoir d’agir	65
5.2. Le développement professionnel.....	68
5.2.1. En avant-goût, un survol des expériences de travail des participants	68
5.2.1.1. Examen des rôles des participants.....	68
5.2.1.2. Examen des expériences de travail	71
5.2.2. Une certaine confusion des genres	75
5.2.3. Quelques clarifications sémantiques	78
5.2.4. Impact général de la maladie mentale sur l’emploi	79
5.2.5. Périodes d’inactivité professionnelle	80
5.2.6. Orientations à l’égard du travail.....	81
5.2.6.1. L’activité productive s’inscrit dans le développement professionnel de l’individu.....	82
5.2.6.2. L’activité productive constitue une transition vers le développement professionnel de l’individu.....	82
5.2.6.3. L’activité productive demeure d’abord et avant tout une occupation.....	83
5.2.7. Préambule au cheminement professionnel : la formation	84
5.2.7.1 Un survol des expériences de formation des participants	84
5.2.7.2. Impact de la maladie mentale sur les études	85
5.2.7.3. Formation préparatoire à l’emploi	92
5.2.7.4. Apport de la formation	93
5.2.7.5. Besoins de formation	96
5.2.8. Congruence études-emploi.....	99
5.2.9. Obtention d’un emploi ou d’une activité productive associée au travail	100
5.2.9.1. La recherche	101
5.2.9.2. L’accès	106
5.2.9.3. Le dévoilement de la maladie	112
5.2.10. Ce qui freine l’accès à l’emploi	116

5.2.10.1. Freins individuels au moment de l'accès	116
5.2.10.2. Freins externes ou environnementaux à l'accès.....	120
5.2.10.3. Freins associés au marché du travail lors de l'accès	123
5.2.11. L'expérience des activités productives apparentées au travail telles qu'elles ont été vécues par les participants	126
5.2.11.1. Survol des conditions générales de travail	127
5.2.11.2. Possibilités de développement professionnel dans le cadre des activités	131
Programmes de formation des travailleurs.....	132
Apprentissages découlant des activités productives	134
Promotion en cours d'emploi	137
5.2.12. Soutien à l'insertion professionnelle.....	139
5.2.12.1. Facteurs externes	140
5.2.12.2. Facteurs personnels	143
5.2.12.3. Facteurs associés à la maladie et son traitement	146
5.2.12.4. Facteurs associés au milieu où s'exerce l'activité productive	150
L'acceptation par les collègues et les employeurs	150
Une juste dose de défi au travail	153
Travailler sur le marché régulier de l'emploi et être rémunéré.....	156
5.2.13. Freins au maintien dans l'activité productive	159
5.2.13.1. Freins externes qui restreignent le maintien de l'activité productive	160
5.2.13.2. Freins personnels qui contrecarrent le maintien en emploi.....	164
5.2.13.3. Freins associés à la maladie et son traitement.....	169
5.2.13.4. Freins associés au milieu où est exercée l'activité productive.....	174
Le défi de se heurter aux attitudes du milieu	175
Le défi de composer avec des conditions de travail difficiles	185
5.2.14. Choix de parcours professionnel.....	189
5.2.14.1. Les variables externes	190
5.2.14.2. Les variables personnelles	193
5.2.14.3. Les variables associées au milieu où est exercée l'activité productive...	196
5.2.15. Préférences, buts et identité professionnels	204

5.2.15.1. Préférences professionnelles des participants	204
5.2.15.2. Rêves et buts professionnels	209
5.2.15.3. L'identité professionnelle des participants.....	215
5.3. L'impact de la maladie mentale sur le développement professionnel	216
5.3.1. L'impact de la maladie sur la formation	217
5.3.2. Les périodes d'inactivité professionnelles	219
5.3.3. Des enjeux de conciliation entre les différents rôles.....	221
5.3.4. L'impact de la maladie sur l'accessibilité au travail.....	225
5.4. L'impact du retour au travail sur le développement professionnel.....	226
5.4.1. Qualité des emplois	227
5.4.1.1. Conditions de travail	227
5.4.1.2. Climat de travail.....	229
5.4.1.3. Congruence personne-emploi.....	230
5.4.2. Opportunités de développer des compétences professionnelles	233
5.4.3. L'effet de la perception de l'activité productive sur l'identité professionnelle	234
5.5. Rétablissement	236
5.5.1. Une clé pour mieux comprendre le rétablissement : l'attitude à l'égard de la maladie	236
5.5.1.1. Offrir un cadre alternatif pour décrire l'expérience	237
5.5.1.2. Combattre la maladie	237
5.5.1.3. Accepter la maladie.....	240
5.5.1.4. Lier son identité à la maladie	241
5.5.2. Vers une définition du rétablissement.....	243
5.5.2.1. Description du processus	243
5.5.2.2. Dimensions du rétablissement	249
Dimensions largement partagées chez les participants	249
Dimension physique.....	250
Dimension affective	253
Dimension sociale	261
Dimension spirituelle	265

5.5.2.3. Dimensions moins largement partagées par les participants.....	272
Dimension cognitive	273
Dimension économique.....	274
Dimension politique	275
5.5.3. Éléments associés au processus	277
5.5.3.1. Deuils associés au rétablissement	277
5.5.3.2. Apprentissages découlant du processus de rétablissement	281
5.5.4. Impact des activités apparentées au travail sur le rétablissement	283
5.5.4.1. Le sens du travail	283
Le travail comme occupation	283
Lutter contre les symptômes	283
Se mobiliser.....	285
Structurer et organiser son temps.....	287
Mesurer et apprivoiser les difficultés.....	289
Des possibilités d'apprentissage	290
Se reconstruire une vie	290
Le travail comme rôle	294
Un puissant symbole de citoyenneté.....	294
Atténuer la marginalité.....	296
Réaliser ses buts professionnels.....	299
5.5.4.2. Une parenthèse sur les spécificités associées au bénévolat	301
5.5.4.3. Lorsque le travail devient un frein au rétablissement	302
5.5.5. Autres facteurs susceptibles d'influencer le rétablissement.....	307
5.5.5.1. Autres formes de soutiens au rétablissement	308
Sources de soutiens sociaux	308
Soutiens liés à l'entraide	309
Soutiens qui émanent des services de santé	310
Soutiens qui émanent du réseau naturel.....	316
Soutiens qui relèvent du milieu de vie	318
Synthèse face au soutien social.....	320

Autres sources de soutien.....	320
Soutiens à la vie quotidienne	320
Soutiens à l'espoir	322
5.5.5.2. Autres freins au rétablissement	325
Freins sociaux	325
Freins sociétaux et environnementaux	328
Freins liés au traitement	332
5.5.5.3 Facteurs qui fragilisent les participants dans le processus de rétablissement	337
5.6. Une réponse à la troisième question de recherche	341
5.6.1. L'occupation	342
5.6.2. Les rôles	344
5.6.3. Pour aller plus loin...	347
Rétablissement et réappropriation du pouvoir	347
Impact des explications sur la nature des difficultés.....	354
5.6.4. Synthèse concernant la question	355
6. Discussion	356
6.1. Lorsque la maladie interfère avec le développement professionnel	356
6.1.1. Impact sur la formation	356
6.1.2. Effets sur les périodes d'inactivité professionnelle.....	357
6.1.3. Retombées sur la conciliation des rôles	358
6.1.4. La recherche et l'accès à une activité productive.....	359
6.2 Effet de la reprise d'une activité associée au travail sur le développement professionnel	368
6.2.1. Les conditions de travail	368
6.2.2. Les possibilités de croissance	373
6.2.3. Les perceptions des participants.....	374
6.2.4. Le climat organisationnel.....	376
6.2.5. Congruence personne-emploi.....	377
6.3. La faiblesse de l'identité professionnelle.....	378

6.3.1. Les préférences professionnelles.....	378
6.3.2. Les choix professionnels.....	381
6.4. Le rétablissement	382
6.4.1. Un concept polysémique.....	383
6.4.2. Les attitudes à l'égard de la maladie et le rétablissement.....	386
6.4.3. Les dimensions du rétablissement.....	390
6.4.4. L'impact des explications sur la nature des difficultés.....	397
6.5. Travail, rôles et rétablissement	398
6.6. Conclusion sur le rôle du travail	405
6.7. Forces et limites de l'étude	408
7. Conclusion	411
Annexes.....	lxiii
Annexe A : Copies des certificats du Comité d'éthique à la recherche (CER) de l'Hôpital Douglas	lxiv
Annexe B : Formulaires de consentement	lxix
Formulaire de consentement à la recherche : version française.....	lxx
Formulaire de consentement à la recherche : version anglaise.....	lxxiv
Annexe C : Liste de variables pouvant influencer le développement professionnel .	lxxviii
Annexe D : Liste de variables pouvant influencer le rétablissement.....	lxxix
Annexe E : Grilles d'entrevues	lxxx
Première grille d'entrevue : le développement professionnel (version française)...	lxxxi
Première grille d'entrevue : le développement professionnel (version anglaise) ..	lxxxiii
Seconde grille d'entrevue : le rétablissement (version française).....	lxxxv
Seconde grille d'entrevue : le rétablissement (version anglaise).....	lxxxvii
Annexe F : Outils de mesures quantitatives.....	lxxxix
Ensemble d'outils permettant de mesurer les résultats de la réadaptation psychosociale : collecte de données démographiques (IAPSRs).....	xc
Empowerment scale : prendre des décisions.....	xcviii
Inventaires des rôles.....	ciii
Annexe G : Exemples d'arborescences de codes.....	cvi

Exemple d'une arborescence : Insertion professionnelle.....	cvii
Exemple d'une arborescence : Rétablissement.....	cix
Exemple d'une arborescence : Sens du travail.....	cxiii
Annexe H : Brèves vignettes présentant les caractéristiques des participants	cxiv
Alex.....	cxv
Annette	cxv
Betty	cxvi
Jean.....	cxvi
Jim.....	cxvi
Lucy	cxvii
Malcolm	cxvii
Mario.....	cxviii
Marcel	cxviii
Mary	cxviii
Michel	cxix
Nathalie	cxix
Paolo.....	cxx
Sylvain	cxx
Annexe I : Exemples de parcours narratifs	cxixii

Liste des tableaux

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques des participants.....	63
Tableau 2. Distribution des diagnostics signalés par les participants.....	64
Tableau 3. Résultats pour l'échelle « Prendre des décisions ».....	67
Tableau 4. Examen de l'investissement des rôles apparentés au travail et des préférences des participants à cet égard.....	70
Tableau 5. Analyse des différences observées quant aux résultats de l'échelle « Prendre des décisions » en fonction des attitudes adoptées à l'égard de la maladie (Test de Kruskal-Wallis).....	353

Liste des figures

Figure 1. Âge des participants au premier épisode et à la première hospitalisation.....	65
Figure 2. Rôles exercés présentement par les participants, tels qu'ils ont été recensés dans l'Inventaire des rôles	68
Figure 3. Participation actuelle des participants à une activité productive qui est associée au développement professionnel.....	71
Figure 4. Nombre total d'emplois exercés par les participants.....	72
Figure 5. Nombre total d'expériences de bénévolat vécues par les participants.....	73
Figure 6. Nombre total activités productives rémunérées ou bénévoles exercées par les participants.....	74
Figure 7. Distribution des secteurs dans lesquels les participants ont exercé une activité productive associée au développement professionnel.....	75
Figure 8. Le cheminement professionnel des participants : caractéristiques de l'obtention en emploi ou d'une activité productive associée au travail.....	100
Figure 9. Cheminement professionnel des participants : caractéristiques de la recherche d'emploi	106
Figure 10. Cheminement professionnel des participants : caractéristiques de l'accès à l'emploi des participants	112
Figure 11. Cheminement professionnel des participants : synthèse des éléments et des dynamiques qui caractérisent le dévoilement.....	116
Figure 12. Les freins à l'embauche qui relèvent de l'individu ou de la trajectoire des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves.....	120
Figure 13. Freins externes ou environnementaux à l'embauche des personnes aux prises avec troubles mentaux graves.....	123
Figure 14. Facteurs associés au marché de l'emploi susceptibles de freiner l'embauche des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves	126
Figure 15. L'insertion professionnelle des participants : un regard sur les conditions de travail.....	127
Figure 16. Synthèse des éléments qui décrivent les possibilités de développement telles qu'elles ont été perçues par les participants.....	139
Figure 17. Cheminement professionnel des participants : un regard sur les facteurs de maintien dans l'activité productive.....	140
Figure 18. Facteurs de maintien dans l'activité productive.....	158
Figure 19. Cheminement professionnel des participants : un regard sur les freins au maintien de l'activité productive.....	159
Figure 20. Freins externes au maintien de l'activité productive.....	164

Figure 21. Freins personnels au maintien de l'activité productive.....	169
Figure 22. Freins associés à la maladie et à son traitement.....	174
Figure 23. Freins liés au milieu où est exercée l'activité productive apparentée au travail.....	188
Figure 24. Ensemble des freins au maintien de l'activité productive.....	189
Figure 25. Synthèse des facteurs qui influencent les choix professionnels.....	203
Figure 26. Impact de la maladie sur la formation des participants.....	218
Figure 27. Caractéristiques de l'identité professionnelle en fonction du rôle de l'activité productive associée au travail.....	236
Figure 28. Synthèse des propriétés du processus de rétablissement.....	249
Figure 29. Sommaire des tendances observées quant à l'expression de la dimension affective du rétablissement en fonction de l'attitude à l'égard de la maladie.	261
Figure 30. Les différentes dimensions du rétablissement.....	277
Figure 31. Sens accordé au travail par les participants.....	301
Figure 32. Lorsque le travail devient contre-productif au rétablissement.....	307
Figure 33. Sources de soutien social au rétablissement.....	309
Figure 34. Synthèse des sources de soutiens au rétablissement.....	325
Figure 35. Autres freins au rétablissement, excluant ceux associés au travail.....	336
Figure 36. Facteurs susceptibles d'influencer positivement ou négativement le processus de rétablissement.....	337
Figure 37. Facteurs qui fragilisent l'individu face à son rétablissement.....	341
Figure 38. Distribution des résultats à l'échelle « Prendre des décisions » en fonction des attitudes adoptées à l'égard de la maladie.....	348
Figure 39. Distribution de la moyenne des items de la sous-échelle « Activisme et autonomie » en fonction des attitudes adoptées à l'égard de la maladie.....	349
Figure 40. Distribution de la moyenne des items de la sous-échelle « Estime de soi et efficacité personnelle » en fonction des attitudes adoptées à l'égard de la maladie.....	350

Figure 41. Distribution de la moyenne des items de la sous-échelle « Optimisme et contrôle» en fonction des attitudes adoptées à l'égard de la maladie.....	351
Figure 42. Distribution de la moyenne des items associés au facteur «Estime de soi et activisme» en fonction des attitudes adoptées à l'égard de la maladie.....	352
Figure 43. Influence relative des rôles, des occupations, des explications causales et de l'attitude qu'adopte l'individu à l'égard de la maladie sur le processus de rétablissement.....	355

*Luc, Laurent et Jeanne que j'aime, qui
savent être à la fois mes racines et mes ailes*

*« C'est peut-être un monde fait de décence,
de silence et de résistance; un équilibre fragile,
un oiseau dans l'orage; une frontière étroite
entre souffrance et espérance. Mais ouvre les
yeux, c'est surtout un monde de courage... »*

(Fabien Marsaud, *Le sixième sens*)

Remerciements

J'aimerais remercier chaleureusement ma directrice, madame Céline Mercier, pour son engagement continu, son réalisme pragmatique, ses suggestions avisées et ses judicieux commentaires qui ont facilité ma vie sur le terrain, alimenté et raffiné mes réflexions et porté plus loin ma pensée et mon analyse.

J'aimerais également témoigner de ma reconnaissance à l'égard de ma codirectrice, madame Raymonde Hachey, pour son indéfectible soutien, sa merveilleuse empathie, sa passion pour l'occupation, ses questions stimulantes, son inspiration humaniste et sa formidable célérité. Vous aurez certainement instillé en moi cette passion qui vous habite pour l'agir et l'occupation et je vous en suis reconnaissante.

J'aimerais exprimer ma profonde gratitude et mon admiration pour les participants qui se sont si généreusement livrés, partageant leurs écueils et leurs victoires, leurs réflexions, leur expérience et leur trajectoire de vie. Je célèbre votre courage et votre détermination.

J'aimerais souligner l'apport important des intervenants de Spectrum, de l'ACSM d'Ottawa-Carleton, de l'Envol SRT et de l'Abri-en-Ville, qui ont rendu le recrutement possible et plus particulièrement de mesdames Nicole Lahaie, Noëlla Groleau, Maureen Ramsay, Karen Shipman et Luce Fortin ainsi que monsieur Claude Therrien qui m'ont rendu la route plus facile.

Je voudrais saluer monsieur Carl Brouillette pour les premières impulsions et souligner l'émulation des professeurs qui m'ont formé en recherche qualitative soit madame Nicole Leduc ainsi que messieurs Pierre Trudel et Jean-Marie Van der Maren. Je veux reconnaître l'indéfectible et précieux soutien de mesdames Rosanne Émard, Julie Audette et Claire O'Neil. J'ai aussi eu le privilège de croiser sur ma route de formidables collègues du programme d'ergothérapie de l'Université d'Ottawa, qui m'ont offert écoute, compréhension et conseils. Je souligne à cet égard l'appui particulier de mesdames Manon Tremblay, Paulette Guitard et Rose Martini. À vous toutes, merci d'avoir toujours cru dans mes capacités de mener à bon port ce projet, malgré mes doutes et les tempêtes!

Je voudrais remercier sincèrement mesdames Anne Kroeker et Véronique Tessier pour leur indispensable assistance dans ce défi qu'était la transcription. Je salue le souci du détail et la rigueur de ceux et celles qui m'ont lu et relu, particulièrement madame Andrée Proulx et France Desjardins ainsi que monsieur Claude Vallée.

Enfin, je voudrais souligner que la réalisation de ce projet fut facilitée grâce au soutien du programme de formation stratégique RSPMST-IRSC (Recherche sur les services et les politiques en santé mentale et toxicomanie – Instituts de recherche en santé du Canada). Outre le fait que j'ai pu m'arrêter pour me consacrer principalement à mes travaux, j'y ai trouvé une émulation stimulante qui a poussé plus loin mes réflexions sur la recherche sur la recherche concernant les services et les politiques de santé mentale.

Liste des sigles et abréviations

CER :	Comité d'éthique à la recherche
CIT :	Contrat d'intégration au travail
CTA :	Centre de travail adapté
ECTI :	Équipe communautaire de traitement intensif
INSO :	Mesure d'Insertion Sociale de la sécurité du revenu
IPS :	Individual Placement and Support (modèle de soutien en emploi)
SEMO :	Service externe de la main d'œuvre

1. Une mise en contexte

Les troubles mentaux graves touchent entre 2 et 3 % de la population. Selon les études, moins de 15 % de ces personnes intègrent le marché du travail bien que leur potentiel d'insertion professionnelle semble plus élevé. Au Québec, seulement 2 % des personnes aptes et intéressées au travail bénéficient d'un programme de formation, de développement de l'employabilité ou d'intégration au travail (Lauzon & Lecomte, 2002). Pourtant le travail constitue une priorité aux yeux des personnes concernées (Baron, 2000; Crowther, Marshall, Bond, & Huxley, 2001a; Drake et al., 1994; Kirsh, 1996; Macias, DeCarlo, Wang, Frey, & Barreira, 2001; Mueser et al., 1997; Mueser, Becker, & Wolfe, 2001; Secker, Grove, & Seebom, 2001; Torrey et al., 1998). Malheureusement, les personnes aux prises avec des troubles mentaux sont trois à cinq fois plus susceptibles de ne pas travailler que la population générale (Sturm, Gresenz, Pacula, & Wells, 1999).

Les chercheurs et les praticiens œuvrant dans le domaine de la réinsertion professionnelle reconnaissent que le faible accès à l'emploi est non seulement lié à des facteurs systémiques tels les préjugés, les politiques discriminatoires, les enjeux législatifs, mais également aux interventions mises en œuvre à ce jour pour faciliter l'intégration professionnelle des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves (Garske & Stewart, 1999; Kirsh, 2000a). L'inactivité professionnelle fragilise davantage la santé des personnes concernées et les maintient au sein de programmes de sécurité du revenu ou d'assurance invalidité. De plus, plusieurs des moyens préconisés afin de faciliter l'insertion professionnelle des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves ne s'avèrent pas des plus efficaces. Ainsi, les modalités de placement en emploi connaissent peu de succès auprès des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves. Les ateliers de travail et les mesures de développement de l'employabilité ne permettent pas le transfert des habiletés acquises dans des emplois en milieu compétitif. Ces mesures entraînent peu d'impact sur le maintien en emploi de ces personnes (Coursey, Alford, & Safarjan, 1997; Crowther et al., 2001a; Drake, Becker, Xie, & Anthony, 1995; Drake, Becker, Clark, & Mueser, 1999), mais s'avèrent parfois la seule option qui s'offrent aux personnes souhaitant obtenir du soutien. Toutefois, des praticiens et chercheurs reconnaissent maintenant la

nécessité d'offrir des services de soutien in vivo dans un emploi définitif, tout en se préoccupant des choix des usagers et d'un accès réel au rôle de travailleur (Anthony, Howell, & Danley, 1984; Drake, Becker et al., 1999), bien que l'implantation de tels programmes demeurent peu répandue.

Plusieurs professionnels et intervenants, de même que les personnes touchées et leurs proches, croient que les personnes aux prises avec des troubles mentaux sont inaptes à l'emploi (Garske & Stewart, 1999; Secker et al., 2001). Bien que l'accès au travail soit important pour ces personnes, les intervenants des services de santé tendent à mettre de l'emphase sur d'autres rôles, notamment la socialisation et le loisir (Ciardello & Bingham, 1982). L'insertion professionnelle demeure exclue des plans d'intervention par bon nombre d'intervenants; ces derniers allèguent que la poursuite de buts professionnels pourra être envisagée uniquement lorsque le traitement ne sera plus nécessaire (Harding, Strauss, Hafez, & Lieberman, 1987). Les besoins en termes d'insertion professionnels, tels que ressentis par les principaux intéressés, demeurent largement insatisfaits, voire même négligés (Crane-Ross, Roth, & Lauber, 2000; Lehman et al., 2002; Mueser, Salyers, & Mueser, 2001).

Or, les enjeux concernant l'insertion professionnelle des personnes atteintes d'un trouble mental grave affectent également un processus développemental plus large, soit le développement professionnel. Ce processus se définit comme le cheminement par lequel tout individu acquiert une identité professionnelle, choisit un métier, évolue et occupe le marché du travail et ce, tout au cours de sa vie. D'autres auteurs décrivent le développement professionnel comme un processus continu où l'individu se prépare, choisit et continue de choisir une profession parmi les diverses opportunités présentes au sein de la société (Rumrill & Roessler, 1999; Szymanski & Hanley-Maxwell, 1996; Trevino & Szymanski, 1996). Ce processus continu connaît une phase critique à l'adolescence et au début de la vie adulte. L'individu y vit ses premières expériences professionnelles et acquiert une formation professionnelle. Or, les troubles mentaux graves s'insinuent également dans la vie de l'individu au cours de cette période et rendent difficile la poursuite d'activités associées au développement professionnel. L'expérience de la maladie entraîne souvent chez les individus qui en souffrent une définition d'eux-mêmes où se confondent

identité personnelle et maladie (Anthony, Cohen, & Danley, 1988; Becker, Bebout, & Drake, 1998; Becker, Drake, Farabaugh, & Bond, 1996; Estroff, 1989; Goldberg, 1992; Jacobson, 2003; Jansen, 1988); la maladie affecte par conséquent les processus de développement de l'identité professionnelle et de façon plus large, leur développement professionnel.

Lorsque l'état de santé permet une reprise du cheminement professionnel et que l'individu accepte de s'y engager, il compte parfois peu d'expériences de travail sur lesquelles il peut appuyer ses choix. De plus, plusieurs personnes aux prises avec des troubles mentaux graves ne jouissent pas d'une formation professionnelle reconnue (Olney & Salomone, 1992). Les options disponibles demeurent donc limitées le plus souvent à des emplois non-spécialisés (Freedman & Fesko, 1996; Kravetz, Dellario, Granger, & Salzer, 2003) et d'une durée limitée. Des antécédents d'emploi, composés de brèves assignations, gênent le cheminement professionnel de l'individu, suscitent de l'insatisfaction face au travail, et atténuent ainsi les possibilités d'accéder à un meilleur emploi ou de connaître des promotions (Mueser, Becker et al., 2001).

Pour les services de réinsertion professionnelle, l'enjeu consiste à offrir aux usagers, comme à d'autres segments de la population générale, la possibilité d'explorer diverses avenues professionnelles, ainsi que l'accompagnement et l'information nécessaires pour effectuer des choix éclairés (Anthony, Cohen, Farkas, & Gagne, 2002; Parent, 1996). À l'exception de certains articles qui reposent sur des opinions cliniques d'intervenants en réadaptation professionnelle (Bingham, 1988; Ciardello & Bingham, 1982; Navin & Myers, 1983), très peu d'écrits ont tenté d'expliquer les effets de l'interruption du cheminement professionnel ou encore de décrire ce qu'il advient du développement professionnel de cette population. C'est là un sujet, qui demeure largement méconnu. Néanmoins, des auteurs ont fait référence à un phénomène d'immaturation professionnelle pour décrire les effets de l'apparition de maladie sur les trajectoires professionnelles (Becker & Drake, 1993; Ciardello & Bingham, 1982). Par ailleurs, il y a lieu de se demander si les modèles décrivant le développement professionnel de la population générale peuvent s'étendre au cas des personnes atteintes de troubles mentaux graves. Dans ce contexte, peut-on vraiment parler d'immaturation en l'absence de modèles de référence ou d'évidences empiriques?

Cette situation est d'autant plus déplorable que plusieurs de ces personnes expriment qu'un emploi significatif s'avère essentiel à leur rétablissement (Strong, 1998; Sullivan, 1994). Le rétablissement se définit comme le processus par lequel un individu apprend à apprivoiser sa maladie, à surmonter ses symptômes et les situations de handicap auxquelles il est exposé, à assumer avec les nombreuses pertes encourues et à se reconstruire un concept de soi distinct de la maladie (Anthony, 1993). Le travail procure une réponse aux besoins de base, offre une structure, consolide le sentiment d'estime de soi, implique un statut social, crée des opportunités d'établir des relations sociales, donne un sens à la vie et permet de retrouver une impression de citoyenneté (Anthony & Blanch, 1987; Freedman & Fesko, 1996; Spencer et al., 1998; Sullivan, 1994; Yuen & Fossey, 2003).

Le but de cette étude de théorisation ancrée consiste donc à développer un modèle conceptuel permettant d'illustrer le processus de développement professionnel chez les personnes aux prises avec des troubles mentaux graves. Cette recherche tente d'éclairer ce qu'est le développement professionnel de ces individus en explorant la nature des trajectoires professionnelles, l'impact de l'apparition de la maladie et de la reprise d'une activité productive associée au travail, tout en considérant les principales dimensions du développement professionnel, tels la formation, l'expression des intérêts, des préférences et des buts professionnels, l'identité professionnelle, les choix professionnels ainsi que l'insertion professionnelle.

Il va sans dire que les individus aux prises avec des troubles mentaux graves doivent, parallèlement à leur intégration professionnelle, poursuivre un processus de rétablissement. L'étude se fonde sur le postulat que le processus de développement professionnel s'effectue dans le contexte d'un processus plus large, celui du rétablissement. Ces deux processus développementaux sont étroitement liés puisqu'ils reflètent tous deux une facette du développement du concept de soi et sont susceptibles de s'influencer mutuellement. L'originalité de cette recherche tient au fait qu'elle se réfère à deux processus développementaux universels. Les connaissances qui découlent de cette étude permettent de jeter un éclairage novateur sur les aspects développementaux et de susciter une vision intégratrice face à la réinsertion professionnelle des personnes aux prises avec

des troubles mentaux graves. En ce sens, elle pourra davantage appuyer des interventions à caractères spécifiques de réadaptation professionnelle, lesquelles se centrent généralement davantage sur les résultats (tels l'accès et le maintien en emploi) que sur les processus développementaux (tels le rétablissement ou l'identité professionnelle).

2. Recension des écrits

Afin de mieux décrire l'état des connaissances, la recension des écrits se divise en trois éléments. Une première section offre une synthèse de l'état des connaissances sur le développement professionnel des personnes aux prises avec une incapacité puis de celles qui présentent spécifiquement des difficultés psychiatriques. Pour mieux connaître le contexte où s'effectue le développement professionnel des personnes aux prises avec des troubles mentaux, la deuxième section s'intéresse plus particulièrement à l'insertion professionnelle de cette population ainsi qu'aux obstacles auxquels se confrontent ces personnes. Enfin, la troisième section effectue une revue des connaissances qui touche le rétablissement ainsi que les relations qui existent entre le travail et le rétablissement.

2.1 Le développement professionnel

2.1.1. Généralités concernant le développement professionnel

Plusieurs théories et modèles conceptuels décrivent le développement professionnel de la population générale. La plupart de ces théories ou de ces modèles s'appuient sur une quantité impressionnante de données empiriques, recueillies auprès d'adolescents ou de jeunes adultes de la classe moyenne. Certains auteurs utilisent de façon interchangeable le terme de développement de carrière où la notion de carrière est élargie pour y inclure une variété de rôles sociaux (ex. : travailleur, étudiant, citoyen, parent, conjoint, responsable des tâches domestiques). Selon l'importance relative de ces rôles pour l'individu, des différences significatives pourront s'exprimer dans son développement professionnel et ce, de façon variable au cours de sa vie (Bujold, 1989).

Deux grands courants caractérisent les écrits portant sur le cheminement professionnel. D'une part, il y a celui des cadres et modèles qui s'attardent davantage aux aspects structuraux de l'insertion professionnelle et, d'autre part, celui des cadres ou des modèles à connotation développementale.

Le premier courant, précurseur de l'autre, se concentre sur l'étude des caractéristiques individuelles et du milieu de travail, dans le but de mieux comprendre les comportements professionnels et de maximiser la congruence personne-emploi (« person-job fit »), c'est-à-dire le maillage entre les caractéristiques de l'individu, des tâches et du contexte de travail. Cette approche connaît des limites, principalement à l'égard des aspects dynamiques, ontologiques et évolutifs du cheminement professionnel, pavant ainsi la voie aux théories développementales (Bingham, 1988). C'est pourquoi ce premier courant n'a pas été retenu : la recension des écrits s'est donc davantage appuyée sur les modèles ou les recherches à connotation développementale.

Une théorie du développement professionnel peut être définie comme un système conceptuel qui définit et décrit les différents facteurs agissant sur l'engagement au travail, et ce, au fil du temps. Le concept de soi, les aptitudes, les valeurs, les intérêts, la personnalité d'un individu, l'identification à des modèles, le contexte où il évolue ainsi que les opportunités auxquelles il a été exposé, constituent les principaux déterminants de son développement professionnel (Bujold, 1989; Pietrofesa & Splete, 1975; Szymanski & Hanley-Maxwell, 1996). Mais il s'agit d'abord et avant tout d'un processus où les habiletés sous-jacentes sont interdépendantes et acquises de façon hiérarchique, du plus simple au complexe (Kannenbergh & Boyer, 1997; Srebalus, Marinelli, & Messing, 1982). En ce sens, les capacités professionnelles chez l'adulte résultent d'une longue période d'apprentissages sociaux, qui débutent dès l'enfance (Bolton, 1988; Neff, 1988).

Dans une perspective psychodynamique, Flum (2001) insiste sur les dimensions relationnelles du développement professionnel. Les périodes de transition du développement professionnel sont marquées par un processus d'exploration. Cette exploration exige naturellement de l'ouverture, mais s'accompagne également de vulnérabilité. C'est au moyen de la validation extérieure que l'individu intégrera ses intérêts, ses réalisations, ses valeurs professionnelles et ses compétences. L'absence de validation pourra aisément être interprétée comme un rejet. Les processus d'identification aux autres et d'idéalisation de modèles contribuent au développement d'une identité professionnelle, malgré les risques de désillusions. La réciprocité permettra à l'individu de développer un sentiment d'appartenance à son milieu de travail. Cette appartenance

pourrait conduire éventuellement à l'intégration, un puissant sentiment de faire corps avec l'organisation et les autres. Enfin, Flum relève l'aspect structurant du travail : celui-ci permet à l'individu de canaliser ses actions, de s'ancrer dans la réalité et de bénéficier de repères.

Parmi les théoriciens ayant exploré le développement professionnel normal, Super demeure sans contredit l'un des plus prolifiques : son travail s'étend sur plus de cinquante ans. Ce théoricien adopte une approche phénoménologique. Il considère que les personnes transposent dans leur choix professionnel les images qu'ils ont d'eux-mêmes, leur choix constituant une tentative d'actualiser ces images et devenant la résultante d'un compromis entre leur concept de soi et la réalité (Carkhuff, Alexik, & Anderson, 1970). Le construit de base des travaux de Super repose sur le fait que la maturation et le développement professionnel sont étroitement liés. A mesure que l'individu mature, des progrès sont observés, notamment par le passage d'étapes développementales avec des opportunités variables à chacun des stades d'accomplir des tâches développementales spécifiques (Opisow, 1983; Pietrofesa & Splete, 1975; Srebalus et al., 1982). Super s'est aussi intéressé à la notion de patrons de carrières, c'est-à-dire le niveau occupationnel obtenu, la séquence, la fréquence et la durée des emplois d'essais et stables (Pietrofesa & Splete, 1975).

Carkhuff, Alexik et Anderson (1970) lui reprochent d'avoir indiqué une quantité incroyable de considérations sans avoir précisé comment elles sont associées. Cependant, les mêmes auteurs reconnaissent que ses études longitudinales ont permis d'établir l'existence d'un phénomène stable et de poser quelques solides bases théoriques. Selon Goldberg (1992), la nature, l'influence et l'impact des incapacités sur le développement professionnel n'ont pas été considérées dans les travaux de Super. De plus, cet auteur précise, à la lumière d'études effectuées auprès de personnes aux prises avec des incapacités physiques, que l'ordre des stades de développement, tels que spécifiés par Super, ne semble respecté. Néanmoins, plusieurs auteurs s'appuient en partie sur les travaux de Super (Bingham, 1988; Fabian, 2000; Navin & Myers, 1983; Szymanski & Hanley-Maxwell, 1996) pour suggérer leurs propres modèles ou approches spécifiques à la population à l'étude. Dans ce contexte, il convient de présenter sommairement les différents stades de développement devisés par Super, de l'adolescence à l'âge mûr, soit : les phases

de croissance (jusqu'à 14 ans), d'exploration (entre 15-25 ans), de consolidation (entre 25-45 ans), et de maintien (entre 45 et 64 ans).

La période de croissance se caractérise par le développement du concept de soi à travers l'identification avec des modèles présents à l'école et dans la famille. Les besoins et les fantasmes dominent à ce stade. De même, les intérêts et les aptitudes prennent une place plus importante avec la participation sociale et le testing de la réalité. La période d'exploration (coïncide avec l'âge où apparaissent les troubles mentaux, soit de 15 à 24 ans) est caractérisée par un auto-examen, des essais de rôles et une exploration occupationnelle, qui prend place à l'école, dans les loisirs et dans le travail à temps partiel (Super, 1957). L'exploration caractérise les premières expériences de travail, où l'individu teste ses intérêts et ses capacités afin d'en arriver à une représentation de ce qu'il est comme travailleur, de ce qui lui convient et de ce que sont ses capacités. Ces tâches se réalisent à la fois par l'observation et la recherche, mais aussi par l'expérimentation (Bingham, 1988). Pour réaliser ces tâches, l'individu doit examiner et comparer les opportunités en fonction de ses critères personnels, d'une potentielle congruence avec ses intérêts, ses aptitudes et sa formation ainsi que des potentielles opportunités de promotion. Son habileté à résoudre des problèmes est étroitement liée à ce processus. Osipow (1983) précise qu'un des effets du comportement exploratoire est parfois d'ébranler les perceptions qu'un individu a de lui-même. Ce processus exige donc que la personne puisse tolérer un certain degré de dissonance cognitive, de l'ambiguïté, de la frustration et de l'incertitude, ce qui peut représenter un défi pour les sujets à l'étude ici. Si ces tâches ne sont pas réalisées, la personne est condamnée à occuper des emplois secondaires où les possibilités sont limitées (Navin & Myers, 1983; Rumrill & Roessler, 1999). Le parcours professionnel correspond alors à une série de changements d'emplois sous-spécialisés, toujours sur un plan horizontal, sans qu'il n'y ait de promotions (Rumrill & Roessler, 1999).

Pour sa part, le stade de consolidation se caractérise par le désir de l'individu de se trouver une niche au sein de l'entreprise et de s'assurer une plus grande satisfaction au travail, tout en contemplant d'éventuelles promotions (Bingham, 1988). Ces étapes sont essentielles au développement professionnel des personnes aux prises avec une incapacité (Rumrill & Roessler, 1999). Afin de franchir ce stade développemental, les travailleurs

doivent s'ajuster à la culture organisationnelle, répondre aux attentes de rendement, bien s'entendre avec leurs collègues, maintenir de saines habitudes de travail, planifier leur évolution et se préparer à des promotions. Les services d'insertion professionnelle tendent généralement à ne pas soutenir autant activement la personne face à ces enjeux (Rumrill & Roessler, 1999). Dans ce contexte, les personnes aux prises avec des incapacités rencontrent des difficultés à accéder aux avantages sociaux, à un traitement équitable, à un salaire juste et à un réseau de soutien au travail durable (Rumrill & Roessler, 1999). Le travail n'est pas nécessairement satisfaisant pour tous à ce stade. Et, plutôt que de remettre en cause leurs choix professionnels, ces personnes auront tendance à investir davantage dans des activités significatives à l'extérieur du travail, plus susceptibles d'apporter satisfaction et de favoriser l'actualisation de soi (Bingham, 1988). Pendant ce stade, un individu peut changer d'emploi, mais change plus rarement de vocation (Opisow, 1983). Avec le temps, alors que l'individu évolue vers le stade de maintien, il capitalise sur ses acquis professionnels et se tourne vers d'autres rôles pour combler ses besoins de reconnaissance ou sa satisfaction personnelle (Bingham, 1988).

Les travaux spécifiques qui ont conduit à l'élaboration des théories et modèles de développement professionnel laissent malheureusement peu de place à la diversité. Les différences raciales, culturelles ou linguistiques ainsi que la réalité des femmes ou des personnes aux prises avec des incapacités demeurent occultées (Fabian, 2000; Goldberg, 1992). Certains auteurs reconnaissent les limites de la généralisation possible de ces travaux auprès des personnes aux prises avec des incapacités (Navin & Myers, 1983), mais ils n'offrent pas en contrepartie d'alternatives permettant de mieux comprendre ou d'évaluer le phénomène (Goldberg, 1992). Autrement dit, aucune théorie portant sur le développement professionnel n'est généralisable à une population aux prises avec des incapacités, mais la plupart des théories comportent certains éléments pouvant faire résonance à ce contexte spécifique (Szymanski & Hanley-Maxwell, 1996). Enfin, Fabian (2000) déplore que les populations dont on connaît peu le développement professionnel soient aussi celles pour lesquelles ce besoin est le plus critique.

2.1.2. Développement professionnel des personnes aux prises avec des incapacités

Certains auteurs suggèrent que le concept de soi constitue une assise théorique incontournable pour établir un modèle conceptuel propre au développement professionnel des personnes aux prises avec une incapacité (Bingham, 1988; Ciardello & Bingham, 1982; Navin & Myers, 1983). En s'appuyant sur les travaux de Super, Navin et Myers (1983) ont élaboré un modèle où le processus de développement professionnel des personnes aux prises avec une incapacité demeure cyclique et continu. Ce processus demeure flexible afin de faciliter l'expression des besoins, de la croissance et du changement. Pour ces auteurs, le processus s'amorce par une compréhension de soi. L'individu doit reconnaître ce qu'il est et ce qui lui apparaît essentiel, afin de prendre des décisions professionnelles éclairées. Puisque le concept de soi ne cesse d'évoluer, la personne doit reconnaître ces changements et apprécier les similarités et les différences entre ce qu'elle était et ce qu'elle devient. L'exploration suit rapidement cette étape et demeure fortement influencée par le statut socio-économique, les opportunités disponibles dans l'environnement, les capacités cognitives et la personnalité de l'individu. Toujours selon Navin et Myers, l'identité professionnelle se développe de la même façon que le concept de soi. C'est au moyen de l'intégration et la compréhension de soi que se forge l'identité. Le maintien d'une identité professionnelle positive dépend de la manière selon laquelle la personne peut actualiser ses capacités, ses intérêts, ses valeurs et aussi de ce qu'elle est. Au fur et à la mesure où se cristallise cette identité, l'individu cherche à consolider sa position et recherche des opportunités de croissance et d'avancement.

Selon Szymanski et Hanley-Maxwell (1996), le développement professionnel des personnes aux prises avec des incapacités, notamment une déficience intellectuelle, est déterminé par l'interaction dynamique entre l'individu, le contexte où il évolue et son environnement de travail. Parmi les éléments contextuels à considérer, ces mêmes auteurs soulignent que l'éducation, le milieu familial, le statut socio-économique, les politiques gouvernementales sont tous susceptibles d'influencer le développement professionnel. Des facteurs individuels tels l'efficacité personnelle et le concept de soi affectent singulièrement

le processus de développement. La présence de préjugés, la discrimination, les stéréotypes, les opportunités de travail en constituent des déterminants environnementaux. La nature de l'incapacité ne détermine pas les possibilités professionnelles de la personne, mais peut influencer autant l'individu, que le contexte où il évolue et son environnement de travail (Conyers, Koch, & Szymanski, 1998; Szymanski & Hanley-Maxwell, 1996).

Goldberg (1992) souligne que de nombreuses études, effectuées auprès de diverses populations aux prises avec des incapacités physiques, démontrent que les personnes maintiennent des intérêts, des valeurs et des plans professionnels similaires à ceux qu'elles entretenaient avant l'apparition de la maladie. Dans les faits, ceux-ci s'avèrent être de meilleurs prédicteurs des choix professionnels que la nature de l'incapacité (Goldberg, 1992). Becker et ses collaborateurs (1996) arrivent aux mêmes conclusions en ce qui concerne les personnes aux prises avec des troubles mentaux graves.

Une relation positive avec un mentor ou un modèle enrichit non seulement le développement professionnel des personnes aux prises avec des incapacités, mais aussi leur vie affective et sociale (Whelley, Radtke, Burgstahler, & Christ, 2003). Dans le développement du rôle de travailleur, plusieurs personnes mentionnent que ce mentor n'œuvre pas toujours au sein de leur milieu de travail. Il s'agit d'une personne qui accompagne le travailleur, qui offre du soutien et qui surtout, nourrit l'espoir face au devenir du travailleur (Kennedy-Jones, Cooper, & Fossey, 2005). Les personnes aux prises avec des incapacités se confrontent, sous le couvert d'attentions protectionnistes, à devoir maîtriser davantage d'habiletés que la population générale afin que leurs choix professionnels soient respectés (Marrone & Golowka, 1999).

À une époque marquée par la mondialisation, l'évolution rapide des technologies, les restructurations des entreprises et l'affaiblissement de la sécurité d'emploi, Szymanski (1999) note que le domaine de la réinsertion professionnelle des personnes aux prises avec des incapacités est appelé à se renouveler. Non seulement les mouvements sur le marché du travail sont plus drastiques, mais les travailleurs qui restent dans des entreprises sont souvent surchargés. Dans ce contexte, la recherche d'un emploi, avec des exigences raisonnables et n'accentuant pas les incapacités, constitue un véritable défi. Cette auteure

propose d'inclure, dans le cadre des interventions visant le développement professionnel des personnes aux prises avec des incapacités, une approche proactive face à l'évaluation des stresseurs professionnels et l'élaboration continue d'un plan adapté de rechange afin d'anticiper les prochaines transitions professionnelles.

2.1.3. Le développement professionnel des personnes aux prises avec des troubles mentaux

Plusieurs auteurs constatent que les écrits portant spécifiquement sur le développement professionnel des personnes atteintes de troubles mentaux demeurent quasi inexistantes (Baron & Salzer, 1999; Caporoso & Kiselica, 2004; Goldberg, 1992). Les quelques écrits recensés adoptent une perspective clinique (Bingham, 1988; Ciardello & Bingham, 1982; Navin & Myers, 1983) et ne reflètent pas la perspective des personnes elles-mêmes. En fait, ces écrits s'attardent à l'apparente immaturité professionnelle de ces personnes. Plusieurs auteurs attribuent la source de l'immaturité professionnelle observée chez cette population à un manque réel d'expériences de travail et d'opportunités (Anthony & Blanch, 1987; Anthony et al., 1988; Bolton, 1988; Farley, Schriener, & Roessler, 1988; Jansen, 1988; Russert & Frey, 1991; Simmons, Selleck, Steele, & Sepetauc, 1993). Ce manque d'expérience se traduit par une pauvre connaissance de ses habiletés, de ses intérêts et de ses valeurs professionnelles, par une capacité réduite d'affronter sa vision de soi-même au monde du travail et par une connaissance limitée de ce dernier (Anthony & Blanch, 1987; Anthony et al., 1988; Russert & Frey, 1991). À la suite d'échecs répétés et d'une incapacité à dissocier leur sentiment de valeur d'une identité associée à la maladie, plusieurs personnes aux prises avec des troubles mentaux graves éprouvent des difficultés à prendre des décisions professionnelles (Ciardello & Bingham, 1982; Jansen, 1988). Pour Marrone et Golowka (1999), les personnes aux prises avec des troubles mentaux sont prêtes à réintégrer le marché de l'emploi, pour autant qu'elles bénéficient de soutien leur permettant de surmonter leur doute face à leur efficacité personnelle.

Dans une perspective davantage psychanalytique, Ciardiello, Klein et Sobkowski (1988) estiment que la consolidation des forces de l'égo des usagers constitue une stratégie

efficace afin de remédier aux déficits existants et de faciliter le processus de développement professionnel. Un développement professionnel harmonieux sous-entend un haut degré d'intégration entre, d'une part, les demandes et les réalités de l'environnement et, d'autre part, les perceptions qu'un individu a de lui-même (Ciardello & Bingham, 1982; Diamond, 1998). Ceci exige un fonctionnement optimal de l'ego, notamment en ce qui concerne la capacité de tester la réalité et l'estime de soi, souvent lacunaire chez la population à l'étude (Ciardello & Bingham, 1982).

Des voix dissonantes se font entendre face à ces affirmations. En effet, les études sur les préférences professionnelles des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves dans un programme de soutien à l'emploi, indiquent que la vaste majorité des personnes expriment des préférences claires, réalistes et stables dans le temps. Deux études rapportent qu'aucun des participants n'a émis de préférences bizarres : celles-ci demeurent conformes aux emplois qu'ils exercent ou peuvent exercer. Leurs attentes concernant le salaire ou le nombre d'heures travaillées par semaine, elles aussi, restent réalistes (Becker et al., 1996; Mueser, Becker et al., 2001).

Certains auteurs se font de plus en plus critiques face à une perspective intrapersonnelle du développement professionnel où sont occultés les déterminants économiques, sociaux et culturels du travail (Fabian, 2000). Dans une perspective de réadaptation, Diamond (1998) souligne la pertinence d'accompagner les usagers dans leur processus de choix dans des programmes de réinsertion à l'emploi. D'autres auteurs (Farley, Bolton, & Parkerson, 1992; Farley et al., 1988; Loughead & Black, 1990) préconisent des interventions d'exploration structurées, portant principalement sur les besoins, les intérêts et les aptitudes des usagers, sur les réalités du marché du travail et sur l'établissement d'un but professionnel.

Simmons et ses collaborateurs (1993) suggèrent d'ajuster, selon l'âge des participants, les approches mises en œuvre par les intervenants pour faciliter l'exploration des intérêts professionnels. Alors que des visites en entreprise et de courts stages en milieu d'emploi s'avèrent profitables pour les jeunes adultes, ces auteurs recommandent, dès le mitan de la trentaine, de consolider les capacités résiduelles et l'estime de soi, d'explorer

les intérêts de loisir ainsi que de veiller à une meilleure congruence personne-environnement.

Par ailleurs, certains chercheurs en réadaptation insistent sur le fait que les choix professionnels ne sont pas la résultante d'un processus strictement cognitif, mais plutôt d'un processus d'apprentissage expérientiel (Becker et al., 1996; Szymanski & Hanley-Maxwell, 1996), reposant en grande partie sur des essais et des erreurs (Becker et al., 1996). C'est au contact du marché du travail que les personnes raffinent leurs attentes et leurs choix. L'environnement de travail forge également les compétences professionnelles (Bolton, 1988). Marrone et Golowka (1999) soulignent avec acuité qu'il s'avère illusoire de statuer sur le développement professionnel des personnes, si ces derniers ne peuvent accéder à l'emploi ou à la formation professionnelle. Une exploration de ses rêves, de ses préférences, de ses capacités ainsi qu'une préparation étudiée à l'insertion professionnelle ne prennent leur sens qu'au contact avec un emploi réel et des expériences professionnelles pertinentes. Ces auteurs se montrent forts critiques, quant aux approches et aux programmes qui privilégient la préparation des personnes aux prises avec des incapacités, aux dépens d'une insertion rapide. Toujours selon Marrone et Golowka, plus les personnes retardent l'actualisation de leurs aspirations professionnelles, plus elles risquent de se prendre dans les pièges du manque d'expériences professionnelles, des trajectoires d'emploi chaotiques ou atypiques ou des difficultés à accéder aux mécanismes informels d'accès à l'emploi.

Deux dynamiques caractérisent les trajectoires professionnelles des personnes aux prises avec des troubles mentaux. La première en est une marquée par l'emprise de la maladie, qui se traduit par une alternance d'essais en série, suivie d'une stabilité temporaire, enchaînée d'une autre période d'instabilité. La seconde dynamique se caractérise par une série ininterrompue d'essais, sans que jamais ne s'établisse une carrière (Pietrofesa & Splete, 1975; Srebalus et al., 1982).

Enfin, des travaux récents de Fabian (2000) proposent un cadre conceptuel afin d'expliquer le développement professionnel des personnes aux prises avec troubles mentaux graves, dont la valeur centrale est l'efficacité personnelle. Ce cadre propose trois

catégories de variables susceptibles d'influencer l'efficacité personnelle au travail, soient : 1) les facteurs individuels tels le sexe, l'âge et l'appartenance ethnique des personnes; 2) les caractéristiques de la maladie telles l'âge lors de l'apparition, la sévérité et la progression de celle-ci; 3) les facteurs environnementaux tels le contexte socio-économique et les antécédents familiaux. Fabian reconnaît l'influence des caractéristiques des tâches, du milieu de travail ainsi que le niveau de soutien disponible sur le processus sans clairement rendre sa proposition opérante. D'une amorce de modèle décrivant le développement professionnel des personnes aux prises avec des troubles mentaux, les travaux subséquents découlant de la proposition de Fabian se concentrent sur l'évaluation et l'amélioration de l'efficacité personnelle face au rendement au travail (Fabian, 2000; Fabian & Waugh, 2001; Waghorn, Chant, & King, 2005). Or, il y a lieu de se questionner sur la prémisse de Fabian et ses collaborateurs. Malgré l'influence de l'efficacité personnelle sur les choix et l'identité professionnelle (Bandura, 1997), le développement professionnel des personnes aux prises avec des troubles mentaux peut-il se réduire à cette variable?

2.1.4. Les enjeux associés au concept d'immaturité

Le concept de maturité professionnelle soulève des controverses à plusieurs égards. Premièrement, le fait de relever que les personnes aux prises avec des troubles mentaux graves présentent une immaturité professionnelle, ne permet pas d'expliquer comment les dynamiques associées à l'expérience d'un trouble mental viennent altérer le développement professionnel (Ciardello & Bingham, 1982). De plus, le concept de maturité professionnelle sous-entend qu'il est possible de prédire les tâches développementales auxquelles se confrontent les adultes. Or, les changements qui surviennent dans le monde du travail mettent les individus en face de problèmes qui ont peu de rapports avec leurs caractéristiques individuelles et leur maturité (Bujold, 1989). Pour rendre compte des dimensions psychologiques qui influencent le déroulement d'une carrière, le concept d'adaptabilité semble revêtir plus de sens. Par définition, le concept de maturité se réfère au fait d'examiner comment un individu transige avec des tâches développementales, en le comparant à la manière suivant laquelle d'autres individus d'un même âge négocient les

mêmes tâches (Bujold, 1989; Pietrofesa & Splete, 1975; Srebalus et al., 1982; Super, 1957). Ce lien direct entre l'âge et le degré de maturité professionnelle en rend l'application difficile dans ce cas-ci et, en raison de la nature de la problématique, il subsiste toujours un écart.

En effet, comment est-il possible de comparer le cheminement professionnel d'un adulte aux prises avec des troubles mentaux graves depuis plusieurs années, à d'autres individus qui ne partagent pas cette expérience? N'y a-t-il pas, de facto, un écart? Lorsque la maladie interfère avec le processus normal de développement, l'écart entre l'âge de la personne et les attentes développementales liées à l'âge chronologique ne cesse de se creuser. Dans ce contexte, le concept de maturité revêt peu d'intérêt ou de pertinence (Cole, 2005). L'ensemble de ces critiques guide notre travail vers l'exploration du développement professionnel des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves, en évitant d'y juxtaposer un jugement sur la maturité ou l'immaturité des participants à l'étude.

2.2. L'intégration professionnelle des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves

2.2.1. Obstacles à l'insertion professionnelle

Les personnes aux prises avec des troubles mentaux graves voient leur intégration professionnelle entravée par d'importantes barrières systémiques et environnementales, peut être davantage que chez d'autres populations aux prises avec des incapacités (Anthony & Blanch, 1987; Blankertz & Robinson, 1996; Bond & Meyer, 1999; Rimmerman, Botuck, & Levy, 1995). Les préjugés sont largement renforcés à travers les interactions courantes et les représentations diffusées par l'entremise des médias (Henry & Lucca, 2002). Alors que les préjugés réfèrent aux attitudes, ainsi qu'aux réactions et évaluations négatives face à un groupe social, la discrimination implique une manifestation comportementale de ces préjugés (Ottati, Bodenhausen, & Newman, 2005). Les préjugés envers cette population prévalent et sont plus incisifs que pour tout autre groupe de personnes présentant une incapacité (Anthony & Blanch, 1987; Garske & Stewart, 1999). Ils perpétuent la

marginalisation et la discrimination de ce groupe de travailleurs (Bond & Meyer, 1999; Harnois & Gabriel, 2000; Kirsh, 2000a; MacDonald-Wilson, Mancuso, Danley, & Anthony, 1989). Tout comme d'autres populations aux prises avec une incapacité sévère, les personnes atteintes de troubles mentaux graves déplorent le peu de soutien qu'elles reçoivent dans la défense de leurs droits (Corbière, Bordeleau, Provost, & Mercier, 2002; Freedman & Fesko, 1996).

Certains auteurs reprochent aux employeurs d'exclure cette main d'œuvre du marché de l'emploi (Diksa & Rogers, 1996; Scheid, 1999). Les plaintes le plus fréquemment recensées lors d'enquêtes auprès d'employeurs, portent sur les risques d'absentéisme, les conflits interpersonnels potentiels, ainsi que les besoins accrus de supervision (Diksa & Rogers, 1996). Ces auteurs soulignent que les employeurs veulent être rassurés face au fait que l'embauche d'une personne aux prises avec des troubles mentaux ne compromettra pas le fonctionnement de l'entreprise. Les employeurs désirent également mieux comprendre la nature des incapacités.

En règle générale les cliniciens se montrent prudents face à un éventuel retour au travail de leurs clients: de telles transitions leur paraissent stressantes et susceptibles d'affecter négativement l'état clinique des patients (Blankertz & Robinson, 1996; Drake, McHugo et al., 1999; Marrone & Golowka, 1999). Or, des études démontrent que cette prémisse s'avère erronée (Bond, Resnick et al., 2001a; Drake, 1998; Drake, Becker, Biesanz, Wyzik, & Torrey, 1996; Mueser et al., 1997).

À l'instar de la population générale, les trajectoires d'emploi des personnes aux prises avec des troubles mentaux peuvent être influencées par différentes sources de stress, autant domestiques que financiers ou par la maladie « physique » (Kirsh, 1996; Simmons et al., 1993). Outre les préjugés, Corbière et ses collaborateurs (2002) notent également d'autres obstacles systémiques ou environnementaux à l'insertion professionnelle, notamment la conjoncture économique, les stressseurs associés au milieu de travail ainsi que les lacunes des programmes et services. Plusieurs auteurs (Ciardello et al., 1988; Freedman & Fesko, 1996; Jansen, 1988; Russinova, Wewiorski, Lyass, Rogers, & Massaro, 2002) accusent les systèmes de sécurité sociale, dont la mission est d'assurer un soutien financier

à toutes les personnes aux prises avec une incapacité, de décourager l'insertion professionnelle de ces mêmes personnes en multipliant les obstacles systémiques. Latimer et Lecomte (2002) soulignent combien l'aide financière de dernier recours, dévolue aux personnes aux prises avec des incapacités, peut freiner l'accès à l'emploi ou restreindre la gamme des options professionnelles raisonnablement accessibles. L'accès au transport constitue un élément critique du maintien en emploi (Jones, Perkins, & Born, 2001).

Les services de réinsertion professionnelle tendent à privilégier des emplois dans des secteurs d'emplois sous-spécialisés. L'accès aux postes mieux rémunérés, qui exigent des compétences spécifiques demeurent l'exception (Freedman & Fesko, 1996; Garske & Stewart, 1999; Navin & Myers, 1983). Freedman et Fesko (1996) indiquent que plusieurs individus ne savent pas comment justifier les lacunes dans leur antécédents d'emploi, qui correspondent souvent à des périodes où la maladie se faisait plus envahissante. Rimmerman et ses collaborateurs (1995) soulignent que l'âge et le sexe semblent jouer un rôle dans l'accès à l'emploi des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves. Si les hommes accèdent plus facilement à des emplois sur le marché régulier avant l'âge de 35 ans, cette tendance est inversée par la suite : les femmes connaissent alors un meilleur taux d'accès à l'emploi.

Les personnes aux prises avec des troubles mentaux graves se confrontent à des défis importants lors de leur intégration professionnelle. Des capacités cognitives telles la concentration, la capacité de filtrer les stimuli et de partager son attention, de résoudre des problèmes ou de faire des choix, peuvent être déficitaires (Ciardello & Bingham, 1982; MacDonald-Wilson, Rogers, Massaro, Lyass, & Crean, 2002). Certains auteurs (Jansen, 1988; Mancuso, 1990) remarquent chez les personnes aux prises avec des troubles mentaux graves une difficulté à tolérer les frustrations, à gérer le stress, à initier des contacts interpersonnels, à faire face aux commentaires négatifs ou à manifester de la confiance en eux. Les relations interpersonnelles dans le milieu de travail constituent un défi pour la majorité des travailleurs aux prises avec des troubles mentaux graves (Anthony et al., 1984; Banks, Charleston, Grossi, & Mank, 2001; MacDonald-Wilson et al., 2002). Une des difficultés les plus fréquemment rencontrées par ces personnes consiste à maintenir un niveau suffisant d'énergie tout au long de leur journée de travail (MacDonald-Wilson et al.,

2002; Mancuso, 1990). Si ces personnes acquièrent relativement bien de nouvelles habiletés, elles éprouvent des difficultés à les mettre en pratique ou à maintenir leur utilisation (Anthony & Blanch, 1987; MacDonald-Wilson et al., 2002). Il semble exister une relation entre les conditions de travail et le maintien en emploi des personnes aux prises avec des troubles mentaux. En effet, des attentes démesurées, une surcharge de travail, des conflits de rôle ou d'activités constituent des menaces à la santé mentale et au maintien en emploi de cette population (Kirsh, 2000b).

Les personnes qui se confrontent à des symptômes très sévères éprouvent d'importantes difficultés à se trouver un emploi, à intégrer de nouvelles habiletés de travail, à établir des relations satisfaisantes avec leurs collègues ou leur employeurs et à maintenir leur emploi (Pickett-Schenk et al., 2002). Au-delà de la symptomatologie, les effets secondaires de la médication peuvent aussi constituer des obstacles à l'insertion professionnelle des individus (Auerbach & Richardson, 2005; Bond & Meyer, 1999; Corbière et al., 2002; Kirsh, 1996; Simmons et al., 1993). D'une part, certains effets secondaires des médicaments, tels les tremblements, la vision brouillée ou la somnolence, affectent directement la productivité de l'individu. D'autres part, si les effets secondaires sont trop importants, ils peuvent entraîner un abandon ou un manque de fidélité au traitement, fragilisant l'individu et prédisposant ce dernier aux rechutes (Bond & Meyer, 1999).

Blankertz et Robinson (1996) expliquent le manque de motivation des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves comme étant une barrière à leur insertion professionnelle. Ces auteurs précisent que le manque de motivation ne résulte pas uniquement des incapacités, mais aussi du rejet et des préjugés auxquels se confrontent les personnes atteintes de troubles mentaux graves. Enfin des facteurs individuels, tels des comportements perturbateurs, les préjugés internalisés et des difficultés interpersonnelles, gênent également le maintien en emploi (Corbière et al., 2002).

2.2.2. Facteurs prédictifs concernant l'insertion professionnelle

Malgré que le travail fut longtemps considéré comme un but inaccessible pour les personnes aux prises avec des troubles mentaux graves, hormis les emplois sous-spécialisés, il appert que ces personnes peuvent exercer tous les types d'emplois (Harding & Zahniser, 1994).

Alors que certains auteurs associent négativement une symptomatologie sévère au potentiel professionnel des personnes, d'autres auteurs concluent que l'intensité des symptômes ne constitue pas un facteur prédictif de la réussite d'une programme de réadaptation professionnelle (Pickett-Schenk et al., 2002). Cependant, une vaste proportion des études soutiennent que le diagnostic et l'intensité des symptômes constituent de pauvres facteurs prédictifs (Anthony & Jansen, 1984; Anthony, Rogers, Cohen, & Davies, 1995; Bond, Drake, Mueser, & Becker, 1997; Drake, McHugo et al., 1999; Jones et al., 2001; Kirsh, 2000a; Russinova et al., 2002; Simmons et al., 1993; Siu, 1997). Toutefois, une étude tend à contredire cette affirmation (Rogers, Anthony, Cohen, & Davies, 1997). Par ailleurs, les symptômes cognitifs et les symptômes négatifs de la schizophrénie pourraient être corrélés à une capacité réduite de travail (Bell & Lysaker, 1995; Bond & Meyer, 1999; Cook & Razzano, 2000; Green, 1996; Hoffmann & Kupper, 1997; Liberman & Kopelowicz, 2005; Liberman, Kopelowicz, Ventura, & Gutkin, 2002; Lysaker & Bell, 1995; MacDonald-Wilson, Rogers, & Anthony, 2001; McGurk & Meltzer, 2000; Solinski, Jackson, & Bell, 1992; Tsang, Lam, Ng, & Leung, 2000; Wewiorski & Fabian, 2004), bien que cette corrélation n'explique qu'une faible proportion de la variance (MacDonald-Wilson et al., 2001) et que des failles méthodologiques soient relevées (Tsang et al., 2000). Le temps tend à estomper l'effet, s'il existe, des symptômes négatifs (Bell & Lysaker, 1995). Quant aux déficits cognitifs, il semble que l'attention, la mémoire et les fonctions exécutives soient de meilleurs prédicteurs (McGurk & Meltzer, 2000), bien que l'effet du temps n'a pas été examiné. Toutefois, Silverstein, Fogg et Harrow (1991) indiquent que les déficits cognitifs ne permettent pas de prédire l'accès à l'emploi, mais semblent corrélés avec le maintien en emploi. D'autres études indiquent que les capacités cognitives ne permettent pas de discriminer les personnes qui obtiendront un emploi à moyen ou long

terme (Gold, Goldberg, McNary, Dixon, & Lehman, 2002). Dans ce contexte, il s'avère inapproprié de se reposer sur le degré ou le type de symptomatologie afin de déterminer le potentiel de retour au travail d'une personne aux prises avec des troubles mentaux (Anthony & Jansen, 1984; Anthony et al., 1995; Bond & Meyer, 1999; MacDonald-Wilson et al., 1989; Simmons et al., 1993).

Les résultats des tests d'intelligence, d'aptitude et de personnalité revêtent peu de valeur prédictive (Anthony & Jansen, 1984; Bond, 1987). Il en est de même pour le fonctionnement de l'individu dans d'autres types d'environnement, comme un hôpital ou une résidence (Anthony & Jansen, 1984). Même si certains auteurs (Lehman, Kernan, DeForge, & Dixon, 1995; Ratcliff, Shillito, & Poppe, 1996) rapportent qu'une longue période d'itinérance constitue une contrainte sévère à l'emploi, d'autres voix se font entendre à l'effet que l'itinérance ne constitue pas un prédicteur réel de l'accès à l'emploi (Pickett-Schenk et al., 2002). Les habiletés sociales constituent un facteur prédictif intéressant, notamment quant aux capacités de l'individu à établir des rapports harmonieux avec ses collègues de travail ou accéder à un emploi (Anthony et al., 1988; Anthony & Jansen, 1984; Cook & Razzano, 2000; Mueser & Liberman, 1988; Tsang et al., 2000).

Les facteurs liés au travail semblent des plus intéressants en regard du potentiel de réinsertion. L'attitude face au travail revêt une dimension prédictive du succès en emploi, notamment le sentiment d'efficacité personnelle (Cunningham, Wolbert, & Brockmeier, 2000; Mowbray, Bybee, Harris, & McCrohan, 1995). Le nombre et la durée des emplois antérieurs constituent un des facteurs prédictifs valorisés, face à l'insertion professionnelle des personnes atteintes de troubles mentaux sur le marché de l'emploi (Anthony & Jansen, 1984; Becker, Drake et al., 1998; Bell & Lysaker, 1995; Drake, McHugo et al., 1999; Drake, McHugo, Becker, Anthony, & Clark, 1996; MacDonald-Wilson et al., 2001; Russinova et al., 2002; Strauss, 1984; Tsang et al., 2000; Wewiorski & Fabian, 2004; Xie, Dain, & Becker, 1997). Les personnes qui se maintiennent en emploi sont celles qui ont eu tendance à y demeurer plus longtemps lors de leurs expériences antérieures, autant heureuses que malheureuses (Mowbray et al., 1995). Toutefois, les antécédents d'emploi ne permettent pas, à eux seuls, d'expliquer la variance observée (Tsang et al., 2000). De plus, d'autres études n'ont pu démontrer de façon statistiquement significative des conclusions

similaires (Jones et al., 2001; Rogers, Anthony et al., 1997; Solinski et al., 1992). Des études plus récentes suggèrent que les patrons d'emploi, la stabilité en emploi de même que la valeur et le sens accordé à l'expérience de travail ont une meilleure valeur prédictive (Wewiorski & Fabian, 2004). Une délimitation claire des rôles et des tâches constitue un indéniable soutien à l'emploi. De plus, un statut à temps plein est également associé à un plus long maintien en emploi (Tsang, Ng, & Chiu, 2002).

Les facteurs prédictifs associés à la personne, tels des données démographiques ou l'histoire professionnelle, demeurent peu puissants aux yeux de Blankertz et Robinson (1996). Ces auteures recommandent plutôt que la recherche s'attarde davantage aux composantes de programme porteuses de succès plutôt qu'aux caractéristiques de l'individu. Par exemple, selon Kirsh (2000a; 2000b), la culture et le climat organisationnels influencent le maintien en emploi. La présence de soutien dans le milieu de travail (McHugo, Drake, & Becker, 1998), de même que le contexte du milieu professionnel (Kirsh, 2000a), influencent le maintien en emploi. Le nombre d'adaptations fournies au travailleur s'avère directement lié à la durée et au maintien en emploi (MacDonald-Wilson et al., 2002).

La congruence personne-emploi repose donc sur un maillage étroit entre les valeurs, les préférences professionnelles, les forces et capacités de l'individu ainsi que les caractéristiques de l'emploi (Anthony et al., 1988). Le degré de congruence entre les valeurs de l'individu et celles de son milieu de travail semble être associé au maintien en emploi (Anthony et al., 1988; Kirsh, 2000a). Les personnes qui exercent un emploi congruent avec leurs préférences professionnelles, expriment davantage de satisfaction face à leur travail. Elles tendent à se maintenir plus longtemps en emploi que celles œuvrant dans un secteur qu'elles ne privilégient pas (Becker et al., 1996; Mueser, Becker et al., 2001). De plus, les personnes aux prises avec des troubles mentaux graves offrent un meilleur rendement lorsqu'ils peuvent recevoir des rétroactions constructives face à leur travail (Jansen, 1988). Ces personnes tendent à valoriser un climat de travail où elles sont respectées et accueillies, particulièrement face au dévoilement de leur expérience de la maladie (Kirsh, 1996).

Afin de faciliter l'insertion professionnelle des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves, plusieurs recommandations ayant trait aux mesures de soutien se dégagent de la littérature : un horaire de travail souple, une modification des tâches ou du poste, une adaptation du mode de communication des consignes, une adaptation des formations offertes, une sensibilisation des employés et des superviseurs, une adaptation du mode de supervision ainsi qu'un changement des procédures de travail (MacDonald-Wilson et al., 2002).

Becker et al. (1998) dégagent qu'un horaire flexible, une formation appropriée, un soutien de l'employeur, des rétroactions fréquentes ou de meilleures conditions de travail constituent les adaptations les plus recherchées chez ceux ayant connu une fin d'emploi non-satisfaisante. Bell et Lysaker (1996) indiquent que des contraintes systémiques et administratives, comme l'établissement d'un minimum d'heures travaillées par semaine, s'avèrent tout à fait contre-productives. Les participants auxquels aucun seuil n'est imposé se maintiennent plus longtemps en emploi que ceux pour lesquels un seuil de 10 ou 20 heures est imposé. La validation des processus d'accréditation des clubs psychosociaux a permis de mettre en lumière, qu'à ressources similaires, les clubs psychosociaux les plus performants sont ceux adoptant une position proactive face à l'intégration communautaire et offrant une plus vastes gammes de services dont notamment des emplois sur le marché régulier de l'emploi (Macias, Barreira, Alden, & Boyd, 2001). Cependant, peu de mesures de soutien s'adressent spécifiquement aux besoins liés au développement professionnel.

Le soutien en emploi s'appuie sur les travaux de Wehman et de ses collègues (Wehman, 1986; Wehman, Revell, & Kregel, 1998; Wehman et al., 1991). Initialement, le soutien en emploi a été développé pour répondre aux besoins des personnes aux prises une déficience intellectuelle, mais fut rapidement appliqué à d'autres clientèles aux prises avec des incapacités. Les personnes sont placées dans des postes de travail sur le marché de l'emploi régulier et sont soutenues par diverses mesures de soutien et de développement d'habiletés. Cette façon de faire, abondamment documentée, connaît les meilleurs résultats face à l'accès au marché du travail (Bond, Becker et al., 2001a; Bond, 2004; Bond, Dietzen, McGrew, & Miller, 1995; Bond et al., 1997; Chandler, Meisel, Hu, McGowen, & Madison, 1997; Crowther et al., 2001a; Drake et al., 1998; Drake, McHugo et al., 1999; Drake,

McHugo et al., 1996; Hyde, 1998; Latimer, 2001; Lehman et al., 2002; McFarlane et al., 2000; Mueser et al., 2004), bien que des progrès restent à faire (Twamley, Jeste, & Lehman, 2003). Les personnes soutenues par des programme de soutien à l'emploi sont plus susceptibles d'obtenir un emploi rapidement, de travailler davantage d'heures et d'obtenir des salaires plus élevés, et ce, malgré de flagrants manques d'expériences professionnelles et des parcours de vie difficiles (Drake, Becker et al., 1999; Drake, McHugo et al., 1999; Drake, McHugo et al., 1996).

Cependant, les personnes soutenues par des programmes de soutien à l'emploi travaillent le plus souvent à temps partiel, dans des emplois non-spécialisés pour une durée moyenne de six mois (Bond, Drake, Becker, & Mueser, 1999; Bond et al., 1997; Lehman et al., 2002). Pour leur part, Xie et ses collaborateurs (1997) rapportent une durée moyenne de 70 jours, ce qui demeure fort limité. Les recherches évaluatives publiées font également état d'un large taux d'attrition (Bond et al., 1997; Moll, Huff, & Detwiler, 2003). De plus, si le taux de placement en emploi des programmes de soutien en emploi s'avèrent plus fructueux, il fluctue entre 25 et 55 % : ce qui demeure insuffisant (Drake, Becker et al., 1999; Drake, McHugo et al., 1996; Lehman et al., 2002; Liberman, 2002; MacDonald-Wilson et al., 2001; Moll et al., 2003; Shafer & Huang, 1995).

Néanmoins, les programmes de soutien à l'emploi les plus performants se caractérisent par : 1) une entrée rapide sur le marché régulier de l'emploi; 2) l'évitement d'une longue période préparatoire à l'emploi; 3) le soutien étroit d'un intervenant, autant dans l'identification de l'emploi que dans le maintien en poste; 4) l'intégration du spécialiste en emploi au sein de l'équipe clinique; 5) des processus d'évaluations continus et globaux, plutôt que centrés sur une évaluation initiale; 6) les mesures de soutien ne sont pas limitées dans le temps (Becker & Drake, 1994; Bond, 1998, 2004; Cook & Razzano, 2000; Corbière et al., 2002; Corrigan, 2003; Latimer & Lecomte, 2002; Shafer, Middaugh, Rubin, & Jones, 1998; Twamley et al., 2003). Les programmes de réinsertion professionnelle qui connaissent le plus de succès sont ceux qui privilégient une collaboration étroite avec les équipes de santé mentale, particulièrement les psychiatres et les intervenants en suivi communautaire (Baron, 2000; Drake, McHugo et al., 1999; Drake, McHugo et al., 1996). Un souci doit être dévolu à favoriser les préférences et les choix des

participants lors des assignations, plutôt que les opinions des intervenants (Becker, Bebout et al., 1998; Becker et al., 1996; Bond, 2004; Cook & Razzano, 2000; Mueser, Becker et al., 2001). Une entrée rapide sur le marché régulier de l'emploi et des expériences de travail sont davantage susceptibles d'influencer les préférences professionnelles que des programmes prévocationnels (Becker et al., 1996; Bond, 1987; Bond et al., 1997; Crowther, Marshall, Bond, & Huxley, 2001b; Drake, McHugo et al., 1999; Marrone & Golowka, 1999).

Les programmes de réinsertion professionnelle doivent tenir compte à la fois des incapacités et des barrières environnementales. Ce constat appelle une intersectorialité, et va au-delà du réseau de la santé. Lal et Mercier (2002) soulignent que les efforts de concertation entre les secteurs de la santé et de l'emploi sont probablement insuffisants pour résoudre un enjeu aussi complexe : ce qui pourrait expliquer les résultats mitigés observés. Afin de tenir compte de l'économie locale, ces auteures suggèrent d'élargir le partenariat pour y inclure la communauté, les intervenants économiques et les municipalités. Pour leur part, les travaux de DeSisto et ses collègues suggèrent que les politiques de santé mentale centrées sur la consolidation des services facilitant l'intégration communautaire influencent de façon significative le taux d'emploi des personnes aux prises avec des troubles mentaux (DeSisto, Harding, McCormick, Ashikaga, & Brooks, 1995a, 1995b).

2.3. Rétablissement des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves

2.3.1. Définition du rétablissement

Le processus de rétablissement constitue un élément critique du cheminement de toute personne aux prises avec des troubles mentaux graves. C'est à l'intérieur du contexte du rétablissement que s'effectuent l'intégration professionnelle et le développement professionnel des individus atteints de troubles mentaux graves. La définition de ce construit a été formulée à partir de la perspective des principaux intéressés, soit les

personnes aux prises avec des troubles mentaux. Les écrits concernant le processus de rétablissement s'appuie sur plusieurs écrits biographiques, phénoménologiques et ethnographiques.

Le construit de rétablissement demeure généralement défini comme un processus (Frese & Davis, 1997; Jacobson & Curtis, 2000). Cependant, les études longitudinales effectuées auprès des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves indiquent que les trajectoires de rétablissement sont diverses (Calabrese & Corrigan, 2005a; Carpenter & Kirkpatrick, 1988; Ciompi, 1980; Davidson & McGlashan, 1997; Harding, 2003; Harding & Zahniser, 1994; Strauss, Hafez, Lieberman, & Harding, 1985), et qu'il existe également une forme de récupération naturelle (Corrigan & Ralph, 2005). Ainsi, Spaniol (2000) indique que le phénomène ne peut se réduire à une définition unique et restrictive. De plus, cet auteur précise que les modèles qui cherchent à expliquer le rétablissement ne peuvent être appliqués de façon rigide ou hiérarchique.

Le rétablissement se définit dans la littérature comme un processus interne, critique et non linéaire de transformation par lequel l'individu atteint d'un trouble mental se découvre un nouveau concept de soi, un nouveau sens à l'intérieur et au-delà de l'expérience de sa maladie (Andresen, Oades, & Caputi, 2003; Corrigan, Giffort, Rashid, Leary, & Okeke, 1999; Davidson, 2003; Davidson, O'Connell, Tondora, Lawless, & Evans, 2005; Davidson, O'Connell, Tondora, Staeheli, & Evans, 2005; Davidson, Sells, Sangster, & O'Connell, 2005; Davidson & Strauss, 1992; Deegan, 1988, 1997; Markowitz, 2005b; Ralph, 2005; Ridgway, 2001; Spaniol & Gagne, 1997; Torgalsboen, 2005). Le rétablissement se décrit aussi comme une expérience individuelle intense, marquée par des périodes de choc, de déni, de désespoir et de colère, d'espoir, de volonté et d'engagement (Baxter & Diehl, 1998; Deegan, 1988; Lafond, 1994; Ridgway, 2001; Spaniol, Koehler, & Hutchinson, 1994). Il transcende largement le simple processus d'adaptation à la maladie (Torrey & Wyzik, 2000). Le processus de rétablissement est unique à chaque individu et amène ce dernier à modifier ses attitudes, ses valeurs, ses habiletés et/ou ses rôles (Anthony, 1993; Deegan, 1996b; Deegan, 1988). C'est une façon de se donner une vie satisfaisante, et ce, malgré les limitations qu'impose la maladie. Le rétablissement ne signifie pas pour autant la disparition ou la rémission des symptômes (Anthony, 1993;

Davidson, 2003; Roe, Chopra, Wagner, Katz, & Rudnick, 2004). Ce processus repose sur la conviction profonde qu'il est possible d'être une personne à part entière, capable d'exercer son autonomie, et ce, malgré une incapacité (Fisher, 1994).

Le rétablissement implique le développement d'un nouveau sens à la vie au fur et à mesure que la personne apprivoise les effets catastrophiques de sa maladie sur sa vie (Anthony, 1993; Bedregal, O'Connell, & Davidson, 2006; Davidson, 2003; Davidson, Sells et al., 2005; Young & Ensing, 1999). L'entrée au sein de l'univers psychiatrique signifie beaucoup plus que de recevoir des services de santé mentale : elle peut bouleverser les dimensions résidentielle, financière et sociale de la vie de l'individu (Chatfez, 1996). La personne est souvent confrontée à une autre vision de son identité, alors que l'adaptation à la maladie s'avère souvent difficile. Plusieurs personnes aux prises avec des troubles mentaux associent leur expérience des services de santé mentale comme une expérience humiliante et déshumanisante, érodant leur confiance en eux et leur volonté d'assumer leur pouvoir d'agir (Frese & Davis, 1997; Strong, 1998). Par conséquent, il est souvent plus difficile de se rétablir des conséquences de la maladie (telles l'exclusion sociale, la discrimination, l'isolement, les rêves anéantis, les pertes de rôles, la pauvreté et une forme condescendante de traitement) que de la maladie elle-même (Anthony, 1993; Davidson, 2003; Davidson, O'Connell, Tondora, Staeheli et al., 2005; Deegan, 1997; Farkas, 1996; Farkas & Vallée, 1996; Gouvernement du Canada, 2006; Kramer & Gagne, 1997; Kumar, 2000; Salzer, 1997; Spaniol & Gagne, 1997; Spaniol, Gagne, & Koehler, 1997; Wilson, 1996).

L'apparition d'une maladie, qui exerce une influence à long terme sur la vie de l'individu, vient bouleverser la perspective que la personne entretient face à elle-même et ses projets. Certains ont avancé le terme de rupture biographique pour décrire ce phénomène (Crossley, 2000; Hammell, 2004a). Alors que la maladie et ses conséquences créent ainsi une rupture de sens, le rétablissement consiste à réduire le sentiment d'aliénation qui en découle (Coursey et al., 1997; Spaniol & Gagne, 1997). Torrey et Wyzik (2000) appuient cette perspective en ajoutant que le rétablissement consiste surtout en une quête de sens face à une expérience traumatisante, une prise de responsabilités quant aux choix à faire et un engagement vers la vie et la santé. Cette quête de sens est modulée

par l'explication donnée par la personne au « problème » de santé mentale. Le processus de rétablissement adopte des trajectoires distinctes selon le fait que les causes sont perçues comme étant la résultante de processus biologiques, d'un traumatisme, d'une combinaison de facteurs biologiques et environnementaux, d'une crise spirituelle ou d'enjeux politiques (Jacobson, 2001).

Grâce à une étude effectuée auprès de 46 usagers, Sullivan (1994) établit les aspects suivants comme étant des déterminants du processus de rétablissement : la médication, l'autogestion des symptômes, les services de santé mentale, les ressources communautaires, la participation dans des activités productives apparentées au travail, la spiritualité, l'entraide, le soutien de personnes significatives, la connaissance et l'acceptation de sa maladie. Une étude narrative (Smith, 2000), effectuée auprès de dix participants, met en lumière l'importance de la médication, du réseau de soutien, des activités significatives ainsi que des caractéristiques individuelles telles un sentiment de contrôle, une ferme détermination et une vision optimiste de son avenir. Aux yeux de plusieurs usagers, le fait de distinguer ses limites personnelles de celles qu'impose la maladie ouvre la porte à la reconnaissance de son potentiel (Deegan, 1988, 1997; Smith, 2000).

Le rétablissement constitue un processus individuel, mais non pas solitaire pour autant (Ridgway, 2001). En fait, la présence d'un réseau de soutien, ou à tout le moins d'une personne, qui croit au potentiel de rétablissement de l'individu, est critique (Davidson, 2003; Frese & Davis, 1997; Hoffmann & Kupper, 2002; Jacobson & Greenley, 2001; Ridgway, 2001). L'acceptation et l'intérêt d'autrui pousse l'individu à prendre conscience de ses atouts et de ses ressources personnelles et laisse place à l'espoir (Davidson, 2003). Plusieurs auteurs insistent sur l'importance de s'entourer de personnes qui continuent d'espérer et d'offrir des possibilités de grandir et d'évoluer (Deegan, 1996b; Provencher, 2002; Torgalsboen, 2001). L'entraide, quoique souvent informelle, semble avoir une fonction similaire aux modalités plus formelles de soutiens, tels les groupes d'entraide. Un des impacts positifs des groupes formels d'entraide réside dans sa capacité de soutenir l'individu dans l'expression de son leadership, de le confronter à des modèles positifs, de lui permettre d'échanger des stratégies adaptatives, de lui laisser l'occasion de donner et de recevoir du soutien, alors que ces possibilités sont souvent limitées dans

d'autres contextes (Corrigan et al., 2002; Deegan, 1988; Leete, 1988, 1989; Mead & Copeland, 2000; Provencher, 2002). Un désir de réciprocité dans les rapports sociaux constitue un autre jalon du processus de rétablissement (Davidson, 2003).

Certaines des variables qui influencent le processus de rétablissement sont de nature individuelle. Ces facteurs individuels affectent particulièrement le rythme du processus de rétablissement (Hoffmann & Kupper, 2002). La connaissance de sa maladie facilite chez l'individu l'engagement et la fidélité au traitement, une attitude prudente quant à la gestion du stress, un suivi de son état clinique, une motivation à établir des habitudes de vie plus saines et à amorcer des démarches de sobriété si nécessaire (Mueser et al., 2002; Ridgway, 2001; Spencer, Davidson, & White, 1997). Ce processus de reconnaissance et d'acceptation conduit l'individu à progressivement se distancier de sa maladie (« je suis schizophrène ») pour se développer un concept de soi distinct de celle-ci (« je suis atteint de schizophrénie ») (Davidson, 2003; Davidson & Strauss, 1992; Estroff, 1989; Jacobson & Greenley, 2001). Alors que la connaissance de leur maladie constitue une source d'inspiration et de réappropriation du pouvoir d'agir (« empowerment ») pour certains, autant pour d'autres, elle peut aussi inhiber le processus de rétablissement.

Plusieurs usagers témoignent de l'importance de la spiritualité, qu'elle soit associée à des références religieuses ou non, dans leur processus de rétablissement (Kirkpatrick, Landeen, Woodside, & Byrne, 2001). Les personnes en rétablissement expriment fréquemment ce passage entre le désespoir et un espoir renouvelé (Andresen et al., 2003; Davidson, 2003; Deegan, 1996a; Deegan, 1988; Ridgway, 2001; Spaniol et al., 1997; Torgalsboen & Rund, 2002). La spiritualité permet de trouver un sens à la souffrance ou à sa vie, une façon de transcender les épreuves dévastatrices (Spencer et al., 1997).

Le processus de rétablissement implique une facette sociale et politique : la réappropriation du pouvoir (Campbell, 1997; Corrigan et al., 1999; Corrigan & Ralph, 2005; Davidson, O'Connell, Tondora, Staeheli et al., 2005; Spaniol et al., 1997). Pour certains, cette transformation intérieure ne peut se réaliser sans le soutien d'un mouvement politique servant de catalyseur au changement (Deegan, 1996a; Deegan, 1997; Farkas & Vallée, 1996; Jacobson & Curtis, 2000). L'appropriation du pouvoir n'est pas qu'un

construit psychologique, mais aussi un construit organisationnel, politique, sociologique, économique et spirituel (Rappaport, 1987).

La dimension psychologique du pouvoir d'agir se traduit par un sentiment de contrôle et d'efficacité personnelle, une approche proactive face à l'exercice de ses choix et une compréhension fine de l'environnement sociopolitique (Zimmerman, 1995; Zimmerman & Warschausky, 1998). La dimension psychologique s'avère davantage associée au rétablissement que les autres dimensions du pouvoir d'agir. Cependant, le pouvoir d'agir psychologique ne résulte pas uniquement d'un phénomène intra-psychique, mais s'appuie sur les dimensions organisationnelles et communautaires (McLean, 1995). Pour plusieurs auteurs, il s'agit d'un concept transactionnel puisqu'il implique une relation avec l'autre (Connelly, Keele, Kleinbeck, Schneider, & Cobb, 1993; Lord & Dufort, 1996; Zimmerman & Warschausky, 1998).

La participation active et le contrôle restent au cœur de la réappropriation du pouvoir, qu'il soit individuel, organisationnel, politique, économique ou systémique (Enemer, 1991; Feder, 1998; Wehmeyer, 2004; Zimmerman & Rappaport, 1988; Zimmerman & Warschausky, 1998). Le pouvoir d'agir repose sur des valeurs de santé, de compétence, d'adaptation, d'humanisme et d'entraide (Deegan, 1997; Zimmerman & Warschausky, 1998). Pour plusieurs activistes, le rétablissement constitue une facette visible d'un processus d'appropriation du pouvoir (Chamberlin, 1997; Jacobson & Curtis, 2000).

Pour Enemer (1991), la réappropriation du pouvoir psychologique, que d'autres appellent le pouvoir d'agir, est avant tout un état d'esprit. Ce pouvoir d'agir est d'abord ressenti : il ne peut être ni donné, ni annoncé. Il est démontré par un sentiment de contrôle sur sa vie, par une implication active de l'individu dans les décisions qui le concernent, par une participation collective dans l'atteinte de buts communs ainsi que par une reconnaissance des éléments qui freinent ou qui facilitent l'actualisation de ces buts (Davidson, 2003; Kirsh, 1996; Ridgway, 2001; Zimmerman & Rappaport, 1988; Zimmerman & Warschausky, 1998). Pour bon nombre d'utilisateurs, le pouvoir d'agir repose essentiellement sur le fait d'avoir une voix au chapitre, d'exercer des choix et de voir ses

droits respectés (Barton, 1998; Chamberlin, 1997; Deegan, 1996a; McLean, 1995; Mead & Copeland, 2000; Olney & Salomone, 1992; West & Parent, 1992). Il s'agit de réclamer sa souveraineté sur son corps et sa vie, regagner le droit de choisir, de faire des erreurs et d'obtenir les ressources nécessaires à une meilleure qualité de vie (Carling, 1995; Deegan, 1997; Mead & Copeland, 2000). Liberman (2002) souligne que des services fragmentés, insuffisants ou inadéquats freinent le rétablissement. Pour sa part, McLean (1995) ajoute que la réappropriation du pouvoir d'agir se retrouve souvent dépourvue de son sens premier dans les réseaux de santé. Dans ce cas, il ne s'agit pas que d'aménager des choix et des processus consultatifs dans des organisations, mais plutôt de modifier les rapports de pouvoir auxquels sont assujettis les personnes aux prises avec des troubles mentaux. Pour cet auteur, ce processus se doit d'être politique, afin que les personnes puissent retrouver leur dignité et valider leur potentiel. Bref, le pouvoir d'agir consiste à réclamer pleinement sa citoyenneté (Davidson, 2003).

Au même titre que le pouvoir d'agir revêt plusieurs dimensions, le construit du rétablissement tend à évoluer lui aussi vers une définition pluridimensionnelle. Pour Spaniol, Koehler et Hutchinson (1994), le rétablissement peut se définir comme un processus d'exploration personnelle et de transformation, où l'individu cherche à se sentir de nouveau en lien avec lui-même, son environnement social et sa spiritualité. Jacobson (2003) soutient que le rétablissement constitue une réponse à un problème qui peut être défini à partir d'une perspective individuelle, organisationnelle (structuration des services) ou systémique. Cette auteure propose également que les définitions diffèrent sensiblement selon le paradigme qu'adopte l'interlocuteur, soit une préoccupation pour une transformation des services ou soit une remise en question de la maladie mentale. Provencher (2002) avance que le rétablissement repose sur une redéfinition et une expansion du soi, une relation à l'espace temporel (notamment l'espoir et la spiritualité), au pouvoir d'agir et aux relations aux autres. Pour leur part, Spaniol, Wewiorski, Gagne et Anthony (2002) soutiennent que le rétablissement revêt une dimension physique, émotionnelle, spirituelle, politique, sociale et professionnelle. Chacune de ces dimensions comporte des phases de développement, des enjeux, des points tournants, et des tâches développementales.

Certains modèles élaborés à partir de la perspective des usagers tentent de décrire les phases du processus de rétablissement, tout en reconnaissant que ce parcours est rarement linéaire. Par exemple, à partir des témoignages publiés de personnes atteintes de troubles mentaux, Ralph (2000) définit quatre facteurs qui caractérisent le rétablissement, soit : 1) des facteurs individuels tels que l'éveil, la prise de conscience et l'engagement de l'individu face à son rétablissement; 2) des facteurs externes comme la présence, l'efficacité ou l'espoir du réseau de soutien, y compris des services de santé; 3) le développement de stratégies adaptatives et d'autogestion des symptômes; 4) l'expression du pouvoir d'agir.

À partir d'une série d'entrevues, échelonnées sur deux à trois années et effectuées auprès de 66 participants, Davidson et Strauss (1992) décrivent un processus de transformation de l'identité, caractérisé par quatre phases. La première phase consiste pour l'individu à prendre conscience que son identité demeure. Chez certains, il s'agit de réaliser qu'il subsiste en eux des ressources personnelles peu affectées par la maladie ou inconnues jusqu'ici. Chez d'autres, l'individu doit apprendre à distinguer entre ce qu'il est et sa maladie. La seconde phase consiste à s'approprier ses forces et à reconnaître ses limites ainsi que d'apprécier ce qui lui convient, avant de s'engager dans des projets. La troisième phase consiste à s'investir, tout en mettant à profit la réévaluation de son concept de soi. Cette phase est marquée par la réflexion, l'introspection et l'intégration des expériences. La dernière phase consiste en l'aboutissement du processus où le concept de soi devient plus fonctionnel, en mesure de faire appel à des stratégies adaptatives, de gérer les symptômes et de faire face à l'adversité, tout en s'investissant davantage dans sa vie professionnelle ou sociale.

Lors d'une étude effectuée auprès de 18 individus aux prises avec des troubles mentaux, Young et Ensing (1999) décrivent les phases suivantes : 1) surmonter l'inertie; 2) découvrir et alimenter le pouvoir d'agir; 3) apprendre et se redéfinir; 4) reprendre son fonctionnement initial; 5) améliorer sa qualité de vie. Afin de surmonter l'inertie, trois conditions s'avèrent essentielles, soit la reconnaissance et l'acceptation de la maladie, le désir de changer et l'espoir. Les trois phases intermédiaires représentent des étapes du processus, alors que l'individu est activement engagé dans sa démarche. Enfin,

l'amélioration des conditions de vie s'appuie sur un désir de l'individu d'accéder à un mieux-être ainsi que d'explorer et d'actualiser son potentiel.

Suite à une autre étude qualitative effectuée auprès de 18 personnes atteintes de troubles mentaux graves Spaniol et ses collaborateurs (2002) ont plutôt décrit les phases du rétablissement comme suit : 1) être envahi par la maladie; 2) lutter contre la maladie; 3) vivre avec la maladie; 4) vivre en dépit et au-delà de la maladie. Lors de la première phase, le quotidien de l'individu est marqué par le désir de survivre à l'envahissement de la maladie : cette phase se caractérise par la confusion, l'impuissance, une impression de perte de contrôle sur sa vie, une difficulté à se donner des buts réalistes ou à entretenir son réseau social. Afin de lutter contre la maladie, l'individu cherche dans la seconde phase à trouver une explication à son expérience et à développer des stratégies adaptatives. La personne craint de rompre un fragile équilibre et de vivre des rechutes. Lorsque l'individu cherche à vivre malgré l'existence de la maladie, il sait mieux gérer ses manifestations, utiliser des stratégies adaptatives et assumer des rôles qui lui sont significatifs. Enfin, l'élaboration de la quatrième étape découle d'une recension des écrits : cette phase se caractérise par le fait que la maladie ne constitue qu'une petite part de la vie de l'individu. Ce dernier est bien arrimé avec ses ressources personnelles, les ressources de son milieu et des activités significatives.

2.3.2. Travail et rétablissement

Le rôle du travail se situe aux confins de plusieurs dimensions du rétablissement. En effet, un emploi significatif constitue aux yeux des usagers un élément essentiel de leur rétablissement (Eklund, Hansson, & Bejerholm, 2001; Hoffmann & Kupper, 2002; McCrohan, Mowbray, Bybee, & Harris, 1994; Scheid & Anderson, 1995; Strong, 1998; Sullivan, 1994). Si le travail procure une source de revenus et constitue un indéniable moyen de répondre à ses besoins (Anthony & Blanch, 1987; Drake, McHugo et al., 1996; McCrohan et al., 1994), les avantages qui y sont associés s'avèrent plus vastes et plus nombreux (Neff, 1988).

Le travail devient le médium par lequel la relation entre le concept de soi et la maladie est ébranlée. C'est par le travail que se définit en partie l'identité des personnes, qu'elles évaluent leur valeur et celle de leur environnement (Bailey, Ricketts, Becker, Xie, & Drake, 1998; Cunningham et al., 2000; Diksa & Rogers, 1996; Mowbray et al., 1995; Scheid & Anderson, 1995). Bebout et Haris suggèrent (1995) que le travail offre un contexte où l'individu est en mesure d'envisager que les perceptions entretenues face à lui-même peuvent être distordues et en arrive ainsi à une plus grande cohérence dans les représentations qu'il a de lui-même. Le travail, outre le salaire qu'il procure, offre un statut et une position au sein de la société (Anthony & Blanch, 1987; Blankertz, McKay, & Robinson, 1998; Dorvil, Guttman, Ricard, & Villeneuve, 1997; Douthwaite, 1994; Scheid & Anderson, 1995). Le travail suscite également de l'espoir chez les participants (Beaulieu, Morin, Provencher, & Dorvil, 2002; Freedman & Fesko, 1996; Kirkpatrick et al., 2001; Strong, 1998).

L'étude de Cunningham, Wolbert & Brockmeier (2000) illustre ce phénomène. Les chercheurs ont sondé trois groupes afin de mieux comprendre les facteurs d'accès et de maintien en emploi. Le premier groupe était constitué de personnes aux prises avec des troubles mentaux graves et qui se maintiennent en emploi, le second était composé de personnes ayant accédé à un emploi, mais qui n'ont pas pu s'y maintenir et le dernier rassemblait des personnes qui malgré leurs efforts, n'accèdent pas à un emploi. Les groupes différaient sur plusieurs points : ils ne percevaient pas la maladie et le travail de la même façon et ils avaient recours à des stratégies adaptatives fort différentes. La maladie était considérée par les personnes qui travaillaient, comme seulement une partie d'eux-mêmes alors que les personnes sans emploi minimisaient l'impact de leur maladie ou elles étaient envahies par celle-ci. Les personnes qui travaillaient associaient étroitement le travail à leur processus de rétablissement tandis que les personnes qui n'avaient pu maintenir leur emploi reconnaissaient l'importance du travail dans leur vie sans pour autant y voir des liens avec leur rétablissement. Les personnes sans emploi étaient fort préoccupées par les barrières auxquelles elles se confrontaient et ne pouvaient aborder le travail comme un élément positif dans leur vie. Enfin, les personnes qui se maintenaient en emploi se distinguaient par leur capacité à faire preuve d'espoir dans l'adversité et de se projeter à l'extérieur du

spectre de la maladie. En de mêmes circonstances, le second groupe tendait à adopter des stratégies adaptatives centrées sur l'ici et maintenant tandis que le troisième groupe mentionnait surtout des techniques fondées sur l'évitement ou la distraction (Cunningham et al., 2000).

Pour plusieurs, le travail entraîne une réduction de la symptomatologie et des réadmissions à l'hôpital (Anthony et al., 1995; Bond & Boyer, 1988; Drake, McHugo et al., 1996; Eklund et al., 2001; Markowitz, 2001; Mowbray et al., 1995; Russert & Frey, 1991). Des évaluations de programmes de réinsertion professionnelle démontrent que les améliorations de rendement au travail se traduisent également par un soulagement de la symptomatologie (Anthony et al., 1995; Bond, Resnick et al., 2001a). Les milieux de travail qui savent allier structure et souplesse dans l'organisation du travail peuvent soutenir le développement de stratégies adaptatives chez le travailleur pour qu'il puisse faire face plus efficacement à la fatigue, au stress et aux symptômes, et ce, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du contexte professionnel (Honey, 2000; Marrone & Golowka, 1999; Yuen & Fossey, 2003). Van Dongen (1996) associe la réduction des symptômes au fait que le travail, plutôt que d'accroître les stressseurs, permet à la personne de se distraire de l'expérience difficile de la maladie. Ceci se reflète en retour par une réduction de l'utilisation des services de santé mentale (Drake, McHugo et al., 1996).

Un emploi permet de structurer le temps de façon significative, d'assumer des responsabilités, de vivre une vie plus normale, de s'accomplir et de s'estimer (Kirsh, 2000b; Strong, 1998; Wehman et al., 1998). Le travail permet d'instaurer une source de stabilité dans le quotidien (Diksa & Rogers, 1996), en imposant une structuration du temps et une routine (Blankertz et al., 1998; Douthwaite, 1994; Gahnstrom-Strandqvist, Liukko, & Tham, 2003; McCrohan et al., 1994; Mercier, Provost, Denis, & Vincelette, 1999; Sullivan, 1994; Yuen & Fossey, 2003).

Passant d'un rôle passif, où l'utilisateur reçoit des services, vers un rôle plus actif de travailleur, la personne peut non seulement participer, mais aussi contribuer à sa communauté (Chandler, Levin, & Barry, 1999; Kirsh, 2000b; Marrone & Golowka, 1999; Spaniol et al., 1997; Sullivan, 1994; Yuen & Fossey, 2003). Ainsi, le travail contribue à

consolider l'estime de soi (Anthony et al., 1988; Bond, Resnick et al., 2001a; Lysaker & Bell, 1995; McCrohan et al., 1994; Mueser et al., 1997; Neff, 1988; Spaniol et al., 1997; Van Dongen, 1996) et il permet à certains d'améliorer leur qualité de vie (Parent, 1996; Van Dongen, 1996). Pour leur part, Marrone et Golowka (1999) suggèrent que le travail influence plusieurs dimensions de la qualité de vie en facilitant l'établissement de relations sociales et affectives ainsi que l'accès à des ressources pour répondre à ses besoins. Cependant, de telles retombées s'avèrent contestées. Non seulement des variations dans le niveau d'estime de soi et de qualité de vie peuvent tarder à se manifester (Drake, Becker et al., 1999), mais elles peuvent aussi être la résultante de l'évolution naturelle des troubles mentaux (Strauss et al., 1985). De plus, Mueser et ses collaborateurs (1997) invitent la communauté à adopter une perspective nuancée sur la question, puisque les travailleurs aux prises avec des troubles mentaux graves démontrent une plus grande satisfaction face à leur vie professionnelle et leurs revenus, sans pour autant que l'indice global de leur qualité de vie diffère de leurs pairs qui ne travaillent pas.

Le travail facilite l'intégration communautaire en augmentant le nombre des contacts sociaux (Anthony & Blanch, 1987; Baron, 2000; Drake, McHugo et al., 1996; Gahnstrom-Strandqvist et al., 2003; Lysaker & Bell, 1995; Marrone & Golowka, 1999; Mercier et al., 1999; Yuen & Fossey, 2003). Il permet de freiner le cycle des pertes associées aux troubles mentaux graves, notamment la perte de dignité, d'habiletés, de revenus, de réseaux sociaux et d'espoir (Marrone & Golowka, 1999). L'accès au travail constitue un symbole puissant de citoyenneté au même titre que le droit de vote (Auerbach & Richardson, 2005; Kirsh, 2000b; Mancuso, 1990; Marrone & Golowka, 1999), bien que l'insertion professionnelle demeure parsemée d'embûches (Corbière et al., 2002).

Les personnes aux prises avec des troubles mentaux graves conçoivent le travail comme étant à la fois un but et une force facilitant le processus de rétablissement (Sullivan, 1994). En effet, le travail ne constitue-t-il pas un puissant déterminant social de santé (Beaulieu et al., 2002)? En guise d'illustration, des études épidémiologiques effectuées auprès d'hommes britanniques ont mis en lumière que les chômeurs étaient significativement plus à risques de mourir dans une période de cinq ans suivant la perte de l'emploi, des suites de problèmes pulmonaires ou cardiaques. Les taux de détresse

émotionnelle, de dépression et d'anxiété sont significativement plus élevés chez les chômeurs que chez les travailleurs ou les personnes retraitées (Douthwaite, 1994). L'inactivité constitue une sérieuse menace au mieux-être des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves (Marrone & Golowka, 1999). En effet, des auteurs remarquent que certains symptômes, comme un affaissement de l'affect, une pauvreté du discours ou un retrait social, peuvent découler en partie de l'inactivité (Anthony & Blanch, 1987; Oxley, 1995). Les avantages perçus face au travail découlent souvent d'un contraste avec les coûts de l'inactivité ou des situations de sous-emploi (Kirsh, 2000b).

Rebeiro et Allen (1998) soulignent avec acuité que les mêmes avantages peuvent découler d'un travail non rémunéré et que le travail rémunéré ne constitue pas une fin pour tous. Ces auteurs invitent donc les praticiens à une plus grande prudence dans la valeur qu'ils accordent à l'emploi et de demeurer réceptifs aux rôles et aux types d'activités productives qui sont les plus significatifs pour chaque individu. Rebeiro (2004a) insiste sur le fait que le bénévolat constitue une occasion de se reconstruire une identité personnelle compétente plutôt que de porter le statut social dévalué associé à l'expérience de la maladie mentale. Bien que les liens entre le rétablissement et le travail semblent bien documentés, il est à souligner que beaucoup des constats dégagés émanent principalement de deux sources. D'une part, les avantages associés au travail découlent de textes théoriques, à partir de recherches effectuées sur le chômage et l'inactivité professionnelle, chez la population générale. D'autre part, des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves ont relevé l'apport du travail sur leur processus de rétablissement au sein de récits autobiographiques ou de travaux portant sur le rétablissement. Au moment d'entreprendre cette recherche, peu d'études ont été effectuées sur la contribution spécifique du travail au rétablissement, à l'exception de quelques travaux (Cunningham et al., 2000; Provencher, Gregg, Mead, & Mueser, 2002; Strong, 1998).

Plus spécifiquement, Provencher et al (2002) décrivent trois attitudes adoptées par des personnes aux prises avec des troubles mentaux à l'égard du rétablissement et du travail. Un premier groupe se caractérise par le fait qu'ils remettent en question leur capacité d'assumer un rôle de travailleur ou de se rétablir. De plus, ces personnes abordent le travail comme une façon de passer le temps. Un second groupe se caractérise par une

reprise en main de leur rétablissement et une redéfinition du concept de soi. Le travail constitue un médium par lequel ces participants consolident leur sentiment d'efficacité personnelle. Généralement, les membres de ce groupe se montrent optimistes face à leur avenir professionnel, même s'ils observent des obstacles internes et externes. Enfin, les membres du troisième groupe se caractérisent par le fait qu'ils assument et se définissent au moyen de plusieurs rôles et que leur concept de soi se distingue clairement de la maladie. Ils se maintiennent en emploi, investissent un réseau social réciproque et concilient plusieurs rôles.

Toutefois, les mécanismes d'action et la dynamique qui existent entre le travail et le rétablissement demeurent généralement peu explorés, et davantage inférés qu'appuyés par des données empiriques spécifiques à cette question, recueillies auprès de la population à l'étude. De tout cela, il faut retenir que malgré le potentiel d'insertion professionnelle des personnes aux prises avec des troubles mentaux, il demeure difficile pour ces personnes d'accéder à un milieu de travail et de s'y maintenir. Alors que certains écrits se concentrent sur les facteurs individuels qui prédisent une insertion professionnelle réussie, d'autres mettent l'accent sur les caractéristiques des programmes. Mais la question du développement professionnel chez ces personnes, qui ont vu leur cheminement s'interrompre par l'arrivée de la maladie, demeure entière. Afin d'explorer ce qui caractérise le développement professionnel pour les adultes en début de carrière, il y a lieu d'examiner la base des éléments constituant les diverses théories de développement professionnel. En effet, les modèles théoriques cherchent à illustrer le cheminement par lequel l'individu se prépare au marché de l'emploi, choisit un métier, acquiert une identité professionnelle, évolue et investit le marché du travail, et ce, tout au cours de sa vie. Les opportunités de développement professionnel, telles la formation et l'accès à l'emploi doivent également être considérés.

Puisqu'une association semble exister entre le travail et le rétablissement, bien que la nature de cette relation demeure peu définie, le processus de rétablissement doit également être exploré. De la recension des écrits, il peut être retenu que le rétablissement ne se définit pas par une absence de symptômes, mais comme un processus complexe et multidimensionnel par lequel l'individu cherche un sens à son expérience, s'adapte aux

changements que lui impose la maladie et surtout où il se transforme et se redéfinit. La recension des écrits a permis de définir les paramètres contextuels de l'étude. Ici, le développement professionnel et le rétablissement sont tous deux considérés comme des processus développementaux et multidimensionnels. Afin d'explorer ces processus, la chercheure-étudiante a privilégié une approche de théorisation émergente, en laissant une large place aux expériences des participants, voire même une lecture phénoménologique des variables émergents, plutôt que de valider un réseau d'hypothèses ou un cadre conceptuel préétabli. C'est donc à l'intérieur de ces paramètres que les questions de recherche sont posées.

3. Questions de recherche

Dans ce contexte, la question principale de cette recherche portant sur les rapports entre développement professionnel et rétablissement comprend trois volets.

1. Comment la maladie vient-elle interférer avec le développement professionnel des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves?
2. Dans quelle mesure le retour à une activité qui est apparentée au travail permet-il ou non la reprise du développement professionnel?
3. Comment la reprise ou la poursuite d'une forme d'activité qui est liée au travail s'inscrit-elle dans la démarche plus large du rétablissement?

En posant la première question, l'intérêt a initialement été porté sur les acquis provenant du développement professionnel que l'individu atteint d'un trouble mental a pu consolider avant l'apparition de sa maladie. Comment ces acquis peuvent-ils se réactiver et s'enraciner à la reprise du travail? En effet, la maladie force souvent les personnes aux prises avec des troubles mentaux à quitter le marché du travail pour plusieurs mois, voire souvent plusieurs années. Le retrait du marché du travail et l'expérience d'une maladie mentale peuvent affecter singulièrement l'identité professionnelle, la confiance en soi, l'actualisation des habiletés professionnelles et le cheminement professionnel des individus en cause. Certaines personnes aux prises avec des troubles mentaux ont travaillé ou ont acquis une formation professionnelle avant l'apparition de leur maladie. D'autres n'ont pas eu cette chance et ont vécu un développement professionnel plus restreint. L'insertion professionnelle vient-elle réactiver un processus dormant, là où il s'était interrompu? Les personnes qui ont vécu des expériences tangibles de travail ou suivi une formation professionnelle connaissent-elles un processus de développement professionnel distinct de celles qui avaient au départ un bagage professionnel plus limité?

La deuxième question concerne l'impact des activités productives qu'exercent actuellement les participants à l'étude sur leur développement professionnel. Comment le travail (qu'il soit rémunéré ou non) vient-il influencer le développement professionnel des personnes aux prises avec des troubles mentaux? En effet, la chercheure-étudiante constate,

grâce à son expérience clinique, que certaines personnes aux prises avec des troubles mentaux graves ne peuvent pas extraire de leur expérience de travail des conclusions sur ce qu'elles sont, ce qui compte pour elles ou ce qu'elles peuvent réaliser. Pour ces individus, l'insertion professionnelle ne se traduit pas nécessairement par un développement professionnel. Pour d'autres, les expériences de travail constituent une occasion unique d'explorer leurs possibilités, d'actualiser leurs compétences, de raffiner leurs choix et de consolider leur identité. Nous chercherons à comprendre ce que les participants intègrent de leur expérience actuelle de travail et comment ces apprentissages se reflètent dans leur développement professionnel.

Enfin, si le processus de développement professionnel est réactivé par la reprise d'une activité productive associée au travail, celui-ci sera examiné dans le contexte plus large du rétablissement. Comment l'expérience du rétablissement vient-elle façonner celle du développement professionnel? En effet, le développement professionnel ne s'effectue pas en vase clos : le contexte dans lequel il s'opère intervient sur son déroulement et son issue. Nous présumons que le processus de rétablissement fait obligatoirement partie de ce contexte puisque toute personne ayant d'un trouble mental grave tente de se rétablir. Le rétablissement est un processus continu et non linéaire dont l'expérience et l'aboutissement varient énormément d'un individu à l'autre. Au moment d'intégrer le marché du travail, la personne aux prises avec un trouble mental grave doit souvent s'engager dans ces deux processus à la fois. Nous avons tenté de comprendre comment s'exerce l'influence du processus de rétablissement sur le développement professionnel des personnes atteintes de troubles mentaux : s'agit-il d'une influence réciproque? Nous avons également tenté de définir les composantes du rétablissement qui agissent positivement ou négativement sur le développement professionnel de la population à l'étude.

Le cadre conceptuel du départ, autant dans sa définition des concepts que dans la formulation des questions de recherche, risque d'évoluer au cours du processus de recherche. À la suite de l'exposition de nos choix méthodologiques, nous présenterons d'abord les résultats dans une perspective d'analyse émergente pour ensuite reconsidérer les trois questions de recherche à la lumière des résultats obtenus.

4. Cadre méthodologique

4.1 Type de recherche

Le devis de cette recherche s'appuie sur la méthodologie de théorisation ancrée, telle qu'elle est définie par Strauss et Corbin (1998). Le but de la théorisation ancrée est de construire de nouvelles théories qui expliquent le phénomène à l'étude, plutôt que d'en tester la validité (Corbin, 1986; Dey, 1999; Laperrière, 1997; Strauss & Corbin, 1998). Dans ce contexte, la démarche qui sous-tend l'étude demeure indéniablement inductive. Afin de modéliser le phénomène à l'étude, il est suggéré d'aborder les six éléments suivants dans la recherche : 1) les causes ou les facteurs explicatifs du phénomène à l'étude; 2) les différentes facettes du phénomène et les conditions au sein desquelles il existe; 3) les retombées du phénomène; 4) les facteurs extérieurs qui peuvent influencer le phénomène; 5) les variations entre les variables; 6) la covariance, l'action réciproque ou synergique entre certaines variables (Chenitz, 1986; Swanson, 1986a). Par conséquent, l'étude se penche sur deux phénomènes : le développement professionnel et le rétablissement. La démarche a donc été effectuée en parallèle pour chacun des processus avant qu'elles n'aient été mises en relation. Strauss et Corbin (1994) indiquent que l'étude de processus en théorisation ancrée ne conduit pas nécessairement à la détermination de stades ou de phases, mais à la compréhension de diverses dynamiques qui existent entre les variables qui sous-tendent le phénomène à l'étude et le contexte où il survient. Il s'agit de tisser des liens plausibles et non définitifs entre ces variables (Dey, 1999; Lessard-Hébert, Goyette, & Boutin, 1990; Strauss & Corbin, 1994).

Les entrevues étaient axées sur une approche narrative, où les participants racontent leur histoire professionnelle et celle de leur rétablissement. Cette approche convient particulièrement bien pour mieux comprendre la nature des expériences de populations marginalisées (Boydell, Goering, & Morrell-Bellai, 2000; Chatfez, 1996; Holma & Aaltonen, 1998; Morrell-Bellai, Goering, & Boydell, 2000; Nelson, Clarke, Febraro, & Hatzipantelis, 2005). Les approches narratives permettent également de mettre en lumière les passages entre la maladie, les traumatismes et le rétablissement, dans leurs contextes

interpersonnels, sociaux et politiques (Crossley, 2000; Nelson et al., 2005). Enfin, les trames narratives s'avèrent particulièrement pertinentes dans les sciences de l'occupation, car elles permettent de mettre en lumière les interactions complexes entre les facteurs environnementaux et le sens qu'accorde l'individu à son expérience (Clark, Carlson, & Polkinghorne, 1997; Kielhofner et al., 2002). Pour Strauss et Corbin (1994), l'ajout d'une perspective herméneutique demeure tout à fait compatible avec la théorisation ancrée. Afin d'assurer une crédibilité de l'étude, le processus de collecte de données doit comprendre plus d'une rencontre, s'échelonnant dans le temps (Byrne, 2001; Swanson, 1986b).

La collecte de données repose principalement sur des entretiens semi-structurés (ce qui sera élaboré à la section 4.4.2). Ceux-ci ont été enregistrés avec l'accord des participants, afin d'optimiser l'adéquation référentielle, c'est-à-dire l'obtention de données riches qui tiennent compte du contexte des propos des participants (Byrne, 2001).

Un journal méthodologique témoigne méticuleusement des *a priori* de la chercheure-étudiante, de l'expérience sur le terrain ainsi que de l'analyse des données afin d'assurer la transparence du processus (Ball, Links, Strike, & Boydell, 2005; Byrne, 2001). Ce journal a permis à la chercheure-étudiante d'adopter une position réflexive et de départager ce qui lui appartenait de l'interprétation qu'elle faisait des récits des participants. Cette mesure s'avère d'autant plus critique que la recherche qualitative repose sur les processus interprétatifs : le chercheur se doit d'articuler comment son expérience personnelle et professionnelle peut teinter la conduite de la recherche (Byrne, 2001; Strauss & Corbin, 1998; Ulin, Robinson, & Tolley, 2005).

Aux fins de cette thèse, outre ce qui est documenté dans la section portant sur la recension des écrits, les *a priori* demeurent limités. La chercheure-étudiante œuvrait au début de ses études doctorales dans des programmes de suivi communautaire. Cependant, son passage dans une université américaine l'a très tôt sensibilisée dans sa carrière au processus de rétablissement. Elle y a rencontré des figures de proue du mouvement qui mettaient de l'avant le concept de rétablissement et a développé dès lors un vif intérêt sur les plans clinique et professionnel pour ce concept. Sensible aux écrits autobiographiques, elle est demeurée particulièrement marquée par la résilience des personnes aux prises avec des

troubles mentaux et les formidables récits de courage dans l'adversité de certaines d'entre elles, récits qui ont su l'inspirer, bien au-delà de sa vie professionnelle. Les écrits portant sur le rétablissement et son expérience clinique l'ont également sensibilisée à l'importance de certains déterminants sociaux tels l'accès à la citoyenneté, la stigmatisation, le pouvoir d'agir, les obstacles systémiques ou la pauvreté. La chercheure-étudiante a veillé à maintenir l'équilibre entre son engagement individuel, sa solidarité avec le groupe à l'étude et une nécessaire objectivation en recrutant hors des milieux de pratique où elle évoluait, privilégiant ainsi une certaine distance avec les particularités des milieux où évoluaient les participants (Pires, 1997a).

4.2 Population et échantillonnage

4.2.1. Population à l'étude

Des personnes aux prises avec un trouble mental grave, invalidées par leur maladie depuis au moins deux ans et âgées de 17 à 45 ans ont constitué la population à l'étude. Les critères de recrutement ont été les suivants.

Critères d'inclusion

1. Être aux prises avec un trouble mental grave (schizophrénie, trouble schizo-affectif et troubles bipolaires, conformément au DSM-IV) depuis au moins deux ans.
 - a. Dans le cas des troubles bipolaires, le début de la maladie doit survenir à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte.
2. Avoir subi des pertes fonctionnelles à la suite de l'apparition de la maladie.
3. Être âgé de 17 à 45 ans.
4. S'inscrire dans une démarche d'insertion professionnelle, que ce soit dans un emploi rémunéré ou une activité productive non rémunérée tels du bénévolat ou de la formation.
5. Obtenir un score d'au moins 55 au GAF (Global Assessment of Functioning Scale).
6. Être apte à consentir librement et de façon éclairée.

Critères d'exclusion

1. Avoir reçu un diagnostic de déficience intellectuelle.
2. Être aux prises avec une déficience et/ou une incapacité physique.

4.2.2. Stratégie d'échantillonnage

La stratégie d'échantillonnage retenue est celle d'un échantillon par choix raisonnés reposant sur des construits et des enjeux étant liés au développement professionnel des jeunes adultes. Il ne s'agissait pas de constituer un échantillon homogène, mais plutôt de faciliter l'accès à des sources diverses et d'augmenter l'utilité de l'information. Une diversité des perspectives a été valorisée afin d'approfondir la compréhension du phénomène à l'étude, compte tenu de sa complexité (Ball et al., 2005; Pires, 1997b; Strauss & Corbin, 1998; Swanson, 1986b; Ulin et al., 2005). Autrement dit, la stratégie d'échantillonnage au départ visait à réduire les différences entre les sujets afin de détailler et de consolider le contenu des catégories (critères d'inclusion et d'exclusion). Par la suite, la stratégie a été modifiée afin de maximiser les différences ayant été notées dans l'échantillon pour mieux mettre en relief les variations et les conditions d'apparition de l'objet de l'étude (Laperrière, 1997).

L'échantillonnage par choix raisonnés ou théorique se distingue ainsi de l'échantillonnage de convenance du fait que les participants sont choisis pour la richesse des informations qu'ils peuvent donner sur le phénomène à l'étude plutôt que pour répondre aux besoins du chercheur (Ulin et al., 2005). Cette méthode exige le recrutement d'individus qui peuvent contribuer à l'élaboration de la théorie émergente. L'échantillon de sujets, d'abord homogène, évolue fréquemment vers un échantillon hétérogène afin de délimiter le contexte dans lequel la nouvelle théorie s'applique (Creswell, 1998; Strauss & Corbin, 1998; Ulin et al., 2005). Pires (1997b) appuie ce point de vue en soulignant que la saturation empirique des données exige du chercheur qu'il maximise la diversification intragroupe ou interne. Corbin et Strauss (1990) désignent cette stratégie d'échantillonnage comme étant un échantillonnage théorique. C'est grâce à l'échantillonnage théorique que la représentativité et la consistance des concepts sont consolidées (Charmaz, 1983; Corbin &

Strauss, 1990). Les différentes catégories et leurs propriétés constituent les assises de l'échantillonnage théorique (Corbin & Strauss, 1990).

Ces considérations ont entraîné certaines modifications dans la stratégie d'échantillonnage telle qu'elle a été élaborée dans le protocole initial. Ces modifications touchent le diagnostic et l'âge des participants, ainsi qu'un critère d'exclusion, mais surtout la répartition des participants entre deux groupes. Au départ, l'échantillon devait être constitué de 14 individus, dont une moitié prendrait part à une activité productive rémunérée et l'autre, à une activité productive non rémunérée (bénévolat). Cette décision reposait sur notre volonté de ne pas réduire au travail rémunéré le type d'activités productives susceptibles d'avoir un impact sur les deux processus à l'étude et refléter davantage les différentes facettes du processus d'intégration professionnelle. Cependant, cette règle est devenue rapidement caduque sur le terrain, car plusieurs participants remplissaient plusieurs rôles simultanément : certains exerçaient plusieurs emplois, d'autres conciliaient le rôle de parent à celui de travailleur et/ou de bénévole, alors que d'autres poursuivaient aussi des études. La multiplicité des activités productives chez certains participants n'a pas permis davantage de classer les participants en fonction du degré d'intégration au marché de l'emploi (marché de l'emploi compétitif, mesure d'insertion transitoire, atelier protégé, etc.). Une diversité des expériences et des rôles a alors été activement recherchée, en incluant le rôle d'étudiant. En effet, la pluralité des rôles observée rendait également possible à la prise en considération de l'expérience de personnes qui se sont engagées dans une démarche de formation professionnelle, celle-ci faisant tout à fait partie du développement professionnel des jeunes adultes.

Le critère d'admissibilité concernant l'âge des participants, d'abord fixé à 40 ans, a rapidement été repoussé à 45 ans, pour être en mesure d'ajuster à la réalité des milieux : les jeunes adultes sont beaucoup moins nombreux qu'anticipés, alors que la plupart des candidats potentiels étaient âgés de 30 à 45 ans. Dans le protocole initial, nous avons prévu de recruter que des personnes ayant un trouble d'ordre schizophrénique ou schizo-affectif. Bien que les troubles mentaux graves regroupent traditionnellement les troubles schizophréniques et les troubles affectifs majeurs, le choix de considérer seulement les troubles schizophréniques reposait alors sur le fait que ces deux catégories diagnostiques

correspondent à des maladies dont la prévalence, la symptomatologie et les incapacités qui en découlent diffèrent sensiblement. Des personnes ayant reçu un diagnostic de troubles bipolaires ont cependant été recrutées, car elles présentaient d'autres caractéristiques souhaitables, qui seront élaborées dans la description des participants. La précarité résidentielle d'abord considérée comme un critère d'exclusion¹ a fait l'objet d'une révision. Par nos efforts de diversification des perspectives, nous avons recherché plus activement des cas négatifs ou extrêmes, nous permettant de mieux circonscrire les limites de plausibilité de nos travaux. Or, compte tenu des variations observées dans l'échantillon, le fait d'exclure les personnes qui vivent dans des conditions instables de logement est devenu une contrainte importante : près de la moitié de l'échantillon a connu des périodes où régnait une importante vulnérabilité sur le plan du logement, voire des périodes d'itinérance. Nous avons donc choisi d'inclure une personne qui vivait une grande vulnérabilité résidentielle tout en maintenant un emploi afin de mieux comprendre l'influence de cette variable. Le recrutement des participants s'est poursuivi jusqu'à ce qu'il y ait eu saturation des catégories, c'est-à-dire jusqu'à ce que les entrevues n'apportent plus de nouveaux éclairages sur le développement professionnel de la population à l'étude. La saturation arrive lorsque non seulement aucun nouveau code n'émerge des données, mais aussi quand les variables sont bien définies, que des thèmes répétitifs et que les variations sont illustrées.

Bien sûr, il faudra toujours admettre des exceptions : le travail ne consiste pas alors à documenter chacune des variations possibles, mais simplement à en confirmer l'existence (Corbin, 1986). Dey (1999) nuance les propos de Corbin en indiquant que la saturation théorique est obtenue lorsque la conceptualisation est achevée, et que le chercheur n'observe plus de variations conceptuelles. Dans la présente étude, le seuil de saturation

1. ¹ Vivre de l'instabilité résidentielle, c'est-à-dire être sans domicile fixe ou ne pas avoir été en mesure de s'établir dans un milieu de vie plus de six mois dans la dernière année. Le plus récent déménagement ne doit pas remonter à moins de six mois.

théorique a rapidement été atteint en ce qui a trait au développement professionnel, et dans une large mesure, il en est de même pour ce qui est du rétablissement des participants. Cependant, en raison de la nature idiosyncrasique du rétablissement et de l'influence d'événements de la vie personnelle des participants sur le processus, certains métacodes des attitudes ou des stratégies auxquelles font appel les participants ont continué d'évoluer. Les variations individuelles observées n'ont touché que le dernier niveau de l'arborescence des codes. Notre expérience fait écho aux propos de Pires (1997b) qui souligne à juste titre que le principe de saturation ne peut jamais rendre compte du réel dans sa totalité. Comme l'indiqueront plus tard les résultats, des rôles, autres que ceux de travailleur ou de bénévole, peuvent influencer à la fois le développement professionnel et le rétablissement. Ainsi, les apports spécifiques des rôles de parent et d'étudiant n'ont pas atteint le seuil de saturation, bien que des tendances claires se dessinent en ce sens. Grâce à cet échantillon de 14 participants, les variables principales qui sous-tendent les questions initiales de la recherche répondent au critère de la saturation théorique puisque aucune nouvelle donnée ne vient contredire la plausibilité de la théorie proposée (Laperrière, 1997).

4.3. Recrutement des participants

D'abord, le Comité d'éthique à la recherche (CER) de l'Hôpital Douglas a approuvé le processus de recrutement. Une copie des attestations du CER figure à l'Annexe A. Au départ, le recrutement s'est effectué dans un service d'insertion professionnelle, affilié à l'Hôpital Douglas, soit le service Spectrum. Une personne-pivot a été identifiée, et son mandat consistait à établir un premier contact avec des personnes susceptibles de répondre aux critères de l'étude. La personne-pivot, étant donné son travail de coordination à Spectrum, connaissait les clients et a été en mesure de juger leur capacité à donner un consentement libre et éclairé. De plus, elle pouvait confirmer l'admissibilité des participants en ce qui a trait au diagnostic. Si un usager démontrait un intérêt pour le projet et acceptait d'y participer, la personne-pivot transmettait cette information à la chercheuse-étudiante. Celle-ci communiquait alors avec le participant potentiel pour lui expliquer le but et le déroulement de l'étude et lui spécifier les attentes à son égard quant à sa participation au projet. Le nombre de rencontres et le déroulement de ces dernières lui

ont été présentés. Nous avons assuré au participant la confidentialité des données recueillies et lui avons alors remis une lettre d'explications. Le formulaire de consentement a été lu, en temps opportuns, section par section, avec chacun des participants. Afin de s'assurer que les participants en comprenaient bien le contenu, ces derniers étaient invités à résumer leur compréhension du texte à voix haute. Des éclaircissements étaient alors offerts, au besoin.

S'il le désirait, le participant pouvait se donner un temps de réflexion avant de prendre sa décision, et les deux parties convenaient ensuite d'un moyen par l'entremise duquel la réponse pouvait être transmise librement. Nous avons obtenu un consentement libre et éclairé des participants avant que toute autre démarche inhérente à ce protocole ne soit amorcée. Le formulaire prévu à cet effet se trouve à l'Annexe B.

Compte tenu des difficultés à recruter des participants correspondant aux critères de l'étude dans un seul organisme, le recrutement a été élargi à d'autres ressources dont la mission consiste à faciliter et soutenir l'insertion professionnelle ou sociale des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves. Nous avons également fait appel à un organisme communautaire de l'ouest de Montréal offrant des services de soutien au logement, dont plusieurs résidents mènent des activités productives rémunérées ou non rémunérées. Afin de mieux comprendre l'influence des aspects interculturels et en raison de la large diversité culturelle urbaine de l'échantillon notée jusqu'alors, la chercheure-étudiante a eu recours à des ressources de la région d'Ottawa-Gatineau, où la diversité culturelle était moins grande. Un programme de soutien au bénévolat d'Ottawa et un organisme communautaire offrant des services de soutien à l'emploi dans l'Outaouais urbain ont ainsi été mis à contribution.

Les autorités de ces autres organisations ont reconnu le certificat d'approbation éthique du CER de l'Hôpital Douglas. Le même processus de recrutement a été respecté à la lettre dans les autres organismes, c'est-à-dire : l'identification d'une la personne-pivot au sein de l'organisme qui s'est assuré de l'admissibilité des éventuels participants, notamment à ce qui a trait au diagnostic ou à leur aptitude à consentir de façon libre et éclairée. De plus, la personne-pivot a obtenu l'assentiment des éventuels participants à ce

que leurs coordonnées soient communiquées à la chercheure-étudiante. Le consentement a été demandé dans les mêmes conditions que celles ayant été énumérées précédemment. Le recrutement s'est déroulé de juillet 2003 à avril 2005, ce qui constitue une période relativement longue. La distance entre le milieu de travail de la chercheure-étudiante et les milieux de recrutement, l'absence d'affiliations tangibles de travail ainsi que le statut de l'étudiante (qui a maintenu un emploi à temps plein à 200 kilomètres de distance) ont pu contribuer aux difficultés de recrutement. Cependant, les personnes-pivots ont également souligné que le nombre de personnes correspondant aux critères de sélection est demeuré limité, notamment parce que plusieurs travailleurs étaient plus âgés. En outre, les participants potentiels pouvaient tout simplement décliner l'offre et refuser de parler de leur vécu avec une personne qu'ils ne connaissaient que très peu.

Nous avons recruté 17 personnes qui ont accepté de participer à la recherche. Deux d'entre elles se sont retirées juste avant la tenue du premier entretien, alléguant des motifs d'ordre personnel. Une autre a été exclue lorsqu'il est apparu plus clairement qu'elle ne répondait pas aux critères d'admissibilité (son « travail » était en fait une recherche d'emploi). Dix des participants provenaient du programme de réinsertion professionnelle associé à l'Hôpital Douglas; deux prenaient part à un programme de soutien au logement de l'ouest de Montréal; une participante venait d'un service de soutien au bénévolat d'Ottawa; le dernier participait à un programme de soutien à l'emploi de Gatineau.

4.4. Collecte de données

4.4.1 Principes directeurs

Des entrevues semi-structurées en profondeur ont été privilégiées afin d'explorer avec les participants les concepts à l'étude. Une grande importance a été accordée à la création d'un climat d'entrevue axé sur la convivialité, l'empathie, la meilleure écoute active possible et la confidentialité, dans lequel les menaces à l'intégrité ont réduites au minimum pour que les participants témoignent à fond de leur expérience (Ball et al., 2005; Carpenter & Hammell, 2000). L'intervieweur a adopté une position d'apprenant plutôt que celle d'un expert (Ball et al., 2005). De plus, une large place a été laissée à l'expression des

forces et des ressources des participants : ceux-ci étaient encouragés à parler autant des solutions que des problèmes, de leurs compétences que de leurs difficultés.

Tel que le suggère Stones (1981), la collecte de données a eu lieu de concert avec les sujets, là où ils le désiraient, afin de maximiser leur participation. Bien qu'il ait été suggéré aux participants d'opter pour un lieu susceptible d'assurer la confidentialité des entretiens, certains ont choisi un lieu connu où cela s'avérait impossible. Dans ces circonstances, l'intervieweur a réitéré aux participants qu'ils étaient libres de répondre ou non à certaines questions ou de mettre un terme à l'entretien. Les rencontres ont eu lieu dans des endroits divers tels que des milieux de travail, des milieux de vie, des cafés. La collecte des données a également été réalisée de juillet 2003 à avril 2005. Les entretiens ont eu lieu dans la langue de préférence des participants, soit l'anglais ou le français. Afin de respecter les propos des participants, les extraits d'entrevue seront cités dans la langue du participant.

4.4.2. Entrevues semi-structurées

Deux guides d'entrevue semi-structurée ont été élaborés afin d'aider les participants à raconter développement professionnel² (Grille d'entrevue 1) et à situer ce dernier par rapport à leur processus de rétablissement (Grille d'entrevue 2). Chaque grille d'entrevue contient des questions ouvertes et des sous-questions pour faciliter l'exploration du phénomène par le participant, s'il lui est difficile de répondre spontanément. Une personne qui ne correspondait pas tout à fait aux critères diagnostiques d'admissibilité s'est prêtée à l'entrevue. Ce pré-test a permis de confirmer la pertinence de certaines questions, d'en adapter d'autres et d'ajuster la séquence des items.

De deux à trois entrevues menées auprès de chaque participant ont été prévues. La première portait sur leur cheminement professionnel, la deuxième traitait des liens qui

² Le concept de développement professionnel demeure plutôt abstrait pour quiconque n'est pas initié au jargon du domaine : c'est pourquoi le terme de cheminement professionnel fut employé afin d'y donner une résonance tangible.

existent entre le rétablissement et le cheminement professionnel, et la dernière, qui était facultative, concernait la validation des données, s'il y avait lieu. De façon générale, nous avons activement validé notre compréhension des propos émis par les participants et notre première analyse au cœur même des entrevues afin de s'assurer d'une validité référentielle au cours d'analyses subséquentes. Du fait qu'il s'agissait d'entrevues en profondeur, et que certains participants ont manifesté une tolérance limitée à l'égard de longs entretiens, les entrevues ont parfois été morcelées dans le temps pour mieux respecter les capacités des participants.

La première grille d'entrevue semi-structurée portait sur le cheminement professionnel. Les items visaient à connaître la perspective des participants quant aux principales variables du développement professionnel selon la littérature spécialisée à propos du développement professionnel chez des personnes du même groupe d'âge que celui des participants à l'étude. Ces variables, présentées à l'Annexe C, sont considérées comme des guides qui touchent à toutes les dimensions possibles de la question. Il ne s'agit pas ici de valider un modèle ou une théorie du développement professionnel, mais plutôt d'en arriver à une meilleure compréhension de l'expérience du phénomène chez la population à l'étude.

La deuxième entrevue a eu pour but d'approfondir des thèmes abordés lors de la première entrevue et de situer le développement professionnel dans le contexte du rétablissement. Pour mieux comprendre l'impact de la maladie sur le développement professionnel et la reprise du travail (ou d'une activité apparentée au travail) sur le rétablissement, nous avons introduit dans le second guide d'entrevue une activité à partir de laquelle le participant est invité à esquisser une ligne narrative, tel qu'il est énoncé dans Occupational Performance History Interview (OPHI-II), version 2.0 (Kielhofner et al., 1998). L'utilisation de cette ligne narrative peut illustrer le sens que les individus donnent à leur expérience et permet de mieux comprendre les liens qui existent entre leurs occupations et leur trajectoire de vie (Kielhofner et al., 2002; Kielhofner & Mallinson, 1995; Kielhofner et al., 1998; Mallinson, Kielhofner, & Mattingly, 1996). Certains auteurs soutiennent que cette démarche est plus avantageuse si elle s'effectue en collaboration avec le participant (Apte, Kielhofner, Paul-Ward, & Braveman, 2005), plutôt que de servir de

synthèse de l'entretien (Kielhofner et al., 1998). C'est d'ailleurs la voie que nous avons privilégiée dans le cadre de l'étude.

Une liste de variables qui influent sur le processus de rétablissement et qui sont issues d'articles s'appuyant sur une perspective biographique, phénoménologique ou ethnographique est présentée à l'Annexe D. Ces variables ont servi à guider l'entrevue lorsque la réponse des participants sur le sujet est demeurée vague ou limitée. Encore une fois, l'intervieweur n'a pas cherché à confirmer l'importance de ces variables, mais a plutôt laissé émerger le matériel. En ce sens, les grilles d'entrevue ont été modifiées dans la mesure où des questions plus précises ont été posées pour confirmer certaines hypothèses émergentes, à la lumière des expériences particulières vécues par les participants. Les grilles initiales d'entrevues semi-structurées figurent à l'Annexe E.

Facultativement, une troisième entrevue pouvait être entreprise afin de valider avec le participant la compréhension de son témoignage et l'analyse sommaire du contenu des entretiens. La troisième entrevue était simplement une entrevue de validation et ne comportait pas de collecte de données supplémentaires. Le caractère facultatif de cette entrevue n'a pas empêché les participants de se retirer librement et en tout temps de la recherche, mais a signifié notre intention de veiller à ce que les données soient valides.

Les participants ont été rencontrés de deux à cinq fois, ce qui s'est traduit par l'enregistrement de trois à six heures d'entretiens par individu. Un des quatorze participants n'a pas fait la deuxième entrevue sur le rétablissement. Après avoir fait quelques tentatives infructueuses pour fixer un rendez-vous, cette personne a conclu qu'il lui était difficile de concilier les exigences de ses deux emplois, avec son besoin de se ressourcer et le processus de la recherche. Néanmoins, ce participant a fait largement état de sa vie professionnelle, mais aussi de son expérience de la maladie et du rétablissement dès le premier entretien. Treize participants ont terminé deux entrevues, et trois ont accepté de faire la troisième entrevue de validation. Celle-ci a été réalisée à trois reprises et à des fins bien distinctes : une participante fort intéressée par la recherche a sollicité une troisième rencontre de validation, tandis que les deux autres entrevues sont le résultat de difficultés techniques liées à l'équipement ou de contradictions notées au cours des entretiens.

Nous avons aussi dû interrompre, avec l'accord des participants, deux entrevues, puisque ceux-ci présentaient des symptômes qui devenaient de plus en plus envahissants, compromettant ainsi la qualité des données recueillies. De plus, certains participants ont manifesté à l'occasion des troubles de la pensée : néanmoins, avec du soutien, ils ont pu maintenir le fil conducteur de l'entretien. Afin de limiter les biais liés à l'interprétation, la chercheure-étudiante a reformulé de façon soutenue sa compréhension des propos des participants et n'a pas tenu compte dans son analyse du contenu non validé.

Enfin, certains participants ont choisi par leur propre initiative de morceler chacun des blocs d'entrevue pour mieux respecter leur capacité ou aménager plus efficacement leur horaire de travail et le temps consacré à la recherche. Toutes les demandes de pause ou d'arrêt des entretiens ont été accordées, sans contrainte. Finalement, la collecte de matériel a été répartie sur quatre rencontres pour cinq individus et sur cinq pour deux participants.

4.4.3. Mesures quantitatives

Au cours de la première entrevue des données sociodémographiques sur le pouvoir d'agir et les rôles sociaux investis par les participants ont aussi été recueillies. Ces données ont servi à mieux comprendre le contexte dans lequel les participants vivent leur développement professionnel. Bien que certains outils utilisés permettent de recueillir des données quantitatives, aucune inférence statistique n'a été faite à partir de celles-ci puisque l'échantillonnage ne se voulait pas homogène.

Les données sociodémographiques recueillies comprennent ce qui suit : le sexe du participant, sa date de naissance, son origine culturelle, son niveau de scolarité, son état civil, le nombre de ses enfants, son âge lors de la première hospitalisation psychiatrique et au moment de la première consultation psychiatrique, tel que préconisé par l'Ensemble d'outils de mesure permettant d'évaluer les résultats en réadaptation psychosociale (Arns, Rogers, Cook, & Mowbray, 2001; International Association for Psychosocial Rehabilitation Services, 2000).

Pour mieux mesurer le degré de réappropriation du pouvoir psychologique, l'outil « Prendre des décisions » (Rogers, Chamberlin, Ellison, & Crean, 1997). L'échelle de Likert présentée en quatre points a été développée pour évaluer le degré de réappropriation du pouvoir psychologique d'usagers actifs au sein de groupes d'entraide. Les répondants sont invités à se prononcer sur 28 énoncés (1= très en accord; 2= en accord; 3= en désaccord; 4= très en désaccord). Les auteurs présument que son contenu est d'une grande validité, puisqu'il a été conçu par des usagers et validé par de nombreux autres au moyen de groupes-focus. La perspective des personnes qui sont aux prises avec des troubles mentaux sur la réappropriation du pouvoir risque donc davantage de s'y refléter. Les études métrologiques ont démontré une bonne validité de construit (Rogers, Chamberlin et al., 1997; Wowra & McCarter, 1999), mettant en lumière cinq facteurs qui expliquent 54 % de la variance : 1) estime de soi et efficacité personnelle (9 items); 2) appropriation du pouvoir (8 items); 3) autonomie et activisme communautaire (6 items); 4) optimisme et contrôle sur sa vie (4 items); 5) colère légitime (4 items) (Rogers, Chamberlin et al., 1997).

Une étude subséquente a permis de découvrir l'existence de deux facteurs qui expliquent 60 % de la variance. Le premier facteur intitulé « Estime de soi et activisme » (coefficient alpha de Cronbach de 0,89) regroupe les trois sous-échelles suivantes : « Estime de soi et efficacité personnelle », « Optimisme et contrôle », « Activisme et autonomie ». Ce premier facteur explique à lui seul 44,9 % de la variance. Le second, nommé « Communauté et pouvoir » (coefficient alpha de Cronbach de 0,64) repose pour sa part sur les sous-échelles « Appropriation du pouvoir » et « Colère légitime ». Ce second facteur explique 16,9 % de la variance (Hansson & Björkman, 2005). Seuls ces auteurs ont identifié ou utilisé ces deux facteurs.

La fiabilité (coefficient de Guttman de 0,84) et la consistance interne (coefficient alpha de Cronbach de 0,85) sont considérées comme adéquates, même élevées (Rogers, Chamberlin et al., 1997), bien que des études de validation subséquentes témoignent de faiblesses de la sous-échelle « Appropriation du pouvoir » (Hansson & Björkman, 2005). Au cours d'études de validation, les chercheurs observent que les personnes aux prises avec des troubles mentaux et qui travaillent obtiennent des résultats significativement plus importants que celles qui ne travaillent pas, notamment dans les sous-échelles concernant

l'estime de soi, la colère légitime et l'appropriation du pouvoir (Wowra & McCarter, 1999) ou dans les scores globaux (Hansson & Björkman, 2005). Kirsh (2000a) indique cependant que la différence observée entre un groupe de personnes aux prises avec des troubles mentaux graves qui travaillent ($m=2,84$, $\text{écart-type}=0,351$) et un groupe de personnes qui a dû récemment abandonner son emploi ($m=2,94$, $\text{écart-type}=0,370$) s'avère non significative. L'influence du niveau de scolarité suscite toujours une controverse puisque les recherches arrivent à des conclusions contradictoires en ce sens.

Afin de saisir rapidement la valeur que les participants accordent aux différents rôles sociaux et comment ceux-ci sont investis, l'Inventaire des rôles de Oakley, Kielhofner, Barris et Reichler (1986) a été choisi. Cet outil a été traduit en français et validé auprès d'une population québécoise (Hachey, Jumoorthy, & Mercier, 1995). Il mesure la perception de la personne quant à sa participation à des rôles occupationnels au cours de sa vie ainsi que la valeur qu'il accorde à chacun de ces rôles (Oakley, Kielhofner, & Barris, 1985; Oakley et al., 1986). L'Inventaire des rôles permet de recueillir des données sur la continuité des rôles, les plans d'avenir des individus à l'égard de leurs rôles et l'équilibre des rôles (Barris, Oakley, & Kielhofner, 1988). Ce questionnaire permet également de mettre en relief les incongruités entre les rôles exercés et ceux qui sont valorisés (Burke, 2005). Il compte 22 items, et tout adolescent, adulte ou personne âgée aux prises avec une dysfonction physique ou psychosociale peut s'y prêter en moins de 15 minutes. Oakley et al. (1986) ont indiqué que la validité de contenu avait été examinée. L'ensemble des mesures quantitatives est présenté à l'Annexe F.

4.5. Analyse des données

Les entrevues ont d'abord été transcrites. Une deuxième vérification de la transcription de chacune des entrevues a été faite par la chercheure-étudiante pour assurer qu'elle soit fidèle aux propos enregistrés. Dans l'esprit de la méthodologie privilégiée (Charmaz, 1983; Corbin & Strauss, 1990; Strauss & Corbin, 1994), nous avons fait une partie de l'analyse en même temps que la collecte des données.

La première phase de l'analyse des données consistait à réduire les données à l'aide d'un codage ouvert. Nous avons spécifié les catégories initiales et exploré leurs propriétés et dimensions (Creswell, 1998). Autrement dit, il a fallu définir ces catégories, en délimiter la portée et en saisir les variations (Charmaz, 1983; Strauss & Corbin, 1998). Le chercheur doit demeurer vigilant afin de dégager les tendances qui sont récurrentes dans les données recueillies (Corbin & Strauss, 1990; Strauss & Corbin, 1994, 1998). Les catégories deviendront plus élaborées, complexes et abstraites à mesure qu'avancera l'analyse (Corbin & Strauss, 1990; Morrow & Smith, 1995).

Par la suite, la codification a été réorganisée selon un codage axial : il s'agissait de regrouper les catégories afin de définir les composantes qui caractérisent le phénomène à l'étude, d'explorer celles qui conduisent à l'actualisation du phénomène, de préciser les actions qui en découlent et de reconnaître le contexte dans lequel celui-ci se produit ainsi que d'en prévoir les conséquences (Charmaz, 1983). À ce stade-ci, l'analyse sert alors à expliquer comment le contexte vient influencer le phénomène, que ce soit en l'accentuant ou le limitant. Les stratégies qu'emploient les personnes pour faire face aux conséquences du phénomène sont également relevées (Strauss & Corbin, 1998). Ensuite, au moyen d'un codage sélectif, une ligne directrice a été établie pour intégrer toutes les catégories du codage axial dans une description (Dey, 1999). C'est lors de cette phase qu'ont été testées les hypothèses émergentes. L'analyse a été enrichie par l'examen attentif des cas divergents ou rivaux lors de l'examen des hypothèses afin de préciser celles-ci (Creswell, 1998; Laperrière, 1997; Lessard-Hébert et al., 1990; Pires, 1997b; Willig, 2001). Toute hypothèse qui a été infirmée après cette analyse a été abandonnée (Corbin, 1986). Au cœur de cette phase de l'analyse, les énergies ont été fournies pour définir une variable principale qui permettrait d'expliquer une large part des variations observées et d'intégrer les diverses catégories découlant de l'analyse (Streubert & Carpenter, 1999). De plus, les catégories et les sous-catégories qui sont demeurées insuffisamment développées ont été précisées et améliorées (Corbin & Strauss, 1990). Classiquement, cette phase est suivie d'une étape où, par une matrice conditionnelle, les conditions sociales, historiques ou économiques susceptibles d'influencer le phénomène à l'étude sont explorées (Corbin & Strauss, 1990; Creswell, 1998). À la suggestion de Strauss et Corbin (1998), du temps a été consacré pour

mieux comprendre les liens existant entre les stratégies adoptées, les actions entreprises par les participants et les aspects sociétaux ou contextuels. Pour faciliter l'analyse des données et accéder à un traitement matriciel de l'analyse, nous nous sommes servi du logiciel N'Vivo (version 1.1). À la fin du processus de codification, 745 codes ont été créés. Certains avaient une connotation anecdotique dans le but de créer des points de repère pour mieux recréer les différents historiques, tandis que d'autres avaient une portée plus théorique. Des exemples d'arborescence de codes sont présentés à l'Annexe G.

Outre le codage, une synthèse des différents thèmes élaborés durant les entretiens a été élaborée pour chacun des participants. Cette analyse a permis non seulement d'aborder les données de façon herméneutique, en se penchant sur l'expérience individuelle de chacun des participants, mais aussi de faire une synthèse contextuelle de tous les codes relevés dans les données concernant un même individu. Ces synthèses constituent de riches descriptions qui témoignent de l'histoire professionnelle, personnelle, résidentielle, sociale ainsi que de l'expérience de la maladie, des trajectoires de soins et du rétablissement de chacun des participants. Ces descriptions approfondies ont permis de cerner les éléments contextuels qui délimitent la transférabilité des résultats. Malgré que ces synthèses soient riches, elles n'ont pas été intégrées dans cet ouvrage pour des considérations éthiques. En effet, il devient difficile de maintenir l'anonymat des participants lorsque ces diverses trajectoires sont juxtaposées dans un même document. De plus, plusieurs ont témoigné ouvertement de leur expérience sur des sujets sensibles tels que l'inceste, la violence conjugale, des activités illicites ou les troubles mentaux de leurs proches, lesquels servent à comprendre leur cheminement personnel et professionnel, mais qui doivent demeurer strictement confidentiels. Même en masquant les éléments nominatifs, le risque de reconnaître des personnes une fois que les données ont été croisées demeure trop important.

L'analyse comparative permet d'illustrer les similitudes et les différences qui existent, d'explorer les variations du phénomène, de limiter les biais ainsi que de préciser la portée de la théorie (Corbin & Strauss, 1990; Laperrière, 1997; Strauss & Corbin, 1998). C'est aussi au moyen de comparaisons constantes qu'il devient possible d'établir la relation que les variables ont entre elles (Corbin, 1986). Le chercheur peut ainsi développer sa

sensibilité théorique, soit sa capacité de donner un sens aux concepts et aux dynamiques ainsi que d'en saisir les nuances subtiles (Glaser, 1978; Strauss & Corbin, 1998).

Pour intégrer ces différentes sources de données, non seulement les différents témoignages des participants ont-ils été comparés entre eux, mais les points de convergence ou de divergence entre les différentes sources de données, dont les trames narratives, les données quantitatives et factuelles ainsi que les observations notées sur le terrain, ont aussi été étudiés. Cette triangulation des données au fil du temps et les modes de collecte a permis de renforcer la crédibilité des conclusions, de les enrichir et de les consolider (Carpenter & Hammell, 2000; Streubert & Carpenter, 1999).

Les données quantitatives ont d'abord été analysées sommairement afin d'enrichir les catégories et mieux décrire les caractéristiques de l'échantillon et des sous-groupes de participants. Au départ, aucun traitement statistique n'avait été prévu. Cependant, l'analyse de ces données a permis de consolider l'élaboration d'une variable émergente et centrale, dont il sera question au cours de la présentation des résultats.

Le journal méthodologique témoigne des *a priori* de la chercheure-étudiante pour assurer la transparence du processus d'analyse. Les observations, les impressions et les questions ayant été relevées sur le terrain y sont consignées. Chacun des codes y a chronologiquement été noté ainsi que les définitions des codes à connotation conceptuelle et leur modification. Des notes ont été élaborées tout au cours de l'étude, lesquels sont devenus de plus en plus élaborés et intégrés. Ces notes ont permis de construire et consolider les catégories conceptuelles, d'orienter la collecte des données et de faciliter la comparaison tel que le préconise Charmaz (1983). Morrow et Smith (1995) estiment que les notes enrichissent le processus d'analyse, explicitent la réflexion du chercheur et élargissent la banque de données. La crédibilité de cette recherche repose sur le respect de l'ensemble de ces mesures.

4.6. Considérations éthiques

Lors des entrevues, les participants ont été informés qu'ils pouvaient en tout temps se retirer du processus, ne pas répondre aux questions s'ils le désiraient ou mettre une fois pour toutes un terme à leur participation, sans crainte de pressions ou de préjudices. En guise de compensation pour le temps et l'énergie qui ont été fournis dans la recherche, les participants ont reçu un montant forfaitaire de 20 \$ après avoir terminé chaque série d'entrevues. Les participants ont pu choisir librement de participer à l'étude. Il est à noter qu'à notre connaissance et de l'avis des personnes-pivots, aucun participant n'était assujéti à une forme de tutelle. Enfin, les personnes-pivots n'ont reçu aucune rémunération ou aucun avantage relativement à leur participation au recrutement de participants.

Au cours de la saisie des entrevues et des questionnaires, nous avons attribué un numéro d'identification aux participants pour préserver leur anonymat. Toutes les données susceptibles de les identifier ont été masquées. Seule la chercheure-étudiante avait accès à la liste originale. Toutes les données recueillies ont été conservées dans un endroit protégé contre le vol, la reproduction, l'interception ou la diffusion accidentelle. De plus, les participants ont été avisés que les enregistrements seraient détruits un an après la fin de l'étude et que les documents nominatifs le seraient après trois ans. Enfin, la chercheure-étudiante a veillé à ce que les personnes ayant été embauchées pour l'assister dans la transcription fassent preuve de discrétion et s'engagent à ne pas divulguer des informations.

5. Résultats

5.1. Description des participants

5.1.1 Données sociodémographiques

Les participants étaient âgés entre 26 à 45 ans, l'âge moyen se situant à 35,7 ans (l'écart à la moyenne est de 5,6 ans). Des cinq femmes qui ont participé à l'étude, quatre étaient divorcées alors que tous les hommes étaient célibataires. Deux participantes assumaient également des responsabilités parentales. Le niveau de scolarité des participants est varié : deux n'ont pas achevé leurs études secondaires, cinq ont fréquenté l'université, dont un au niveau supérieur. Une grande diversité interculturelle caractérise l'échantillon, témoignant d'une réalité urbaine. Il doit être noté que malgré la diversité culturelle, aucune différence significative n'a été notée quant au sens accordé au travail, au parcours professionnel ou aux éléments clés outre l'étendue des expériences de marginalisation ou les difficultés particulières liées à l'exil. L'impact des facteurs culturels est davantage élaboré dans la discussion des résultats. Les participants évoluent dans différents types de milieux de vie, offrant des niveaux de structure divers. Le Tableau 1 présente les caractéristiques sociodémographiques des participants.

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques des participants

Participants (N=14)		N	Pourcentage
Sexe	Femmes	5	35,7
	Hommes	9	64,3
État civil	Célibataire	10	71,4
	Divorcé	4	28,6
Scolarité	Études secondaires non achevées	2	14,3
	Diplôme d'études secondaires	4	28,6
	Études collégiales	2	14,3
	Diplôme d'études collégiales	1	7,1
	Études universitaires	5	35,7
Culture d'origine	Canadienne française	5	35,7
	Canadienne anglaise	4	28,6
	Européenne	1	7,1
	Caraïbe	1	7,1
	Sud asiatique	1	7,1
	Centrale américaine	1	7,1
	Moyenne orientale	1	7,1
Milieu de vie	En appartement	6	42,9
	En appartement avec soutien au logement	2	14,3
	En foyer de groupe (RTF, foyer supervisé)	4	28,6
	En chambre	1	7,1
	En situation précaire de logement	1	7,1

Les personnes-pivots issues des différents programmes devaient s'assurer de l'admissibilité des participants, notamment à ce qui a trait au diagnostic. La chercheure-étudiante n'a jamais eu accès au dossier des participants ni reçu de confirmation des diagnostics contenus au dossier. Les données cliniques sont celles émises par les participants et s'avèrent plausibles, compte tenu du dépistage initial effectué par les cliniciens. Cependant, même s'il demeure possible que le nombre de diagnostics soit

sous-estimé ou surévalué, la chercheure-étudiante a l'intime conviction que ces rapports sont justes. Huit participants ont dit avoir reçu un diagnostic de schizophrénie, trois de trouble schizo-affectif et trois de troubles affectifs bipolaires. Cinq participants ont soulevé une comorbidité en axe I ou en axe II, tel que défini par le DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) : quatre d'entre eux sont atteints d'un trouble schizo-affectif ou d'un trouble bipolaire. Tous les participants aux prises avec un trouble bipolaire ont connu leur premier épisode entre l'âge de douze à dix-sept ans, ce qui est toujours considéré comme un facteur de mauvais pronostic, autant clinique que professionnel (Tse & Walsh, 2001). Six participants ont rapporté s'être trouvés en situation de précarité extrême face au logement ou d'itinérance au cours de leur vie, alors qu'ils vivaient une exacerbation de leurs symptômes. Ces facteurs témoignent de la sévérité des problèmes observés et confirment que tous les participants sont aux prises avec un trouble grave de santé mentale. L'ensemble des données diagnostiques est résumé dans le Tableau 2.

Tableau 2. Distribution des diagnostics signalés par les participants

	Participants (N=14)	N	Pourcentage
Diagnostics en axe I	Trouble schizo-affectif	3	21,4
	Trouble bipolaire	3	21,4
	Schizophrénie	8	57,1
	Trouble d'apprentissage	3	21,4
	Alcoolisme / toxicomanie	4	28,6
Diagnostic en axe II	Troubles de la personnalité limite	1	7,1
Taux de comorbidité	Un seul diagnostic psychiatrique	9	64,3
	Deux diagnostics psychiatriques	3	21,4
	Trois diagnostics psychiatriques ou davantage	2	14,3

La majorité des participants ont connu leur premier épisode avant l'âge de 20 ans (57 %), et leur première hospitalisation avant 25 ans (71 %) (Figure 1). Bien que deux

participants décrivent une apparition tardive de la schizophrénie, il semble que des symptômes se soient manifestés bien avant le début indiqué de leur histoire psychiatrique.

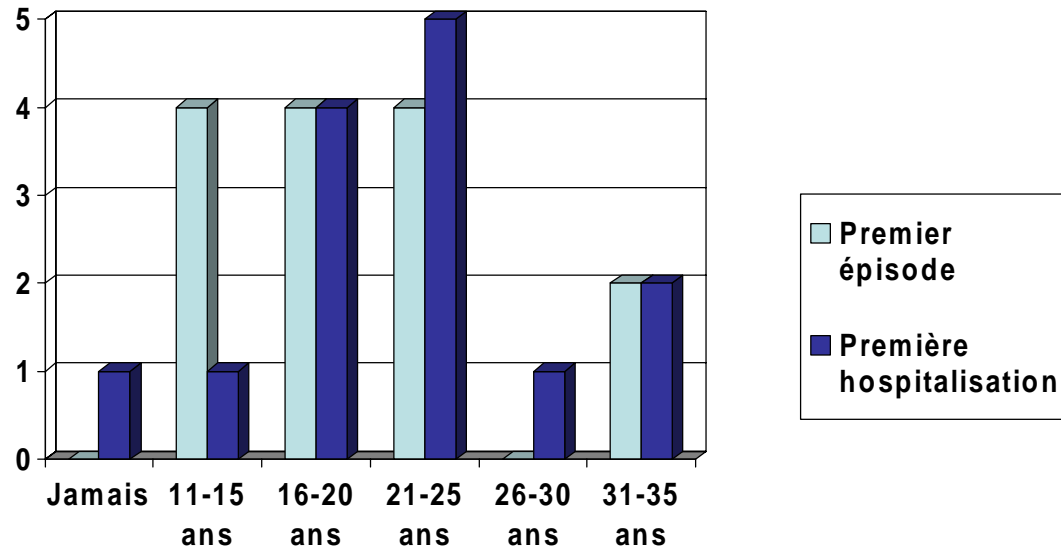


Figure 1. Âge des participants au premier épisode et à la première hospitalisation

Afin de décrire avec plus d'exactitude le profil de chacun des individus, des vignettes, qui sont présentées dans l'Annexe H, donnent quelques-unes des caractéristiques des participants. Soulignons que tous les noms qui sont mentionnés dans cette thèse ont été remplacés par des pseudonymes, afin de protéger l'identité des participants. Enfin, il est à noter que dans la présentation des résultats, les citations des participants n'ont pas été traduites afin d'assurer la fidélité de leurs propos. Les extraits sont donc cités en anglais ou en français, selon la préférence qu'avaient affichée les participants lors des entretiens.

5.1.2. Un aperçu sur le pouvoir d'agir

Bien que l'échelle « Prendre des décisions » (Rogers, Chamberlin et al., 1997) ait été utilisée auprès des quatorze participants, l'analyse n'a été effectuée que pour treize d'entre eux. En effet, un participant ne semblait pas toujours comprendre les items en raison de troubles de la pensée qui gênaient fréquemment sa compréhension. Les données recueillies auprès de ce participant ont été exclues de l'analyse, puisque leur validité apparaissait discutable.

L'instrument repose sur une échelle de Likert en quatre points, conçue de façon telle que la cote la moins élevée correspond au plus grand degré d'appropriation du pouvoir d'agir (une fois que les items formulés de façon négative ont été corrigés). Les cotes un et deux correspondent à une perspective favorable à l'égard du pouvoir d'agir, alors qu'une réponse de niveaux trois et quatre exprime une perspective où le pouvoir d'agir est peu ressenti. Conformément aux études publiées à ce jour sur l'échelle, nous avons déterminé les moyennes obtenues pour l'ensemble des items ainsi que pour chacune des sous-échelles. Les moyennes des items correspondant aux deux facteurs ayant été établis par Hansson et Björkman (2005) ont également été calculées. Le tout est présenté dans le Tableau 3.

Tableau 3. Résultats pour l'échelle « Prendre des décisions »

	Participants (n=13)		
	Moyenne des items	Étendue	Écart-type
Ensemble des items	2,17	(1,71 – 2,64)	0,25
Sous-échelle « Estime de soi et efficacité personnelle »	2,00	(1,22 – 2,78)	0,47
Sous-échelle « Appropriation du pouvoir »	2,39	(2,13 – 2,88)	0,31
Sous-échelle « Autonomie et activisme communautaire »	1,82	(1,17 – 2,67)	0,45
Sous-échelle « Optimisme et contrôle sur sa vie »	2,15	(1,25 – 2,75)	0,43
Sous-échelle « Colère légitime »	2,75	(1,25 – 3,5)	0,54
Facteur « Estime de soi et activisme »	1,98	(1,26 – 2,26)	0,35
Facteur « Communauté et pouvoir »	2,51	(1,83 – 3,08)	0,31

Globalement, les résultats indiquent que le niveau de pouvoir d'agir psychologique exprimé par les participants est modérément positif, les moyennes gravitant autour de deux. Cependant, la plupart des participants sont inconfortables à l'idée que la colère puisse être souhaitable ou légitime, bien qu'une grande variation soit notée pour cette sous-échelle (moyenne=2,75; écart-type de 0,54). Le sentiment d'autonomie constitue la variable la plus positivement ressentie par les participants (moyenne=1,82; écart-type de 0,45). Enfin, l'examen des deux facteurs établis par Hansson et Björkman (2005) permet de constater qu'il existe un écart important entre la dimension individuelle du pouvoir d'agir (facteur « Estime de soi et activisme », moyenne=1,98; écart-type de 0,35) et la dimension plus sociale de l'expérience du pouvoir d'agir (Facteur « Communauté et pouvoir », moyenne=2,51; écart-type de 0,31).

5.2. Le développement professionnel

5.2.1. En avant-goût, un survol des expériences de travail des participants

5.2.1.1. Examen des rôles des participants

Lors de l'examen de l'Inventaire des rôles (Oakley et al., 1986), certains constats ont été tirés. Premièrement, les participants exercent une variété de rôles, dont des activités apparentées au travail, tel que l'indique la Figure 2.

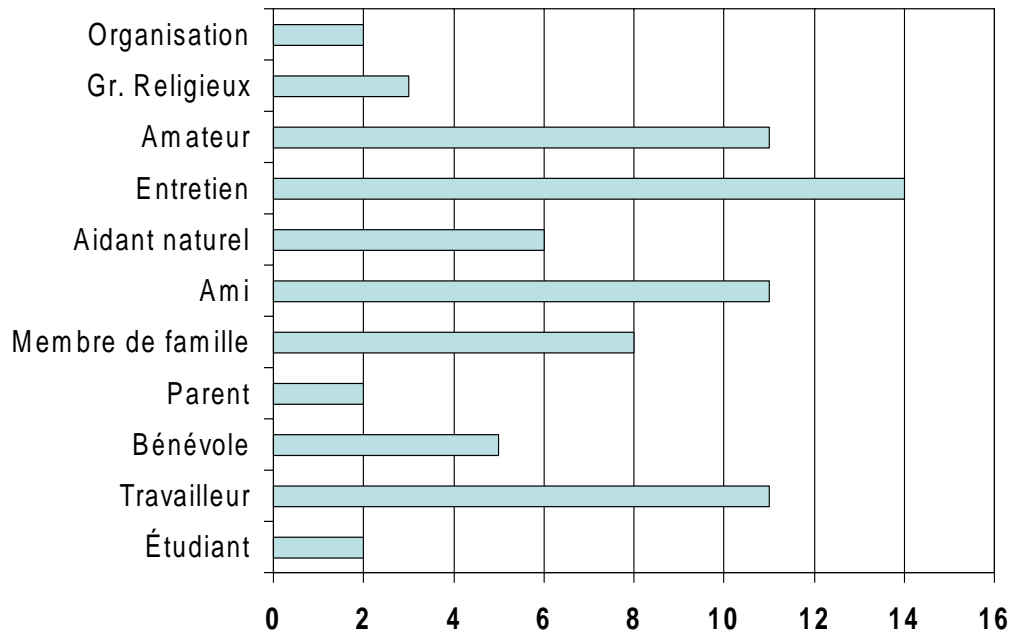


Figure 2. Rôles exercés présentement par les participants, tels qu'ils ont été recensés dans l'Inventaire des rôles (Oakley et al., 1986)

L'examen de ce graphique permet de constater que si une vaste majorité de participants assume le rôle de travailleur (onze participants), ils adoptent dans une moindre mesure le rôle de bénévole (cinq participants) ou d'étudiant (deux participants). Deux participantes assument également des responsabilités parentales, et tous accomplissent des activités domestiques dans leur milieu de vie. Au-delà des rôles dits « productifs », plusieurs participants exercent également des rôles sociaux tels que celui d'assumer des responsabilités familiales (huit participants), d'entretenir des liens d'amitié (onze

participants) ou de jouer un rôle d'aidant (six participants). Une grande proportion des participants dit avoir un loisir ou une activité récréative. Donc, les rôles associés au cheminement professionnel ne constituent qu'une partie des rôles dans lesquels les participants s'investissent.

Néanmoins, les participants s'investissent fortement dans le rôle de travailleur comme en témoigne le Tableau 4. Ce rôle demeure grandement valorisé par la majorité d'entre eux. Si bon nombre de participants ont été bénévoles au cours de leur vie, un peu plus du tiers exerce aujourd'hui ce rôle, et seulement la moitié espère le poursuivre à l'avenir. De plus, un peu plus du quart des participants valorise beaucoup ce rôle alors que plus de la moitié ne l'estime qu'un peu. Enfin, si tous les participants ont déjà été étudiants, une faible proportion assume toujours ce rôle, bien que presque le deux tiers estime vouloir retourner aux études plus tard. Ce rôle, moins valorisé que les deux autres, demeure perçu comme un moyen d'obtenir de meilleurs emplois.

Tableau 4. Examen de l'investissement des rôles apparentés au travail et des préférences des participants à cet égard

Participants (N=14)		N	Pourcentage
Exercice du rôle de travailleur	Passé	13	92,9
	Présent	11	78,6
	Anticipé	13	92,9
Valorisation du rôle de travailleur	Beaucoup	13	92,9
	Un peu	0	0,0
	Pas du tout	1	7,1
Exercice du rôle de bénévole	Passé	10	71,4
	Présent	5	35,7
	Anticipé	7	50,0
Valorisation du rôle de bénévole	Beaucoup	4	28,6
	Un peu	8	57,1
	Pas du tout	2	14,2
Exercice du rôle d'étudiant	Passé	14	100
	Présent	2	14,2
	Anticipé	9	64,3
Valorisation du rôle d'étudiant	Beaucoup	4	28,6
	Un peu	7	50,0
	Pas du tout	2	14,2

Enfin, les participants estiment en moyenne exercer présentement cinq rôles ($m=5,3$ rôles; $\text{écart-type}=1,8$). Toutefois, la plupart des participants rapportent également une perte nette de rôles puisqu'ils en assumaient en moyenne plus de sept dans le passé ($m=7,8$ rôles; $\text{écart-type}=1,5$). L'examen des rôles que les participants espèrent assumer à l'avenir révèle que ces derniers aspirent reprendre un nombre similaire de rôles ($m=7,2$ rôles; $\text{écart-type}=1,7$). La plupart expriment un désir de changement vis-à-vis des

divers rôles qu'ils assumeront, souhaitant investir aussi leurs rôles sociaux ou leurs activités de loisir.

5.2.1.2. Examen des expériences de travail

La Figure 3 démontre la diversité des activités productives apparentées au travail que mènent les participants. Onze personnes exécutent un travail rémunéré. Cinq assument des rôles non rémunérés qui sont susceptibles d'influencer leur développement professionnel, soit le rôle de bénévole ou d'étudiant. De plus, cette même figure illustre que plusieurs individus exercent plus d'une activité productive, ce qui rend difficile la catégorisation en fonction des activités productives investies. Enfin, les expériences recensées reflètent divers niveaux d'intégration au marché régulier de l'emploi. Néanmoins, la moitié des participants ont un emploi qui comprend ou non des mesures de soutien financier versé à l'employeur, dans le marché régulier de l'emploi.

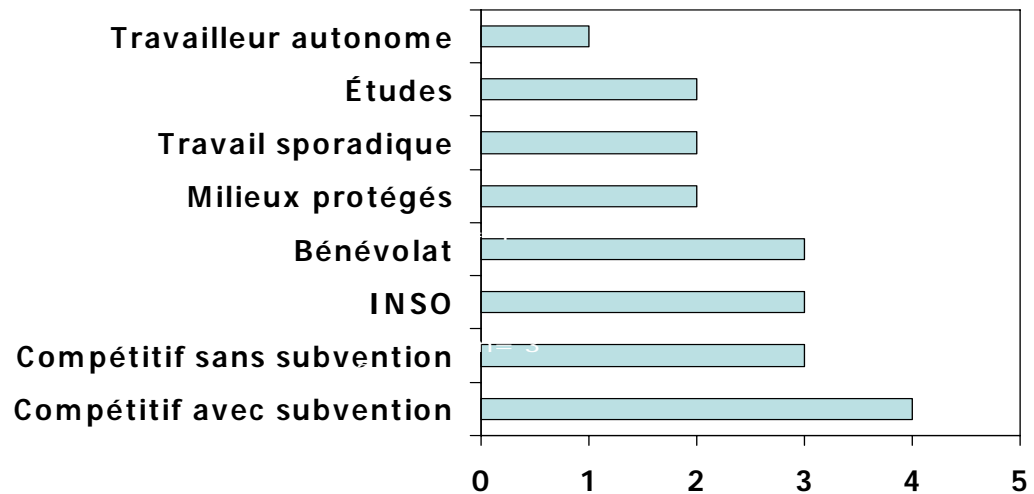


Figure 3. Participation actuelle des participants à une activité productive qui est associée au développement professionnel

La Figure 4 présente le nombre total d'expériences de travail qu'ont eues les participants. Une grande variabilité est remarquée : alors qu'une participante a occupé plus

de vingt emplois, une autre n'a jamais reçu de salaire pour son travail. Les participants ont eu en moyenne 7,6 emplois (l'écart type est de 5,9).

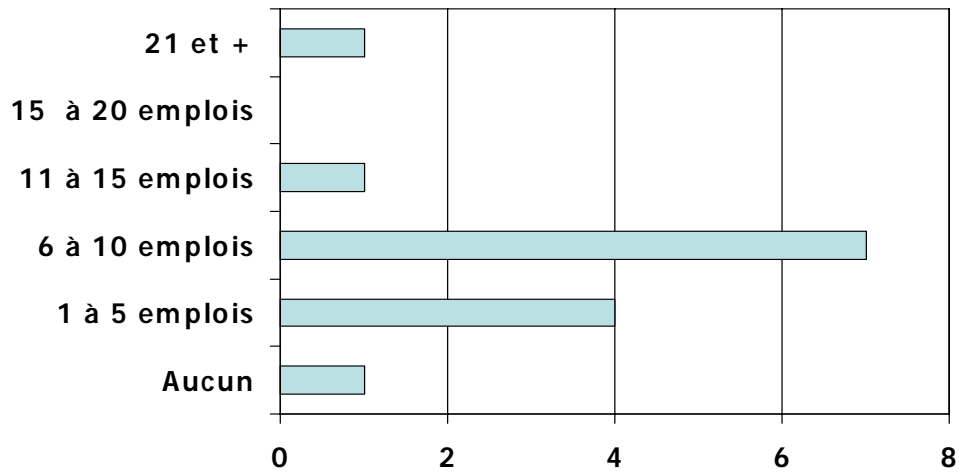


Figure 4. Nombre total d'emplois exercés par les participants

Toutefois, les expériences de travail des participants ne sont pas toutes rémunérées. En effet, plusieurs ont vécu des expériences où ils ont contribué de façon bénévole à un service ou à un commerce, ou sont venus en aide sans rétribution à un individu. La Figure 5 présente le nombre total d'expériences de travail non rémunérées qu'ont eues les participants. Bien que la variation ne soit pas aussi marquée, il est à noter qu'une participante n'a fait que du bénévolat, portant à quinze le nombre d'activités non rémunérées. Seulement quatre participants n'ont jamais été bénévoles. En moyenne, les participants ont effectué du bénévolat à deux occasions (l'écart type est de 3,2).

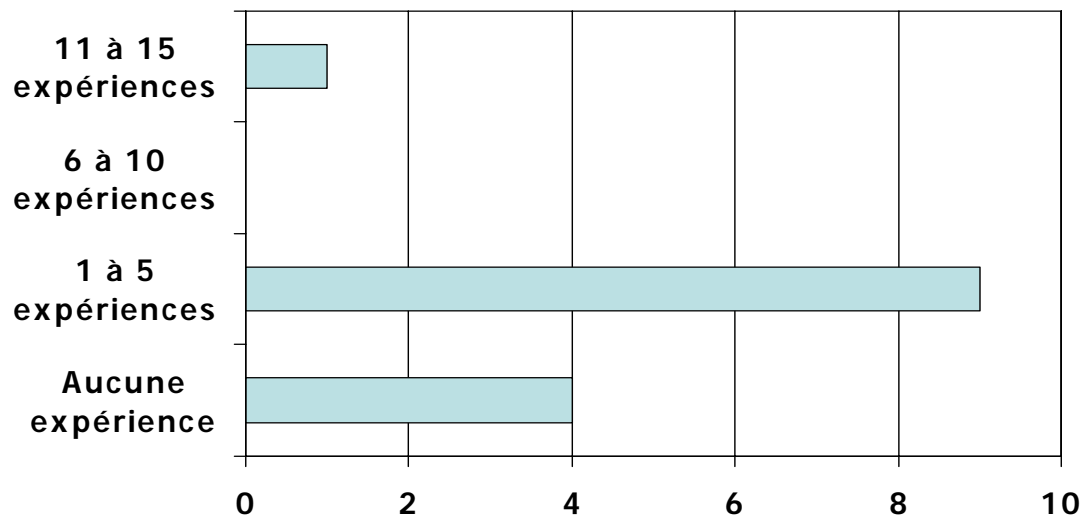


Figure 5. Nombre total d'expériences de bénévolat vécues par les participants

Afin de jeter un regard plus juste sur les expériences de travail des participants, la Figure 6 comprend une compilation de toutes les expériences de travail rémunérées ou bénévoles des participants. Cette figure permet de constater qu'il y a toujours une variation entre les participants, mais elle s'avère moins importante. Lorsque l'ensemble des activités rémunérées et bénévoles est comptabilisé, la somme moyenne des activités productives associées au travail grimpe à 10,2 (l'écart type reste de 5).

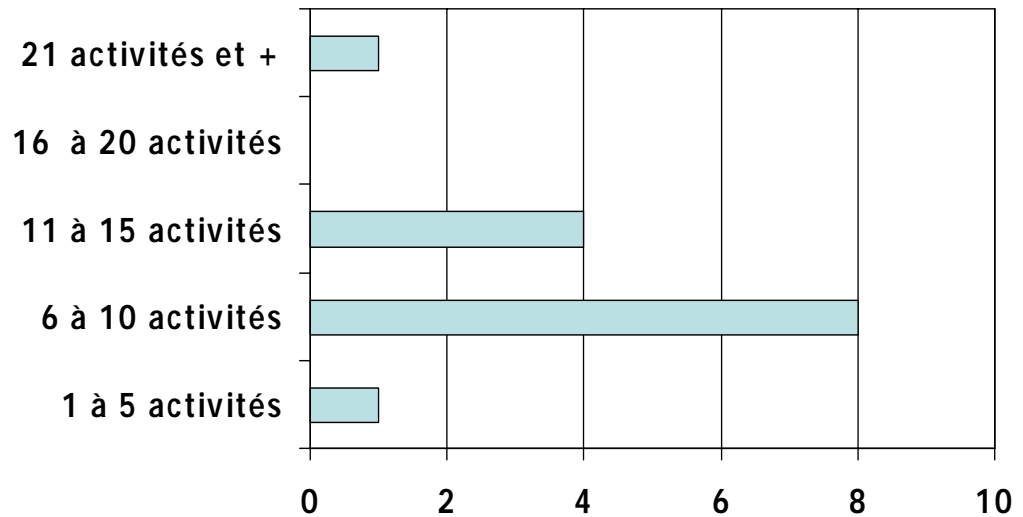


Figure 6. Nombre total activités productives rémunérées ou bénévoles exercées par les participants

Enfin, la Figure 7 indique la variété des milieux de travail qu'ont fréquentés les participants. Certains milieux de travail sont mentionnés plus fréquemment, notamment les secteurs de l'alimentation, de la restauration, de l'entretien ménager et des tâches de bureau. Toutefois, les participants ont travaillé dans plusieurs autres secteurs de la vie économique au cours de leur parcours professionnel. Cette diversité contribue en partie à donner une certaine solidité à cette étude, les résultats n'étant pas limités à un secteur ou à quelques secteurs d'activités économiques.

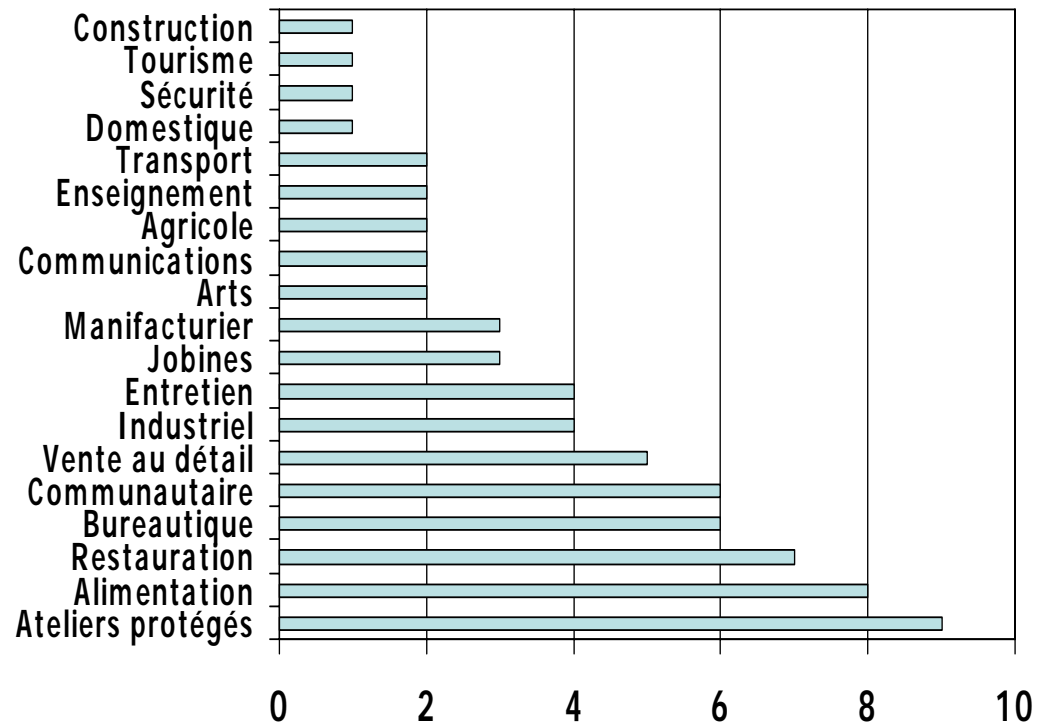


Figure 7. Distribution des secteurs dans lesquels les participants ont exercé une activité productive associée au développement professionnel

Il a été difficile de confirmer la durée de ces emplois, car plusieurs participants ne pouvaient pas se rappeler avec justesse combien de temps ils les ont maintenus. Certains participants ont éprouvé des difficultés à situer chacune des expériences dans le temps, bien qu'ils aient amplement pu décrire le contexte de leur arrivée et de leur départ du travail.

5.2.2. Une certaine confusion des genres

Plusieurs glissements conceptuels au sujet de la nature des activités productives apparentées au travail sont perceptibles dans les propos des participants. Alors que les distinctions entre le travail, le bénévolat et la formation apparaissent généralement claires, la nature de l'activité exercée n'est pas aussi évidente chez huit participants.

La première confusion porte sur les activités de formation offertes par des ressources de réinsertion professionnelle. Alex, Betty, Malcolm et Sylvain expliquent avoir reçu une allocation qui compense à la fois les heures travaillées et celles dévolues à la formation, sans distinction. Les participants incluent parfois ces activités de formation à leur description de tâches alors qu'à d'autres moments, ils considèrent qu'il s'agit là d'une formation professionnelle. Or, si certains cours visent à développer des compétences scolaires ou professionnelles, d'autres sont davantage associés à des modalités psycho-éducatives, propres à des centres de jour. Par exemple, Alex associe à la formation professionnelle les cours de Tai Chi, de gestion de stress ou de relaxation auxquels il a participé dans son milieu de travail, un service de réadaptation. Formation professionnelle et intervention se confondent aux yeux de ce participant : « *Psychology maybe, I don't know. I don't really think that it is put into practice. I didn't put it in practice yet.* »

De même, Mary considère qu'elle travaillait lorsqu'elle fréquentait des centres de jour ou des programmes spécialisés de traitement. Michel considère que son expérience dans un foyer de groupe où il devait assumer certaines responsabilités, constitue une formation professionnelle à part entière. Bien que l'accent n'était pas alors mis sur l'insertion professionnelle, Michel a su y développer des compétences génériques :

Moi je classifierais (nom de l'organisme communautaire) comme une formation professionnelle : faire la cuisine... Faire la cuisine à quatre, apprendre à... Ça paraît pas là, mais apprendre à laver 15 chaudrons, les laver pour qu'ils soient propres pour tout le monde, pas juste pour toi. Pour qu'ils soient objectivement propres là.

Dans ce dernier cas, il se peut que la confusion découle de la philosophie de l'organisme communautaire. Selon Michel, l'organisme incitait la participation au moyen d'activités structurées ou du bénévolat, tout en décourageant le retour au travail :

La philosophie de (nom de l'organisme communautaire) à ce moment là c'était que quand tu as une maladie mentale, tu fais du bénévolat jusqu'à la fin de tes jours. Eux autres, ils n'étaient pas pour la réinsertion sociale rémunérée. Mais plutôt le don de soi, ben je ne vais pas capoter... Le don de soi mais ce que tu peux, euh... Contribuer, structurer pis ça mais pas rémunéré.

D'autres participants, comme Sylvain, ne peuvent pas considérer leur emploi comme du travail, parce que la rétribution n'a été que symbolique et compensatoire. Sylvain décrit alors ces tâches comme du bénévolat ou de la formation, s'il y a appris quelque chose. De plus, lorsqu'il assume des tâches dans le foyer de groupe où il vit, il s'y dit « travailleur » ou « bénévole » plutôt que « résident ». Des participants exerçant des activités dans des milieux protégés ou grâce à des mesures d'insertion professionnelle, tendent à définir ce que qu'ils font comme du travail, bien qu'ils affirment que le « vrai » travail se trouve ailleurs.

D'autres constatations à l'égard des milieux protégés ont été notées : tous les employés œuvrant dans des milieux protégés, outre les clients qui en bénéficient, ont un statut ambigu aux yeux des participants interrogés. Employés de soutien et praticiens sont tour à tour considérés comme des patrons, des intervenants et des collègues. Généralement, les participants concernés associent les intervenants à des patrons, plutôt que de les désigner comme des aidants. Les employés de soutien sont perçus comme des collègues, des intervenants et des superviseurs. Dans ce contexte, la relative bienveillance associée aux intervenants devient teintée d'un rapport hiérarchique de pouvoir où la relation d'aide n'est plus autant ressentie.

Une autre zone d'ambiguïté concerne le bénévolat. Lucy et Mary s'investissent dans des activités productives apparentées au travail par l'entremise desquelles elles retirent davantage des bienfaits thérapeutiques ou des avantages qui sont associés à l'entraide. Par exemple, Lucy décrit plusieurs activités bénévoles où son statut semble osciller entre le rôle de bénévole et celui d'usagère de services. Par exemple, elle décrit qu'elle a accompagné une intervenante et un groupe de résidents d'un foyer de groupe pour aller faire le marché. Lorsque interrogée sur la description de ses tâches lors de cette activité, Lucy explique qu'elle faisait l'épicerie, s'arrêtait au centre de jour et y regardait un film. Lorsqu'elle aborde sa participation à un programme de parrainage civique, Lucy souligne qu'elle aime partager avec d'autres des activités qui lui sont personnellement significatives : les avantages semblent clairement réciproques alors que les distinctions aidés-aidants s'estompent. En fait, les expériences de bénévolat les plus significatives et les plus durables pour Lucy semblent être associées à ce statut particulier de « bénévole-client ».

Enfin, les expériences des participants, qui exercent professionnellement un travail artistique et qui doivent également travailler pour subvenir à leurs besoins, soulèvent une autre forme de confusion. Ces individus tendent à considérer l'emploi rémunéré comme leur seul travail. Toutefois, ils insistent sur le fait que leur but professionnel est de réaliser des projets artistiques et que l'essentiel de leur énergie y est consacrée. Lorsque ces participants parlent du travail, ils tendent à décrire leurs expériences de travail qui assurent leur subsistance en omettant ce que leur apporte leur art. Toutefois, lorsqu'ils abordent leur identité, leur développement, leurs buts professionnels, tout converge vers leurs activités artistiques, souvent définies comme des projets ou des activités sporadiques.

5.2.3. Quelques clarifications sémantiques

Pour ne pas confondre le lecteur, quelques clarifications sémantiques sont nécessaires avant d'aborder le parcours professionnel des participants. Ces définitions émanent de l'analyse des données et n'ont pas la prétention de définir un construit, mais de refléter les facettes des activités productives telles qu'elles ont été vécues par les participants.

Le cheminement professionnel des participants est constitué d'une variété d'activités productives qui sont associées au travail telles que des activités professionnelles rémunérées et non rémunérées et la formation professionnelle. Les expressions « activités productives apparentées ou associées au travail » seront utilisées pour désigner l'ensemble des activités productives susceptibles d'influencer le développement professionnel que peuvent exercer les participants, puisque la formation professionnelle et le travail non rémunéré façonnent également ce processus. Pour ne pas alourdir inutilement le texte, l'expression « activités productives » sera parfois utilisée. Nous sommes pleinement conscient que les activités productives dans la communauté ergothérapique s'appuient sur une réalité plus large, qui inclut les activités de la vie domestique ou les responsabilités parentales.

Le terme « travail » est utilisé pour aborder toute activité professionnelle, rémunérée ou non, qui sillonne le parcours des individus. Le terme « bénévolat » ne désigne que les

activités productives non rémunérées, comme l'entend son sens premier. À la lumière des récents consensus développés dans le secteur de la réinsertion socioprofessionnelle au Québec, le terme « emploi » désigne des assignations professionnelles effectuées dans le marché régulier de l'emploi. Enfin, le terme « occupation » désigne des activités productives apparentées au travail dont la valeur première réside dans leur capacité de structurer le temps, de diriger et centrer les énergies vers des actions spécifiques et de donner un sens au quotidien.

5.2.4. Impact général de la maladie mentale sur l'emploi

Tous les participants ont affirmé que leur problème de santé mentale a eu un impact significatif sur leur parcours professionnel. Marcel et Sylvain constatent l'impact de la maladie sur leur parcours sans pour autant être en mesure d'élaborer sur la question. Par exemple, si Marcel reconnaît l'interférence des symptômes sur l'exercice de son travail, il se borne à constater que son parcours diffère : « En tout cas, j'ai du monde qui va là, moi je vais là. »

Malcolm est le seul participant à exprimer que la maladie a surtout compromis sa formation professionnelle, davantage que son insertion professionnelle : « *I think this mental illness I got, was affecting me in school.* » De son côté, Nathalie a longtemps continué à étudier et à travailler malgré le caractère envahissant de la maladie. Cet investissement dans la vie professionnelle s'est effectué cependant dans un contexte difficile, qui exigeait d'elle beaucoup plus d'efforts : « J'allais quand même à l'université. J'enseignais quand même. [...] Pis c'est comme ça que j'ai commencé à enseigner. Je surmontais ma maladie. J'étais toujours down, mais je travaillais pareil. »

Malgré le mal-être, elle continue de travailler, parfois avec acharnement, effectuant plus de 60 heures de travail par semaine. Après une dizaine d'années, sa santé se détériore, menaçant son maintien en emploi. Plusieurs participants, comme Nathalie, expliquent comment les symptômes ou les déficits qui découlent de la maladie ont menacé leur emploi. Parmi ceux-ci, les participants soulignent particulièrement au stress, une impulsivité, un inconfort social, des troubles de la pensée ainsi que des symptômes négatifs

ou psychotiques. L'ensemble de ces facteurs peut contribuer à l'interruption des activités productives liées à l'emploi (tel que cela sera élaboré à la section 5.2.13.3). Toutefois, si la maladie est une contrainte aux yeux de Lucy, elle a aussi joué parfois un rôle de révélateur. Forcée de se questionner sur ses choix, elle doit canaliser ses efforts sur les activités qui lui sont significatives :

And I realized at that point, that I had to change some things in my life And one of them, was [...] do things that I like to do, not because I think I should do them. Letting go of school was sort of part of that decision.

5.2.5. Périodes d'inactivité professionnelle

Tous les participants ont vécu des périodes d'inactivité professionnelle. Bien que la maladie ait joué un rôle prépondérant en ce sens, elle ne les justifie pas toutes. Par exemple, Jean a plutôt toujours eu tendance à combiner plusieurs rôles ou emplois. Il a vécu une brève période de chômage après avoir subi un cuisant échec professionnel. La maladie n'avait alors pas pris toute son ampleur. Afin de mettre un terme à l'inactivité, certains participants sont retournés aux études plutôt que de chercher un emploi. Les deux mères qui ont participé à l'étude se sont retirées temporairement ou de façon permanente du marché du travail dans le but de se battre pour l'obtention de la garde partagée ou de vivre plus activement leur maternité. Pour Nathalie, les procédures juridiques ont constitué un travail en soi :

Lui, il voulait avoir la charge complète. Il a fallu je me débattre pour avoir la garde. Juste quelques semaines avant le procès, il a dit : « tu as raison. On est mieux à avoir la garde partagé ». Fiou! [...] 3 ans. [...]. C'était ça ma job! (Rires).

Les longues périodes d'inactivité productives (ce qui exclut toute activité professionnelle, bénévole ou scolaire) peuvent fragiliser davantage la santé mentale de l'individu. Après cinq ans d'inactivité, Paolo constate à quel point ce repli a nui à son état de santé : « *But staying in the house, doing nothing and losing your time, only makes you totally feel worse.* »

Du même souffle, Betty explique que la fin de ses études et les tensions conjugales l'ont épuisée, et qu'elle devait arrêter de vivre ainsi de façon effrénée. De toute façon, elle ne pouvait plus s'investir autant dans des activités productives. Ces arrêts imposés ont été dévastateurs :

When you don't work, there is a shortage of money and you [are] lonesome, you know. You always want to do something that you like. You always have to do something, all kind of situation, to work.

Une fois que des symptômes de plus en plus envahissants aient contraint Malcolm à abandonner ses études, ce dernier se cherche un emploi, mais sans succès. Cette inactivité accentue l'importance de l'expérience psychotique. Les voix ordonnent à Malcolm de poser des gestes qui lui semblent immoraux. Malcolm sera alors hospitalisé pour la première fois, et il croit que l'inactivité a contribué à l'intensité de sa première expérience psychotique.

So after that, I went looking for a job with my cousins. And I was, looking and looking... And I couldn't find nothing. So that put more down because I have no school, I have no work. Like I have nothing! So one day, like my thoughts were ganging up on me and told me to... To rape a woman or something. But I did not rape her.

En conclusion, les périodes d'inactivité professionnelle sont nombreuses chez les participants. Pour presque tous, la maladie bouleverse les trajectoires d'emploi et explique les plus longues périodes d'inactivité. L'inactivité professionnelle, lorsqu'il n'y a aucune autre occupation, est dévastatrice et fragilise davantage les participants, allant jusqu'à précipiter les décompensations.

5.2.6. Orientations à l'égard du travail

Trois façons d'aborder les activités productives associées au travail semblent se dégager du discours des participants. Six participants considèrent que l'activité productive qu'ils exercent actuellement s'inscrit clairement dans leur développement professionnel. Trois participants estiment que l'activité productive dans laquelle ils s'investissent maintenant constitue une transition vers le développement professionnel. Enfin, six autres indiquent que l'activité productive dans laquelle ils s'engagent présentement demeure

d'abord et avant tout une occupation. L'attitude qu'adoptent les participants à l'égard de leurs activités productives actuelles influence certains aspects de leur cheminement professionnel. Cette section présente les caractéristiques de chacun de ces sous-groupes.

5.2.6.1. L'activité productive s'inscrit dans le développement professionnel de l'individu

Annette, Jean, Jim, Mario, Mary et Nathalie perçoivent un lien direct entre leur activité productive et leur développement professionnel. Ce sous-groupe se caractérise principalement par le fait qu'il évolue, au moins en partie, sur le marché régulier de l'emploi ou qu'il exerce son activité bénévole dans un milieu de travail compétitif. Les membres de ce sous-groupe tendent à élaborer des objectifs professionnels clairs qui se situent dans la trajectoire d'emploi qu'ils assument présentement. Pour certains, les buts professionnels sont ambitieux quoique plausibles. Toutefois, la plupart des participants de ce sous-groupe espèrent poursuivre leur trajectoire sur le marché régulier de l'emploi, au cœur du secteur d'activité dans lequel ils s'investissent actuellement. Par exemple, Nathalie et Mary comptent pouvoir concilier leurs activités apparentées au travail et leur rôle de mère, tout en s'acquittant avec satisfaction des mandats qui leur sont actuellement confiés, quitte à intensifier leur implication productive éventuellement. Annette et Mario espèrent consolider leur histoire professionnelle, de maintenir leur poste actuel à moins qu'ils n'obtiennent un emploi qui serait mieux rémunéré. Pour sa part, Jim espère de meilleures conditions de travail et des offres de promotion, tandis que Jean s'investit davantage sa carrière de musicien.

5.2.6.2. L'activité productive constitue une transition vers le développement professionnel de l'individu

Ce sous-groupe de trois participants se caractérise par l'investissement de ceux-ci dans une activité productive qui, à leurs yeux, constitue un moyen d'atteindre leurs buts professionnels. Betty, Malcolm et Paolo indiquent qu'ils cherchent à développer dans ces activités des compétences qui sont essentielles à l'exercice de l'emploi qu'ils désirent obtenir. La plupart des membres de ce sous-groupe suivent une formation professionnelle.

Seule Betty tente d'acquiescer, grâce à l'emploi qu'elle exerce actuellement, les compétences dont elle a besoin pour réaliser son projet. Tous les participants de ce sous-groupe tendent à aborder spontanément leurs besoins en matière de formation professionnelle. Ils abordent l'activité productive qu'ils exercent comme une transition nécessaire et un lieu d'apprentissage, même s'il s'agit d'un travail. En résumé, l'activité productive joue ici le rôle d'un tremplin vers un réel emploi.

5.2.6.3. L'activité productive demeure d'abord et avant tout une occupation

Le dernier groupe formé d'Alex, Lucy, Marcel, Michel et Sylvain entretient un rapport ambigu vis-à-vis du travail. Bien qu'ils s'investissent dans des activités productives apparentées au travail, ces participants semblent surtout vouloir profiter des bienfaits de ces activités plutôt que d'avoir des visées professionnelles. Certains, comme Marcel, disent clairement qu'ils ne se voient pas encore comme des travailleurs : « Je travaille là. Mais le travail, plus tard, ça va être après là. Ça va être, je vais finir par le savoir là, tu sais, après. »

Trois de ces participants mentionnent de façon fort explicite qu'ils cherchent à s'évader d'un pénible quotidien ou tout simplement à s'occuper. Par exemple, Sylvain et Alex indiquent que leur travail constitue un moyen d'évasion :

That helped a lot because I got to get up in the morning, and go to work and stuff like that... It was fun.[...] That's why I did it for, just to get out of the house...And I was living at a new house at the time and everything sort of work out, with here and the work... The work I did, sort of a bit challenging and something to do during the day instead of just hang out at the house, you know.

Michel et Alex insistent sur les avantages qu'ils retirent du travail comme occupation :

The pay was not very good, but it was OK because... (Silence) It was something to do, you know. It made me feel good that I was doing something, you know, for somebody.

Je n'ai pas "toffé" longtemps parce que, pas parce que j'ai fait une psychose, mais parce que je faisais ça pas par obligation. C'était pour m'occuper. Quand j'étais tanné, j'arrêtais tu sais.

La deuxième caractéristique que présentent les participants de ce sous-groupe est l'ambivalence de leurs propos, voire l'absence de buts professionnels. En effet, quatre des six participants n'arrivent pas à élaborer leurs objectifs professionnels ou présentent des objectifs divergents. Par exemple, Sylvain n'est pas du tout certain de ses buts professionnels. Alors qu'il insiste sur son désir de retourner aux études à tout prix, Sylvain nie énergiquement ces intentions à d'autres moments. Lorsque ces participants élaborent des projets, ils doutent énormément de leur capacité de les mener à terme, malgré le fait que leurs buts demeurent fort modestes. Par exemple, Alex et Lucy espèrent un jour qu'ils pourront occuper un emploi sous-spécialisé ou semi-spécialisé, ne serait-ce qu'à temps partiel. Alex craint pour sa part qu'une rechute vienne contrecarrer ses projets. Lucy aurait aimé se diriger dans le commerce de détail, mais constate que son profil conviendra mieux à un travail de bureau, réalité à laquelle elle se résigne.

Enfin, les participants de ce sous-groupe se distinguent par le fait qu'ils œuvrent majoritairement dans des milieux protégés ou qu'ils participent à des mesures transitoires d'insertion professionnelle. Le seul participant qui a défini des buts professionnels apparaissant nettement irréalistes appartient à ce sous-groupe. En effet, bien que Marcel ait terminé ses études secondaires, il s'est fixé de nombreux buts professionnels comme celui de devenir médecin, prêtre ou infirmier, sans pour autant envisager un retour aux études.

5.2.7. Préambule au cheminement professionnel : la formation

5.2.7.1 Un survol des expériences de formation des participants

Afin de mettre en contexte les résultats qui concernent la formation des participants, rappelons que : 1) deux participants n'ont pas terminé leurs études secondaires; 2) quatre personnes ont cessé leurs études après avoir obtenu un diplôme d'études secondaires; 3) trois personnes ont entamé des études collégiales, mais une seule a reçu son diplôme; 4) cinq personnes ont amorcé des études universitaires, dont une au niveau supérieur.

De ce nombre, quatre personnes (Betty, Jim, Lucy, Sylvain) n'ont jamais pu amorcer de formation professionnelle. Malgré que le niveau de scolarité des membres de ce

sous-groupe soit très inégal, ils ne peuvent compter que sur leur formation générale et sont exclus des emplois spécialisés. Six autres individus (Alex, Annette, Malcolm, Mario, Mary, Michel) ont amorcé pour une brève période de temps une formation professionnelle, mais ils n'ont obtenu aucune qualification professionnelle, ce qui les confine également à des emplois sous-spécialisés. Enfin, seuls quatre participants (Jean, Marcel, Nathalie, Paolo) ont achevé au moins un programme de formation professionnelle. De ces quatre individus, seuls deux participants exercent une activité productive qui est en lien avec leur formation professionnelle.

Puisque que l'échantillon compte plusieurs nouveaux arrivants, notons que trois participants indiquent avoir participé à des programmes de formation leur étant destinés. Deux participantes, n'ayant pas eu droit à l'éducation dans leur pays d'origine, se sont engagées d'abord vers la scolarisation plutôt que le travail, pour ensuite achever leurs études secondaires. Un troisième participant a fréquenté les programmes de francisation pour mieux suivre ses études collégiales par la suite. Par ailleurs, Betty, Malcolm et Mary disent avoir acquis certaines compétences professionnelles génériques de façon autonome, en se procurant des manuels et en étudiant. C'est ainsi que Betty a appris à dactylographier et que Mary perfectionne son français.

5.2.7.2. Impact de la maladie mentale sur les études

Les conditions d'études dans lesquelles les participants ont tenté de recevoir leur formation varient énormément : alors que certains comme Annette se sont endettés afin de suivre une formation professionnelle, d'autres comme Paolo ont eu accès à de généreuses bourses d'études.

Jean, Marcel, Mario et Sylvain avaient déjà cessé leurs études lorsque la maladie s'est installée. Pour les autres, celle-ci a considérablement affecté leurs expériences scolaires. Des dix participants qui restent, seule Nathalie exprime avoir réussi ses études en dépit des symptômes, sans que ceux-ci interfèrent trop avec son rendement scolaire. Nathalie explique s'être appuyée sur son psychiatre qui l'a encouragé à lutter contre la maladie et à mener une vie normale.

La plupart des participants indiquent que la maladie a compromis leurs études de plusieurs façons, certains ont même dû y mettre un terme. Par exemple, Malcolm devenait de plus en plus vulnérable et sensible au stress, et n'arrivait plus à se motiver. Son sentiment d'efficacité personnelle s'était érodé :

I think this mental illness I got, was affecting me in school. When I was going to school I had a lot of stress. I wanted to be this, I wanted to do that, so I was.... I liked, I liked to push and stuff but I wasn't pushing myself enough. Like in col... In high school, well, it wasn't as big as in college cause it was just developing that's what my psychiatrist told me. It was just developing... So it wasn't, it wasn't big yet in my mind.

Betty rapporte que ce n'est pas la maladie, mais plutôt la médication qui a interféré avec sa formation professionnelle. Il faut dire que Betty ne croit pas qu'elle souffre de schizophrénie et comprend plutôt que c'est la médication qui a causé les problèmes :

I start to go to the hospital. I was young, I was, not that young, but I'm young enough to do some work. I'm supposed to work, and (be) busy, you know. (I had my) whole life ahead of me. The medication stopped me from doing what I want to do. It changes completely... Because before that, I was taking courses and working.

I was in and out of the hospital. Then I was sick, sick... Taking medication, it makes me sick. (Before that), I was ok. When I start to take the medication, I (started to be) sick. I did not stop it and I was taking it. I was just the same. I went to work. But then, the medication affected me more and I couldn't go.

De plus, Betty est convaincue que sa santé mentale a été fragilisée par la somme des efforts qu'elle a fournis dans ses études. Le rythme de travail était à ses yeux trop effréné et elle s'est heurtée à ses limites linguistiques :

I was studying very hard for a secondary [...]... When I graduated, I was exhausted and tired. Because at the end, it got to be pushed, pushed, you know... There were so many subjects... It was not my language and it was harder for me.

Le parcours scolaire de Lucy a été ponctué par l'instabilité de son état clinique. Durant les premiers épisodes, elle s'est absentée longtemps durant sa dixième année. Elle a néanmoins eu des succès scolaires, jusqu'à la douzième année. Par ailleurs, sa treizième

année a été beaucoup plus difficile. Elle a fréquemment été hospitalisée, les symptômes étant intolérables et peu contrôlés. Elle a poursuivi ses études à domicile, grâce à la collaboration de tuteurs. Il lui a fallu deux ans pour obtenir son diplôme d'études secondaires. Par conséquent, elle a dû laisser derrière elle ses amis de l'école. Elle a réussi de justesse à finir ses études, et ce, même si elle a eu l'appui de deux tuteurs :

You know, I barely made it through grade 13. Like, I had a teacher that used to come out to my house because I just couldn't go to school. It was that bad.

Well I took, I took grade 13 in two years instead of one. [...] They must have just decided to pass me because I was doing very poorly in school and my attendance was awful. I ended up having two tutors. One in math and one in [...] in English. And I just wasn't doing well then. I went through a really rough spot that time. And it was hard to adjust too because especially the second year of grade 13. A lot of the kids were much younger than I was and I found that a bit of a struggle too, because most of my friends, well some of my friends graduated the year before. And that was kind of hard.

Pour Lucy, la maladie a eu un impact significatif sur son développement professionnel, notamment sur sa capacité de faire face au stress et d'établir des buts professionnels :

I think in some ways it has impacted quite a bit because [...] I don't really deal with stress very well. And so, I find that for some people, who thrive on stress you know, like having a stressful job. I wouldn't be able to do because I seem to scramble. And I don't really fit in to that way of thinking. And I guess when I was in university, I didn't really have a clear view of what I wanted to pursue. And quite honestly, it was not exactly the best... It was an experience but it wasn't really, you know, I wasn't really serious about my studies. I was not quite sure about things.

Michel demeure marqué par les difficultés qu'il a éprouvé après son absence de l'école en raison de sa première décompensation. Il ne savait comment faire face aux questions et aux bavardages :

Tous les amis savaient que Michel manquait deux mois. Il y avait quelque chose qui se passait. [...] Il n'y a rien de pire que manquer, même manquer une semaine, tu sais, à l'école secondaire... Tu sais, c'était une petite école, on était juste 600. Ben, quand tu reviens le monde n'ose pas te parler, pis tu te sens étrange.

Quant à Mary, non seulement n'arrivait-elle plus à répondre aux demandes et aux attentes, ses troubles cognitifs l'empêchaient de se concentrer, et sa méfiance devenait envahissante. Ce qu'elle retient surtout sont les railleries et le rejet de ses pairs :

People at school they laugh at me, even they were adult. My friend, they laugh at me and they told me they make fun at me.

When I went to the (name of the college), they make fun at me. They, they all of them they were young ...You know young? And bold people. And they rejected me. They say: "Get out uh... What are you doing in our class? Get out of here!" Make a joke [...] with their friend and those kinds of things... They... It was really hurting me. And I feel... Lots of them, they know how to get me easily. I was suffering here and I was helpless.

Après avoir subi ces agressions, Mary décompense et abandonne sa formation :

I get nervous, I had a nervous breakdown. [...] I had a bad behaviour. And people take advantage of me because I was, I was a little bit sick and I quit and I stay at home for two years, no medication, no school, no anywhere.

Marcel se rappelle lui aussi avoir été maltraité et malmené à l'école :

Quand j'étais à l'école, ils faisaient mal à moi. C'est pour ça que ça ne marchait pas mes affaires. Ils me faisaient mal, les plumes dans la classe.

J'ai été maltraité à l'école, je n'étais pas ben fier de ça.

Jim était fort populaire lorsqu'il était au secondaire. Durant la dernière année du secondaire, la maladie s'est développée sans que Jim s'en aperçoive. Il mangeait peu et présentait des comportements bizarres qui ont suscité beaucoup d'attention :

When I was going through school people around me seemed saw me ... I had like fifty people, I'm estimating at the time, around me wondering about me and asking things about that were going on at that time. And I was very hungry...I don't know. I wasn't eating very well and somehow I bumped in with the principal of the high school. And he bought me a lunch from the cafeteria. A whole plate of fries, of cheese and gravy. And I and I ate that in the office. He had my father on the phone, and my father was in Quebec at the time. And basically I got on the phone with him and he said that I had to go to, with the principal to the hospital.

Non seulement le directeur d'école l'a reconduit à l'hôpital, mais il est resté à ses côtés à l'urgence, tandis que Jim s'inquiétait des autres autour de lui, sans comprendre ce qui lui arrivait : *“When I got sick or apparently, the principal of my school drove me to the hospital himself. I was like wondering, I'm not sick and I remember, I was so...I didn't know what to expect or anything.”*

Aujourd'hui, Jim constate qu'il n'est plus populaire et qu'il est plutôt malmené. Il souligne également qu'une part importante de sa scolarité s'est perdue. Avant d'être admis à l'hôpital les premières fois, Jim avait eu l'occasion de terminer ses études secondaires en Ontario. C'est à Montréal qu'il a été admis, près de chez son père. Il déplore le fait que ce qu'il a accompli en Ontario ne lui n'a pas été reconnu. Il a tenté de reprendre ses études, mais découragé par ce qui lui restait à reprendre, il les abandonne définitivement.

I'd almost finished high school, one year left. I was going to graduate. When I went over into Montreal, I hadn't turned 18 yet. I didn't know that I was going to stay in Montreal permanently at that time. And everything, all the credits that I had achieved, was out the window 'cause I had changed province and I had to start all over again. Montreal or Quebec couldn't recognize my, my credits or whatever. So I had to start from scratch. And I think right now I'm at grade 11, grade 11...

La moitié des participants parlent des échecs scolaires qui se sont produits de plus en plus, au fur et à mesure que leurs études avançaient, chose à laquelle ils n'étaient pas habitués. Alors que les échecs se multiplient, la maladie se manifeste et vient faire obstacle à l'expérience scolaire. Par exemple, Mary explique :

I study fashion design. And I was not good at it, at all. I passed three courses. But I passed my courses but it was always sixty, always bugging teacher to give me more mark because I think I did a good job.

Malcolm a reçu des bonnes notes au secondaire. En raison de l'apparition de la maladie, il devient désorganisé et n'arrive plus à intégrer l'information. Son rendement ne fait que décliner :

I wanted to do soon, finish that but I was failing the courses. Like, like the first year I failed three courses out of the seven. Second year, I didn't fail nothing. Third year, I mean third semester I failed about two or three. But

the fifth semester it was just too much. Like the courses... I wasn't thinking right, thinking about stupidity (c'est ainsi qu'il parle des délires et les voix). Like, everything... Like the reading was making me crazy or something. I don't know, I don't know how to organize myself.

Durant sa dernière année d'études, il ne réussit que trois cours, dans des matières qu'il qualifie aujourd'hui d'accessoires. Malcolm ne comprenait pas ce qui lui arrivait alors que son monde s'écroulait. Son esprit était accaparé par de troublantes pensées. Il n'arrivait plus à étudier. Ne pouvant plus supporter la situation plus longtemps, il quitte le collège. En fait, Malcolm a été invité à quitter le collège et à valider ses choix professionnels avant de suivre le programme : *"I just got fed up, I said. I don't want to study no more. So, they told me in a letter ... They wrote me a letter and they told me to get a job..."*

Ses recherches d'emploi ont été infructueuses. Malcolm s'inscrit donc à un programme de formation professionnelle par correspondance donné par un collège privé. Toutefois, il a de la difficulté à se concentrer et à lire. Or, les exigences de lecture du programme sont de plus en plus grandes et les étudiants doivent faire preuve d'une autonomie considérable, deux choses que Malcolm est incapable de concilier :

I got a blockage again. I couldn't understand anything from this book. My reading skill wasn't as, wasn't good. I wasn't as high up as high level. So I just couldn't understand how, what was going on with the, with the, with my head. So uh... I left that. So I left that... So after that I, I, I wasn't... I got sick more.

Certains, comme Alex, vivent douloureusement l'interruption de leurs études et le deuil de leurs aspirations professionnelles. Bien qu'il ait essayé à deux reprises dans sa jeune vingtaine de reprendre son programme de formation, ses efforts en ce sens se sont avérés vains.

It was very hard to deal with at the beginning. I didn't know if I could go to school or not. Because I tried to going back to school a couple of time. And each time I heard voices and I said I quit. I can't do this job again.

Lucy abandonne aussi l'école après avoir tenté plusieurs retours, reçu des menaces d'expulsion et changé de programme.

But I guess I just got to the point where... [...] Sometimes, you just have to realize when it is enough. When you get to that point where, you know I have to move on and... I can't say that it has been an easy road. It hasn't been. But I feel that... Actually two years ago, I ended up in the hospital, at the (name of the hospital) and... I was there for two months and it was very, very scary.

Pour Lucy, la maladie a parfois été révélatrice pour elle. Par exemple, elle explique :

And I realized at that point, that I had to change some things in my life And one of them, was [...] do things that I like to do, not because I think I should do them. Letting go of school was sort of part of that decision...

Paolo a lui aussi interrompu ses études universitaires, les symptômes se faisant trop envahissants. Cependant, il jouissait d'une importante bourse d'études, à laquelle il n'est plus admissible. Il devait à la fois apprivoiser la maladie et la pauvreté. Pour Paolo, les contraintes financières sont tout aussi douloureuses.

Because I was going to university when I started having the symptoms of schizophrenia... [...] So you know, because I didn't have the option of going onto unemployment insurance. Because I was not working, I was studying you know.

Paolo a tenté plusieurs retours à l'école, certains plus heureux que d'autres. Au départ, les troubles de la pensée et de concentration ont interféré avec ses projets :

I tried to go back to school. And I took some courses in economics.[...]I was thinking of going into another area. I think I wasn't really thinking that clearly in that period because of the disease at the time.

I took two courses, first I wanted to take four but then I retrieve them because the period that they give you to retrieve the courses. [...] I wasn't ready to go and I had difficulty concentrating.

Seuls Paolo et Malcolm suivent actuellement leurs études. Si Paolo est maintenant plus heureux aux études, celles-ci ne sont pour autant aisées. Paolo se heurte par moment à des troubles de concentration et des symptômes négatifs. Il doit combattre quotidiennement la fatigue, mais cela vaut mieux que l'inaction :

Even though I feel tired now I want to go back to school. Because I don't want to, I have goals instead; I want to live my life. By sitting down in the house all day, I won't be able to do it, you know.

5.2.7.3. Formation préparatoire à l'emploi

D'autres types de formation peuvent contribuer au développement des compétences préprofessionnelles d'un individu. Par exemple, Nathalie a d'abord développé ses compétences en danse contemporaine dans des entraînements en gymnastique et en danse, des activités dans lesquelles elle s'est investie à l'adolescence. Ainsi, une large part de ses compétences professionnelles a été développée de façon pragmatique et expérientielle, en dehors des milieux scolaires, mais dans un contexte formatif. Il en est de même pour Jean, qui lui aussi évolue dans le domaine artistique. Seules Annette et Lucy ont fréquenté un programme de formation préparatoire au marché de l'emploi. Pour toutes les deux, ces programmes se sont soldés par un échec. Bien qu'elle ait acquis une longue histoire professionnelle caractérisée par de nombreux emplois de courte durée, Annette participe à une formation préparatoire à l'emploi offerte par un centre d'emploi. Elle est renvoyée, en raison de ces comportements bizarres et une apparence négligée, bien qu'aucun trouble psychiatrique ne soit diagnostiqué alors.

The lady felt I took things off the string. That was when I was really sick. I had a couple of teddy bears that kept me company (chuckling). I was living alone and I just needed rest so I put some teddy bears and an angel on my purse. [...] Maybe it was because I was really extra quiet, you know. I didn't talk to many people. I was trying to pay attention to the program. She was so stupid that lady, she gave me... Not the creeps but she like, you know, (gave me) a bad feeling in the heart.

Quant à Lucy, elle fréquente à deux moments distincts de sa vie un programme préparatoire à l'emploi dans des centres hospitaliers. Le premier programme était destiné à sensibiliser les jeunes au milieu du travail, aux techniques d'entrevue ou à la préparation d'un curriculum vitae. Elle s'inscrit à ce programme à deux reprises à la fin de son adolescence, mais décompensera peu après l'orientation en milieu de stage. Elle participe près de dix ans plus tard à un programme similaire dans un autre centre hospitalier

spécialisé. Elle constate plus tard qu'elle n'en tire plus profit et qu'il lui faut aller de l'avant :

I was not growing no. In fact, somebody said that a day... My friend [...] and I were moving ahead you know. [...] Everyone else are behind. Because again, we were getting on with our life and they would just pretend that they are kids again you know.

En bref, sauf les participants ayant une trajectoire artistique, les autres ont peu bénéficié des programmes de formation préparatoire à l'emploi.

5.2.7.4. Apport de la formation

De façon générale, les apports de la formation au devenir professionnel demeurent fort mitigés. Seuls Nathalie et Jean mènent une activité productive apparentée au travail qui fait appel à certaines compétences qu'ils ont acquises dans le cadre de leur formation professionnelle, puisque dans les deux cas il s'agit d'activités artistiques. Ces deux participants doivent s'appuyer sur d'autres sources de revenu pour assurer leur subsistance. De plus, Malcolm et Paolo suivent une formation professionnelle qui vient terminer leur formation professionnelle initiale, mais qui comporte moins d'attentes.

Les participants rapportent peu d'apports des programmes de formation professionnelle qu'ils ont entamés ou terminés. De sa formation en enseignement de la danse, Nathalie retient quelques éléments et de riches expériences humaines. Son baccalauréat lui a permis de consolider les compétences qu'elle avait acquises préalablement de façon pragmatique comme gymnaste. Un autre apport concerne la vie personnelle d'un participant. En effet, Malcolm indique que ces cours d'administration lui ont permis d'effectuer seul et à moindre coût sa déclaration fiscale.

Quelques participants, particulièrement ceux qui ont suivi une formation postsecondaire, valorisent leur formation générale. Par exemple, Michel a reçu, grâce à sa formation initiale en lettres françaises, une culture générale qui demeure précieuse aujourd'hui. Il estime que l'obtention de son baccalauréat l'a enrichi personnellement, lui apportant non seulement des connaissances et du savoir, mais aussi des expériences

humaines : « Mais les études françaises, si tu réussis à finir le programme, tu es drôlement enrichi. Tu fais des liens avec tout : l'histoire de l'art, l'histoire, [...] la Renaissance, ça devient tout... » Cette expérience de la littérature l'accompagne toujours. Elle enrichit sa culture, ses loisirs et ses réflexions et crée des liens qui permettent de mieux comprendre son monde :

Pis ça, des fois ça vient, ça réussit à faire des liens avec ce que je... Le peu que j'ai eu de contact avec l'histoire de la littérature, ou les auteurs ou si pis ça. Pis ça fait des petits ponts, pis ça rejoint un petit peu, c'est une petite agglomération.

Alex, Jean, Jim, Lucy et Michel regrettent d'avoir perdu bon nombre des habiletés qu'ils avaient acquises durant leur formation. À titre d'exemple, Alex tire peu d'avantages de son éducation, qu'il croît avoir perdu. D'ailleurs, Alex ne comprend pas a posteriori pourquoi il a consacré autant de temps à l'étude de matières fondamentales, si ces dernières n'ont ni application pratique et ni incidence sur sa vie professionnelle : *"I lost my education. I don't remember anything about certain things: physics, chemistry (mumbles), biology, math, calculus and whatever. [...] There are all lost."*

Seuls ses cours de français lui semblent peut-être utiles. Au début de sa maladie, il a tenté plus activement de les mettre en pratique et de suivre sa formation. Cela fait partie des deuils qu'Alex a ressentis :

I was trying to put it into practice when, when I was younger. Actually, as I... I finish going to school, I thought it was so important that I was making computers and telephone and stuff like that. This is... This is what I am. I thought it was important, that way. But really, it was not since I was very ill, you know.

Jean témoigne lui aussi de son deuil de sa formation en radiodiffusion. Le seul apport de la formation que retient Jean est la confiance en soi qu'il a développé dans son programme de formation : « Ben ça... La formation que j'ai eue en radio? Ça m'a donné plus de confiance en moi. Oui. (Pause) C'est ça. C'est la seule, je pense là, que je peux penser là.

À l'instar de Jean et Alex, les participants soulèvent principalement les apports génériques de leur formation. Certains apports notés se rapportent à des habitudes de travail telles la ponctualité, la prise de responsabilité, la politesse. D'autres concernent les connaissances générales comme le français, l'anglais, les mathématiques, le doigté au clavier. Par exemple, Malcolm apprécie les apports quotidiens de ses cours de français et d'informatique. Sur le plan professionnel, le français lui est fort utile, car ses collègues de travail sont essentiellement francophones.

And French class helped me out because that helped me to, to, to be interested in the French and to learn more. I am learning a lot from the French. And also computers, most of the computers were to learn how to type fast. (Those competencies). they helped me out to use them day-to-day.

Pour sa part, Paolo n'a pas pu mettre beaucoup en pratique sa formation professionnelle, car ses antécédents professionnels sont limités. Il est cependant convaincu de la pertinence de la formation professionnelle quant à la réalisation de ses projets.

What I am doing right now, in this course, what they are teaching me... Basically I will be able to take an empty local... Buy the machinery because they are going to teach me how to choose the machinery that I need and how to use it obviously, which is what I am doing right now... And if I have knowledge enough of engineering, of how to draw with AutoCAD and things like that. No, so I could come up with an idea I can draw it on the computer. I can mount the factory and I can start making the machines to sell it in the market or something.

Enfin, presque tous les participants qui ont cessé leur programme de formation au secondaire ne mentionnent aucun apport à leur formation, autant générale que professionnelle. Par exemple, Marcel rapporte ne pas avoir pu mettre à contribution dans son parcours professionnel les compétences qu'il avait développées au cours de sa formation professionnelle au secondaire. En fait, c'est seulement dans les ateliers de menuiserie auxquels il a participé durant ses hospitalisations qu'il a pu tester ses compétences ou tenter de s'en approcher. Jim rapporte que c'est grâce à ses expériences de travail qu'il a pu développer ses compétences professionnelles et connaître ses limites : « *There's nothing that I learned in high school that I'm using in these jobs* ».

5.2.7.5. Besoins de formation

Durant l'examen des résultats de l'Inventaire des rôles (Oakley et al., 1986), huit participants ont exprimé le désir de poursuivre leurs études ultérieurement, afin d'acquérir une formation professionnelle ou des compétences complémentaires. Cependant, les entrevues indiquent que les participants sont très ambivalents vis-à-vis de cet objectif. En effet, sept participants refusent d'envisager un retour aux études durant les entretiens, dont deux participants (Jean et Mary) qui ont indiqué le contraire en répondant au questionnaire. Or, les participants qui souhaitent maintenir leur emploi actuel émettent rarement un besoin de formation lorsque la question est abordée en entrevue, ce qui explique en partie cette contradiction. En effet, cinq des sept participants qui souhaitent conserver le statu quo n'ont pas défini de besoins de formation.

Parmi les autres participants qui ont exprimé un intérêt pour un éventuel retour aux études dans l'Inventaire des rôles, cinq individus (Alex, Betty, Marcel, Sylvain et Michel) ont témoigné, au cours des entretiens, de leur ambivalence à l'égard de ce projet. Des huit participants qui ont exprimé un désir de poursuivre des études ultérieurement dans l'Inventaire des rôles, seul Paolo ne dément pas ses intentions.

Cet écart s'explique de plusieurs façons. Premièrement, Marcel, Betty et Jim définissent un besoin de formation qui est lié à un intérêt personnel tel qu'apprendre à conduire ou connaître l'histoire. Or, ces objectifs ne constituent pas une priorité pour aucun de ces participants, malgré l'intérêt exprimé. Deuxièmement, Alex, Betty, Marcel, Sylvain et Michel sont vraiment ambivalents à l'égard d'un éventuel retour aux études. S'ils reconnaissent qu'ils gagneraient peut-être à retourner aux études, ils multiplient néanmoins les objections. Par exemple, malgré le fait que Marcel ait terminé son secondaire, il exprime avec pudeur ne pas bien lire : « Je ne sais pas bien lire. Ben je sais lire un petit peu. » Bien qu'il ne veuille pas franchement retourner à l'école, il exprime le désir d'apprendre à mieux lire et écrire.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette ambivalence. À ce stade, quatre constats peuvent être dégagés. Premièrement, il semble que les participants qui ont valorisé leurs succès scolaires ont tenté à quelques reprises un retour aux études. Le succès et l'échec de

leurs efforts conditionnent leur intérêt futur à suivre leur formation. Deuxièmement, les trois participants qui présentent des troubles de l'apprentissage expriment avec détermination leur refus de considérer un retour aux études. Il en est de même pour les participants plus âgés. Par exemple, Mary dit :

“Because you know, I have to be realistic, I’m not young. I went to high school, I fail. I pass but I fail to remember all the knowledge (that) I learn from there. And I work in the (name of the college), I fail”.

Trois participants (Alex, Betty et Mary) indiquent qu’il leur serait difficilement possible de concilier un retour aux études sans compromettre d’autres rôles significatifs, voire leur santé. Mary souligne que des contraintes systémiques freinent son projet telles que l’absence de programme à temps partiel qui lui permettrait de maintenir un revenu similaire. Or, elle veut continuer à travailler, car elle doit subvenir à ses besoins et ceux de son fils :

It might (be) my language... It might make me to lose my job and make me to feel bad. But I cannot go five days a week at the school. So I’m wondering - because I called so many school and they said no. “We have thirty or thirty five hours per week. We don’t have a part time”. But me if I have a choice, they give us like it, they give for thirty five hours, they give a hundred twenty plus a bus pass for the, the thirty five hours a week. But me, I want to work. And my French is not enough good? So I prefer to, to work twenty hours and I can receive the same thing as the people, normal people receive. Because I want to learn French.

Entre-temps, elle suit des cours par correspondance, écoute ses cassettes, note ses questions et s’appuie sur son réseau de soutien pour pallier ses manques. Pour sa part, Betty constate que si elle veut réaliser ses projets professionnels, il lui faudra bonifier ses compétences, au-delà de ce qu’elle fait actuellement de façon pragmatique. Il lui faudra suivre des cours plus pointus afin de répondre aux exigences actuelles du marché et de réaliser ses buts professionnels. Cependant, un retour à un programme de formation professionnelle l’effraie, car elle craint qu’il sera difficile de concilier travail et études sans compromettre sa santé :

I want to take some courses, but it’s time consuming, and I might... I don’t have the time, plus work and school, so that’s why. (I) want to take one

course at a time, you know, maybe evening class or something like that. I'm scared because I miss a lot, I have to sleep, and I might get tired...

Elle ne veut pas revivre le stress qu'elle vivait alors qu'elle traversait une des périodes les plus difficiles de sa vie, alors qu'elle terminait ses études secondaires. Elle va même jusqu'à repousser l'échéance à laquelle elle entend retourner aux études :

But I also think to take a night course but I worry about too much work will affect me or something for my health. [...] For a while I have to take one year or two year work experience, after that I will see if I have more time, I can take a night school.

Alex s'oriente vers une formation professionnelle de préposé aux bénéficiaires, un programme qui est nettement moins exigeant que ses études universitaires. Il constate que le cours ne s'échelonne que sur quelques mois, ce qui maximise sa possibilité de mener le projet à terme. Cependant, Alex, qui est inquiet, redoute que les hallucinations reprennent d'ardeur et qu'il soit de nouveau dépassé : *"If I start hearing voices, I'll go (sighing). (Laughing) [...] Oh! It will be again too overwhelming, yeah. But, uh... I'm going to try."*

Malcolm et Paolo tentent actuellement de répondre à leurs besoins de formation. Malcolm a privilégié la reprise des cours de façon progressive, à raison d'un ou deux cours par semestre, question de mettre en place des conditions dans lesquelles il peut réussir et de « remettre son cerveau en action. » Alors que Paolo suit un programme professionnel en robotique, il anticipe déjà un retour à une formation universitaire plus poussée, orientée vers les aspects plutôt techniques que fondamentaux. Cependant, Paolo exprime clairement que l'université n'est pas une fin en soi : il est conscient que de nombreux programmes professionnels peuvent conduire à des emplois intéressants et rémunérateurs :

I think one thing that is important is that people keep in mind that, that going to university is not the only kind of education that you can get. (In technical schools and professional training programs), you can learn things, you can learn skills that are simple to acquire and that can allow you to not only make a very good salary, but if you are willing to dream, you can have your own business, you know. You can go ahead and have your own business.

5.2.8. Congruence études-emploi

La congruence études-emploi se définit ici comme la cohérence observée entre la formation des participants et les activités professionnelles qu'ils exercent. Les participants qui n'ont reçu qu'une formation générale ne rapportent pas d'éléments de congruence personne-emploi. Outre les participants qui n'ont jamais amorcé de formation professionnelle, la plupart d'entre eux témoignent d'une congruence emploi-études fort limitée, voire inexistante. Les participants soulignent à l'occasion l'utilisation de compétences génériques ou linguistiques qu'ils ont développés pendant leurs études, sans pour autant y percevoir une nette congruence.

Quelques participants expliquent avoir tenté de maintenir une congruence études-emploi, avant d'abandonner leur plan de carrière initial. La moitié témoigne d'un deuil de l'identité professionnelle qu'ils avaient tenté de créer avant d'être confronté à la maladie. Pour ces participants, l'abandon des plans de carrière initiaux ne s'est fait qu'après plusieurs tentatives infructueuses. Alex témoigne de son expérience à cet égard :

I was trying to put it into practice when, when I was younger. Actually, as I... I finish going to school, I thought it was so important that I was making computers and telephone and stuff like that. This is what I am. I thought it was important, that way.

Mary et Nathalie croient exercer un emploi qui peut être associé de loin à une formation qu'ils avaient entamée. Néanmoins, elles constatent que leur formation partiellement terminée ne les avait pas suffisamment préparées à assumer pleinement les responsabilités qui leur sont confiées.

Par ailleurs, les participants qui sont actuellement engagés dans une formation professionnelle conservent l'espoir qu'ils trouveront un emploi où ils pourront actualiser leurs buts professionnels une fois leur formation terminée. Une congruence emploi-études s'observe chez les participants qui s'investissent dans une carrière artistique. Cependant, comme bon nombre d'artistes, ils doivent également avoir un emploi qui assurera leur subsistance. Néanmoins, il existe une zone de congruence, car ces deux s'investissent de

façon relativement continue dans des activités qui ont un lien avec leurs intérêts et compétences artistiques.

5.2.9. Obtention d'un emploi ou d'une activité productive associée au travail

Trois thèmes relatifs à l'entrée en emploi se dégagent des trames narratives : 1) la difficile recherche d'une activité productive associée au travail, notamment un emploi; 2) l'accès aux activités productives; 3) le dévoilement de l'expérience psychiatrique. La Figure 8 illustre les liens ténus qui existent entre la formation des participants et l'entrée dans le milieu, comme l'explique la section précédente, auxquels s'ajoutent les trois thèmes qui caractérisent l'entrée en poste.

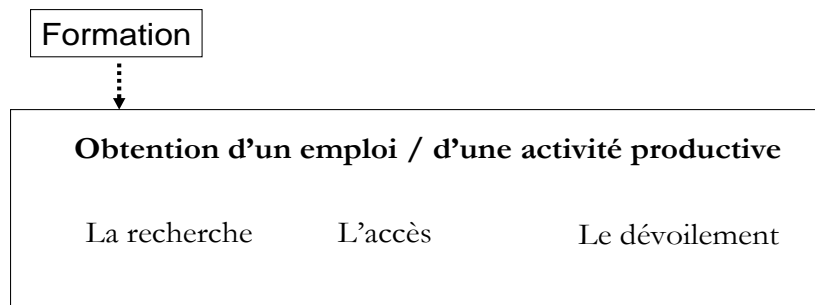


Figure 8. Le cheminement professionnel des participants : caractéristiques de l'obtention en emploi ou d'une activité productive associée au travail

5.2.9.1. La recherche

Au moment des entretiens, Jim, Lucy et Malcolm étaient à la recherche d'un autre emploi. Lucy explique qu'elle exerce un rôle de bénévole alors qu'elle désire travailler. Malgré son intérêt à vouloir s'intégrer au marché du travail, Lucy demeure assignée à des postes bénévoles. Néanmoins, elle délègue entièrement la recherche d'emploi à une intervenante. Bien que Lucy dit assumer un rôle actif dans les démarches, il est évident qu'elle attend un placement, sur lequel elle donne son avis.

I have been working with a woman by the name of (name of the person) who has started the (name of the agency). And for the past six or seven months, we've working together on how to find a job that would meet my needs financially and also get me out of the house. Because I find that if I don't have enough structure, I end up staying home and not being very productive so... She has some suggestions as [...] what I could do. And one of this, one of the opportunities is going to be working at (name of a store) as a volunteer placement for three months. She just had to get the, the ok from her supervisor who is on holidays at that time and... And so I should hear pretty soon about what is going on with that.

Cependant, il est à noter que cette intervenante lui a récemment déniché un poste de réceptionniste dans un organisme communautaire, alors qu'il n'avait nul besoin d'une réceptionniste. Alors que Lucy souhaitait un emploi où elle pourrait mettre ses habiletés interpersonnelles à profit, elle considère qu'elle a été reléguée à des tâches monotones, peu adaptées à ses difficultés d'apprentissage.

Malcolm recherche lui aussi un autre emploi actuellement. Pour se faire, il consulte le Web et les pages jaunes. Malcolm compte adopter une attitude plus dynamique lorsque son semestre d'études se terminera et ne semble pas inclure son intervenant en soutien à l'emploi dans ses démarches. Cependant, il doit d'abord résoudre un dilemme : quittera-t-il Montréal pour rejoindre sa mère et sa sœur, récemment établies ailleurs? Il ne veut pas compromettre le niveau de soins qu'il reçoit, ni sa santé.

Cette crainte semble légitime. En effet, Malcolm a eu de nombreuses recherches d'emploi infructueuses, dont l'une l'a entraîné dans une psychose. Au fil de ses propos, Malcolm insiste sur combien ces refus répétés affectent sa santé mentale et le dépriment.

Because I was looking with my cousin at the time in... Around '96, when I was doing the (name of a distance-learning program). I couldn't find anything. I couldn't find, I'm not finding, to get anything. Like everybody was saying "we don't need you now" and all the time "we don't need you" or "sorry you didn't do so good on, in the, in the application", or the application test. So, I got down on that... That really got me down.

So after that, I went looking for a job with my cousins. And I was, looking and looking... And I couldn't find nothing. So that put more down...

Afin de mettre un terme aux conditions de travail difficiles qu'il vit actuellement, Jim dit chercher un autre emploi, bien qu'il ait peu de temps à y consacrer. Il aurait aimé se trouver un travail d'apprenti dans un garage, mais il n'a pas la formation requise, ni les moyens d'acheter ses outils. Il s'appuie dans sa recherche sur l'intervenant de soutien en emploi. Ce dernier lui rappelle que les irritants qu'il déplore existent aussi dans les autres emplois qui l'attirent. Jim conclut que les emplois en usine qu'il peut exercer accueillent les laisser pour compte, les personnes qui, à bout de ressources financières, n'ont pas d'autres choix. Cet intervenant l'incite à ne pas accepter la première occasion qui se présente à lui, de ne pas se laisser envahir par les irritants de son milieu de travail et de prendre soin de maintenir son intégrité :

Like the job he was trying to do is just for the poor, it's the same kind of business. He said "well don't kill yourself because it's still a warehouse.

So, I was talking to (name of practitioner) last night. I was telling him, he knows that there's another, another warehouse of the same block. They have night shifts or whatever, where you get time and a half. So you get like 47 and a half hours...It seems like if the other company's willing to take me, he said they're always looking for people. And it's not minimum, really you have to be careful, you know, like to work in a warehouse is a warehouse. There are dangers all around.

Certains répondants qui participent à des mesures de développement de l'employabilité, notamment la mesure INSO, anticipent devoir reprendre leur recherche, compte tenu des limites administratives associées à ces mesures. Par exemple, Betty sait qu'elle devra d'ici un an reprendre ses démarches puisque les mesures d'insertion sociale de la sécurité du revenu (INSO) ont une durée maximale de deux ans.

*I would look for a job again too but I don't know when. This job after...
In INSO program, you allowed to stay one, two years or three years. After that you know you have to look for a job. So I want to do some accounting or learn some computer.*

Betty croit que c'est en faisant connaître ses intentions aux personnes qui l'entourent qu'elle pourra éventuellement se trouver un autre emploi :

If some people know about (your intentions), it's a very good idea because they remember that. And when they get a chance, they say "I know somebody and the girl, she would like to be an accountant." That's a good idea. On the other hand, you don't go without telling, talking to them you know.

Quelques participants rapportent compter sur leur intervenant pour leur trouver un emploi, même s'ils ont assumé longtemps leur recherche de façon autonome. Même si aujourd'hui Mary s'appuie exclusivement sur l'intervenante du programme de soutien en emploi pour lui faut trouver un travail, elle a longtemps effectué seule ses recherches en ce sens. Il y eut un temps où Mary effectuait du porte-à-porte chez les manufacturiers afin d'obtenir un emploi, saisissant les occasions à leur source : *"So I go door to door and I found (name of the company)."*

Depuis, Mary croit que sa perception négative d'elle-même et sa pauvre perspective sur ses capacités rendent la recherche active d'emploi périlleuse et peu concluante. C'est pourquoi elle s'appuie sur les intervenants, se fie à leur jugement et demande d'être rassurée, parce qu'elle n'a pas confiance en ses capacités : *"They said to me, (name of 2 practitioners), they told me: "You like to help, you like to talk. So that's a good job can do for you." And I said OK."*

Malgré son désir d'être appuyée, Mary se laisse difficilement convaincre :

I always escape from her. And she call me, I didn't call her back. And after she find a job in the (name of the store) for me and she talked to me. She said: "just try one day, one day, one day is not (the) end of the road. Just one day come (to) work and after say: I cannot come anymore." Then when I work one day, I continue to work now, now to add another day.

C'est à répéter avec insistance ses intérêts que Mario a pu obtenir au moment opportun un travail plus pertinent à ses yeux. Un autre participant mentionne avoir obtenu la plupart de ses emplois grâce à un service externe de la main-d'œuvre (SEMO). Le SEMO l'a recommandé à un centre de travail adapté (CTA) qui fournissait de la main-d'œuvre à divers milieux. Cependant, la plupart des emplois qu'il a occupés avaient comme dénominateur commun le manque de formation en emploi et une faible congruence personne-emploi. Aucun placement en emploi n'a été pour ce participant satisfaisant, viable ou adapté.

Depuis quelques années, Nathalie compte sur l'appui de son intervenant en soutien en emploi pour se trouver un poste dans laquelle elle pourrait œuvrer de façon bénévole, alors qu'elle compte de nombreuses années d'expérience en milieu de travail. Cette recherche a été longtemps infructueuse. Ce n'est qu'au bout de deux ans que Nathalie a trouvé, avec l'aide de son intervenant, une activité bénévole qui lui convenait, concordant avec son champ d'intérêts et ses compétences.

Betty et Alex expliquent avoir soumis leur candidature à un poste qui avait été affiché par le service de réinsertion professionnelle où ils œuvraient, et ce, à la suggestion des intervenants. Fait intéressant, à la suite du processus de sélection, on leur offre à tous les deux un emploi pour lequel ils n'avaient pas postulé, ni envisagé. Heureusement, ces propositions se sont avérées heureuses et concluantes.

Jean conserve un souvenir pénible du processus de sélection auquel il s'est soumis afin d'obtenir un poste dans la fonction publique. Contrairement aux expériences qu'il avait vécues jusqu'alors, l'entrevue qu'il a subi pour l'emploi qu'il occupe actuellement a été exigeante, et il n'y était pas préparé. Il a été fort surpris d'apprendre qu'il avait obtenu l'emploi : « Pis l'entrevue, c'était "killer!" Le gouvernement là, c'est,... Y sont, y sont pas un là! Y sont quatre, quatre gens, longue table. Et puis l'entrevue dure deux heures ».

Jean rapporte *a posteriori* que c'est peut-être durant cette entrevue qu'il a ressenti ses premiers symptômes psychotiques :

Pis là, c'est là que toutes mes symptômes, mes petits symptômes de schizophrénie ont commencé. Après l'entrevue, j'avais des troubles de la pensée.... Tu sais, ils posent plein de questions pis je faisais pas de sens dans mes réponses.

Sans contredit, la recherche d'emploi la plus particulière et la plus inhabituelle qui a été rapportée est celle où Michel a été contraint de se trouver seul un emploi, sans soutien, afin d'obtenir son congé de l'hôpital. Il décrit une démarche de négociation entre deux employeurs potentiels où il a suggéré ses services au plus offrant :

C'est ça. Fait que je me suis trouvé, je suis allé au (nom d'une chaîne de restauration rapide): Pouvez-vous m'engager? Il a dit: oui, on te paye tant. On engage même des gens qui ont des déficits cognitifs pis tout ça. J'ai dit: "Ah, ben c'est le fun. Je pense que je ne lui avais pas dit...ou en tout cas. Il avait dit : C'est une très bonne place, on engage même des gens, bon en retard, tout ça. Là, j'ai dit: Pas de problèmes, pis là... J'appelle le (autre chaîne de restauration rapide) ... [...] Je dis : "Ok." Je prends le téléphone, j'appelle au (seconde chaîne de restauration rapide), pis je dis : "J'ai visité le (première chaîne de restauration rapide) l'autre jour pis ils m'offrent 5,25 \$ pouvez-vous faire mieux? " Oh non, j'ai dit : "parce que je peux travailler au deux". Il me dit : "Non tu ne peux pas, tu peux juste travailler à un." "Ben eux autres ils m'offrent 5,25 \$ de l'heure est-ce que vous pouvez faire mieux?" Il dit : "Oui, je vais te donner 5,50 \$." J'ai dit : "Parfait."

En résumé, bien que tous les participants se soient engagés dans une activité associée au travail, trois participants cherchent un autre emploi alors qu'une autre envisage devoir le faire sous peu. Les piètres conditions de travail, la pauvre congruence entre l'emploi exercé et les buts professionnels ainsi que la nature transitoire des activités actuelles motivent cette quête. La recherche d'emploi demeure difficile pour bon nombre de participants, et plusieurs comptent sur l'appui des intervenants ou de leur réseau de soutien pour mener à bien ce processus. La Figure 9 résume les constats qui ont été dressés quant à la recherche d'emploi.

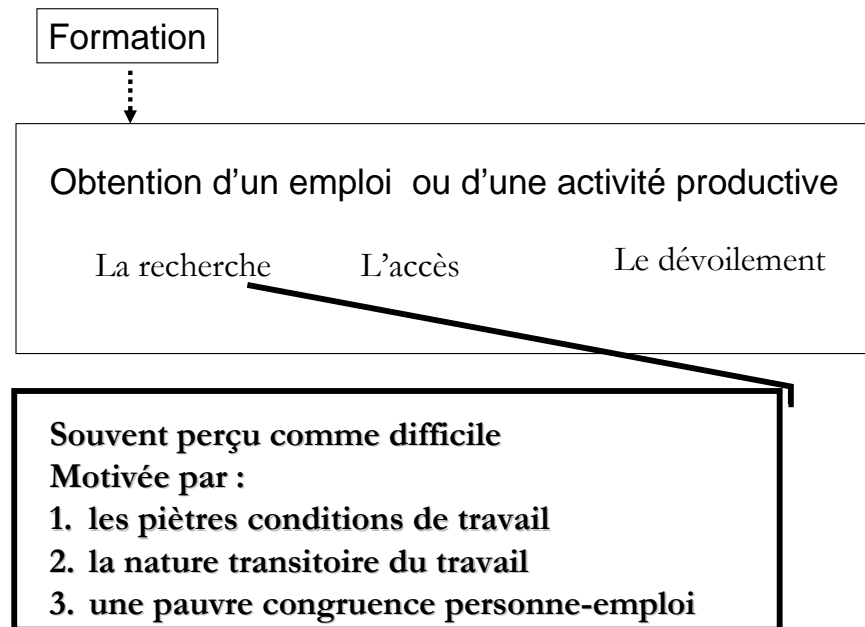


Figure 9. Cheminement professionnel des participants : caractéristiques de la recherche d'emploi

5.2.9.2. L'accès

Durant l'analyse, l'accès aux différents types d'activités productives a été examiné de façon distincte. Cependant, il existe peu de différences entre les modes d'accès aux diverses activités productives, tels que le marché régulier de l'emploi, les mesures de développement de l'employabilité, le travail sporadique, le bénévolat ou la formation professionnelle. Par conséquent, l'accès aux activités productives sera examiné en bloc.

Deux voies d'accès privilégiées sont définies. Le premier mode d'accès aux activités productives est subordonné à des mécanismes de référence ou de placement qui sont gérés par des intervenants œuvrant dans le domaine de la santé mentale ou de l'emploi. Tous les participants expriment avoir trouvé un emploi rémunéré ou non rémunéré à un moment ou un autre grâce aux démarches d'un intervenant. Par exemple, Betty a participé à un service de réinsertion professionnelle grâce à une recommandation qu'elle a eu de la

responsable de foyer où elle vivait alors. Celle-ci voulait que Betty s'occupe à l'extérieur durant la journée : elle n'a fait aucun choix quant au lieu et la nature de son travail.

I was living in a group home on (name of the street), near (name of the street). And my caregiver, she said: "you are too young to stay in the house. You are not old yet" and she brought me to register at the receptionist. And one nurse comes from the (name of the hospital) and she gave me an appointment, me and my caregiver at the (name of the hospital), and then I was interviewed by the doctor. [...] They accepted me and then I filled out the form and they sent me here. My caregiver brought me here.

De façon moins importante, le réseau social de la personne joue un rôle similaire. Bien que les références provenant du réseau social ne soient pas fréquentes, elles ont tout de même été un mode d'entrée qui a été employé par douze participants, mais de façon sporadique. Par exemple, des douze expériences de bénévolat recensées dans l'histoire professionnelle de Lucy, une seule est le résultat d'une recommandation d'une amie. Toutes les autres expériences sont le fruit d'un placement ayant été coordonné par une agence ou un programme.

Michel s'est fréquemment appuyé sur l'avis de personnes de confiance pour obtenir certains emplois, notamment dans une agence privée de placement dont les pratiques semblaient douteuses. C'est un ami qui l'avait recommandé, lui promettant de bonnes conditions de travail, alors qu'il n'a rempli que des tâches indésirables ou qui semblaient trop exigeantes : "C'était un copain qui m'avait recommandé ça pour m'occuper." Il dit : "va dans une agence." Il dit : "C'est du bon travail qu'ils vont te donner, si tu travailles bien ils vont te mettre dans une bonne liste."

Le deuxième mode d'accès se caractérise par le fait que les participants saisissent les occasions qui s'offrent à eux. Dix participants disent avoir ainsi participé à une activité productive. Par exemple, Marcel mentionne qu'il a été référé à plusieurs ateliers protégés et programmes de réinsertion, et qu'il a saisi toutes les possibilités qui s'offraient à lui, à la grâce de Dieu... C'est d'ailleurs ainsi qu'il décrit globalement son accès au travail : « Ben, je vais dire, je prie le bon Dieu. »

Tout comme Marcel, Alex tend à saisir les occasions qui s'offrent à lui dans des environnements immédiats et connus ainsi qu'à s'engager dans les ententes de placement effectuées par les intervenants. Si Nathalie a occupé un poste au sein d'un conseil d'administration d'un organisme communautaire, ce travail est en quelque sorte le fruit du hasard :

Je passais devant la porte. Je passais devant la porte puis je me suis informée de ce qu'il se passait là. [...] Mais ils m'ont expliqué que c'était là (non de l'organisme). Alors j'ai décidé de m'impliquer. Alors au bureau de l'assemblée générale de ce groupe-là, je me suis présentée.

Jim tend lui aussi à saisir les occasions qui se présentent sur le marché compétitif, dans l'espoir d'améliorer son sort : *"I just go and like whatever comes or what is presented to me. I'll think about it."*

Cependant, les occasions se font rares pour lui. Jim a appris qu'il vaut mieux ne pas laisser son emploi, aussi pénible soit-il, sans en avoir un autre. Il redoute de se retrouver sans emploi et sans revenu, dans des conditions encore plus difficiles que celles de son travail actuel.

And I didn't want to quit, I can't afford to quit, and I realized that me I'm saying that thinking this now. And I'm like I didn't want to quit and I didn't have, have the sense that I could find a job quickly or whatever, because if I lose my job now, I will have serious problems to deal with, real serious problems. I don't know when I could get another job. It could be months down: if that's the case, I'm in real trouble. Like you know, I can't pay rent and that. And I don't want to like be able to just quit, that's what I wanted to do.

Jean a obtenu la plupart des postes qu'il a occupés grâce à des occasions qui lui ont été offertes. Il a enseigné dans une école de musique grâce au contact d'un voisin. Il n'avait pas envie de travailler.

Ça ne me tentait pas de travailler. Tu sais, j'étais paresseux. Fait que, je t'allé de force à l'entrevue, pis là, j'ai eu la job. Mes parents étaient contents, ils m'encourageaient, pis toute ça. Mais j'ai, je n'ai pas choisi, ce n'était pas volontaire de moi-là de travailler comme enseignant.

Cependant, lorsqu'il désire et choisit un emploi, Jean se montre nettement plus actif dans sa quête d'un emploi. Il fait preuve d'initiative dans ses démarches.

C'était volontaire de moi dans, de travailler à l'épicerie...J'ai entendu dire que y avait, il aurait ben du monde qui aurait arrêté de travailler là, fait que il y avait des ouvertures. J'ai profité de l'occasion pour appeler la superviseur pour fixer un rendez-vous, pour une entrevue.

La plupart des participants rapportent que dans leur histoire professionnelle résultent d'une combinaison d'opportunités et de références. Malcolm en constitue un bon exemple. Ce dernier a trouvé quelques emplois en s'appuyant sur son réseau familial, notamment en œuvrant au sein d'entreprises familiales, sans toujours être rémunéré. Il est référé à un atelier protégé et saisit ensuite une occasion, qui l'a conduit à son emploi actuel sur le marché régulier du travail :

Well, it is sort of funny because I was looking for a job at the time and... Where I was working with the (name of the place), I used to go there to buy smoked meat sandwiches... So, one day I went there and I told them that I looking for a job and all of a sudden, he told me: "Well I could help you out and give you this job if you want it." And I said "ok".

Quelques participants ont eu recours à des services de placement de la main-d'œuvre (en dehors du réseau de la santé mentale). Par exemple, Jean a apprécié les services qui l'ont aidé à mettre un terme à une inquiétante période d'inactivité et à atténuer l'influence des symptômes négatifs qui l'affectaient. En effet, Jean a fait appel à une agence de placement une seule fois, après avoir échoué dans son premier emploi qui était associé à son domaine d'études. Au moment où le versement de ses prestations d'assurance-emploi se sont achevés, il fait appel à une agence, motivé de mettre fin à son statut précaire :

J'étais, j'étais sur l'assurance-chômage, pis j'avais encore un couple de mois euh, accessibles là encore. J'avais le droit, pour un couple de mois encore, pis euh... "Je ne sais pas, je vas y penser. " "Ben vite, parce qu'on a ben, ben des gens qui aimeraient ça travailler là, là..." Je les ai rappelés, j'ai parlé à ma mère pis... J'ai été chanceux d'avoir des bons parents qui euh... Parce que tu sais, tous les symptômes négatifs que j'avais là...

D'autres, comme Mario, dénoncent les effets pervers qui sont liés à l'utilisation de services de placement. Les agences prélèvent une part importante du salaire, ne laissant à la personne qui est embauché temporairement qu'un maigre salaire qui, si on le compare au salaire d'un employé permanent, est inéquitable. Mario explique qu'il recevait un salaire 33 % moins élevé que celui de ses collègues, qu'il avait un horaire de travail moins prévisible, comptant moins d'heures de travail : *“But all of those jobs that I got, [there] were always from intermediate of a placement agency. So if the company paid them twelve dollars, I would get eight dollars, because they keep four dollars”*.

Les expériences de placement dans des programmes de réinsertion en santé mentale ne sont pas nécessairement plus heureuses. Sylvain a été insatisfait de la plupart de ses expériences de travail qu'il a vécues après y avoir été référé ou placé. Il a dit de l'une d'entre elles : « Il y a quelqu'un qui m'a dit d'aller là. C'est ça qui est le problème, c'est ça qui est le problème. »

Marcel rapporte un autre exemple de pairage inadéquat. Alors qu'il effectue du bénévolat dans un organisme communautaire de Verdun, on lui demande de donner des soins personnels à une dame en perte d'autonomie. À ses yeux, ce pairage était inapproprié :

Oh, je prends soin d'une madame là, avant quand j'allais à (nom de l'organisme) là. La seule affaire, elle voulait que je l'aide à se déshabiller pis à mettre sa jaquette. Je ne suis pas une femme moi! En tout cas, je l'aidais, je fermais la lumière pis j'y ai mis la jaquette, je ne suis pas une femme. Demander à une femme pour ça!

Le recours à des mesures de développement de l'employabilité implique parfois des placements qui ne tiennent pas compte des choix et des intérêts professionnels des participants. Par exemple, Mario a assumé un rôle de réceptionniste qui ne lui convenait pas et qui ne faisait nullement partie de ses projets d'emploi.

Because that was the only way that I could get in. Because me I wanted to do maintenance, but then they said no we already have three people so I am going to put you out as a receptionist.

C'est à répéter avec insistance ses intérêts que Mario a pu obtenir au moment opportun un travail plus pertinent à ses yeux. Michel mentionne avoir obtenu la plupart de ses emplois grâce à un placement par un service externe de la main-d'œuvre (SEMO). Le SEMO l'a recommandé à un centre de travail adapté (CTA) qui fournissait de la main-d'œuvre à divers milieux. Cependant, la plupart des emplois qu'il a occupés avaient comme dénominateurs communs le manque de formation en emploi et une faible congruence personne-emploi. Aucun placement en emploi n'a été pour ce participant satisfaisant, viable ou adapté.

Les participants qui sont davantage scolarisés estiment que leur éducation facilite l'accès à l'emploi. Cependant, cet accès se limite à des emplois sous-spécialisés, condamnant les plus scolarisés à une forme de sous-emploi. Les participants expriment davantage de satisfaction à l'égard des services de réinsertion professionnelle lorsque leurs intérêts et leurs aspirations sont considérés, et non seulement l'évaluation de leur capacité ou les emplois qui sont disponibles.

Annette, Jean et Nathalie se distinguent des autres par le fait qu'ils ont maintenu des emplois qui se trouvaient presque exclusivement sur le marché régulier de l'emploi. De façon générale, Annette s'appuie sur son réseau de soutien pour trouver des employeurs potentiels, ou elle propose à nouveau ses services aux employeurs chez qui elle a eu de bonnes expériences de travail. Pour sa part, Nathalie a accédé au marché compétitif de l'emploi grâce à son expérience de gymnaste et sa fréquentation de certaines écoles de danse. Elle a soumis sa candidature dans les milieux qu'elle a fréquentés, a reçu des offres d'emploi ou bien elle a saisi des occasions provenant des contacts qu'elle avait dans son milieu. Seuls Jean et Annette ont obtenu des emplois après avoir répondu à des annonces publiées dans un journal ou au centre d'emploi.

En conclusion, il est remarquable de constater que l'accès aux activités productives des participants s'effectue grâce à des références, des placements ou tout simplement aux occasions qui se présentent. Seuls Annette et Jean ont utilisé des modes d'accès plus traditionnels tels qu'enseignés dans les programmes prévocationnels, soient de répondre à une annonce dans un journal ou au centre d'emploi. À l'examen de l'ensemble des données,

on constate que pour plusieurs, l'accès aux activités associées au travail n'est pas structuré : les participants ont souvent dû s'appuyer sur des circonstances ou des ressources extérieures. L'ensemble des constats tirés au sujet de l'accès à l'emploi est illustré par la Figure 10.

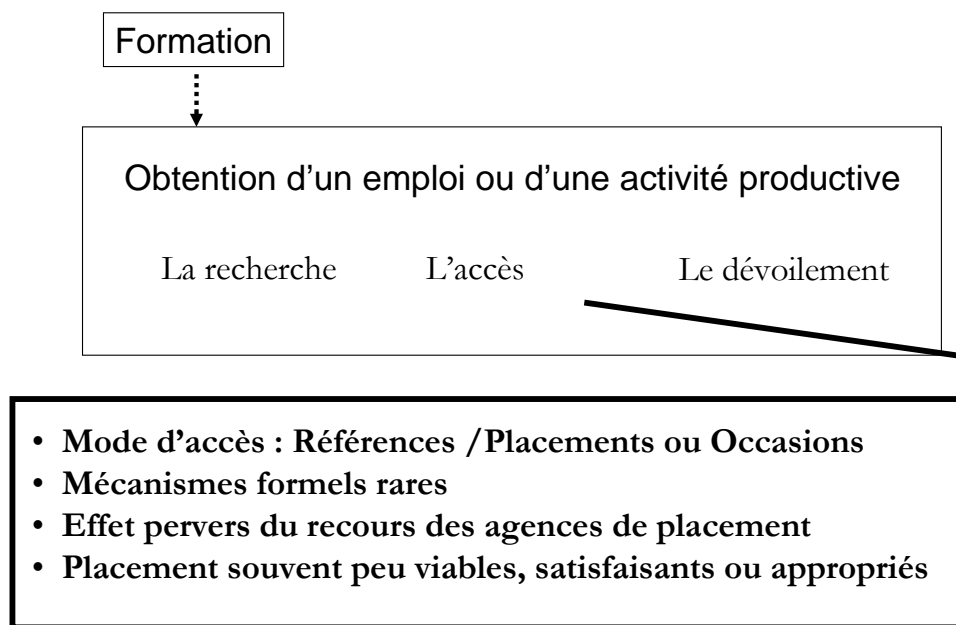


Figure 10. Cheminement professionnel des participants : caractéristiques de l'accès à l'emploi des participants

5.2.9.3. Le dévoilement de la maladie

Les écrits expliquent largement le dilemme dans lequel se trouvent plusieurs quant à la décision de dire ou de taire l'expérience de la maladie. Or, tous les participants sauf un évoluent actuellement dans un milieu où leur état de santé est connu. En effet, neuf participants œuvrent dans des milieux de travail où leur expérience a dû être dévoilée afin de pouvoir y travailler, tels des ateliers protégés, des mesures de développement de l'employabilité ou des contrats d'intégration au travail (CIT). Pour certains d'entre eux, des

symptômes anxieux ou cognitifs sont manifestes. Des cinq participants qui ne sont pas soutenus par des mesures précises, Mary et Nathalie ont trouvé leur emploi à la suite des démarches entreprises par un intervenant œuvrant dans un programme de soutien en emploi. Il est clair que le nombre important de personnes dont l'expérience psychiatrique est connue dans l'échantillon peut être le résultat de biais associés à la stratégie de recrutement retenue, soit la décision de recruter majoritairement dans des programmes qui visent la réinsertion professionnelle des personnes aux prises avec des troubles mentaux. Néanmoins, les propos de certains participants éclairent le processus qui les a conduit au dévoilement de leur expérience, au-delà des motivations évidentes d'obtenir des ressources ou du soutien.

Le dilemme concernant le fait de dévoiler ou non l'expérience d'un problème de santé mentale a constamment été préoccupant pour Michel et le demeure encore. Ce dernier raconte combien il a redouté que sa maladie soit connue, notamment quand il décrochait des emplois par l'entremise d'agences de placement. Bien qu'il ait été référé à ces agences par un SEMO, son histoire psychiatrique n'était pas nécessairement connue de ceux qui employaient ses services ou de ses collègues. Michel a alors été tiraillé, ne sachant pas s'il devait en parler ou non. Son statut d'emploi était précaire puisqu'il n'avait pas de lien d'emploi direct avec son milieu de travail. Souvent, il a choisi de se taire et a vécu parfois un sentiment d'imposture :

Je ne savais pas dans quelle mesure ils comprenaient mes, mes faiblesses, mes vulnérabilités. Je ne savais pas dans quel point je devais cacher ce que, ce qui était ma condition de, de malade, la maladie mentale tout ça.

Bien que sa situation soit connue par son employeur actuel puisqu'il participe à une mesure INSO, il se questionne toujours sur ce qu'il fera à l'avenir, dans un autre contexte moins protégé. Comment abordera-t-il la question? « Ça va être difficile de cacher une maladie mentale qui dure depuis au moins 15 ans tu sais ».

Pour Mario, tout est fonction du climat de travail. Son employeur connaissait ses antécédents lors de son embauche, mais sa situation n'était pas connue de ses collègues. Après avoir évalué l'ouverture d'esprit de ceux qui l'entouraient, il a pris la décision de

révéler son expérience et adopte une position proactive : il expose son expérience plutôt que de subir des jugements à l'emporte-pièce. Mario demeure cependant pleinement conscient qu'un tel climat d'acceptation est rare et qu'il ne sera pas toujours judicieux de se dévoiler :

And the talking helps [...] because especially here after three weeks, I told all my employees, all the staff, who the heck I was. And out of the floor, there was only one person that who knew who I was. The other three they said "Oh you had a bad night you lost your work and whatever so that's why you were on welfare." When I told him that I take medication and that I'm not secure, but with my pills I am fairly secure, you know. And they accepted me the way I am. But it's not all the jobs that would do that. Because out here I went straight forward. You know, my boss talked to me about it downstairs and I went straight forward with him. My floor manager with the two or three staffs over here, I told him right in front. I like better, telling them straight forward then you judge me.

Quant à Jean, sa situation est quelque peu particulière comparée à celle des autres participants. Jean considère qu'il s'agissait d'un avantage pour lui de travailler pour la fonction publique durant ses premiers épisodes. Il jouissait d'un régime de soins de santé et d'une indemnité en cas d'invalidité qui lui assuraient une forme de sécurité financière et surtout une sécurité d'emploi. Cependant, c'est aussi au travail qu'il a connu ses premiers symptômes, subissant l'opprobre de ses collègues. Après une première absence de trois mois, le retour au travail s'est fait dans un climat d'angoisse. Jean connaissait le contexte d'hostilité dans lequel il avait quitté son emploi, mais aussi l'intensité des symptômes qu'il avait eus. Malgré le fait que l'expérience d'un trouble mental de Jean était connue de son milieu, ce dernier n'a pas voulu dire qu'il s'agissait de schizophrénie. Il a vécu dans la crainte de revivre une rechute. Jean décrit que cette question l'a accompagné bien au-delà de son retour au travail et le consumait :

Ben là tu sais, tu manques trois mois là. Tu reviens travailler là, c'est sûr que le monde va te poser des questions: "Qu'est c'est qui est arrivé? Q'est c'est que t'as?" T'es pas pour dire: "Ben, j'ai eu un épisode psychotique. " Je... Non, non, ce que je disais c'est que j'ai fait une dépression. C'est ça que je disais comme réponse. Pis j'ai dit ça à mon patron pendant un an de temps, pendant que je prenais des médicaments pour la schizophrénie là. J'ai dit ça, un an de temps à mon patron, que je souffre de dépression. Pis c'est, c'est quand j'ai fait beaucoup de lectures pis Internet, pis toutes sortes de choses.

Là, j'ai vu que c'est important de dire la vérité, que tu souffres de schizophrénie pis. Moi, ça été un avantage de dire que, que je souffre de schizophrénie. Le monde sont plus, ils ont plus de, plus de respect.

Lorsque Jean a révélé la nature de son problème de santé, il a demandé des modifications à son poste afin de limiter ses interactions avec les autres et de filtrer les stimuli. Mais dévoiler l'existence de la maladie a eu à ses yeux, un autre important effet : le regard méprisant de ses collègues a changé. Contrairement à ce que Jean avait anticipé, les collègues se sont montrés plus discrets, voire respectueux :

Ça a duré une semaine. Après ça, j'étais... Personne ne me posait de questions.

Aujourd'hui la différence, c'est que je prends... Je dis aux gens que je suis schizophrène au travail et je dis aux gens que je prends des médicaments. Pis le monde sont beaucoup plus supportables là. «Wow, tu sais, il travaille pis il a une maladie assez grave là!

Cependant, son employeur ne savait comment réagir et lui a demandé davantage d'informations. Aux yeux de Jean, cette démarche s'est avérée salutaire.

Ma troisième hospitalisation, qui était l'année passée au mois de avril... Bon. Il fallait que je signe un papier dans lequel ça disait que j'autorise mon psychiatre à divulguer, divulguer des informations sur ma condition à mon patron parce que mon patron ne savait pas c'était quoi la schizophrénie.

En résumé, si certaines personnes qui sont aux prises avec des troubles mentaux graves sont disposées à dévoiler leur expérience pour obtenir des mesures d'insertion professionnelle en milieu protégé, le choix de dévoiler son expérience est plus difficile sur le marché régulier de l'emploi. Les avantages d'une telle démarche ne sont plausibles que dans un contexte où il existe une forme de sécurité d'emploi ou affective. Néanmoins, une question se pose : comment expliquer les longues périodes d'inactivité professionnelle, sans nuire à son embauche ou au climat de travail? L'impact des préjugés en milieu de travail sera abordé ultérieurement, à la Section 5.2.13.4. L'ensemble des préoccupations associées au dévoilement est présenté à la Figure 11.

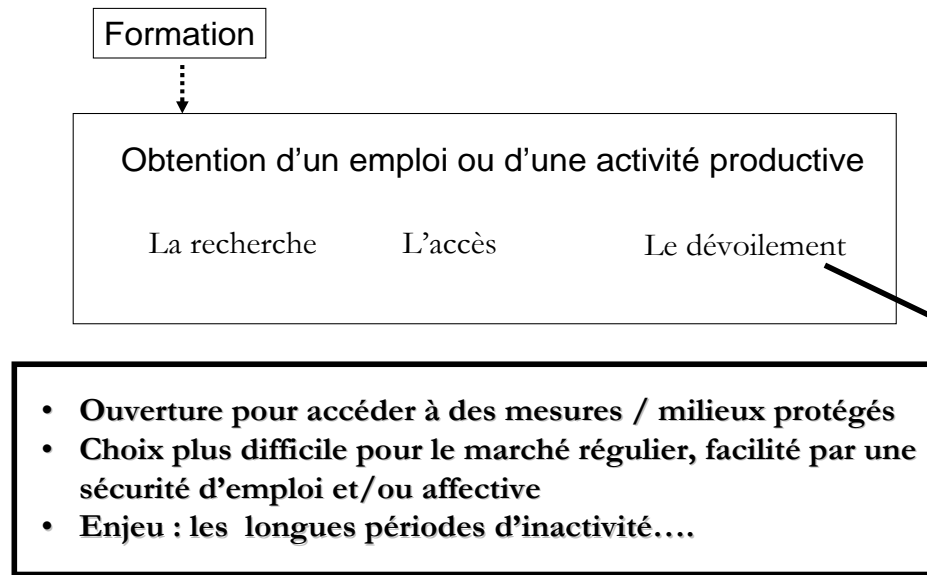


Figure 11. Cheminement professionnel des participants : synthèse des éléments et des dynamiques qui caractérisent le dévoilement

5.2.10. Ce qui freine l'accès à l'emploi

Plusieurs barrières compromettent l'accès à l'emploi. Trois grandes catégories de facteurs influencent cet accès : des facteurs individuels, des facteurs externes ou environnementaux ainsi que des facteurs associés spécifiquement au marché du travail.

5.2.10.1. Freins individuels au moment de l'accès

Les facteurs individuels regroupent l'ensemble des variables qui sont liées à l'individu et son histoire, autant personnelle que professionnelle. Parmi les facteurs individuels susceptibles de freiner l'insertion professionnelle, les participants rapportent le manque de formation professionnelle, les antécédents professionnels et les préjugés internalisés.

Cinq participants soulignent que le manque de formation professionnelle limite considérablement leur accès à des emplois de qualité ou compatibles avec leurs buts. Par exemple, Jim trouve du travail exclusivement dans un bassin d'emplois sous-spécialisés, faute de formation adaptée, malgré sa soif d'apprendre :

I'll go through all my life, if I never bother going to university, in taking jobs that don't require diplomas, things like that. And that's where I'm stuck. It doesn't stop me from learning the things that I'm interested in...

Le sujet demeure fort sensible pour Jim. Lorsqu'il est fait face à des personnes ayant terminé des études et sont imbus de la valeur de leur scolarité, il contre-attaque. Il tolère peu la tendance de certains de se donner une grande contenance et un statut en fonction de leurs études. Jim ne veut pas que l'on minimise ses capacités d'apprentissage ou son bagage de connaissances. Betty et Mary considèrent que des compétences lacunaires limitent leur insertion professionnelle, notamment le bilinguisme.

Annette, Mario et Michel mentionnent que leur parcours professionnel comporte de brèves expériences ou est entrecoupés de longues périodes d'inactivité constituant un frein à leur embauche. Michel témoigne de cette préoccupation lorsqu'il parle de ses buts professionnels :

S'ils ne m'acceptent pas, bien là ça va être décevant. Il faut que je fasse face à ça. Ça se peut qu'ils ne m'acceptent pas, tu sais. Ça va être difficile de cacher une maladie mentale qui dure depuis au moins 15 ans tu sais.

Ces participants sont soucieux de se reconstruire des antécédents professionnels crédibles en maintenant leur emploi actuel le plus longtemps possible. Annette sait que les employeurs recherchent des expériences d'emplois plus stables. D'ailleurs, on lui a refusé un emploi récemment dans le domaine de la restauration rapide pour ces motifs. Par contre, Annette indique également qu'il est difficile d'établir de solides antécédents professionnels dans un secteur d'économie où les emplois sont par définition précaires.

You have to have a long history of work at one place... You can't work at so many places. Because I think it was at (name of a restaurant) when I was a waitress in 1991. I was there a year and a few, nearly two months and then at (name of a second restaurant), I was there a year and two months. So I

never worked at a place more than year and a half. Not even... Of all my job history! You know... But, oh well, what can you do? (Current employer), I am going to work there longer than I will have at least two years there. That is not bad.

Cinq participants soulignent une interférence d'évènements dans leur vie personnelle qui a compromis leur insertion professionnelle. Les nouveaux arrivants mentionnent qu'il faut une période de temps pour s'ajuster et s'adapter à une société et une culture nouvelles. Paolo considère que les démarches administratives qui entourent l'obtention de la citoyenneté ou d'un permis de travail ont repoussé le processus. Annette et Mario constatent que les tensions et les conflits conjugaux ou familiaux leur ont fait perdre l'énergie qu'ils auraient pu consacrer à leur insertion professionnelle.

Les préjugés internalisés peuvent freiner le désir d'une personne de s'engager dans une recherche d'emploi. Par exemple, Malcolm a longtemps pensé qu'il ne pourrait pas accéder au marché de l'emploi. En fait, il a nourri cette pensée tout au cours de sa recherche d'emploi et son séjour dans un programme de réinsertion professionnelle. Jim constate avec désarroi l'effet qu'ont les préjugés internalisés chez certains de ses amis. Ceux-ci n'osent pas envisager la possibilité qu'ils puissent travailler et actualiser leurs intérêts professionnels. Il raconte qu'il se désespère de voir un de ses amis hospitalisés se dire qu'il ne travaillera jamais, même dans une animalerie alors qu'il s'intéresse vivement à son aquarium :

He says to me, the first thing that came out of his mouth was "Oh, well the people that worked there you know that they got PhD's and bio-blah-blah-blah... Man! And you're just an excuse, you're giving them an excuse, you're doing, you're already doing it. Something that you love and that you're good at. You're good at. Those things are thriving, they're happy. They have to be. They've got, they're in the right environment. And you're, you're providing them food. And you love them. And what? You can't do that for a living, as a job, as a job? You'd enjoy [...] He sleeps a lot. I motivate him; I provide those ideas to try to help him out or whatever because I know he's capable of doing...

Les préjugés internalisés peuvent restreindre le recours à des programmes et des mesures d'appui à la réinsertion professionnelle. Alex a longtemps hésité à demander de

l'aide, car il lui fallait alors se dévoiler et aussi admettre une étiquette qui serait lourde à porter : *"It's a very hard decision to make to come to one of these places because they're labelled as mental whatever you know and you don't want to be labelled that"*.

Selon Nathalie, certaines manifestations de la maladie ou des effets secondaires de la médication l'embarrassent puisque ceux-ci peuvent être visibles et la stigmatiser. Elle est rigide et elle tend à figer son regard lorsqu'elle est en interaction. Ce comportement la rend mal à l'aise, et elle constate que le regard des autres sur elle change : « Parce que des fois dans mes yeux ça paraît, dans mes corps... Dans mon corps, je suis rigide. Pis des fois ça paraît. »

Michel note des barrières attitudinales chez certaines personnes aux prises avec des incapacités, notamment des attentes élevées du point de vue salarial. Or, ce participant insiste sur les bienfaits d'occuper son temps, peu importe le salaire. Il constate que certains, dans ce contexte, ne cherchent pas à s'investir dans des activités associées au travail. Fait intéressant, ce participant décrit aussi qu'il ne peut pas se permettre de perdre les avantages associés à la sécurité du revenu.

Les gens qui sont trop, qui ne réalisent pas quel bien ça fait de s'occuper, de travailler, d'aider les autres. La plupart du temps, tu sais on aide quelqu'un ou même de faire de quoi, ça aide. Que ça développe éventuellement sur quelque chose. Ils sont trop courte vue, ils ne voient, ils ne voient pas assez loin. Ils voient juste que: "Oh, non moi, faire quelque chose gratis, moi je ne fais pas ça, tu sais." J'en ai rencontré un peu de ça, du monde comme ça. Je trouvais ça dommage qu'ils pensent ça, tu sais...

La Figure 12 résume les freins à l'embauche qui appartiennent davantage à l'individu ou à sa trajectoire de vie.

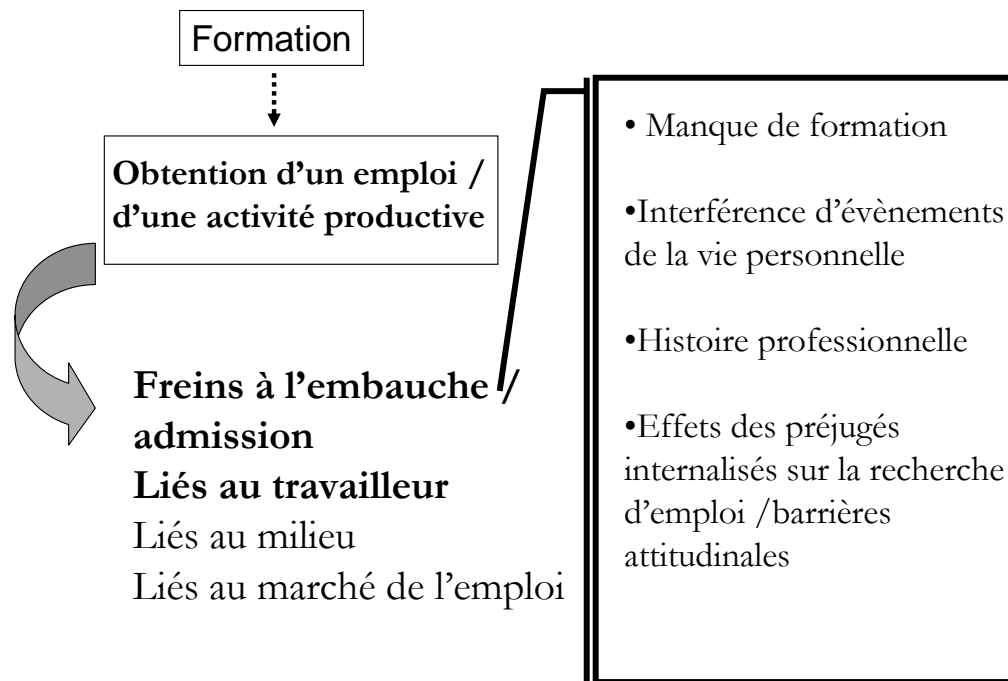


Figure 12. Les freins à l'embauche qui relèvent de l'individu ou de la trajectoire des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves

5.2.10.2. Freins externes ou environnementaux à l'accès

Les facteurs externes ou environnementaux rassemblent ici les variables qui ne dépendent ni de l'individu, ni du marché de l'emploi. Parmi ceux-ci, les participants rapportent le manque de moyens ou de services adéquats ainsi que les prédictions négatives de leur réseau de soutien.

Le manque de moyens réfère aux lacunes observées en ce qui concerne les ressources ou les repères offerts aux participants. Betty, Jim, Michel et Sylvain disent que cette absence de moyens a freiné leur accès à l'emploi. Par exemple, Michel s'attarde à quelques reprises sur un épisode où pour obtenir son congé de l'hôpital, il devait emménager dans un appartement et trouver un emploi. Il critique le fait que ces attentes sur le plan de l'intégration ne se soient pas accompagnées de moyens ou de repères :

Quand j'étais à l'hôpital, tu allais à l'hôpital, quand tu étais interne là, quand t'étais enfermé là, pis le prof... le prof! Le docteur, il ne disait pas, je ne sais pas si c'est parce que je n'étais pas assez évolué, assez guéri de ma maladie là. Ah non, il m'a dit, il m'a dit : "oui, tu ne sors pas tant que tu n'as pas une job, un travail." Mais il ne m'avait pas dit laquelle! Il ne m'avait pas dit une job pis dans une maison... [...] Mais tu sais, ce n'est pas le docteur qui a dit : "Je te suggère tel genre d'emploi ou l'expérience me dit que les gens qui..."

Les trois autres participants déplorent qu'ils n'aient pas accès à certains outils ou vêtements de travail. Par exemple, pour que Jim puisse travailler dans un garage, il devrait déjà posséder tous ses outils. Or, il ne jouit pas de ressources financières suffisantes pour répondre à ses besoins de base. Comment pourrait-il alors se procurer les outils dont il a besoin?

Les participants indiquent s'être heurtés aux prédictions négatives de leur réseau de soutien quant à leur potentiel professionnel. En fait, deux participants rapportent que les équipes de traitement ont certains préjugés. Certains professionnels repoussent le moment où les participants devraient entamer un retour au travail ou aux études. Ces participants ont suivi leurs avis un certain temps, mais ont entrepris leurs démarches en dépit des avis médicaux et professionnels émis. Voici ce qu'en dit une participante :

They (the doctors) don't give you encouragement. [...] They always are: "You just need to work less... And somebody will take advantage, advantage of you"... And things like that. It bothers them you know.

This is a big (barrier) because my doctor stopping me. And then, I am living in a group home. I should have been living in local housing all by myself and I was supposed to, should have to be able to go to work everyday. Totally dependant on myself. I'm not supposed to live in welfare. I'm not comfortable living on welfare.

Les objections constantes de son médecin amènent cette participante à ne pas se sentir appuyée dans ses projets de vie et ses décisions. Il en est de même à l'égard d'un éventuel retour en classe :

He (my doctor) doesn't want me to go the school courses because I might get sick. Because I did get sick before. The secondary 5, finishing it was a lot a

work, hey? I was studying the text. I did not know. Everything is new to me. So he worries about that.

He doesn't let me to go and take a course. He doesn't let me to.

D'autres participants indiquent que ce sont les parents et les proches qui tentent de les dissuader. Par exemple, Nathalie explique que ces parents ne comprennent pas pourquoi elle désire s'engager dans une activité productive : pour eux, elle ne fait que se fragiliser inutilement. Elle souligne aussi que ses parents estiment que cela ne peut être l'idée de leur fille, mais celle des intervenants.

Des fois, mes parents. Parce qu'ils croient pas que je devrais travailler. [...] Parce qu'ils ont peur que je rechute.

Pas croire ce que le monde peut me dire sur ma santé. Comme mes parents, ils ne croient pas que ce soit nécessaire que je travaille.

Mais comme (mon père) me dit : "Pourquoi? Pourquoi ils veulent te faire travailler?" Il ne comprend pas.

L'ensemble des facteurs externes ou environnementaux qui freinent l'embauche est résumé dans la Figure 13.

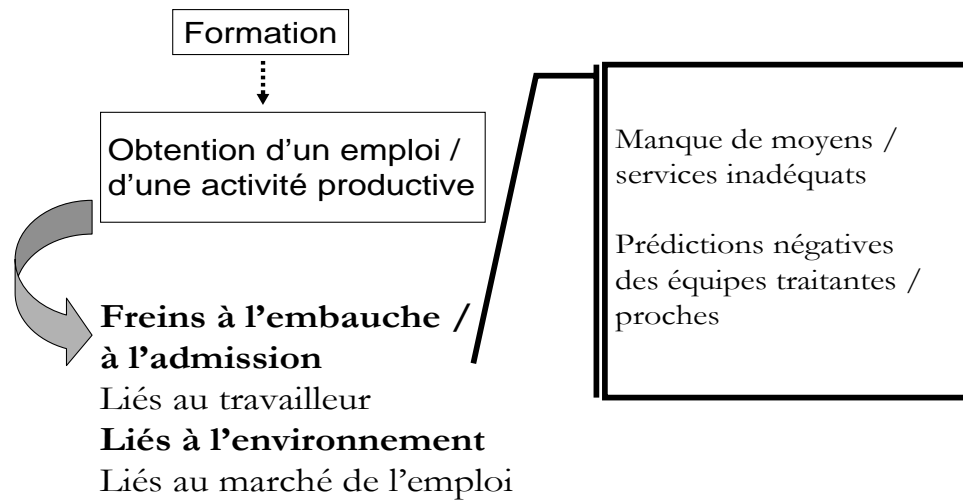


Figure 13. Freins externes ou environnementaux à l'embauche des personnes aux prises avec troubles mentaux graves

5.2.10.3. Freins associés au marché du travail lors de l'accès

Enfin, onze participants mentionnent plusieurs facteurs qui sont associés au marché du travail tels que la rareté des emplois, les pratiques déloyales de certains employeurs et diverses formes de discrimination. Sylvain constate que les emplois disponibles sont rares, ce qui complique sa recherche. Il commente ainsi la situation : « Je vais te dire, c'est dur d'aller voir pour de l'ouvrage. C'est ben rare. Elles sont rares les jobs. Elles sont rares. Ben rare, elles sont ben rares ».

Plus de la moitié des participants allèguent que les préjugés sociétaux et la discrimination amenuisent le nombre de possibilités. Alex effectue une association directe entre son diagnostic et l'accès qu'il peut avoir au marché régulier de l'emploi :

For a long time, I felt that I was worthless. (I lost) opportunities to have a job without being labelled as "schizo" or whatever, to be able to work my problems out slowly and to, more or less keep me on an even keel, you know. But stigma happened a lot to me. I had two different jobs that kind of labelled me.

It's a hurdle. It's a big hurdle. Because nobody wants to hire a sick person, you know.

La société véhicule encore des images distordues des personnes qui sont aux prises avec des troubles mentaux graves ou de leurs habitudes de vie. Ces archétypes sont tenaces et présents sur le marché de l'emploi, comme en témoigne Lucy :

I think some of the barriers are the fact that there is so many stigmas behind people who are mentally ill. They feel that mentally ill people are not able to look after themselves; they can't hold a job... They are you know into drugs or alcohol or something...

Annette et Nathalie décrivent des processus de mise à l'essai où leurs capacités et le contexte de travail n'ont pas été considérés durant l'évaluation finale. Les explications sommaires et peu détaillées de refus leur ont laissé un goût amer. Après une longue recherche, Nathalie se heurte aux préjugés de certains milieux. Alors qu'elle effectuait une période d'essai dans un autre centre d'accueil, ses capacités ont été jugées sans tenir compte du contexte de la mise à l'essai. Elle explique :

Ils ont dit : "Vous avez pas le profil qu'on cherche, vous n'êtes pas assez dynamique." Pis moi, je n'avais pas été assez dynamique parce que je ne voulais pas passer par-dessus l'animatrice. Fait que j'ai fait comme les autres personnes, j'ai suivi le prof.

Jim estime que son diagnostic psychiatrique l'empêche d'accéder aux emplois qui l'intéressent. La seule mention de son diagnostic freine le processus d'embauche.

It's just that I have a history now with me. [...] Now I'm like paying the price for it. Because like I passed the aptitude test, I passed the interview. But when it came down and I knew it at the time for the medical, it would nail me. It would nail me because I had a history and there's the effect that I've done with hospital.

Jim souffre particulièrement du fait que l'armée souscrive à ce principe. Bien qu'il puisse comprendre rationnellement les motifs d'une telle décision, il se sent dévalué comme individu.

Because I had tried lots of times [...] to join the army I came close, very, very close one time. The reason I didn't go through with it is because of that, the records of my being in a psychiatric hospital. Even though it was flying colours at the interview, when it came down to doing the medical, he said papers, give them all the rights to go through all of your medical histories and if they find wrong with you there then... [...] I've heard quite some views over why it's like that, there's some logic. [...] It wouldn't allow me to go on things that I knew what I was capable of.

Dans un contexte où subsistent diverses formes de discrimination, Annette dénonce les pratiques déloyales de certains employeurs qui engagent des personnes à l'essai, question de gagner du temps. C'est du moins, le sens qu'elle donne à une expérience de travail où elle a été congédiée rapidement, pour des motifs qui lui apparaissent farfelus. Son employeur l'a congédiée seulement après quelques jours, alléguant que les clients se plaignaient de la qualité de son français. Cette explication apparaît absurde aux yeux d'Annette, qui se dit bilingue et dont le père est francophone :

(In order) to save money, [...] they try out a new employee and after a few days they will lay them off. A man tried me out, a French man. And after a half a week or so, 4-5 days, he said: "You can't stay in the job because the customers think your French is not good enough." That was the first time I heard that! I didn't think my French was bad, he did. I mean... It probably wasn't busy enough to keep me there. So they find reasons to not tell the truth, because my French is okay.

Les facteurs liés au marché de l'emploi qui sont susceptibles de freiner le processus d'embauche sont présentés dans la Figure 14 :

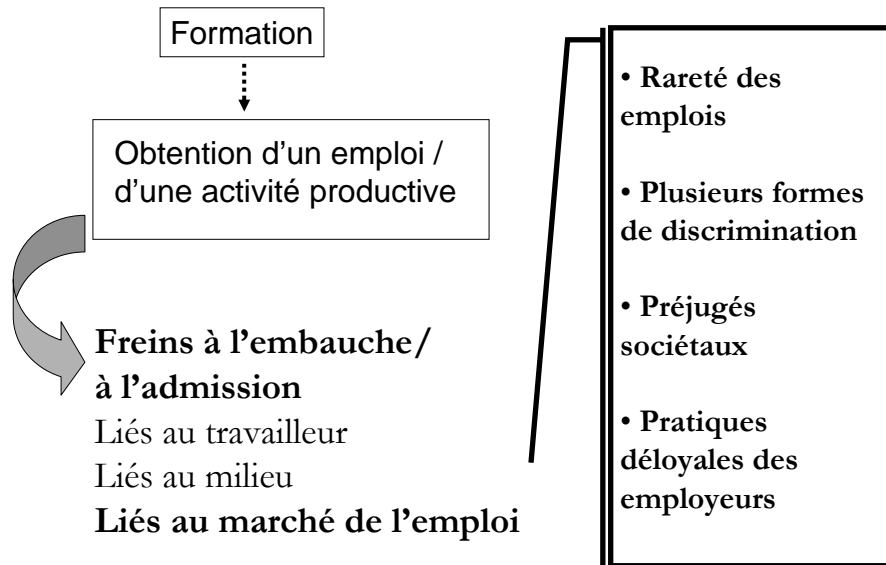


Figure 14. Facteurs associés au marché de l'emploi susceptibles de freiner l'embauche des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves

5.2.11. L'expérience des activités productives apparentées au travail telles qu'elles ont été vécues par les participants

L'insertion professionnelle ne se limite pas à l'accès au travail. Il importe maintenant d'examiner les conditions de travail dans lesquelles évoluent les participants et celles qui influencent leur développement professionnel, tel que le présente la Figure 15.

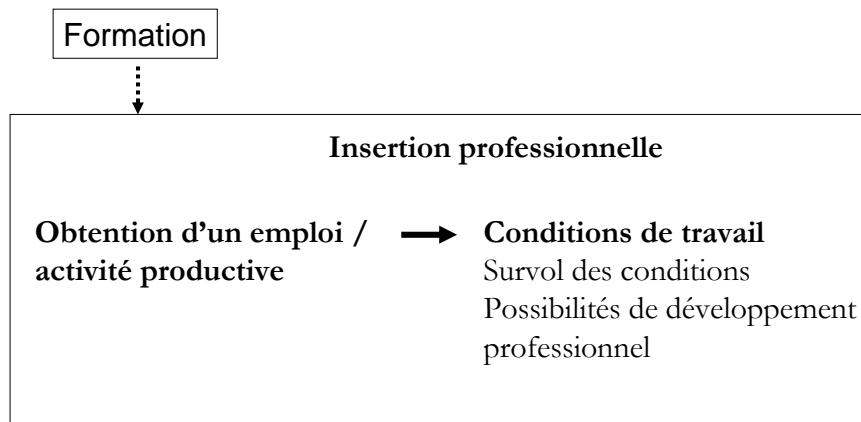


Figure 15. L'insertion professionnelle des participants : un regard sur les conditions de travail

5.2.11.1. Survol des conditions générales de travail

À la suite de l'examen de l'ensemble des expériences de travail des participants, un constat est dressé : ils œuvrent dans des conditions de travail qui sont déplorables. Premièrement, ils gagnent des salaires misérables. De fait, plusieurs participants critiquent le système d'allocations des ateliers de travail où ils reçoivent un maigre 17 \$ par semaine (en sus de leurs prestations de la sécurité du revenu). Les mesures d'insertion professionnelle (INSO) n'exaspèrent pas autant les participants, mais certains d'entre eux sont ambigus à l'égard de leur statut d'emploi. Même s'ils se disent travailleurs, les faibles revenus qu'ils reçoivent leur rappellent qu'il ne s'agit pas vraiment encore d'un « réel » emploi. Lorsque les participants sont des salariés, leur rémunération demeure très près du bas de l'échelle salariale, voire en deçà du salaire minimum. Plusieurs participants soulignent qu'ils continuent de recevoir des prestations de la sécurité du revenu malgré qu'ils soient salariés, car leurs revenus d'emploi sont moindres que les prestations qu'ils recevaient au départ. En raison du plafond de revenus supplémentaires fixé par

Emploi-Québec, Mary estime qu'elle peut jouir de 55 % de son salaire tandis que l'autre portion est versée au programme de sécurité du revenu. Bien qu'il ne s'agisse que d'une perception, cette assertion de Mary affecte sa compréhension de ce qui gêne son insertion dans le marché du travail, mais aussi de ce qui la maintient dans la pauvreté.

Pour leur part, Jean, Mario et Michel qui ont obtenu des emplois par l'entremise d'agences de placement privées, déplorent que le tiers de leur salaire soit retenu par l'agence en guise de dédommagement pour payer leurs frais d'administration, et ce, le temps que dure leur emploi. De plus, ces participants constatent qu'à travail équivalent, ils n'obtiennent pas tous les avantages auxquels ont droit leurs collègues puisque leur employeur est en fait l'agence de placement. Il n'est pas rare que les participants soient licenciés quelques jours avant d'être admissibles à des services ou des avantages qui sont offerts par l'entreprise hôte. De plus, les heures de travail qui leur sont assignées sont plus limitées ou morcelées. Enfin, Jim et Sylvain soulignent que certains employeurs ne les ont jamais rémunérés tel qu'ils s'étaient engagés à le faire au moment de l'embauche.

Deuxièmement, outre quelques exceptions, les participants n'ont droit qu'à très peu d'avantages sociaux. En fait, ils leur arrivent même de perdre des avantages qui sont associés à l'aide de dernier recours. Seuls ceux qui reçoivent toujours une part de leurs prestations conservent les avantages. Les participants salariés soulignent que si, au départ, ils gagnent un salaire brut plus élevé que la somme qu'ils recevaient alors qu'ils étaient bénéficiaires d'une mesure INSO, ils se sont appauvris en travaillant. En effet, lorsque Mario considère ses revenus nets et le fait qu'il doive se procurer à ses frais son laissez-passer d'autobus, il dispose d'un revenu moindre pour assurer sa subsistance. À l'inverse, Michel jouit actuellement d'avantages incomparables : il peut manger gratuitement dans son milieu de travail, en recevant cinq repas par semaine. De plus, lorsqu'il reste de la nourriture, le cuisinier lui prépare des contenants, ce qui lui permet de réduire ses frais d'épicerie. Enfin, Michel utilise un ordinateur, dont il se sert pour avoir accès à des services Internet prépayés, tant qu'il conservera son emploi. Toutefois, il n'en a pas toujours été ainsi. Michel se souvient fort bien du moment où il travaillait dans une friperie, et où il devait payer chacun des articles qu'il voulait se procurer, alors que l'entreprise les recevait en don. De tous les emplois mentionnés par l'ensemble des

participants, seuls deux employeurs offraient aux participants des avantages sociaux et un accès à la syndicalisation. Un seul mentionne jouir d'un régime d'épargne-retraite et d'une assurance-invalidité.

Très peu de participants disent avoir droit à une indemnité de vacances ou à des vacances payées. Plusieurs rapportent ne pas être rémunérés pour les congés fériés. Quelquefois, les employeurs du domaine de la restauration offrent en guise d'avantage un café ou un repas gratuit. Enfin, des participants, dont Michel, expliquent ne pas avoir reçu d'avantages pendant qu'il a occupé certains emplois simplement parce qu'ils ne les avaient pas demandés.

Troisièmement, lorsque les participants arrivent sur le marché régulier de l'emploi, ils tendent à exercer des emplois sous-spécialisés, dans des milieux où règne en maître la précarité d'emploi. Annette conclut que la sécurité d'emploi n'existe pas dans les petites entreprises pour lesquelles elle a travaillé : « *You have to get into a big business to get a, a stable job, you know. The small businesses you don't know when you are going.* »

Michel et Sylvain disent même avoir hérité d'emplois dont nul ne veut. Michel explique qu'à la suggestion d'une connaissance, il fait appel à une agence de placement, qui lui offre des emplois sporadiques. Il découvrira plus tard que l'agence est louche, qu'elle forge des documents d'identité, qu'elle offre des emplois indésirables à des sans-papiers. En fait, il trouve des emplois de piètre qualité, que personne ne semble vouloir :

J'avais un balai là, j'ai enlevé la, la terre qu'il y avait sur le boulevard (nom du boulevard) en face de la compagnie (nom de la compagnie). Parce que ça faisait des mois pis des mois que la poussière s'accumulait sur les rues pis eux autres ils ne voulaient pas la nettoyer. Pis la ville les a obligés fait que ils ont appelé notre agence pis notre agence a envoyé 3 balayeurs pis moi je faisais partie de ces balayeurs là. Fait que c'est de la job physique pis dégradante pis euh... Ben dégradante, c'est relatif là. Y'en a qui font, qui font ça tout le temps balayeur, mais moi je trouvais que... Il faut que ça se fasse là. Mais moi je disais, ben y'a des machines... Il y a des machines pour faire ça, tu sais, des fois. La ville a des machines. Mais non. C'était le balai pis euh...

Annette, Betty, Malcolm et Mario décrivent avoir assumé un travail de soir ou de nuit. Les conditions de travail rapportées par les participants étaient difficiles : cadence effrénée du travail et horaire de travail trop longue (dix heures consécutives). Le fait de devoir effectuer des heures de travail supplémentaires fait parfois partie des attentes minimales de l'employeur, sans que ce dernier ne paie ces heures. Par exemple, après le départ d'une collègue, Betty a assumé la charge de travail de cette dernière en plus de la sienne : elle a travaillé de 11 heures jusqu'à tard dans la nuit, quelquefois une ou deux heures du matin. Selon certains participants, les employeurs exercent parfois des pressions indues afin que des tâches plus longues soient terminées durant les heures normales de travail de sorte que l'employé ne reçoit pas de somme d'argent supplémentaire sur son salaire.

L'absence de pauses ou le fait que l'employeur s'attende que son employé fasse systématiquement des heures de travail supplémentaires pour remplir les tâches confiées constituent d'autres exemples du non-respect des limites des travailleurs. Et lorsque Jim exprime ses limites alors qu'il est malade, il se fait rabrouer et subit des pressions de l'employeur. Bien qu'il puisse s'absenter pour des raisons de santé, son superviseur lui fait sentir qu'il devrait quand même se présenter au travail et que sa demande n'est pas légitime.

He tried to get me come into work this morning. I said to him I'm not feeling well at times in the middle of the night, trying to breathe. I was having problem breathing. And like, the day before I went there, I did from morning 'til noon. And right just before noon he came and I said "while I'm going home at lunch. I can't continue on." I was panting for breath.

Quatrièmement, plusieurs participants rapportent des facteurs de marginalisation dans les tâches ou le milieu de travail. Certains participants soulignent qu'ils sont nettement moins rémunérés que leurs collègues qui exercent des tâches équivalentes. Ce phénomène de marginalisation est perçu et relevé par plusieurs. Par exemple, Jim constate que des collègues arrivés après lui ont déjà eu une ou plusieurs augmentations de salaire. L'un d'entre eux, qui effectue un travail similaire, reçoit 15 \$ de l'heure alors que l'employeur

ne verse que 4,80 \$ pour son salaire. Il ne sent pas en mesure de demander une augmentation parce que son statut rend une telle demande futile.

I haven't been able to ask for that. Because of that and I feel like I'm not in a position. I found out, like I'm not supposed to tell (name of boss), my boss this, because I learned of it today, that my co-worker he got a raise at the end of the first month he started. And I started before him. And he got a raise, because he asked for it a few times too.

Cette marginalisation se reflète aussi dans les tâches : contrairement à ses collègues, Jim manipule fort peu de machinerie, mais il aimerait qu'on lui accorde ce privilège. Paradoxalement, alors que son employeur craint qu'il cause un accident, il ne lui fournit pas d'équipement de protection. Or, durant la période des entretiens, Jim subit deux graves accidents au travail dont il n'est pas responsable et qui sont dus à la négligence des collègues et surtout des équipements défectueux et peu sécuritaires. Jim rapporte avoir été harcelé afin de ne jamais révéler les vraies causes de ses blessures, qui l'ont d'ailleurs laissé des séquelles physiques.

5.2.11.2. Possibilités de développement professionnel dans le cadre des activités

Trois thèmes se dégagent sur les possibilités de développement qui sont offertes ou perçues par les participants dans des activités productives apparentées au travail qu'ils exercent : les programmes de formation des travailleurs, les apprentissages issus d'expériences professionnelles ainsi que les chances d'avancement.

Programmes de formation des travailleurs

Neuf participants ne font pas mention d'une quelconque formation en emploi. Certains participants, tel Mario, n'en voient pas la pertinence compte tenu qu'ils connaissent la nature de leurs tâches :

So I came over here, they didn't give me any training at all, but I knew my job. The only thing new there was for me, was to wash the containers, needs to be like plunger that was new for me. But all the rest was nothing new.

C'est de façon pragmatique, en observant les collègues, que plusieurs s'initient aux tâches qui leur sont assignées. L'encadrement semble peu soutenir le développement des compétences comme l'illustre le cas de Nathalie. Celle-ci constate qu'elle pourrait bénéficier d'une formation d'appoint en lien avec son rôle de bénévole dans un centre d'accueil. Si elle possède les compétences pour animer un groupe de mobilisation, elle n'a jamais œuvré auprès d'une clientèle en perte d'autonomie ou malade. Elle aurait souhaité s'outiller davantage afin d'adapter ses façons de faire. Or, rien n'est prévu à cet effet.

Pour sa part, Michel déplore le manque de formation en cours d'emploi. De façon générale, les processus d'orientation à l'emploi ont été brefs, surchargés d'information. Par exemple, Michel décrit ici le processus d'orientation alors qu'il agissait à titre d'agent de sécurité à un nouveau milieu :

Sauf que je n'avais pas vraiment ce qui fallait, ou encore il ne me préparait pas... Il n'était pas... Ce n'était pas adapté à ma personnalité pour me fournir ce que moi j'avais de besoin pour faire une bonne job. Ils me formaient en moins d'une heure ou deux tu sais. J'allais voir un gars là. Tu fais ci, tu fais ça. Tu barres, tu barres cette porte-là. Tu fais le tour. Tu vas dans le corridor. Pis moi, je suis un type nerveux, tu sais, moi... Pas nerveux tout le temps, mais quand tu me parles d'une nouvelle affaire, chus comme ça là. Pis je ne suis pas cool genre: "ah, pas de problème pis si j'oublie j'oublierai!" Non, non, tu sais, je... [...] Je veux bien faire, je veux être parfait, perfectionniste, pas oublier pis là, je m'imagine... J'ai une imagination aussi pis je me disais: «Aie si j'oublie de barrer la porte pis quelqu'un rentre pis tout ça.

Effectivement, Michel associe le fait qu'il a été mal orienté et le manque de formation à certaines de ses rechutes :

C'est ça très peu de formation, ce qui faisait, ça me faisait rechuter. Je rechutais là, je faisais des hospitalisations de fin de semaine là. J'allais à l'urgence. Là il me "patchait" pendant 3 jours. Puis, après 3 jours, ils me retournaient chez nous. Mais là, je ne pouvais plus retourner au travail, ça m'avait brûlé.

L'expérience de Michel contraste avec celle de Lucy qui témoigne des efforts constants dans les milieux où elle a effectué du bénévolat de lui offrir une formation préalable et dans certains cas, continue. Elle considère que ces formations sont pertinentes. Lucy explique par exemple que durant une expérience de parrainage civique, elle a été sensibilisée à ce qu'elle pouvait ou ne pouvait pas faire, à évaluer les facteurs de risques, à mieux gérer le stress ou à négocier lors de pairages difficiles. Elle déplore cependant la surcharge d'information. En effet, certaines rencontres lui apparaissent longues et les manuels d'orientation volumineux :

I guess, another thing I don't like is the fact that the meetings that we have once a month, are usually very long. [There are] about three hours or something. The training and the procedures and a whole bunch of stuff that we are suppose to read because of the new manual... And I'm trying my hardest, my hardest to take the time to actually reading it.

Lucy est la seule participante qui dit avoir reçu une formation en emploi, laquelle a été adaptée aux attentes de rendement (et peut-être moins au style d'apprentissage des participants). Or, les expériences auxquelles elle fait référence demeurent non rémunérées. La vaste majorité des participants n'ont pas accès à de la formation en lien avec leur travail, malgré un besoin chez certains d'être accompagné ou outillé. Dans ce contexte, quels apprentissages ont-ils reçus de leurs expériences productives?

Apprentissages découlant des activités productives

Alex, Jean, Paolo et Sylvain disent ne retenir aucun apprentissage de leurs expériences de travail. Certains indiquent que leur travail demeure sous-spécialisé, leurs tâches parfois absurdes, et qu'il est difficile d'inférer des apprentissages à partir de leurs expériences professionnelles. Par exemple, Michel qui valorise ses études universitaires, explique avec dérision que son travail dans un centre de triage et de recyclage lui a appris à faire des catégories.

Des fois c'était des affaires, c'était du "junk". Tu sais, le monde, ils vident leurs affaires, on prend tout. C'est toutes sortes d'affaires qu'ils donnent. Tu as beau faire des catégories à un moment donné, tu ne sais plus. La Barbie pas de tête, on la met tu avec le GI Jo ou on le met?... Tu ne sais plus là... Ça vas-tu aux poubelles? Ou toutes sortes d'affaires. Non, mais ça m'a aidé à faire des catégories.

Pour certains, les apprentissages existent, mais demeurent difficiles à définir. Par exemple, Marcel indique que le travail lui a permis d'apprendre. Cependant son discours à cet égard demeure vague : « J'ai appris des choses tu sais. Des choses, des bonnes choses. »

D'autres ont su tirer de leurs expériences professionnelles des apprentissages plus significatifs. Mary a appris à mieux tolérer le fait qu'il est possible de faire des erreurs. Sa superviseure manifeste plus d'indulgence que Mary à l'égard de sa performance au travail et l'amène à rire de bévues sans importance qu'elle avait commises et qui jusqu'ici la tourmentaient : « *And I know they think big point I learn from the (name of the store), it is okay you make a mistake.* »

Betty tente toujours d'apprivoiser ses erreurs, mais y demeure fort sensible. C'est en travaillant comme serveuse qu'Annette a amélioré ses habiletés interpersonnelles : ce sont les serveuses qui développent une relation agréable avec leurs clients qui reçoivent le plus de pourboire :

You can talk to them more, it is more than just: "Hi!" cashier. You know, at the cash and at the counter, you get to talk to people but... It's not more than just a short talk and you have to be more outspoken when you are a waitress.

And the nicer you are to them the nicer they tip you, but sometimes they don't. It sharpens you skills I think when you are a waitress.

Quant à Mario, il a appris à mieux se comporter vis-à-vis de l'autorité, à s'affirmer adéquatement plutôt que de fuir ou exploser lorsque des irritants se présentent :

Dans le passé, j'aurais dit: j'aurais rentré, (inintelligible) "punché" et commencé et j'aurais éviter les boss. Là, j'évite pas les boss, avec le (nom du programme), on m'a habitué de confronter les boss. Et pour moi, ça c'est une étape aussi pour me "réadabiliter".

Malcolm a appris qu'il faut garder un emploi afin d'obtenir des antécédents professionnels crédibles :

Well to keep the job, I believe that the one thing I will put to myself. Keeping a job, you must keep for a certain time. If you don't' keep job you'll just be going everywhere. Getting a job there. Getting fired or being in a job that you don't like. If you don't like it... How are you going to learn to get a good job one day?

Malcolm a surtout développé sa capacité à mieux vivre avec la critique alors qu'il a souvent été rudoyé dans son milieu de travail. C'est grâce au soutien d'un intervenant d'une ressource de réinsertion professionnelle qu'il a pu se convaincre de la pertinence de s'affirmer :

But (name of practitioner, workshop) told me to be assertive. Like talk when, when... Talk when you have a problem. Because don't keep it inside, because it's going to boiler up.

The thing is... When I was being criticized; Like, Mr. (name of supervisor) told me "you must be assertive". [...] That's the lesson I kept. That one and the big lesson.

That helped me a lot! Because a for one thing, it helped to answer my boss. Like to tell them, like if I didn't understand something even if, even if they were going to tell me... Something, something negative, you know, yells at me or whatever that it was wrong or right. Like, for one thing, it helped me out to be, to be explicit it. If I just it keep it in and don't say nothing, then that's going to make it worse. You must talk; you must talk in this... To work anywhere you must talk. Because if you don't talk well they don't know what's in your head and you could go ("bombose head"), go crazy.

L'expérience de Betty ressemble à celle de Malcolm. Puisque Betty s'occupe du registre de paie, elle doit traiter les plaintes des travailleurs qui bénéficient de services de réinsertion de l'organisme qui l'emploie : elle a donc développé sa capacité de faire face à la critique et de s'affirmer, tout en demeurant courtoise. Grâce à son expérience philanthropique dans un abri pour itinérant, Lucy est plus sensible à la situation des plus démunis : « *It was more like an eye opener because I got to see so many different people who were less fortunate.* »

Actuellement, Nathalie anime des séances d'exercices légers pour des personnes en perte d'autonomie. Forte de son expérience en enseignement de la danse, Nathalie apprend une autre façon d'appréhender le mouvement : non seulement faut-il qu'elle guide parfois le mouvement des personnes âgées qu'elle accompagne, mais il faut surtout qu'elle apprenne à décoder ce qu'elles veulent. En effet, certains participants aux séances qu'elle anime ne peuvent pas verbaliser le fait qu'ils ne veulent pas bouger. Elle apprend donc à décoder ce qu'ils veulent, à travers leur langage non verbal.

Plusieurs indiquent que c'est de façon pragmatique, en faisant les choses, qu'ils acquièrent des compétences. Jim souligne qu'il a beaucoup appris sur le travail de mécanicien lorsqu'il travaillait comme journalier dans le garage. Pour Betty, le travail constitue une occasion d'apprentissage où elle peut s'accomplir et acquérir des compétences professionnelles qui lui seront peut-être utiles plus tard. Elle y met en pratique des compétences génériques, comme celles de mieux maîtriser son doigté au clavier ou des compétences linguistiques récemment acquises, sa langue maternelle n'étant ni l'anglais, ni le français. Betty énumère longuement les compétences qu'elle a acquises de façon pragmatique au travail, de la tenue de livres à l'assemblage d'un jeans. Pour sa part, Lucy indique qu'elle apprend mieux son travail par des démonstrations que par des directives : « *I'm good [...] when somebody shows me something instead of just telling what to do.* »

En résumé, certains participants tirent peu de leçons de leurs expériences professionnelles : une pauvre congruence personne-emploi, un manque de défi et des antécédents d'emploi limités semblent expliquer cette perception. Si certains participants considèrent que l'apprentissage expérientiel leur convient davantage, il n'en reste pas

moins que les compétences développées demeurent génériques. Les apprentissages sur lesquels les participants insistent davantage concernent des habiletés interpersonnelles comme l'affirmation de soi et la communication ainsi que des habiletés intrapersonnelles telles la capacité de faire face à ses erreurs ou à ses limites. Dans un contexte où les participants ont eu peu de formation qualifiante, peuvent-ils obtenir de l'avancement?

Promotion en cours d'emploi

À l'exception de Jean qui a obtenu de l'avancement dans une épicerie lorsqu'il était étudiant, nul n'a connu ce privilège. Seulement deux participants parlent de leurs espoirs de promotion, qui sont loin de s'actualiser. Mario espère se maintenir dans le domaine de l'entretien, mais gravir un moins un échelon et qui sait, peut-être obtenir un meilleur emploi ailleurs: « Je ne veux pas travailler ici 3-4 années, si je peux. « *I wanna move on* ». Mais au moins pour les deux premières années, je veux au moins avancer d'échelon ».

Quant à Jim, afin de lutter contre l'adversité qu'il vit au quotidien, il rêve d'une promotion et de devenir à son tour contremaître. Il souhaiterait assumer un plus grand pouvoir, mais surtout remplir un rôle moins éreintant et fuir de difficiles conditions de travail :

(Name of foreman), I'd love to have his job and have the control that he has. And tell people what to do, there's like a balance of it. So more fun and variety in it. That makes it more fun, more worthwhile, really, like doing it like heavy work every day, every day... And your back starts to ache...

The job I'm in now, I mean ... Wood block, wood block is one tonne. And we move hundreds of those a day! You know, I've got down... I've got down. I want easier, easier work. More and more, I guess like...a higher position where there's like you know...

Jim croit posséder les qualités de leadership nécessaires :

I know how to get their act and respect, and not... You know like, to treat a person properly. Because that's the way I am with my friends. It's the way I am with my family so you know a leadership position would be something I'm capable of. [...] You know, I could be a foreman where I work. You know after ten years of working you know all the ropes, or whatever.

Jim espère qu'il est encore possible d'amorcer une carrière à la base et de gravir les échelons. Malgré son désir d'être promu, il constate qu'il occupe souvent des emplois qui comportent peu de potentiel sur le plan de l'avancement. À quoi bon s'investir alors? À quoi bon tolérer l'intolérable?

You can work your way from the bottom of something and work your way up. You know there, I believe in that theory or, that start from the lowest and make it to the top. Yeah, whatever. I think when I am in my job now, there's no chance, at the beginning there was, like I don't want to be in, I know I when I'm in a job, where it's a dead end job. That I don't stick around, you know what I mean. Like the job I'm in now, I wanted to do the fork lift but I'm only allowed to do certain things with it. But it's a start, if I stick with this job you know, you know change to more and more work, and more experience, and with age. (Mumbles) Those are the kind of ways of looking for, to elevate in my position.

En résumé, les chances d'avancement des participants sont quasi-inexistantes sur le plan professionnel. S'ils ont eu des occasions, ce fut avant l'apparition de la maladie. Néanmoins, certains espèrent obtenir de l'avancement afin d'améliorer leurs conditions de vie ou fuir des conditions de travail trop exigeantes à la longue. La Figure 16 permet de synthétiser l'information recueillie auprès des participants concernant les opportunités de croissance offertes aux personnes aux prises avec des troubles mentaux graves, lesquelles demeurent relativement limitées.



Figure 16. Synthèse des éléments qui décrivent les possibilités de développement telles qu'elles ont été perçues par les participants

5.2.12. Soutien à l'insertion professionnelle

Les sources de soutien qui sont abordés dans cette section comprennent un ensemble des ressources, de contextes, d'individus facilitant le maintien d'une activité associée au travail pour les participants. Comme l'indique la Figure 17, quatre grandes catégories de facteurs influencent le maintien dans ces activités : les facteurs externes, les facteurs personnels, les facteurs associés à la maladie et son traitement et les facteurs associés au milieu où s'exerce l'activité productive.

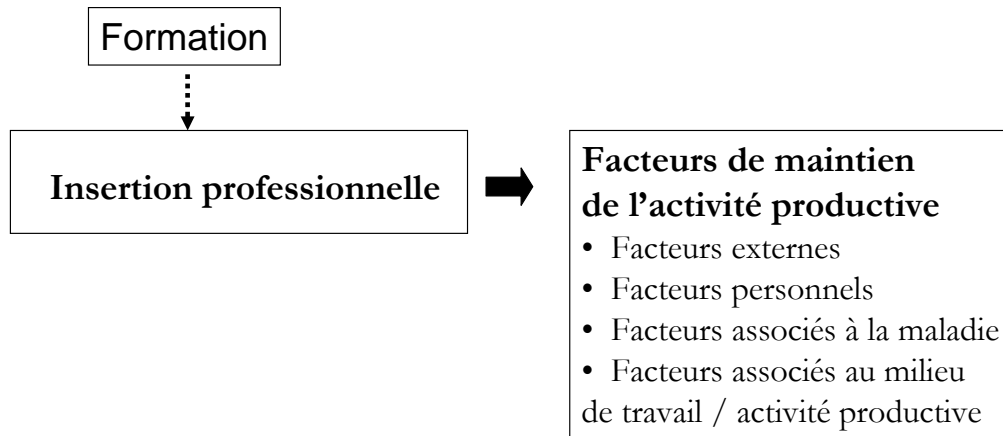


Figure 17. Cheminement professionnel des participants : un regard sur les facteurs de maintien dans l'activité productive

5.2.12.1. Facteurs externes

Parmi les facteurs externes, les attentes et les contraintes du milieu peuvent parfois assurer le maintien en emploi. En effet, les foyers de groupe demandent parfois que les participants sortent de la maison pendant la journée. Betty et Michel disent qu'après une période d'inactivité professionnelle, ces règles ont forcé leur mobilisation, pour le mieux. Par exemple, Betty mentionne qu'elle vit dans un foyer où les résidents doivent quitter leur logis durant la journée et faire des activités à l'extérieur. La plupart de ses colocataires travaillent en atelier protégé alors qu'elle est la seule qui bénéficie d'une mesure d'insertion à l'emploi. Bien qu'elle exprime le désir de se mobiliser de toute façon, ces conditions poussent l'ensemble des résidentes à adopter un mode de vie plus actif. Par ailleurs, ces attentes doivent aussi être accompagnées de moyens intéressants et de possibilités

attrayantes. Michel indique par exemple que par ce processus, il a pu bénéficier de l'émulation de modèles, alors qu'il voyait ses pairs contribuer socialement grâce au bénévolat ou assumer des emplois. Surtout, Michel a reçu des appuis tangibles, contrairement à ce qu'il a vécu durant son séjour hospitalier où on l'avait obligé à se trouver un emploi seul pour obtenir son congé.

Ces attentes et ces conditions sont une source de soutien pour ceux qui souhaitent se mobiliser, surtout lorsque qu'ils considèrent le travail comme une occupation. Notons cependant une exception : Mary décrit comment les contraintes de son rôle de mère la force à prendre soin d'elle. En effet, parce qu'elle est responsable de son fils, elle doit travailler sans dépasser ses limites. Or, Mary considère que son emploi fait partie de son développement professionnel.

Marcel, Mary et Michel indiquent l'importance des formes de soutien plus symboliques telle l'existence de modèles. Pour Marcel, le fait de travailler conjointement avec d'autres personnes aux prises avec des difficultés similaires a eu un effet bénéfique sur son potentiel. Il y a trouvé une certaine émulation chez ses pairs, qui tentent tout comme lui d'assumer une vie active et productive : « J'ai eu du monde comme moi sur (le nom de la rue) là... Même dépression que moi. J'ai trouvé ça, ben là, j'ai ouvert mes yeux. »

Alors que certains ont trouvé cette émulation en côtoyant des pairs qui travaillaient, Mary a tiré profit de l'influence de modèles qui ont été présenté sur une bande vidéo à un groupe psychoéducatif. Le témoignage entendu a été marquant pour elle, à la fois pour son rétablissement et son insertion professionnelle :

And because he was a schizophrenic, so it helped me go to the (name of the program) too. [...] I remember he said, "I work volunteer and after I start work one day and I was managing. After six months I feel ready I add a day. Another six months and I feel ready". Now he working, he goes step by step and now he's a full-time. He works full-time. He's married, he has a child, and he heals himself from the sickness... And it gives me hope.

Pour sa part, Michel se réjouit d'avoir trouvé sur sa route, dans des foyers de groupe où il a vécu, des pairs qui travaillaient. Il a trouvé en eux des modèles, mais aussi des sources d'information sur ce qui pouvait s'offrir à lui.

Mais, ils (les intervenants à l'hôpital) ne proposaient jamais rien de concret. Pis personnellement, dans mon entourage j'avais personne qui, qui m'inspirait. C'est juste quand j'ai déménagé dans des foyers de groupes à (Nom de l'organisme de suivi communautaire) que j'ai rencontré des gens qui participaient à des programmes, qui me parlaient de ce qu'ils faisaient. Pis ça m'a donné le goût de participer. En même temps, ils parlaient de leurs personnes ressources qui leur avaient trouvé des emplois.

Outre l'émulation des pairs, le réseau de soutien joue un rôle déterminant dans le maintien dans l'activité productive. En effet, plus de la moitié des participants indiquent que leurs proches et leurs amis contribuent de façon significative à leur maintien en emploi, en leur signifiant leur présence, leur écoute et leur intérêt. Marcel et Nathalie soulignent le rôle de leurs parents, notamment de leur mère. Ce sont souvent ces dernières qui donnent un coup de main, quand les participants travaillent ou occupent un rôle productif et qu'ils n'ont plus suffisamment d'énergie pour remplir les tâches domestiques ou que la conciliation des rôles est difficile. Par exemple, Nathalie explique que sa mère la soutient dans ses responsabilités familiales lorsqu'elle quitte pour faire du bénévolat ou travailler : « Des fois, je ne suis pas là pour dîner, elle fait leur dîner. Pis elle coud, elle fait des réparations de vêtements...C'est plus que ça... Elle est présente, malgré [que] les enfants ne sont pas toujours contents quand elle est présente ».

Betty, Jean, Jim, Marcel et Nathalie mentionnent combien leurs proches les ont aidés à acquérir certaines compétences professionnelles. Tous ces participants, à l'exception de Jim, soulignent l'aide tangible et concrète qu'ils ont reçue des proches, soit qu'ils offrait du transport et des ressources matérielles ou mettait à profit leurs talents afin de permettre la réalisation des projets. Enfin, Mary et Betty relatent l'appui qu'elles ont reçu de leurs proches dans l'accomplissement de leurs études, allant parfois même jusqu'à leur en accorder le crédit, comme en témoigne ici Mary.

My husband helps me, for my homework. At that time I was married. My husband helps me for my homework and uh... He help me for my homework

and my mark was always eighty and plus. And I was in the board of honour student. But, in fact, I just copy from what he said to me. He told me you asking me TOO many questions about how to do things. And I finished high school anyway with his help.

C'est auprès des proches et amis que plusieurs participants cherchent du réconfort pour apaiser leurs inquiétudes ou régler leurs difficultés. En somme, comme le croit Michel, le réseau de soutien accepte parfois de jouer le rôle de filet de sécurité, de guider la personne et de promouvoir un droit à l'erreur.

« Je pense que c'est d'avoir, de savoir qu'il y a quelqu'un derrière toi qui va... Comment je pourrais dire? (Silence) Qui est là pour toi pis qui... Tu as un filet finalement, tu fais de l'acrobatie. Ce n'est pas de l'acrobatie là, du travail. Mais mettons que tu travailles. Facile là...Je sais que c'est impossible de tomber mais si tu tombes, il y a un filet, qu'ils vont dire: Pas de problèmes, on va de le remonter. C'est facile fais-ci, fais ça. Pas une petite gaffe pis c'est ben important. Il ne faut pas que tu fasses-ci, il ne faut pas tu fasses ça parce que tu sais. Savoir que tu as une équipe derrière toi qui va te montrer pis qui est toujours derrière toi. »

Enfin, l'accès aux ressources et à l'information facilite l'insertion professionnelle. Par exemple, Paolo mentionne l'apport des conseillers scolaires, susceptibles de l'orienter vers des programmes de formation pertinents. Il sait à quel point l'accès à l'information est critique, lui qui a dû déceler seul les failles de la réglementation d'Emploi-Québec afin de présenter ses revendications et de participer à la formation qu'il suit actuellement. Paolo souhaite que l'accès à l'information concernant les programmes de formation ou d'insertion professionnelle, ainsi que celle sur les tendances observées sur le marché de l'emploi soit maximisé.

5.2.12.2. Facteurs personnels

Plus de la moitié des participants insistent sur l'influence de leurs propres attitudes sur leur maintien dans leur activité productive. La réponse d'Annette à ce sujet est sans équivoque. Elle doit le maintien de son emploi aux efforts qu'elle a investi dans sa réussite : « *Effort! The effort [I] put: being on time, being nice to others, doing my share of work.* »

Cette tendance à percevoir que l'attitude du travailleur est déterminante s'affirme davantage chez les participants qui perçoivent que le travail s'inscrit dans la lignée de leur développement professionnel ou qui se voient en transition vers un développement professionnel. Une de ces attitudes est de croire en soi, et Malcolm en est l'emblème. Malgré les nombreuses barrières auxquels il s'est buté, il demeure convaincu qu'il peut les surmonter. Malcolm croit en ses capacités et estime que c'est le problème des autres s'ils ne veulent pas apprécier ce qu'il peut offrir. Il se sent capable d'accomplir les mandats qui lui sont confiés et croit qu'il a acquis assez d'expérience pour ne pas devoir se remettre en cause. Mario partage ce point de vue, mais insiste sur l'importance de ne pas sauter les étapes et d'avancer de façon progressive et ordonnée :

Because if I am in the bottom and somebody gives me a place over here, and I'm missing this, I'm sorry I don't like it. I want to do it step by step. I don't want to do it like in the past that I used to do.

Betty, Mario, Michel et Nathalie insistent sur le difficile travail par lequel ils doivent réviser leurs attentes et apprivoiser leurs erreurs. Pour sa part, Mario souligne qu'il lui a fallu développer sa capacité de faire face aux conflits et aux divergences avec plus d'ouverture, tout en se pardonnant lui-même ses erreurs, sans projeter le blâme sur autrui. Il ne craint plus de demander de l'aide et de ventiler au besoin : « *If by any chance there's something wrong, I could talk to the Centre or talk to somebody else. When usually in the past I would never do it*". [...] *And if there is a mistake, I will accept my mistake.* »

Mario souligne également le fait qu'il a dû affirmer son désir d'être autonome sur le plan économique pour accéder de nouveau au régulier de l'emploi, autant auprès des intervenants que des siens. Si ce n'était de sa détermination à se rappeler ses buts, il croit qu'il n'aurait pas reçu le soutien pour être là où il est :

So I told my (name of INSO supervisor). I told her, I said: "Listen, me, I'm 35 years old and I'm sure I can do it. Because welfare, it's good, but after that you're cursed. So I told her off the top I said "Listen, if I could find a working environment, I will work. Even though I have to lose one hundred dollars, I will go back to work.

Nathalie insiste sur la nécessité de prendre soin de soi. Elle s'encourage dans ses efforts et elle exprime le désir de se prendre en douceur, c'est-à-dire de ne pas se brusquer ou d'anticiper le pire. Pour sa part, Paolo souligne l'importance de développer de bonnes habitudes de sommeil, pour qu'il puisse non seulement récupérer, mais aussi conserver un bon niveau de concentration. Pour d'autres comme Mary, il importe de développer une meilleure compréhension des attentes ainsi que de prendre de l'expérience afin d'être plus détendue et d'améliorer son rendement : « *I don't have experience now and I believe when I have more experience, I can be more relaxed... And I can perform a good job and serve customer better.* »

La foi de Lucy et Marcel les guide dans leur parcours professionnel. Les convictions religieuses offrent des repères et certains rituels consolident la confiance en soi. Surtout, la foi est une forme de soutien lorsque la ferveur faiblit et que les doutes s'installent, comme en témoigne Lucy :

I find it helps a lot because there is sometimes where, you know, I feel very alone. And I realize that without my faith I would be lost. [...] It's like when you're going through a tough time, a friend of yours gives you a bear hug or something.

Les personnes qui considèrent le travail comme une occupation indiquent davantage qu'il est primordial d'apprécier et de respecter ses limites. Par exemple, Lucy croit que d'accepter ses limites sans trop de frustration, constitue un soutien à son maintien dans une activité productive : « *And also limiting yourself to some extend. Limiting yourself. I mean doing the best you can but don't get upset if you can't complete the task fully.* »

Annette mentionne que le fait d'avoir respecter ses limites et d'avoir travailler à temps partiel à une époque de sa vie où elle était plus vulnérable, a facilité le maintien de son emploi :

I was working part-time and I was okay part-time. I was okay but I didn't have the energy to work full-time just yet. I was trying. How would I say? I was trying feel the marketplace a little bit to see how it was after a while of not being at work.

5.2.12.3. Facteurs associés à la maladie et son traitement

Quelques participants associent leur équipe traitante au succès de leur maintien de l'activité productive. Jean et Nathalie se disent chanceux d'avoir croisé sur leur route des professionnels et des médecins soucieux de les soutenir dans leur fonctionnement. Nathalie insiste sur le rôle déterminant qu'a joué son premier médecin traitant dans son insertion professionnelle en l'incitant à maintenir une vie normale :

J'ai eu un très bon médecin qui m'a suivi pendant 10 ans. Pis lui, il disait il faut faire une vie normale. Pas plus, pas moins, une vie normale. Pis c'est comme ça que j'ai commencé à enseigner. Je surmontais ma maladie. J'étais toujours down, mais je travaillais pareil.

C'était aussi très sécurisant pour Jean d'aborder sa réinsertion professionnelle, sachant qu'il était suivi de près par une équipe compétente. Par exemple, il décrit ainsi l'appui de son psychiatre :

Savoir que j'étais suivi par un psychiatre, ça m'aidait, ça me rendait en sécurité. Parce que, ok, je le vois une fois par mois... Au début, je le voyais une fois par deux semaines qui était excellent et puis ensuite une fois par mois, une fois par deux mois tellement que j'étais stabilisé là. Alors la rencontre avec le psychiatre, tu sais, si jamais il y a avait un problème, je pouvais l'appeler pis euh... Ok, on se rencontre tout de suite. Pis je manquais au travail pis il n'y avait pas de problèmes là.

La disponibilité et la qualité de l'accueil sont des facteurs clés aux yeux des participants, autant pour les équipes de traitement que les services de réadaptation. Mario apprécie recevoir du soutien même si les choses vont bien et non seulement lorsque tout dérape : « Même aujourd'hui, (nom de l'intervenant) est venu me voir pour voir comment ça allait tout ça. Ici, même, si je fais mes 25 heures par semaine, je suis très bien accueilli. »

Alex témoigne de cette disponibilité qu'il trouve dans le programme de réinsertion professionnelle qu'il fréquente.

I feel important in this job... (Name of a practitioner) makes me feel important. She's always there when I need her and she... All I have to do is phone her up and tell her I don't feel well. And she'll say: "Oh, I'm coming

down” or... It’s stuff like that that makes me feel important. People care about me now, I feel more... more than ever.

D’ailleurs, presque tous les participants indiquent l’importance que revêt le soutien offert par les services de réinsertion. En effet, treize participants indiquent qu’au moins un intervenant d’un programme de réadaptation psychosociale ou de soutien communautaire offre un soutien primordial, voire essentiel au maintien de l’activité productive. Outre le soutien moral ou affectif, les intervenants donnent un appui que le réseau naturel n’est pas toujours en mesure d’offrir, notamment en ce qui a trait aux besoins d’information et d’accompagnement dans les réseaux de services qui sont responsable de la sécurité du revenu, de l’insertion professionnelle, de l’accès à la formation professionnelle, de la défense des droits ou du logement. Les services de réinsertion offrent une forme de sécurité lorsque le milieu de travail apparaît menaçant. Au fil du temps, certains développent des liens affectifs intenses avec un intervenant, frôlant l’intensité du lien de confiance attendu d’une relation parentale. Par exemple, Alex indique qu’une intervenante le connaît si bien qu’elle est presque une mère pour lui : « *She knows me... She’s my mom, you know!* »

De même, Mary apprécie la souplesse de son superviseur à l’atelier protégé, qui ne rapporte pas toujours ses absences. Il impose clairement les règles et respecte les capacités et les limites de ses employés. Son patron joue un rôle de mentor, de figure paternelle rassurante. Mary admire sa capacité de considérer les forces et limites de tout un chacun : « *My boss is like a father to us. To give us discipline, to help us, to care about us. And to do the work - everyday we work!* »

Les participants font largement état des caractéristiques des interventions qu’ils jugent utiles. Entre autre, les participants apprécient la disponibilité et la souplesse des intervenants qui les accompagnent directement dans leur démarche d’insertion professionnelle. Quelquefois, il s’agit d’un soutien tangible, comme recevoir un appel le matin pour le réveil. Surtout, les participants indiquent la pertinence du rôle de guide qu’assument certains intervenants dans la résolution des difficultés au quotidien, au travail comme ailleurs. Par exemple, Nathalie apprécie les bilans qu’elle peut faire avec

l'intervenante qui assume le rôle de répondante dans l'équipe communautaire de traitement intensif (ECTI) et y trouve une façon de faire face à son quotidien :

(Nom de l'intervenante ECTI), mon intervenante. Je la vois à chaque semaine. On regarde ce qui s'est passé dans la dernière semaine, ce qui ce passe en ce moment et ce qui va se passer dans un avenir qui approche. On fait le bilan.

Le soutien offert par les ressources de réinsertion constitue souvent le seul rempart qui protège les participants des effets pénibles qui sont liés aux freins à l'emploi. Par exemple, Jean tend à anticiper le pire. Il se tourne vers les intervenants pour valider la justesse de ses impressions et leur demander conseil sur la façon de d'envisager ses inquiétudes à l'égard de son emploi :

Pis il y a (nom de l'intervenant) à (nom de l'agence) qui m'aide beaucoup point de vue professionnel au travail. Alors lui, je l'appelle souvent pour des questions: «je devrais-tu parler à mon patron? Je devrais-tu y dire ci? Je devrais-tu y dire ça?». Même chose avec mon psychiatre, je pose pleins de questions par rapport à ma job, pour que, pour qui me donne des conseils. Pis souvent, je prends leurs conseils.

Pour sa part, Jim se bute surtout contre des barrières du milieu de travail. Encore une fois, l'intervenant qui l'accompagne est considéré comme le seul soutien, le dernier rempart qui sert à résister à l'adversité. Jim valide avec ce dernier ses choix professionnels et explore les alternatives à son emploi difficile. Jim apprécie que cet intervenant l'aide à réduire les enjeux d'accessibilité, se préoccupe de son bien-être et de sa sécurité, lui donne des conseils et veille à faire disparaître les obstacles qui gênent le maintien de son emploi :

He's my only support, really, he's my only support. He makes sure that I'm doing well, makes sure that if I need a couple of things if I'm having a call in or something, he's there for me. [He cares] very much. I'm sure he's helping a lot of others too. I'm not aware, you know. I'm sure. He even suggested [that he] could help get my girlfriend a job.

Mary explique longuement combien les interventions de la praticienne qui l'accompagne lui permettent de mieux se comprendre et d'envisager plus positivement le marché du travail. Elle peut ainsi parler librement de son intégration professionnelle,

valider ses impressions et apprendre à mieux communiquer ses inquiétudes. Néanmoins, Mary s'est parfois sentie en conflit avec cette intervenante. Malgré ses tentatives d'évitement, elle apprécie que l'intervenante l'ait relancée et lui ait toujours démontré son désir de l'appuyer :

So she cares about me. She wants to work with me. So, it's really good. [...] Because if you don't call me, I get disappointed, I don't go to work. [...] Because she called me I feel: oh, she's still helping me! So I don't quit my job.

Malcolm, Mario et Mary apprécient le soutien des intervenants quant à l'expression de leurs compétences sociales, notamment celle de s'affirmer et de faire connaître ses limites. L'appui des intervenants contribue au processus de consolidation de l'estime de soi et du sentiment d'efficacité personnelle chez les participants. En fait, plusieurs d'entre eux sont d'abord passés par un programme de réinsertion professionnelle, qui offrait des services en milieu protégé. C'est grâce à ces ressources qu'ils ont pu développer des liens sociaux, faire reconnaître leur contribution ainsi que leur potentiel individuel et professionnel. Marcel reconnaît ses capacités parce qu'elles lui ont d'abord été exprimées :

Bien, (nom de l'intervenant) m'a dit que j'étais un bon travaillant. Tu sais, (nom de l'intervenant) qui s'occupe de moi, il m'a dit que j'étais un bon travaillant. Un gars qui travaille bien, je faisais une bonne job. Oui. Je fais une bonne job.

Alex, Marcel et Michel insistent sur la chaleur et l'ouverture. Marcel témoigne avec candeur de la chaleur humaine qu'il a ressentie dans le programme auquel il a participé :

Ben là ça m'a beaucoup aidé depuis que j'ai travaillé au (nom de la ressource), ça m'a beaucoup aidé. Ça m'a donné un peu, pas un peu plus, mais... Un cœur tu sais. Un cœur, ça je peux dire. Un cœur ...

Mario et Nathalie témoignent du dialogue qui existe lorsque vient le temps de définir les mesures de soutien que désirent les travailleurs. Alex, Betty et Mary indiquent combien ils apprécient voir les intervenants croire en leur potentiel lorsqu'ils en doutent. Enfin, certaines personnes pour lesquelles le travail constitue surtout une occupation

significative (Lucy et Michel) apprécient l'approche structurante qu'adoptent les milieux de travail protégés et les membres de l'équipe traitante.

Près de la moitié des participants indiquent que la médication constitue une forme de soutien à leur insertion professionnelle. Parfois, c'est la plus importante. Alex témoigne en ce sens : *“I've tried breathing exercises, I've tried relaxation technique, different things to try to get me through the period that I feel sick, you know. But it's the medication that helps, it's nothing else really”*.

5.2.12.4. Facteurs associés au milieu où s'exerce l'activité productive

L'acceptation par les collègues et les employeurs

Une nette majorité des participants indiquent que l'acceptation par les pairs et les employeurs constitue une source déterminante de soutien. Voici comment Michel tente de définir cette acceptation :

Oui, une indulgence, pis une compréhension, une acceptation du fait... une acceptation. Ben moi, j'ai... Parce qu'au (nom du lieu de travail), jamais on ne m'a dit: « à cause de ton déficit cognitif, ou de tes difficulté émotives, ou de ta santé ment... » JAMAIS, mais je savais qui... Je ne sais pas, qu'ils étaient derrière moi, tu sais. Je ne sais pas comment le dire. C'est pas nécessairement dire: ah, on va te supporter même si tu retombes malade. Tu sais, ils ne sont pas venus me dire ça. Mais... je ne sais pas comment... [...] Une acceptation de qui tu es, avec tout ce que tu es, comme si tu étais un parmi tant d'autres. Ce n'est pas d'être traité nécessairement spécial, c'est juste d'être traité comme tout le monde.

Cette source de soutien revêt une importance significative lorsque le travailleur est pleinement intégré à la vie sociale de son milieu de travail. Cette intégration se traduit par des invitations à participer à des activités à l'extérieur, une participation à la vie sociale. Grâce à celle-ci, Marcel se dit apprécié, aimé et en lien avec ses collègues. L'atmosphère de travail est agréable et respectueuse. Marcel ne se sent pas épié, supervisé ou dirigé : « Bien où je travaille (nom de l'employeur), tu fais tes affaires, mais tu fais une bonne job. Tu fais une affaire des fois, bien, tu fais ta job, t'es ok tu sais. »

Mario se considère privilégié d'évoluer dans un milieu inclusif et reconnaît qu'il ne trouvera pas le même degré d'acceptation dans d'autres milieux de travail :

Mais quand les autres me voient assis, ils s'en viennent me voir : "Pis comment ça va? " Avoir des copains de travail de même, j'en trouverais pas à d'autres places. Je n'en trouverais pas à d'autres places. Si tu travailles dans un grand restaurant ou « *whatever* », oui peut-être que tu vas en « pogner » un ou deux. Mais ici c'est toute mon staff. Tu sais, c'est toute mon équipe qui travaille avec moi pis ils sont très supportants. Même la blonde du gars qui travaille, elle arrive pis : "Comment ça va? " Tu sais, ça me valorise un petit peu plus, ça me met plus en confiance, ça me met plus sur les rails.

Et comme j'ai parlé par après, la gérante, le boss et mes collègues de travail vont accepter peut-être que je chus... Et ça pour moi ça va aider beaucoup plus. Là, t'es comme dans la réalité. T'es pu dans un centre qui te met à part, un centre qui te met à part avec (nom de l'hôpital), tu es directement dans le vrai.

Non seulement, l'acceptation et l'intérêt des collègues aident Mario à consolider son estime de soi, mais ces relations lui permettent de lutter contre ses sautes d'humeur durant les jours plus sombres. Mario ne peut pas résister à leurs démonstrations d'intérêt.

It happens, I mean one or two days, I don't feel good or whatever. And "Hey what's going on? Oh, where's your smile? Oh where's your stomach (mumbles)? C'mon cheer up a bit you know." You have more of a social life.

Jean, Jim, Marcel, Mario et Nathalie disent tirer de la satisfaction du climat dans lequel ils ont exercé ou ils exercent leurs activités productives. Ces participants soulignent la gentillesse de leurs collègues, la collégialité des rapports interpersonnels ainsi que la possibilité de plaisanter et de s'amuser au travail. Dans un même ordre d'idée, Annette, Michel, Nathalie et Sylvain disent puiser de la satisfaction parce ce qu'ils peuvent se sentir en lien avec les autres. Par exemple, Sylvain rapporte que le travail lui permet de côtoyer des femmes. Par ailleurs, les trois autres participants mettent l'accent sur la gratification qu'ils ont à servir leur clientèle. Michel illustre ainsi comment il apprécie les contacts avec les clients :

Personnellement, j'adore ça. Parce que c'est très facile pis en même temps il y a comme une récompense. Ce n'est pas "plate" dans le sens qu'il y a toujours une nouvelle face qui arrive à toutes les cinq secondes. Puis, ils ont chacun leur personnalité que tu apprends à les reconnaître. C'est de la gratification instantanée, tu sais.

L'appui des collègues permet de pallier certaines lacunes et de consolider les compétences. Betty, Mary, Mario et Michel indiquent qu'ils demandent l'avis de leurs collègues, sollicitent leur rétroaction ou recherchent auprès d'eux des informations. Par exemple, Mary s'appuie sur les rétroactions de certaines compagnes de travail :

And if I need help I ask the other young lady which [...] we work one hour together. I can ask her: "Can you give me feedback? How can I perform a better job because I'm little bit nervous?" I can ask her because she studied as a social worker.

La présence d'un patron compréhensif, faisant preuve d'ouverture, est une source de soutien déterminante. Effectivement, cinq participants (Betty, Lucy, Mario, Mary, Nathalie) rapportent que la qualité de la relation avec le superviseur est déterminante. Une certaine forme d'indulgence et une absence de jugement de leur part peuvent faire une grande différence. Certains participants comme Lucy perçoivent qu'un patron compréhensif ainsi qu'une congruence entre ses intérêts, ses capacités et les demandes de son travail permettent d'évaluer le potentiel de réussite d'une activité. À titre d'exemple, Lucy remarque que durant sa dernière expérience de travail bénévole, la congruence était faible : seul l'engagement du superviseur lui a permis de rester quelque temps, donnant une couleur positive à une expérience qui aurait pu s'avérer désastreuse. Son patron faisait preuve de souplesse, de patience et d'une attitude détendue pour vaincre les effets dévastateurs de son anxiété : « *And I think that's what the important thing was: the fact that he bent over backwards. You know, he was an excellent supervisor and he just... You know he is very patient. I really enjoyed working with him.* »

Sylvain se montre peu satisfait de sa vie professionnelle. Néanmoins, il apprécie que certains employeurs lui aient communiqué des appréciations positives. Sylvain y trouve une source de validation et de valorisation :

« Moi c'est parce que j'étais... J'étais bon pis j'étais fier de... Ils étaient fiers de moi. Ils me disaient, ils étaient... Tout allait bien et ils me laissaient la chance. Ils me disaient : "Je vais bien". Je vais bien. »

Les employeurs ne savent pas toujours comment réagir vis-à-vis d'un employé qui est aux prises avec un trouble mental grave ou comment l'accommoder. Jean parle longuement du processus de sensibilisation de son employeur. Bien qu'il se soit senti menacé au départ par le désir de son superviseur d'en savoir davantage sur son état de santé, Jean a compris que ce dernier voulait bien agir à son égard et l'appuyer. Grâce à la collaboration du psychiatre traitant, Jean a constaté que son employeur connaissait bien ses besoins particuliers, lui a offert des mesures d'adaptation et l'a rassuré quant aux attentes de productivité.

Il semble que le fait que le milieu reconnaisse explicitement un droit à l'erreur permet de surmonter certains freins à l'insertion, tels l'effet des préjugés internalisés et la tendance à anticiper le pire. Par exemple, Mary a appris de son emploi actuel que les erreurs n'ont pas une conséquence aussi redoutable qu'elle ne le craignait : « *And in the (name of the store), they are very soft. And I know they think big point I learn from the (name of the store), it is okay you make a mistake.* »

Une juste dose de défi au travail

Les participants expriment combien ils tiennent non seulement à ce que leurs limites soient respectées, mais aussi à ce qu'ils puissent trouver une juste part de défi dans leur travail. Les tâches doivent faire appel à leurs capacités sans toutefois les submerger. Ainsi cinq participants décrivent avoir quitté un emploi, las de la monotonie et du manque de défis dans leurs tâches, alors que six autres attribuent la cause d'un départ à la cadence effrénée et peu respectueuse des limites de leur travail. Michel explique que sa liste de tâches avait été allongée et qu'outre son travail d'agent de sécurité, il devait assumer le rôle de réceptionniste chargé de répondre aux questions des citoyens la fin de semaine, alors que personne ne pouvait répondre aux siennes. Or, il n'a reçu aucune formation, ni préparation. Les attentes lui sont apparues si démesurées qu'il a décompensé rapidement :

Être à la cour j'aurais "toffé" longtemps. C'est quand qu'il m'a dit de travailler à la réception de l'hôtel de ville. Le monde m'appelait le soir pour me dire, mon, mes, mes.... *"My pipes are leaking I got 3 feet of water. What do I do?" "Call the fireman." "I called the fireman and they told me to call you."* Qu'est-ce que tu fais dans ce temps là? Des téléphones avec 10 000 pitons. J'avais... C'était l'enfer, je te jure, c'était l'enfer. J'ai pété au frette après, après une ou deux semaines de ça. J'ai pété au frette. J'ai fait une psychose. C'était trop. J'aurais aimé ça juste avoir l'affaire en cour là. Juste faire ça. Mais faire la cour plus la réception de l'hôtel de ville c'était trop.

Michel associe donc les emplois qui présentent peu de défis à des périodes plus stables. Il est le seul participant à avoir adopté aussi ouvertement cette position. Par ailleurs, des quotas et des attentes jugées déraisonnables par les participants peuvent conduire ces derniers à dépasser leurs limites et à se brûler les ailes, comme ce fut le cas pour Sylvain :

C'est pour ça que je ne travaille pas à (nom de l'employeur) [...] Je ne travaillais pas assez fort à leur goût. Anyway. J'ai commencé à 75... Je faisais 75 gros sacs par jour et ce n'était pas assez! [...] Il me semble que c'est assez! Les sacs sont lourds de même...

J'étais très, très, très, très vite... Extrêmement, très, très vite... Pis j'ai été trop vite dans mon ouvrage, j'étais moins vite.

Betty Jean, Lucy, Mary et Nathalie décrivent certaines mesures d'adaptation qui ont été prises, à un moment de leur parcours professionnel, et qui leur ont permis de maintenir leur travail. Ces mesures se caractérisent par une adaptation des tâches, un réaménagement de l'espace de travail, une révision du contexte dans lequel sont exécutées les tâches ou un assouplissement de l'horaire de travail. Par exemple, Mary explique ainsi les mesures d'adaptation qui ont été mises de l'avant et dont elle jouit dans son travail :

They're also nice; they know I have a mental illness because (name of rehabilitation worker) friend is there. And they said it is OK. Then they give me forty five minutes break more than other people. Yeah, so I have: instead of two breaks, I have a three break. My lunch hour also is one hour instead of half an hour. So, I can have a good rest and return to my work. And I don't speak French that much, but they accept it.

Mary souligne que le réaménagement de tâches ou de contexte de travail sont perçus comme des mesures d'adaptation pertinentes pour autant que celles-ci soient souhaitées.

She told me she, she feel I cannot sew. And she said: "you never sew pants so come and help me on the table." And I went to help her on the table. And instead of being nice with her, and say "OK, she doesn't want to kick me out but she know I'm not good at sewing so she tried to help me to work on the table" but I take it personal ... And I said no my job is sewing. I don't want to do anything. And she said: "Only one day. One day help me with those, then go back to your job". And I said no.

Une mesure d'adaptation utile ne tient pas seulement compte des difficultés, mais aussi des forces et des capacités de l'individu, comme le décrit Lucy : « *You want to find some accommodations for your needs. Things that won't make you feel stressed and will take into account what you are good at and what you are not good at.* »

Si certaines mesures d'adaptation atténuent certains problèmes, elles peuvent contribuer à accentuer d'autres limites. Par exemple, Jean apprécie qu'on lui ait attribué un espace de travail où les interactions sont limitées, ce qui réduit l'intensité de son sentiment de méfiance et augmente son confort au travail. Cependant, il souligne qu'il lui est difficile de se mobiliser à cause des symptômes négatifs et qu'il est plus motivé au contact des autres. Autrement dit, si les mesures d'adaptation actuelles dissipent sa méfiance, elles accentuent par contre les effets des symptômes négatifs.

Quand c'est en, en groupe, j'ai plus de motivation. Mais tout seul... Quand je suis seul, j'ai vraiment un manque de motivation. Je pense que j'aurais moins de symptômes négatifs si je travaillerais au sixième où est-ce qu'il y a quinze personnes parce qu'on est une équipe, pis tout le monde travaille, pis... Ça me donnerait un "boost", ça me donnerait euh... Là, je travaille plutôt seul, pis... Rien qu'avec une personne, ce n'est pas beaucoup là... Pis on dirait que c'est, les symptômes négatifs sont plus aigus là.

L'accessibilité, pour ne pas dire la proximité du milieu de travail, facilite le maintien en emploi alors que la distance et les enjeux liés au transport constituent un frein à l'insertion. Betty exprime spontanément cet aspect lorsqu'elle décrit les emplois qu'elle a exercés. Par exemple, elle dit de la pâtisserie : « *It was a nice job. It too was very close.* »

Par conséquent, l'accès à un moyen de transport, notamment un laissez-passer mensuel d'autobus, a fréquemment été mentionné. Or, en devenant actif dans le marché régulier de l'emploi, la personne perd cet avantage qui est associé à des mesures d'insertion protégée, entraînant une perte de revenu pour plusieurs travailleurs qui bénéficient de contrats d'intégration au travail (CIT). Mary s'exclame spontanément : « *Because you know if I don't have a bus pass how can I go to work?* »

Travailler sur le marché régulier de l'emploi et être rémunéré

Alex, Jean et Michel soulignent qu'ils puisent leur satisfaction au travail dans le fait qu'ils occupent un poste mieux rémunéré ou qu'ils ont droit à des avantages sociaux. Par exemple, Jean dit : « Puis moi, je, je suis satisfait de mon travail parce que je suis bien rémunéré pis j'ai des bénéfices. C'est la raison pourquoi je suis là. »

Le désir de s'affranchir de l'aide sociale peut constituer un puissant incitatif, même au risque d'être moins rémunéré comme en témoigne Mario. Le seul fait d'obtenir un statut social plus positif en œuvrant sur le marché régulier de l'emploi contribue au maintien en emploi. Mario tient à conserver ce statut, alors que ses revenus nets sont moindres que ce qu'il recevait de la sécurité du revenu :

You know, it's more stimulating. If you meet a person, "What do you do in life?" "Oh, I'm on welfare." [...] Because then the other person could be a male, or a female or whatever. "Oh, you're on welfare, oh, okay, bye". So when you say ah, you're working at (name of employer). It's "oh, what are you, cook, a cashier?" And I say "No, I'm this and this", you've got something to say. Instead of saying "I'm on welfare". It's more of a better esteem, a better ego, a better, a better approach. Actually at least, you wake up in the morning you say "Hey, I have to do this, this, and this. And when I leave, okay, everything is done. [...] It's not making me sad, it's more valued.

Si la rémunération est un symbole de ce statut, elle est en plus une indispensable ressource. Plusieurs estiment que de recevoir un salaire contribue au maintien de leur activité productive. Pour Michel, il s'agit d'un moyen d'améliorer sa qualité de vie, de s'offrir des plaisirs et des loisirs.

On a besoin de ça parce que, tu sais quand on est sur la sécurité du revenu c'est pas toujours facile. Tu sais, des fois ça devient très routinier. Comme quand j'étais en foyer de groupe, on... Il fallait toujours manger chez-nous, souper chez-nous. Pis on avait juste assez d'argent pour aller prendre un café. On se tanne à un moment donné ça devenait vraiment de la routine, tu sais. Pis des fois tu rêves pis, quand tu peux avoir un travail Inso, qui donne de l'argent là. Pis tu te dis: «ah ben là si, j'y va pu à ce travail là, je n'aurai plus cet extra là. Je ne pourrai plus...». Ça te donne une raison de rester pis de le faire.

Il y a des avantages qui sont associés à la rémunération, mais ceux-ci demeurent minces en raison de la maigreur des revenus. De plus, Lucy, Mary et Nathalie expriment que l'absence de rémunération a soutenu leur participation à une occupation bénévole. Pour plusieurs, être rémunéré signifie un plus haut degré d'attentes et un plus grand risque de perdre une chance de s'en sortir. Par exemple, Mary dit :

But I work in the (name of a first store) for six month, and I was relaxed. And because they didn't have to pay me, so I was relaxed. But the places they pay me, I'm not relaxed. [...] And the other thing, I think they pay me to work so I cannot rest. But it's as a matter of how thing can be affected, not how to work hard. Maybe if I relax, I can serve customer better. But I'm always afraid for I lose my job. So, I work like a dog. [...] I work very, very hard, and I didn't... I don't have a balance right now in the (name of a second store).

Que ce soit de généreuses bourses d'études ou des mesures financières associées au Contrat d'intégration au travail (CIT), plusieurs participants soulignent l'apport de subventions dans la poursuite de leurs activités productives. Tous les participants qui considèrent retourner suivre une formation professionnelle affirment que cela sera possible qu'à la condition de bénéficier d'un soutien financier. Quant aux participants qui profitent d'un CIT, plusieurs perçoivent que les mesures du CIT sont des subventions versées à l'employeur plutôt que des mesures d'appui leur étant destinées. Néanmoins, ils constatent que ces subventions leur assurent une sécurité d'emploi là où les mises à pied sont fréquentes. En effet, si ce n'était de cette mesure, Annette aurait déjà perdu son emploi.

Even at (name of restaurant), I am on a subsidy now. And if I didn't have a subsidy with the government I would be looking for [a job] in October, or even... In the beginning of October, they could lay me off again. [...] It is

quieter so they have to lay people off and they hire them back in the summer again, you know.

Annette se reconforte à l'idée qu'elle aura tout de même pu y travailler deux ans, une fois sa subvention terminée : « *But, oh well, what can you do? (Name of the restaurant), I am going to work there longer than I will have at least two years there. That is not bad.* »

La Figure 18 résume l'ensemble des facteurs de soutien à l'emploi, tels qu'ils ont été présentés dans cette section :

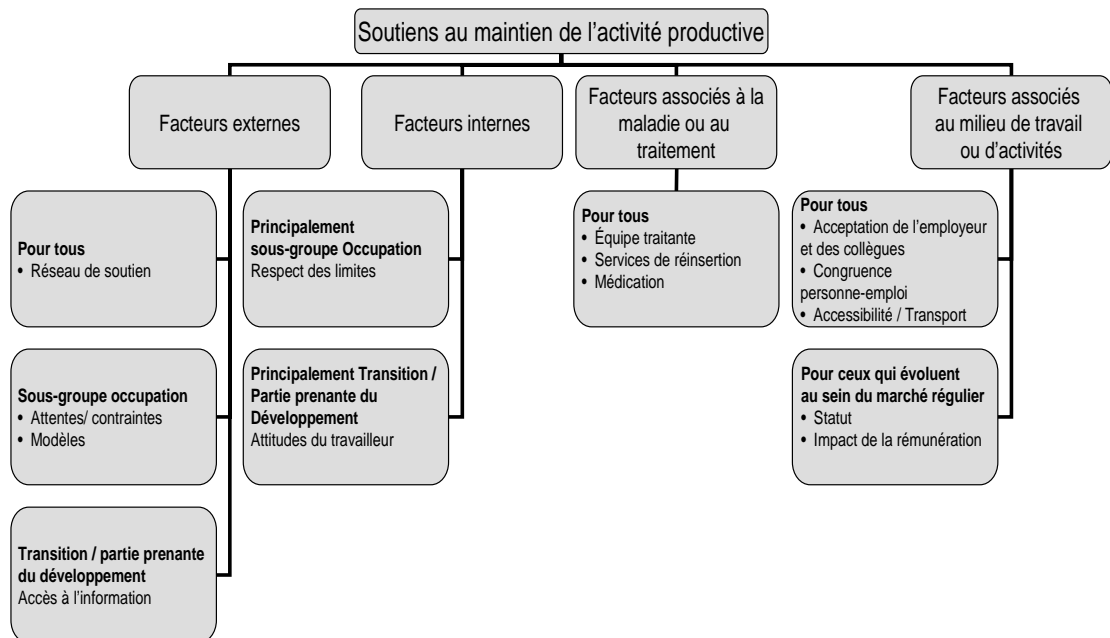


Figure 18. Facteurs de maintien dans l'activité productive

5.2.13. Freins au maintien dans l'activité productive

Cette section aborde l'ensemble des irritants qui compromettent la viabilité de l'activité productive, à moins que les mesures de soutien soient suffisamment importantes pour en limiter la portée dévastatrice. Quatre grandes catégories de freins influencent ainsi négativement le maintien dans une activité productive : les freins externes, les freins personnels, les freins associés à la maladie et son traitement ainsi que les freins associés au milieu où s'exerce l'activité productive. La Figure 19 illustre les différents facteurs qui freinent le cheminement professionnel des participants.

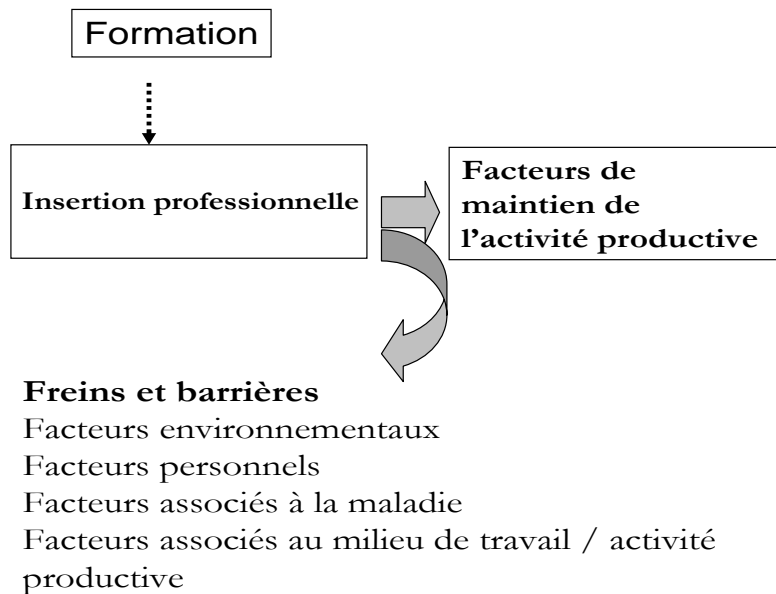


Figure 19. Cheminement professionnel des participants : un regard sur les freins au maintien de l'activité productive

5.2.13.1. Freins externes qui restreignent le maintien de l'activité productive

Les participants estiment d'abord que le manque de services et de mesures appropriées ainsi que la pénurie de ressources, freinent généralement le maintien de l'activité productive. De façon moins importante, un réseau de soutien limité et des difficultés éprouvées sur le plan du transport peuvent compliquer le maintien de l'activité productive. Les lacunes soulevées à l'égard des services se rapportent à la nature transitoire des mesures d'appui à l'insertion professionnelle, à la rigidité avec laquelle ces mesures sont administrées et enfin au fait que les mesures actuelles perpétuent le contexte de pauvreté dans lequel vivent les participants. En effet, quelques participants regrettent avoir dû quitter un emploi qu'ils aimaient en raison de la nature transitoire des mesures d'insertion privilégiées par le programme de soutien financier, notamment les mesures INSO.

De plus, Mary et Paolo déplorent l'absence de passerelles menant vers la formation ou vers le marché de l'emploi. Par exemple, en raison de ses responsabilités familiales, Mary ne peut pas fréquenter un programme de formation à temps plein. Par ailleurs, il n'existe pas de mesures qui lui permettraient de poursuivre son intégration professionnelle tout en suivant des cours de français afin d'acquérir les compétences essentielles à son travail. Bien qu'elle fréquente un milieu de travail protégé qu'elle apprécie, elle constate que ces milieux ne facilitent pas l'insertion en milieu régulier et que les passerelles sont inexistantes pour bon nombre de ses collègues:

They are tired of working in the (sheltered workshop). They go to find a job and after three months they end up there, in the (sheltered workshop), because they cannot hold a job. [...] It doesn't help them to recover. It does not help them to recover their sickness. They cannot be positive to themselves.

Because (name of the sheltered workshop), ninety percent of those programs of one year... They all fail. They don't go anywhere because they ... Welfare pay them for the market place for one hundred [...], one hundred seventy per month for the bus pass and effort they do. But they don't have any program for me to go slowly in the regular market because ... [...] I can work one day and I can have a hundred dollar and the rest welfare take it.

Mary déplore surtout les lacunes du point de vue de l'assistance financière, qu'elle voit même comme des mesures financières dissuasives. Par exemple, elle parle longuement des sommes limitées qu'elle peut gagner alors que ses employeurs empochent la plus grande partie des subventions. En effet, l'atelier protégé où elle travaille reçoit des subventions pour accueillir des personnes aux prises avec des troubles mentaux alors qu'elle ne touche pas de salaire. Mary aurait aimé qu'une partie des subsides lui soient versés :

Because government said you can work outside of the (sheltered workshop), like (name of the store where she works currently) for me, and you can receive if you one day, two day, three day, four day, you can just have 120 plus you can have a bus pass. For the working in the (sheltered workshop), it's the same system. And I think, because they the government give one hundred dollar to the (sheltered workshop) to keep me, I feel, if they give this hundred dollars by my own work ... And contribute fifty percent or sixty percent to them, and keep forty percent for myself. It will be more encouraging and it motivates you to make you feel better... And when you ready, when you feel ready you can try. But they don't have that system. Because they prefer to pay to the (sheltered workshop) 100\$...

I'm allowed to keep the \$100. So if I work 2 days, or 3 days, or 4 days, I still receive \$100. Only \$100 [...] I'm not able to pay my rent, and those kinds of things. If I don't go to the (sheltered workshop), I'm not able [to make it] and I have to go. It's good because I'm busy, but if I have a choice, you know like, they tell us, they give us more money I might leave there and go to the (name of the store where she also works) to work two days.

Irritée par l'absence de mesures transitionnelles adaptées à ses besoins et à ceux de ses collègues, Mary a des mots durs en ce sens. Lorsqu'on lui mentionne qu'elle regrette l'absence de ces mesures, elle s'exclame : « *They miss it! Not I miss it. They miss it!* »

Marcel et Paolo s'insurgent contre les plafonds limités de revenus qu'ils peuvent gagner sans compromettre leur admissibilité à la sécurité du revenu. Paolo a constaté lors d'un remplacement qu'il effectuait dans une usine, qu'il ne pouvait garder qu'une centaine de dollars de son salaire.

And what happened is like I worked for nothing because the welfare people deducted the money from the next cheque. So it was like I was working for nothing, you know. And I was running out of food and that is when I went

and I accepted the job. I was lucky that I have the opportunity to go and to work for those few hours, you know. And it was for nothing because if the amount, amount that you make is over \$100 and they take it away from you from the next cheque.

Parce que Paolo reçoit un soutien financier dévolu personnes qui présentent des contraintes sévères à l'emploi, il n'a pas droit aux mesures de soutien à la formation professionnelle, conformément au règlement. Cependant, il y a une façon de contourner cet obstacle, et Paolo a dû la trouver lui-même. Il déplore que l'on n'ait pas informé de la réglementation ou des mécanismes d'appel. Néanmoins, il prépare ses arguments, recherche les articles qui soutiennent sa requête et se fait finalement entendre.

Well, it is like a bypass. It is like a loophole that I had to find out on my own by looking in the library and the publication de Quebec website. And I started reading the law and I found out that article. I think it is called 23, it says that the Ministry has the right to offer you to study... And then I found out about Emploi-Quebec and I go in there and I requested the course. In the meantime they cut you off. They give you the extra stress of cutting you off because it is not allowed. It is not allowed. It's not allowed. You don't have the right to study.

Paolo n'arrive pas à comprendre pourquoi il y a tant de contraintes qui gênent la participation sociale et l'insertion professionnelle :

There were there, putting obstacles to me taking the course in automation that I am taking right now. Why do they do that? Society needs that.

But sometimes I find that the resources they give you are like... They ask for a ton of papers and they give you a little money and if you try to go back to school they make your life a little bit impossible, you know.

A quoi bon travailler si on ne peut pas améliorer ses conditions de vie? Pourquoi créer autant de barrières à l'emploi? Pourquoi ne pas encourager les individus à travailler en fonction de leurs capacités afin qu'ils puissent profiter des avantages du travail? Telle est la réflexion de Paolo sur l'absence de passerelles adaptées à l'emploi, à la rigidité et à la lourdeur administrative des mesures :

If you are sick, maybe you don't have the capacity to work 40 hours a week. You know, maybe you are going to get into a lot of stress and you are going to start hearing voices, start hallucinations. Maybe you are going to feel extremely tired because schizophrenia makes you feel extremely tired. There is a physical part tired too. But maybe, you know, people... They could, I don't know, maybe work 5-10 hours a week, you know. Maybe 20, you know. But a lot of people don't work because they are going to take the money away from you. Why bother?

Instead of putting a limit and saying if you make more than \$100 we are going to take the rest away from your cheque. Why don't they say, if you make more than \$300 we are going to take it away from your cheque, you know. I am not saying do that with everyone. Because obviously you have to make people, give them an incentive to go back to work. But in the case of a person who is sick, it is not that that person doesn't want to work, it is that the person is sick and cannot work. Ok. It is different. The law makes no sense. And it just a little couple of lines that they have to change and it will make more sense, you know.

Annette, Betty et Nathalie expliquent que le manque d'accessibilité physique au milieu de travail représente pour eux un frein au maintien à l'emploi. Par exemple, Betty a dû mettre un terme à certains emplois parce que les transferts dans le réseau du transport en commun étaient nombreux, l'horaire des circuits peu pratique, la durée du trajet trop longue ou tout simplement parce que le milieu de travail était inaccessible par autobus. La Figure 20 résume les freins externes au maintien de l'activité productive :

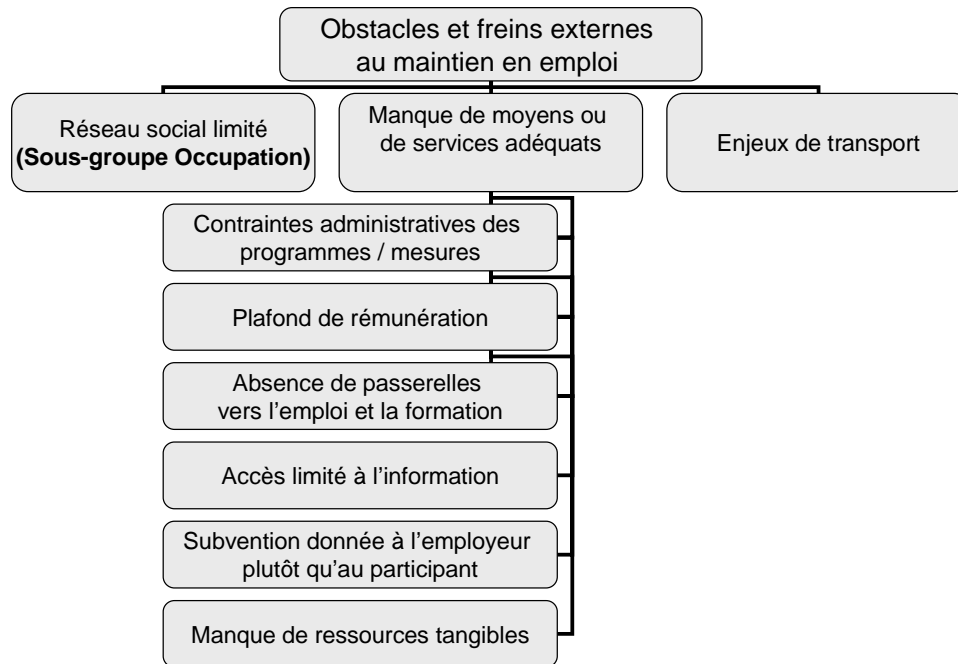


Figure 20. Freins externes au maintien de l'activité productive

5.2.13.2. Freins personnels qui contrecarrent le maintien en emploi

Trois variables qui sont liées à la personne peuvent restreindre le maintien en emploi : les attitudes de l'individu, ses difficultés ou ses limites personnelles et l'interférence d'évènements de sa vie personnelle.

Bien que les attitudes diffèrent des limites individuelles, elles peuvent toutes deux être affectées par les symptômes de la maladie. Néanmoins, elles sont abordées comme des freins individuels plutôt que des freins associés à la maladie, parce qu'elles sont considérées *a priori* par les participants comme des caractéristiques individuelles. Cette ambiguïté témoigne combien il peut être difficile de distinguer le concept de soi de la maladie, lorsque cette dernière s'insinue progressivement ou lorsqu'elle envahit toutes les

dimensions de la vie de l'individu. Certains éléments de l'expérience de la maladie demeurent egosyntones.

Annette, Jean, Lucy, Mario et Mary disent que certaines de leurs attitudes compliquent leur maintien en emploi. Les explications varient énormément à cet égard. L'attitude prédominante demeure la tendance à anticiper le pire. Pour Jean, Lucy et Mary, cette tendance à anticiper le pire, c'est-à-dire le rejet ou le renvoi, est alimentée par les préjugés internalisés et une perception négative de ses capacités. Les propos de Mary et de Lucy reflètent bien cette tendance :

I have it so much bad, uncomfortable thoughts and feelings and [I'm] worried [that they will] kick me out or if they keep me or will... No, please! Don't, don't say! I do everything, do everything! Those kinds of things... I think those kind of thing, it prevent me to when I think about...

You know me; I have a problem at the end. At the end of the day I imagine... I do all day working very hard and at the end of the day, I make imagination, wrong imagination in my head, and it will destroy ALL my life.

I think one of the big one is to worry about things. I have a bad habit of doing that, of worrying about what's going to happen tomorrow or the next day... Being very negative.

Jean anticipe presque à tous les jours une incapacité de répondre aux exigences de son employeur, et lorsqu'il est en congé de maladie, cette crainte est dévastatrice pour lui :

Tu sais, t'es parti pour trois mois de temps, pis te reviens travailler là... Pis tu es nerveux parce que tu penses que peut-être que les symptômes vont revenir. Parce que quand t'es parti, t'avais des symptômes assez sévères. J'avais des symptômes assez sévères. Bon, pis je me disais: est-ce que les médicaments vont m'aider là euh? [...] Je vas-tu être capable de fonctionner?

Mary souhaite, grâce à l'expérience, dominer ses appréhensions et arriver à bien servir sa clientèle tout en étant confortable dans son travail :

Because I don't have any good impression of the regular market it affects my mind and it affects my behavior. [...] For my behavior and thought I have. And I wish one - because I don't have experience now and I believe when I

have more experience, I can be more relaxed and I can perform a good job and serve customer better.

Sa perception du marché du travail vient aussi décupler ses angoisses. Pour Mary, être active sur le marché régulier de l'emploi et gagner un salaire comporte des attentes élevées. Ces pensées lui volent son énergie et affectent son rendement. Elle sait qu'elle doit faire preuve d'indulgence et intégrer qu'un rythme de travail moins effréné ou des erreurs sont normales, voire souhaitables.

I think they pay me to work so I cannot rest. But it's as a matter of how thing can be affected, not how to work hard. Maybe if I relax, I can serve customer better. But I'm always afraid for I lose my job so. I work like a dog [...] I work very, very hard, and I didn't... I don't have a balance right now in the (name of the store).

Pour ce qui est des difficultés, Mario et Mary tendent à avoir de la difficulté à gérer les conflits ou à accepter les critiques en milieu de travail. Mario ripostait impulsivement et avec véhémence lorsqu'il anticipait l'expression d'un reproche.

You know, you live the fast lane. And I don't want to live the fast lane. I did it when I was young and it really affected me a lot, especially work wise. I was telling off the supervisors and the bosses.

De même, Mary refusait au départ toute mesure d'adaptation lorsqu'une superviseure lui soulignait ses difficultés. La situation s'est détériorée et le conflit ne fit que s'accroître.

She told me [that] she felt [that] I cannot sew. And she said: "you never sew pants. So come and help me on the table". And I went to help her on the table. And instead of being nice with her, and say: "OK, she doesn't want to kick me out but she know I'm not good at sewing so she, she tries to help me to work on the table"... But I took it personal and I said: "No my job is sewing. I don't want to do anything". And she said: "Only one day. One day help me with those, then go back to your job." And I said no.

Mario et Michel indiquent tolérer difficilement les routines ennuyantes dans lesquelles il y a peu de défis. Mario constate qu'il a déjà eu tendance à adopter un

comportement déviant et provocateur en de telles circonstances. Il s'est même absenté du travail sans raison valable :

And I'm a type of person that when it comes to routine and routines... And then I get pissed off, I get fed up. And then I start burping, I start laughing out loud, I start talking out loud and then I try and see the reactions of the supervisors. And when I see the reaction of the supervisors, no problem. Then it could happen too that "Ooh, I feel sick." I'm not sick. "Uh, I'm not coming in today because I'm sick". 5 minutes before work, "Listen, I'm not coming in because I'm sick. " Two minutes before, "I'm not coming in". You know, it's not... It's not ever easy if you do a job, you don't like the job, it gets on your nerves, then you have to tell lies and then you have to lose your job.

S'il semblait tester les limites de ses employeurs ou riposter de façon explosive à une situation, il s'agissait pour Mario d'un moyen de s'aménager une zone de sécurité et de valider la pertinence de sa méfiance. En toute justice, il importe de souligner qu'une telle attitude est chose du passé pour lui. Il dit adopter maintenant une attitude de retrait, à l'instar d'autres participants, pour mieux se protéger.

Now, because even here, the first two days I was quiet, because I didn't know them, they didn't know me. But then I said "That is that" and break down my barriers. You have to talk to people. I've been living a solitary life, a solitude life, every time you go somewhere you always in your bubble. Because in that bubble, even though if you're in your room or outside, you're safe.

Jean, Jim, Marcel et Michel indiquent combien leur difficulté à se mobiliser constitue une barrière qui freine leur insertion professionnelle. Aux yeux de ces derniers, il ne s'agit pas de symptômes négatifs à proprement parler, mais d'une difficulté individuelle à se mobiliser, à se prendre en main. Les propos de Michel illustrent bien cette perspective :

Je pense que le plus gros adversaire, c'est nous-même. Faut se lever le matin, faut s'habiller, faut se laver, faut se garder propre. Beaucoup de gens quand ils commencent, c'est pas évident. Pis c'est ça la plus grosse barrière. C'est se dire: Let's go, je me donne un petit coup de pied. Je maintiens ça, même quand je ne file pas, j'y vais. Pis si j'ai peur de le faire, ben j'en parle, pis je prends les moyens pour, si ils sont là. Je pense que ça serait ça la plus grosse barrière: c'est nous-même.

Lucy reconnaît que sa difficulté à se donner des buts influence négativement son évolution. Elle rapporte avoir dû surmonter cet obstacle, notamment durant sa formation, mais admet par la suite que les choses ont peu changé.

And I guess when I was in university, I didn't really have a clear view of what I wanted to pursue. And quite honestly, it was not exactly the best... It was an experience but it wasn't really, you know, I wasn't really serious about my studies. I was not quite sure about thing.

À mots couverts, quelques participants laissent entendre que leur dépendance à l'alcool a aussi interféré avec leur maintien en emploi. Enfin, deux participants mentionnent que des points de vulnérabilité personnelle peuvent interférer avec leur rendement professionnel. Par exemple, Lucy explique qu'il lui est difficile d'évoluer dans un milieu où l'accès à l'Internet est facile, car elle tend à y naviguer de façon compulsive et incontrôlée.

Lorsque la question du maintien en emploi est soulevée, cinq participants expliquent combien des événements de leur vie personnelle ont freiné leurs efforts. La majorité de ces événements ont trait aux tensions et aux conflits conjugaux ou familiaux qui sévissaient dans leur milieu. Les conflits familiaux ont consommé l'énergie dont disposait Mario : ce fut pour lui le principal obstacle au maintien de ses emplois : « *My barrier was always fighting against my father. Always fighting against my mother's family.* »

Certains participants ont été victimes de violence conjugale. Il est devenu impossible pour eux d'en assumer les contrecoups tout en maintenant leur emploi. Une participante a mis un terme à ses emplois et à ses démarches d'insertion professionnelle à quelques reprises pour fuir sans laisser d'adresse. Pour sa part, Jim a mis un terme à ses tentatives de terminer son secondaire, n'en pouvant plus de vivre dans une absolue pauvreté dans un quartier difficile :

Last time, it was a couple of years ago, (name of the place). And at the time I was on welfare, and I couldn't pay my bills, and couldn't deal with the bums and school. That was like the reason why I didn't continue with it, with it.

La Figure 21 résume les freins individuels au maintien en emploi :

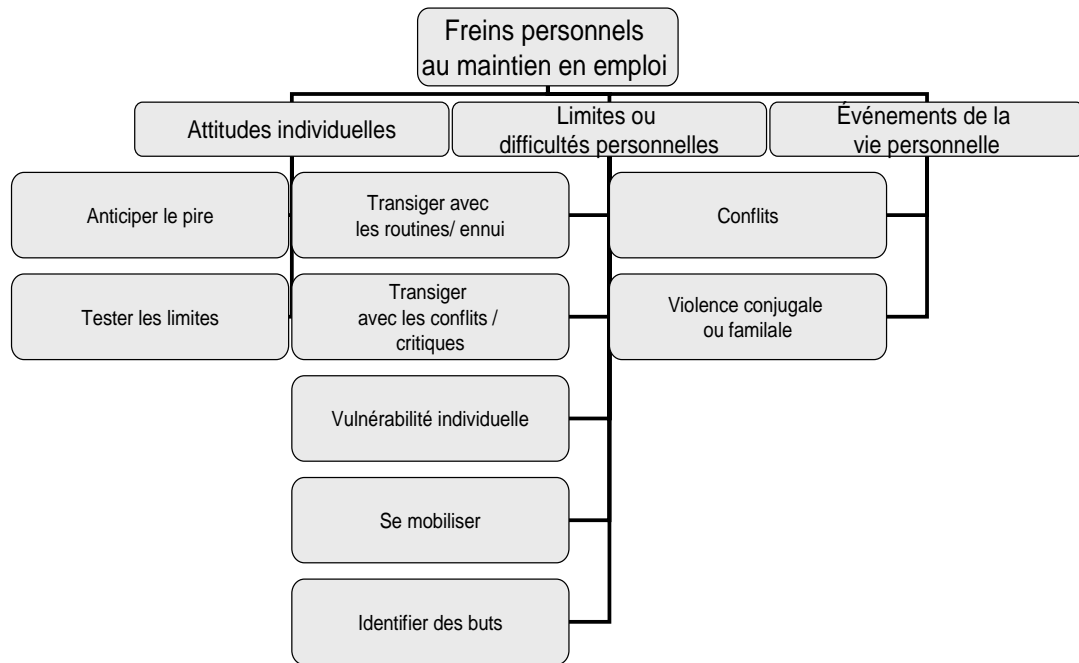


Figure 21. Freins personnels au maintien de l'activité productive

5.2.13.3 Freins associés à la maladie et son traitement

Les rechutes constituent le plus souvent un frein au maintien en emploi, de par le statut précaire des emplois exercés par les participants. De plus, les symptômes, la médication et la sensibilité au stress peuvent poser obstacle au maintien de l'activité productive, tout dépendant de leur intensité.

Les troubles mentaux interfèrent significativement dans la vie professionnelle. Faut-il alors être surpris par le fait que les rechutes puissent mettre un terme à un emploi? Betty, Lucy, Mary et Michel indiquent clairement que quelques départs sont dus à la détérioration de leur état ou à une réadmission à l'hôpital. Plusieurs de ces participants

disent que le cycle d'admissions et de congés a compromis leur maintien en emploi. Les propos de Betty illustrent les remous causés par ce cycle :

I had a job, but when I got my breakdown, I felt so weak I couldn't get up and go to school. It was a very good job.

I was in and out of hospitals but I was working. I just got the job. I was working two, three, four weeks, one month.

Mary est convaincue que ses rechutes ont mis en péril le maintien de son emploi, et elle ne cesse d'anticiper qu'une éventuelle rechute ne lui donne encore de telles inquiétudes. Elle lutte donc constamment contre ses pensées négatives pour mieux éviter cette éventualité. La crainte d'une rechute constitue pour elle à la fois une barrière et une motivation :

If I get sick, the first thing... Each time I had a psychosis, the first thing come, come... The first thing [that] comes into my head: "No, you're going to lose your job in the (name of the store)". Because if I get sick... I'll be in the hospital, and it's true they take care of me, but I prefer to keep the (name of the store).

I protect myself, as you said, I protect myself and I fight with it to not end up in the hospital. Because if I lose my job maybe I cannot work there anymore. And since I've worked there, I've gained a lot more of everything.

Neuf participants expliquent comment les symptômes interfèrent significativement avec leur maintien en emploi. Les symptômes constituent le facteur associé à la maladie ou à son traitement qui est le plus souvent mentionné par les participants. Bien que des variations individuelles aient été notées, l'effet des symptômes demeure toujours le même. Ceux-ci constituent toujours un frein important au maintien en emploi. La fatigue et le manque d'énergie sont fréquemment rapportés. Par exemple, voici ce qu'en dit Marcel : « J'aime bien travailler. Par exemple, la seule affaire, quand t'es fatigué des fois, ce n'est pas facile. »

Les troubles de la pensée interfèrent avec le maintien en emploi comme en témoignent Mary et Jean.

So it is part of my brain I don't improve. I always a stable. It was always... There's a prevention.

Je pensais que j'avais des pouvoirs pis tout ça, pis j'étais tellement idées de grandeur que le monde le sentait tu sais. Pis y me voyait là... Ils me mettaient sur un pied d'estale (dit escale). Mais quand ils venaient me parler par exemple, j'avais tellement des troubles de la pensée, je n'étais pas capable de communiquer. Ça fait qu'ils l'ont vu là : « Oup, il n'est pas... Y'a quelque chose de "wrong" là lui là. »

Lucy indique qu'elle doit sans cesse aménager son espace de travail afin de réduire au minimum l'impact de ses troubles de l'attention sur son rendement au travail.

So I find that like sometimes, I'll be distracted. When I first started there, I was typing on a computer that was in another room and I found well... That there is a long hallway of course and I found that very distracting." so I said: "Is it ok if I can use the computer near your desk because I won't have that traffic going back and forth?" So that was something that I had to get over.

Les hallucinations, lorsqu'elles surviennent en milieu de travail, freinent le maintien en emploi. Pour Alex, les hallucinations constituent le signal d'alarme absolu. Il ne peut pas concilier les exigences du travail et le désarroi qu'il ressent et qui est causé par l'expérience psychotique.

And each time I heard voices and I said I quit. I can't do this job again.

The jobs I held, I can do well. Because of my illness, at the time, I was hearing voices and I just couldn't cope with work and hearing voices at the same time.

Cependant, d'autres comme Marcel, réussissent à se maintenir en emploi malgré l'interférence des hallucinations. Au fil des entretiens, Marcel déclare avoir aperçu sa sœur dans des contextes peu réalistes et clairement psychotiques. Sans toujours reconnaître qu'il s'agit d'hallucinations, il trouve difficile de réagir à la « présence » de sa sœur, même en milieu de travail. Cependant, malgré le trouble que suscite cette expérience, il maintient son emploi :

Là, j'ai ma sœur dans mon chemin. Je la vois partout que je la vois. Elle est toujours là. Là-bas, elle a toujours sa... Elle est tout le temps là, ma sœur. Je travaille au (nom du restaurant), je la vois partout là. Je ne le sais pas. Oh, mon Dieu!

Pour d'autres, ce sont les symptômes négatifs qui imposent les plus grands défis. Jean en témoigne : « Bon bien, j'ai un manque. J'ai quand même un manque de motivation au travail là. C'est le plus gros là...

La méfiance pose également des difficultés, occasionnant des malaises, des conflits ou même des prises de becs. La méfiance peut compliquer l'utilisation du transport en commun pour se rendre au travail et y revenir, notamment à l'heure de pointe. Certains participants notent des fluctuations dans l'intensité des symptômes au cours de la journée. Alex sait que les périodes plus difficiles pour lui coïncident avec sa prise de médication. Plus particulièrement, il constate qu'il est plus à risque de présenter des symptômes psychotiques dans les dernières heures de l'après-midi, avant qu'il prenne sa médication du souper : « *Sometimes, I get sick in the afternoon [...]. My mental health is, is affected sometimes, [...] before I take my pill.* »

Enfin, la souffrance qui émane de l'expérience d'un trouble mental est un autre facteur qui pose problème, comme le souligne Marcel : « Ben, je travaille dans la souffrance, endurer là. Mais je le prends pas, mais je l'accepte pas pis je souffre. Je l'accepte, tu sais. »

Pour leur part, Alex, Betty, Marcel, Nathalie et Sylvain disent que la médication constitue un frein à leur maintien dans leur activité productive. Cependant, les motifs qui expliquent que la médication est perçue comme gênante diffèrent sensiblement dans l'échantillon. Sylvain explique que ce sont surtout les ajustements et les changements de médication qui ont ralenti son insertion professionnelle : « Ils m'ont déséquilibré mes médicaments, mais là mes médicaments, je les aime mieux. »

Pour d'autres, les effets secondaires de la médication, notamment la somnolence contribuent au problème. Alex et Marcel rapportent ce problème :

Je ne suis pas paresseux mais des fois tu sais... [...] Je suis dans les pilules là, ça "knock" les pilules.

Trying to stay awake. Sometimes my medication makes me very tired...

Enfin, Betty attribue ses difficultés émotives aux effets de sa médication plutôt qu'aux symptômes. Elle croit fermement que la médication la rend malade. Elle se dit abattue, faible et ralentie uniquement à cause de la médication :

I was in and out of the hospital. Then I was sick, sick... Taking medication, it makes me sick. I was ok, but when I started to take the medication, I started to be sick [...] I went to work. But then, the medication affected me more and I couldn't go.

I liked that job very much, but I couldn't keep it because of the medication, very strong.

I couldn't and also I was tired because the medication put me to sleep too much. I was normal and [had an] healthy life but the medication, [which lead] me out of work. I was more paralyzed. Without it, I was working hard.

Enfin, Jean, Lucy, Michel et Nathalie mentionnent que leur vulnérabilité au stress influence leur maintien en emploi. Ces quatre participants décrivent éprouver de l'insécurité à l'égard de leur emploi ou un fort niveau de stress. Lucy explique :

I don't really deal with stress very well. And so, I find that for some people, who thrive on stress you know, like having a stressful job. I wouldn't be able to do because I seem to scramble. And I don't really fit in to that way of thinking.

Si trois participants s'appuient sur leur réseau de soutien pour juguler leur angoisse, le dernier des trois a abandonné le travail, car le niveau de stress était insoutenable : « Mais surtout que je ne me sens pas capable parce que ça me stresse ». La Figure 22 résume les freins qui sont associés à la maladie et à son traitement :

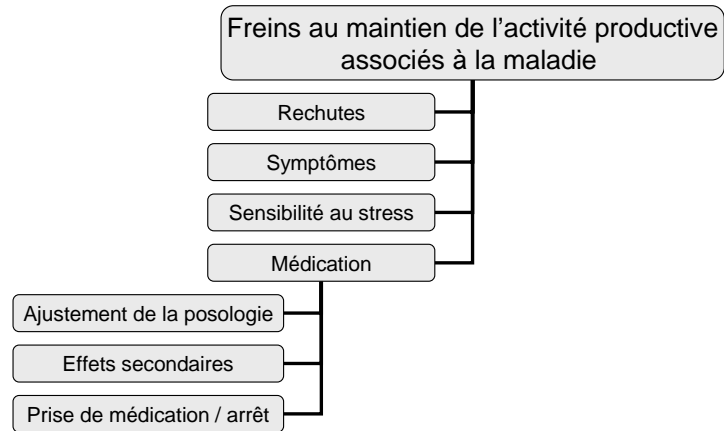


Figure 22. Freins associés à la maladie et à son traitement

5.2.13.4. Freins associés au milieu où est exercée l'activité productive

Parmi tous les types de barrières, ce sont les freins associés au milieu où est exercée l'activité productive qui ont les plus souvent été mentionnés par les participants. Encore ici, la variabilité entre les différentes histoires professionnelles est grande. Il importe de se rappeler que les obstacles ayant été mentionnés ne sont pas tous récents, mais sont survenus au cours d'une expérience professionnelle ou de plusieurs expériences professionnelles antérieures vécus par des participants. Le choix de les aborder globalement s'appuie sur le fait que ces obstacles ont marqué leurs parcours et développement professionnels. Donc, le lecteur ne doit pas comprendre que les facteurs qui sont abordés dans cette section surviennent de façon concomitante, mais il doit plutôt considérer que la population à l'étude est susceptible de vivre une telle expérience durant son parcours.

Les freins qui sont associés au milieu où est exercée l'activité productive se divisent en deux grandes catégories : ceux qui sont liés aux attitudes et à la nature des interactions qui existent dans des milieux et ceux qui découlent des conditions de travail difficiles.

Le défi de se heurter aux attitudes du milieu

Les participants spécifient comment les attitudes auxquelles ils se heurtent constituent des freins potentiels. Parmi les barrières attitudinales prédominantes, les répondants décrivent l'impact des préjugés sociaux ainsi que des expériences de rejet. De plus, d'importants conflits interpersonnels, qui sont parfois liés à ces attitudes de stigmatisation, rendent difficile le maintien dans l'activité productive.

La moitié des participants disent avoir soufferts directement des préjugés sociaux au cours de leur cheminement professionnel. Les participants indiquent qu'ils ont évolué dans un contexte de travail où leurs collègues et leur employeur se montraient méfiants, voire inquiets. Plusieurs participants venus d'ailleurs indiquent que de tous les préjugés auxquels ils se sont heurtés, ce sont ceux qui touchent la maladie mentale qui sont parmi les plus invivables.

Jim dit avoir ressenti intensément qu'on projetait sur lui l'archétype du malade dont le passage vers la violence demeure inévitable et imprévisible. Il reconnaît avoir contrevenu à la loi à cause de son expérience de consommation, mais il nie être violent. Il tolère de plus en plus difficilement les messages voulant qu'il présente un risque de violence, seulement parce qu'il a eu des problèmes psychiatriques.

And here I have been having this mental condition for over, over 12 years now, and I haven't, I don't even have a criminal record. I don't have a criminal record and, I could have like done anything by now. All the violence that I've been exposed to, the music that I listen to, that I enjoy. And the world views that I hold and my occultism experiences, I could be a serious danger to society, but there's still like innocence in me that I won't like hurt anybody.

Le fait d'être identifié par un employeur comme un travailleur qui était sûrement aux prises avec des troubles mentaux a été difficile pour Alex. Il perçoit cette expérience comme une marque de marginalisation et d'incompréhension de la part de son employeur :

I tried to work once when I was younger. I tried working at a shopping mall packing groceries. And they let me work for a while, for about two months. Not even two months may be two weeks; I'm not sure how long it was. But they said "Alex, you're too slow", you know. I said will pardon me if you think I'm too slow. But first they asked me, they said are you on medication. I said yeah and then they said: well you're too slow". I said: "well if I am bugging you stop, bugging me you know." So they fired me for insubordination. So fire me go ahead I don't care. This job will bug me. He wouldn't understand that guy, you know. He put a stigma on me.

Trois participants décrivent de pénibles expériences de rejet qu'ils ont vécues, découlant des préjugés dont ils ont soufferts dans des milieux de travail. La schizophrénie se manifeste progressivement chez Jean, puis envahit sa vie professionnelle. Ses collègues s'en rendent compte et le ridiculisent. Jean est victime d'un rejet implacable en milieu de travail à cette époque. Si l'expérience de la maladie a été déconcertante, celle de la violence verbale a engendré beaucoup de détresse, entraînant Jean aux portes du suicide.

J'ai été suicidaire quand que... Quand je travaillais pis je ne savais pas que j'étais malade. Là, je ne savais pas que c'était la schizophrénie, c'est quoi? Tout le monde savait qu'il y a ait quelque chose de... Il y avait un trouble de santé mentale là. [...] Mais moi, je ne voyais pas ça. Et puis, quand le monde m'appelait Bibitte tu sais, "It", le "It" là, ou bien Nuts ou Crazy ou [...] tout de sorte de, de, de noms-là. Au début, je trouvais ça drôle mais là c'était continuant, continuant. Et puis, c'était tough là. Des préjugés là, c'est ça. C'était euh... C'était le plus tough.

Le monde m'agaçait au travail. Il m'appelait euh, pas schizophrène, mais... Confus euh... "It", "It", "Bibitte", "It" là [...] Oh, je ne le prenais pas pis euh... [...] Surtout, il y a beaucoup de préjugés, de points de vue. Probablement parce qu'ils le savaient que... Moi je ne le savais pas que j'étais malade, je savais pas c'était quoi. Mais j'essayais d'être normal.

Tout comme Alex, Jean rapporte également qu'un jour le service des ressources humaines lui a demandé de déclarer son problème de santé mentale. Son employeur avait exigé qu'il atteste par écrit sa bonne santé. Or, à cette époque, Jean ne croyait pas avoir de

trouble de santé mentale. Cet incident durant lequel son employeur a voulu lui apposer une étiquette qui ne lui correspondait pas, créa chez lui beaucoup de confusion et de détresse. Par conséquent, les confrontations qui ont eu lieu dans son milieu de travail l'ont amené, avec le soutien des siens, à consulter un médecin. Plusieurs années plus tard, Jean dit souffrir toujours de cet épisode, qui affecte encore sa capacité à côtoyer ses collègues.

Ça me limite. (Pause) Tu sais, je ne peux pas... Le côté social là... Je prends mes pauses tout seul. Je dîne tout seul. Je me sens mieux. Je me sens en sécurité. [...] Quand je suis seul, je me sens en sécurité. Tandis que quand j'étais adolescent, c'était le contraire, j'aimais mieux être en compagnie des gens là, j'étais sociable pis euh... Je suis tellement... Je me sens tellement, tellement méfiant...

Mary explique que le rejet dont elle a souffert est clairement le résultat de son expérience psychotique. Malheureusement, les propos de ses collègues et de son employeur à son égard ont été crus et peu respectueux, traduisant l'exclusion dont elle a fait l'objet :

And they all said, thing doesn't register in your head. You don't work well even if you are a volunteer. We don't want trouble with you. We don't want trouble with you. You don't do well [...] It really make me feel rejected and hurt and disappointed.

Cependant, les expériences de rejet ne sont pas toujours associées à un trouble mental. Paolo soulève plusieurs exemples en ce sens. Bien qu'il aime le programme de formation qu'il suit actuellement, il déplore l'exclusion dont il fait l'objet, situation qui est attribuable non seulement à son origine ethnique, mais aussi au fait qu'il évolue dans une école technique alors qu'il étudiait en génie auparavant.

They cannot see beyond the accent. They cannot see beyond the accent. Yes, they cannot see beyond the accent.

I have had a few, few setbacks in school like, like uh... A couple of people making comments about me, making comments on people that go to university and wants to study engineering. There is a certain animosity between engineers and electrical mechanics. Electrical mechanics don't like engineers very much and uh... And they started asking me what I had done before with my life and I said that I went to university on a scholarship, which is true. It's the truth so... But after that they had a little bit of animosity against me.

Plusieurs participants dénoncent les atteintes qui ont été portées à leur dignité ainsi que les abus, la violence verbale et physique, la discrimination et même l'exploitation dont ils ont été victimes. Ces expériences d'abus sont d'autant plus troublantes puisque dix participants ont déjà été victimes de diverses formes de violence en dehors de leur milieu de travail. De ce nombre, six participants ont été victimes de nouveau d'incidents violents qui sont survenus dans le milieu où ils ont exercé leur activité productive, alors qu'une autre a été victime pour la première fois de violence en milieu de travail. Enfin, plusieurs croient avoir été victimes de discrimination dans les milieux même où ils évoluent.

Des trois participants qui ont subi la violence verbale en milieu de travail, Jim constitue l'exemple le plus troublant. Il évolue dans un milieu qui est rude et où les superviseurs et les employés sont brusques et usent d'intimidation. Les propos sont durs : tout un chacun se ridiculise sous le couvert de l'humour. Quand il est l'objet de railleries, Jim tente d'imposer des limites qui sont plus ou moins entendues.

I never know when they're serious or when they're joking. So I mean like I hate it! I gave them shit! I pointed that out to them and they realized my point, and it was like they apologize, and they said: "Oh they have stopped doing that". So later, it comes back again later.

Tous connaissent les antécédents psychiatriques de Jim et ceux de sa conjointe dans son milieu de travail. Les préjugés sont encore plus manifestes lorsque ses collègues ou son superviseur parlent d'elle. Ces derniers ne semblent pas réaliser que lorsqu'ils injurient sa conjointe, ils insultent aussi Jim : « *They were they were putting her down [...] and in a sense they were doing it to myself as well.* » Jim se rabaisse parce qu'il n'a pas su ou n'a pas pu défendre l'honneur de sa douce et qu'il n'a pas été en mesure de se faire respecter : « *And I'm still blown by it. I'm still, it's like a cancer eating into my, my ...* »

Un jour, après que ses collègues et son superviseur aient ridiculisé et insulté la conjointe de Jim en raison de ses difficultés psychiatriques, la situation dégénère à un tel point que son superviseur l'invite à régler l'affaire en se battant. Cette dispute ne le pousse qu'à une chose : vouloir démissionner. Mais il sait qu'il ne peut pas agir ainsi.

And when (name of supervisor) heard that saying that, he says "Oh, she's stupid." And I looked at him and I said "Look, I don't care if you call me stupid, but you don't call my girlfriend stupid." And he looks at me, right, and he says "Well, what are you going to do about it?" "And I know he's in the military and he's trained for combat and I looked at him and the idea that came into my head about what to do about it wasn't what he was thinking. He was thinking of a fight or something, right. And me I was thinking, no I just, he said "Stand up in front of me and do it." And I was like... I said to him, I was thinking like "oh man, I have to stand up to this guy" and thinking this "Quit, quit now." And I didn't want to quit, I can't afford to quit, and I realized that me I'm saying that thinking this now and I'm like I didn't want to quit and I didn't have, have the sense that I could find a job quickly or whatever.

Malheureusement, Jim a connu trois épisodes d'exclusion, qui n'ont toutefois pas été aussi dramatiques et pendant lesquelles les gens ont manqué de respect à son égard de manière criante. Chaque fois, il ne peut tolérer l'idée de demeurer dans le milieu de travail. Avec le temps, il a appris que d'abandonner son emploi le mettrait à l'abri de la dévalorisation, mais le précipiterait vers une plus grande vulnérabilité économique.

I left there because there was minimum wage. It was underpaid. It was underpaid. And one day they crossed the line of disrespecting me and I said I don't need to take that and I quit. Which wasn't a bright move neither, because like my income stopped, and I couldn't find another job afterwards for a while, you know.

Jim est las qu'on le méprise et qu'on porte atteinte à sa dignité, emploi après emploi : « *I'm sick and tired of it now, really. I'm sick and tired of it.* »

Au-delà de l'intimidation, deux participantes disent avoir été physiquement agressées et bousculées en milieu de travail. Mary décrit un incident où son employeur l'a frappée parce qu'elle éprouvait de la difficulté à intégrer l'information : « *She even hit in my head. She said: «Why thing doesn't register here, register thing and...» (Silence) I let her. I was sick. I let her. Otherwise lots of people they can be abusive.* »

Pour sa part, Annette a vécu une situation similaire : elle a quitté un emploi après avoir été brusquée et bousculée physiquement par sa superviseuse, sans qu'elle ne puisse vraiment expliquer la raison d'un tel geste.

Oh, I don't know... Maybe the lady though (that) I was a little lost in my work and I wasn't sure about something. (Maybe) she wanted me to get back to my work and she thought maybe I was fooling around. I can't remember too much but that gave me the impression that she would push me in the back for not being more attentive, you know. Then she just gave me a shove and I didn't want to stay there.

Pour Annette, il s'agit nettement d'une situation d'abus. Elle émet de nombreuses hypothèses pour mieux comprendre l'inacceptable. Parfois, elle croit que son jeune âge et son manque de loquacité ont contribué à la brusquerie de sa superviseuse à son égard.

I think it was because I was shy and quiet and I wasn't that outspoken and maybe they think I am a cry-baby too, you know. They notice that you are quiet and stuff like that, keep all of your feelings to yourself. Maybe they thought I was a baby so they took advantage me. [...] I think it was because I was, I was more quiet and more caring than other girls. The other girls were more interested in men, than... I don't know...

You should put that in your paper that there are a lot of people who take advantage of younger recruits, you know.

Ou peut-être est-ce lié au fait que les femmes, comme les adolescentes, peuvent être cruelles entre elles : « *Girls bully other girls, you know. You know. It is just like in high school, it is on the job too, they can't change you know!* »

Quelquefois, ce n'est pas tant d'être victime de violence qui pousse les participants à partir, mais d'en être témoin ou de l'appréhender. En effet, Annette a été témoin d'un incident violent impliquant un collègue : un événement qui l'a bouleversée. Ne se sentant plus en sécurité, elle a quitté cet emploi qu'elle aimait pourtant beaucoup : « *Well, partially I felt bad for the guy but what am I supposed to do? I was hoping they wouldn't do it again, maybe I would have reported it if they had done it again.* »

Enfin, Annette relate un troisième incident pendant lequel elle a dû expulser un homme qui avait une conduite perturbatrice au restaurant, alors qu'elle était la seule serveuse en fonction. Cet homme collabore peu, et elle se voit dans l'obligation d'appeler les policiers. L'homme quitte les lieux pour revenir quelques minutes plus tard haranguer

Annette. L'incident la bouleverse, la peur des représailles la tenaille. Annette quitte son emploi et, peu après, ses études.

He wasn't verbally aggressive, he just scared me. I told him to get lost because the police were coming. I asked him what he wanted: "what do you want?" And, you know, I couldn't go back there because I was too scared he might follow me home. [...] My nerves were really pretty shaky.

Six participants décrivent des expériences manifestes de discrimination dans leur parcours professionnel. Par exemple, Jim constate une forme de discrimination dans l'attribution des tâches. Il ne peut pas utiliser les mêmes pièces de machinerie, ses employeurs doutant de ses capacités à utiliser les outils de façon sécuritaire.

I'll give you an example, a good example, there's that chainsaw. There's four buttons, that's it! You're behind a glass, there's a saw, you line up what, whatever properly, you push a button and you stand there and you watch, pay attention to the machine, come off the machine and something is in the way or going to be in the way or something. They, I was offered to do it a couple of weeks ago and I did a, I turned it down, 'cause it's not that important. I wanted to be able to say that I was probably capable of doing such a thing.

Étonnamment, Jim ne jouit pas de l'usage des mêmes équipements de protection que ses collègues. Cette situation est inquiétante étant donné que les accidents de travail qui ont lieu dans son usine sont fréquents et que l'équipement n'est pas souvent conforme aux normes de sécurité. Jim a été victime de deux sérieux accidents de travail durant la période pendant laquelle les entretiens ont eu lieu. D'ailleurs, il en a gardé des séquelles. Il explique que son employeur l'a forcé à mentir sur la cause de ses blessures lors des consultations médicales.

De plus, Jim ne gagne pas le même salaire que celui de ces collègues, qui ont moins d'ancienneté que lui et qui exercent le même travail. Jim est encore plus en colère lorsqu'il constate que son employeur le paie 80 \$ par semaine (le reste de son salaire provient d'un CIT), et que ce dernier le menace de le congédier lorsqu'il s'absente en raison de maladie.

I have a government subsidy with the company that pays 70 % of the wage. So the company only pays like \$80 a week to have me work there. So it

makes me even more angry when I realize like the boss wants to fire me. You know, it's like if we're not there it does affect their production in terms of what they produce. But they rolled me on, took my cheque. And the whole warehouse is smiling at the ceiling practically.

De plus, Jim se rend compte que des collègues qui ont moins d'ancienneté que lui ont déjà reçu une augmentation de salaire. L'un d'entre eux, qui effectue un travail similaire, reçoit 15 \$ de l'heure alors que l'employeur ne lui verse que 4,80 \$. Il ne sent pas en mesure de demander une augmentation parce que son statut rend une telle demande futile.

I haven't been able to ask for that. Because of that and I feel like I'm not in a position. I found out, like I'm not supposed to tell (name of boss), my boss this, because I learned of it today, that my co-worker he got a raise at the end of the first month he started. And I started before him. And he got a raise, because he asked for it a few times too.

La discrimination salariale dont Jim est victime est décrite par d'autres participants. Mario parle d'une discrimination touchant l'accès aux avantages sociaux de l'entreprise. En effet, il a été congédié de l'agence de placement qui l'avait recommandé à plusieurs entrepôts quelques jours avant d'être admissible comme membre du syndicat : « *So the head foreman came and talked to me and he said "Listen, I cannot give you these two days because if I give you these two days, you're in the union, so I'm sorry, you have to leave."* »

Enfin, il faut ajouter que la discrimination prend ici encore plusieurs formes et ne se limite pas à la stigmatisation qui est associée aux troubles mentaux. Par exemple, Annette constate une forme de discrimination à l'égard des travailleurs plus âgés : elle remarque que les employeurs pardonnent davantage aux jeunes travailleurs, mais que leurs attentes sont plus élevées envers les travailleurs plus vieux. Elle l'a ressentie en vieillissant : « *They gave me more chances. [...] Yeah, they are more strict when you are older.* »

Jim, Marcel, Mary et Sylvain dénoncent le fait qu'ils ont été exploités en milieu de travail. Par exemple, Marcel apprécie le milieu de travail dans lequel il évolue actuellement, s'il le compare à ses anciens lieux de travail dans lesquels il a occupé des emplois où il s'est senti bousculé et exploité : « Ah, ce que j'aime moi, ce que j'aime moi

c'est d'être pas poussé, être profité, tu sais. Fais ça, toi, fais ça, toi tu fais ça toi. Tu sais, profité ».

Mary constate également qu'elle a été exploitée alors qu'elle était visiblement souffrante. Elle œuvrait alors de façon bénévole dans deux manufactures, à titre de couturière, afin de gagner de l'expérience. Elle se rappelle qu'elle avait de bonnes relations de travail jusqu'à ce qu'elle demande une rémunération pour son travail. Elle a donc été congédiée et a reçue une évaluation peu flatteuse de son travail.

And after I said, if you are happy with me give me salary. He said no. "I don't give you salary. You don't work well. [...] I cannot count on you.

Two places before (name of the store) I work, and they were very, very, very gentle with me and they like me. [...] They give me ride to my home and they talk to me and they (were) very, very nice. But I said OK, if I'm working good, they should give me salary. And I said can you give me salary? He, he she he said no you, you work slow. It doesn't register in your head. And they kick me out, lot of the place.

Dégoûtée, elle abandonne non seulement l'ensemble de ses activités productives, mais elle se retire pour une longue période : « *And people take advantage of me because I was a little bit sick and I quit. And I stay at home for two years, no medication, and no school, no anywhere.* »

Sylvain ressent de la lassitude à l'égard du fait qu'il ait souvent été exploité durant ses expériences de travail. Il rapporte que deux employeurs ont été malhonnêtes à son égard. L'un d'entre eux ne tenait pas à jour son registre de paie, et Sylvain ne pouvait pas vérifier l'exactitude des sommes qui lui étaient dues. De plus, il rapporte qu'il y a subi des pressions afin de terminer ses tâches deux heures avant la fin de son quart de travail pour que l'employeur n'ait pas à lui payer des heures de travail supplémentaires. Quant à l'autre milieu de travail, Sylvain estime qu'environ trois mois de salaire ne lui ont jamais été versés : « Il me doit assez d'argent, il doit (me) faire passer pour stupide, ce gars-là! (Il me doit) à peu près 175 piastres. 20 piastres par semaine j'ai travaillé pendant 3 mois. (... Il doit) rire de moi ».

La compensation financière que reçoit Sylvain demeure symbolique et ne reflète pas le travail accompli. Il s'est senti exploité, réduit à l'asservissement. Sylvain a des mots très durs en ce sens :

Quarante piastres. Ça se peut-tu? Ils m'ont "esclavé", vous savez! Ben oui, exploité! (Avant) j'avais des avantages pas plus élevés. Mais tu sais comment qu'ils sont hein, les gens qui "esclavent" là!

J'ai travaillé pendant 4 mois. C'était toujours 20 piastres par semaine, tous les jours. C'est une autre place ça!

Jim rapporte également avoir vécu une expérience de travail où il a été carrément exploité : jamais il n'a été rémunéré pour le travail qu'il a fait pendant plus d'un mois : « *It was fast paced job. And it made the day go fast but I don't think I even got paid at all, I was working there...* »

Pour leurs part, Annette, Jim, Marcel et Sylvain décrivent avoir vécu des conflits importants avec leur superviseur, lesquels ont compromis leur maintien en emploi. Ces conflits ont parfois été alimentés par des collègues. Par exemple, Annette relate qu'une de ses collègues lui avait expliqué que la superviseure était mesquine, voire méchante, et qu'il fallait s'en méfier. Alors que sa superviseure commentait son travail, Annette s'est emportée très rapidement, et a riposté à ses commentaires avant même que ceux-ci ne soient blessants. Elle a été renvoyée pour insubordination.

D'autres participants estiment que l'attitude de leurs collègues et les lacunes dont ils faisaient preuve se sont reflétées sur leur charge de travail. Souvent, ces conflits sont demeurés latents, implicites et se sont transformés en situation d'abus. Par exemple, Michel mentionne un conflit avec un collègue avec qui il avait accepté d'échanger ses quarts de travail. Ce dernier a omis d'informer le superviseur de ce changement et ne s'est pas présenté au travail selon l'entente convenue. Il mentionne aussi le cas d'un collègue qui est parti quelques minutes pour ne plus revenir. Michel a dû alors subir les remontrances de son patron et assumer l'ensemble de la charge de travail, sans pouvoir prendre de pauses. L'expérience a été dévastatrice pour lui et l'a poussé à quitter précipitamment le travail, sans aborder les causes de sa détresse : « À un moment donné quand, après dix jours là, je

commençais à pleurer. J'ai fait comme un, une crise là. Ce n'était pas une crise psychotique. C'était un peu psychotique. Mais c'était surtout émotif là ».

Le défi de composer avec des conditions de travail difficiles

Comme il en a été question dans la Section 5.2.11.1, les pauvres conditions de travail ont fragilisé le maintien en emploi des participants. Notamment, les maigres compensations financières, la perte des avantages attribués par l'aide sociale, la charge de travail ainsi que le climat de travail hostile créent des obstacles au maintien au travail, lesquels peuvent le compromettre si les mesures de soutien sont insuffisantes.

Un manque d'adaptation ou d'organisation des tâches peut représenter un irritant de taille. Par exemple, Paolo déplore que les notes de cours soient mal organisées, compliquant sa tâche. De plus, il répond mieux aux méthodes traditionnelles d'enseignement alors que sa formation semble davantage reposer sur des méthodes expérientielles ou basées sur la résolution de problèmes.

I feel that sometimes the traditional methods work better. Like the teacher goes to the blackboard and explains a little bit of theory, he solves a few problems on the blackboard and then he gives you a problem to solve and you try to solve it. And they keep getting a little bit more difficult. What I find is, because what I am taking right now. I have to do too much research on my own. I have to go through thousands of pages to find one information or the other. (I would like) more guidance concerning that and a little bit more organization. For example they give me a book; actually, it's a bunch of photocopies, you know, at least over 1000 of pages and they didn't give me an index. I mean how I am supposed to look for the information in the book?

Parmi les irritants, Annette soulève le fait que certaines entreprises familiales sont parfois gérées par de jeunes superviseurs, qui sont peu compétents et qui se déchargent de leurs responsabilités sur les employés : « *In family business, some supervisors can be young. They don't take their share of their responsibilities and tend to dump them on staff.* »

De plus, Annette, Betty, Jim, Marcel et Sylvain expliquent qu'on leur a assigné des tâches exténuantes, exigeantes physiquement. Certains participants, comme Jim et Sylvain,

connaissent surtout ce genre de tâches puisqu'ils ont été victimes d'accidents de travail. Bien qu'ils se résignent à garder leur emploi, faute de mieux, tous deux reconnaissent qu'ils ne pourront pas le conserver à long terme, au risque de compromettre leur santé. Voici ce qu'en pense Sylvain :

Mais je me suis fait mal aux épaules. Après quelque temps, je n'étais plus capable de travailler là, je "m'ai faite brûler." Je me suis faite brûler!

Mais j'ai faite un an, j'étais vraiment brûlé.

Jim est soumis à des conditions de travail difficiles. Il travaille dans un environnement où il y a de grands écarts de température et où l'air est surchargé de poussières. Aucune mesures raisonnables n'ont été mises en place pour assurer sa santé et sa sécurité.

There's no sense of any safety. Then I get sick. I get sick too in being cold and in the cold and in the hot and all that. The dust... Like with the paper that goes to the cutter, there's dust everywhere, everywhere...

Jim sait qu'il ne pourra pas rester dans un tel poste à long terme. Le climat de travail est parfois hostile et conflictuel, souvent imprévisible.

Even where I'm working now it's crazy. Like we joke around, things like that... Even though it has its hard moments, the lot of shit that we get. Like there's just as much of a fun time to it, constantly being threatened to be fired, I don't like the feeling of like you're weak or something.

I don't feel like I'm being treated the way I should be treated. [...] I take a lot of stress from, I put up with a lot of anger from my boss and half the other times he's up joking around. The other half he's serious but then it gets to the point where I don't even know like what to do soon as he's told me. I mean I've eaten shit a couple of ego for that they were joking with me again and I didn't know it was a joke but I end up doing everything by the book.

Pour leur part, Lucy et Nathalie concluent que les emplois, de par le fait qu'ils soient rémunérés, sont souvent assortis de conditions déraisonnables. Nathalie s'exclame : « Parce que t'es payé pis il faut que ça marche! »

Annette, Betty, Jim, Mary et Michel indiquent que le manque de formation en emploi ou l'existence de mécanismes d'orientation insuffisants ont constitué un frein à leur maintien en emploi. Cette absence de formation a représenté un défi, qui a parfois été insurmontable. Michel dénonce cette lacune plus que tout autre participant. De fait, peu d'attention a été donnée à l'évaluation des capacités du travailleur, des tâches ou de la congruence personne-emploi, ainsi qu'à l'orientation ou à la formation en emploi, une fois que le placement a été effectué.

Selon Michel, cette lacune est toujours présente en dehors des services de placement génériques. Il a observé le même phénomène dans un service externe de la main-d'œuvre (SEMO) qu'il a fréquenté. À l'examen des pairages qu'a effectué le SEMO, Michel note qu'il y a eu peu d'évaluations du poste, de mesures de soutien en emploi ou d'adaptations proposées. Il a plutôt été référé à une agence de placement générique qui présente aussi cette lacune.

Une fois qu'on était accepté dans cette compagnie là, on avait des traitements là, corrects. Sauf que, elle n'avait pas le tour de... Elle pensait... Elle ne nous formait pas comme du monde. Elle "trustait" les autres gars que ça faisait trois ans qui faisaient ça pis se rappelaient plus qu'au début c'est pas évident pis c'était ça.

J'ai "toffé" peut-être deux, trois mois. C'est que à un moment donné, j'ai fait une gaffe. Ils m'ont changé de poste. Ils m'ont dit de mettre des vis dans un sac. Encore une fois, c'est la même histoire: mal, mal formé. La fille te dit ça en cinq minutes. Elle dit : "c'est tout là". Pis tu arrives là pis t'es tout seul. Pis y'a un autre vis pareil à côté tu te dis : "c'est tu celle-là ou celle là?" Elle n'est plus là pour te l'expliquer. Pis là tu fais ton possible pis ça se trouve que tu as fait 150 sacs tout croches pis là, elle est en (juron). Elle dit : "Lui, je ne le veux plus!" Fait que la compagnie ne peut plus t'envoyer à cette place là. Il faut qu'elle te trouve un autre contrat.

Conséquemment, malgré que Michel ait reçu des services d'un SEMO, les attentes qu'on a eues à son égard sur le plan du rendement durant ses nombreux placements ont été déraisonnables. Si ses besoins de formation ont été reconnus *a posteriori*, aucun changement n'a été apporté au moment où Michel occupait le poste.

À (nom du SEMO). Elle ne m'a pas blâmé, ni mon boss. Elle a dit c'est que tu n'as pas eu assez de formation. Ils ne t'ont pas formé pour faire ce qu'il fallait que tu fasses. C'est trop! Ils t'ont trop demandé en trop vite.

La Figure 23 illustre les variables qui sont associées au milieu où l'activité productive est exercée et qui freinent la poursuite de cette activité.

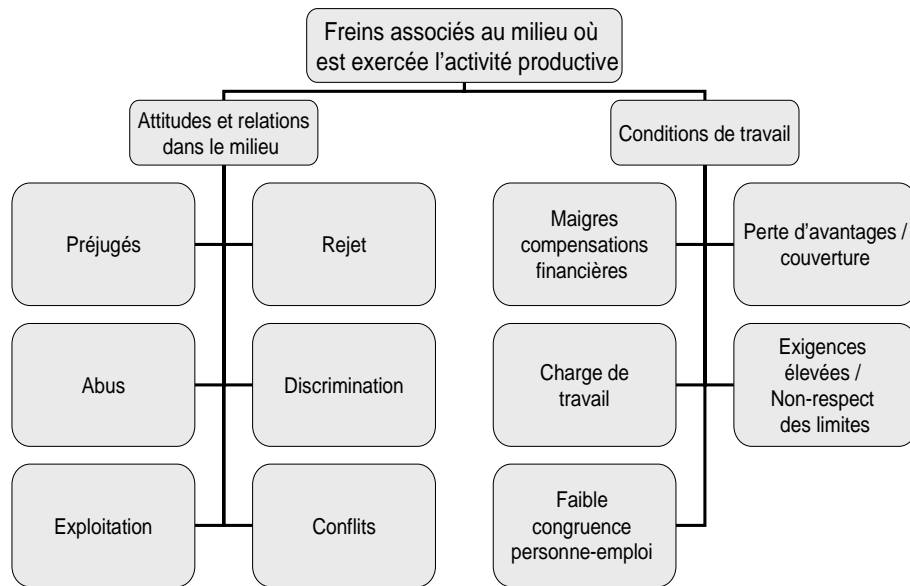


Figure 23 Freins liés au milieu où est exercée l'activité productive apparentée au travail

Les freins qui sont associés au milieu où est exercée l'activité productive constituent le plus important obstacle à franchir pour la majorité des participants. Pour conclure cette section, la Figure 24 résume l'ensemble des freins qui gênent le maintien dans une activité productive apparentée au travail

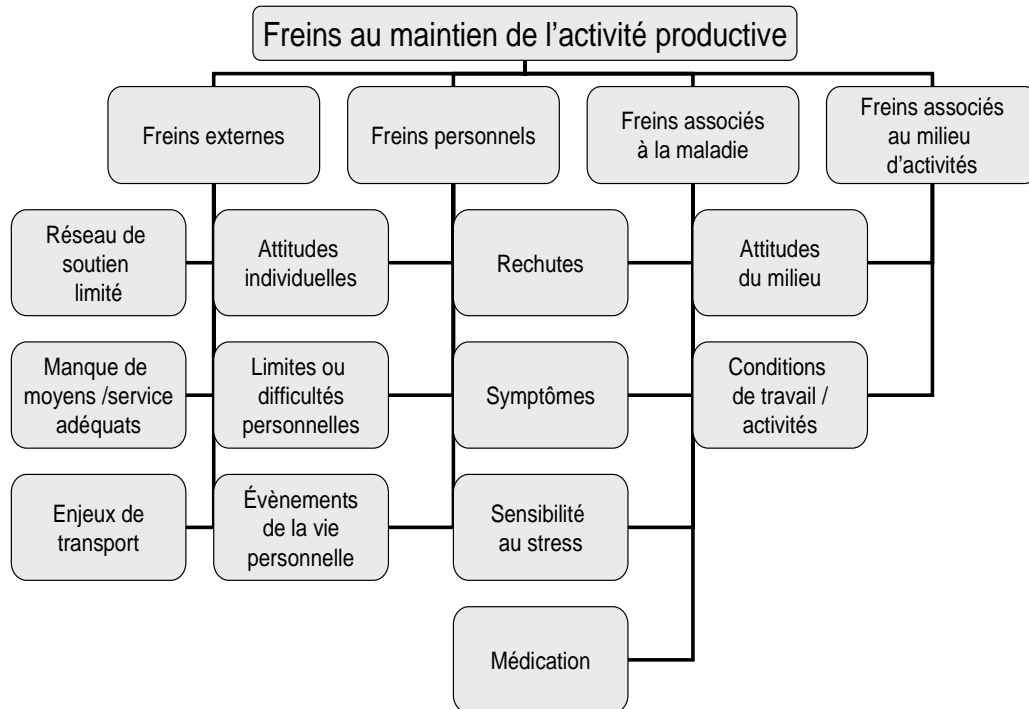


Figure 24. Ensemble des freins au maintien de l'activité productive

5.2.14. Choix de parcours professionnel

Les modes par lesquels l'individu prend des décisions professionnelles constituent généralement un des marqueurs des stades de développement professionnel et font partie intégrante de la définition du construit. Cependant, il appert que dans notre échantillon, les décisions professionnelles que prennent les participants sont généralement peu orientées vers le choix d'une profession et l'élaboration de leur identité professionnelle. La plupart d'entre elles concernent le choix de s'investir dans une activité productive ou de l'abandonner. Trois grandes catégories de facteurs influencent ces décisions : les variables

externes, les variables personnelles et les variables associées au milieu où est exercée l'activité productive.

5.2.14.1. Les variables externes

Les facteurs externes regroupent l'ensemble des influences extérieures, hormis le monde du travail, susceptibles d'influer sur les processus de décisions professionnelles des personnes qui sont aux prises avec des troubles mentaux. Plus spécifiquement, les facteurs externes regroupent les opinions d'autrui, l'influence des modèles, l'accès à l'information ainsi que les attentes du milieu. Tous ces facteurs influencent uniquement les décisions de s'investir dans une activité productive apparentée au travail.

Rappelons que les modes d'accès aux activités productives reposent sur deux facteurs : les participants accèdent à des activités apparentées au travail à la suite des démarches qu'ont prises leurs intervenants et leur réseau de soutien ainsi qu'en saisissant les occasions qui s'offrent à eux (voir Section 5.2.9.2). Par conséquent, tous les participants indiquent qu'ils considèrent l'avis d'autrui au moment de prendre une décision professionnelle, notamment dans leur choix de s'engager dans une activité productive qui est associée au travail.

Cependant, le degré d'influence qu'exerce l'opinion d'une tierce partie varie considérablement dans l'échantillon. Pour Betty, Malcolm et Paolo, cette influence se limite à de l'information sur les exigences des programmes d'études ou des emplois. D'autres, comme Nathalie et Mario, cherchent résolument à s'affranchir des influences d'autrui. Alors que son père insiste pour qu'il accepte les traditions professionnelles familiales, Mario refuse de répondre aux désirs de son père et de ses oncles. Il ne souhaite pas devenir un chauffeur de taxi comme eux : « *I said "No, you guys you're a family of taxi drivers. Me, I don't want to become that."* »

Pour sa part, Nathalie fait surtout preuve d'autodétermination dans ses décisions professionnelles. Seules des personnes de confiance comme sa mère peuvent influencer ses décisions. Par ailleurs, Alex, Jean Jim, Lucy, Mary et Michel recherchent activement l'appui et la participation des autres dans le processus décisionnel. Ces participants

indiquent qu'ils sollicitent régulièrement l'avis de personnes de confiance, notamment leurs parents et des intervenants. Par exemple, Alex indique s'investir dans certaines activités afin de plaire à ceux qui l'entourent. Au début de son parcours professionnel, Alex a cherché, par ses choix, à répondre aux attentes possibles de son père.

Well, I wanted to please my dad more than anything, you know. And then, one time, I was angry at my father for making me feel this way, you know. As if it was him that did it to me, you know...

Aujourd'hui, Alex ne s'appuie plus autant sur l'opinion de ses parents. Néanmoins, l'opinion et la reconnaissance d'autrui comptent toujours autant pour lui, parce que ses choix sont fondés sur son désir de plaire :

It's not my choice to... It's not the perfect job, but it's a good job. I wouldn't mind doing. I really think I would like it because I'm pleasing people too. By helping them out, I am a people pleaser, a people person- people pleaser...

Jean, Jim et Michel expliquent s'appuyer sur autrui non seulement pour choisir de s'investir dans un emploi, mais aussi pour prendre des décisions quotidiennes, lesquelles leur permettent de mieux apprécier leurs conditions actuelles de travail ou de maintenir leur emploi. Par exemple, Jean reconnaît spontanément que c'est parce qu'il cherche à plaire à autrui qu'il accepte certaines offres d'emploi. Cependant, même s'il n'avait plus à choisir un emploi au moment des entretiens, il continue de solliciter beaucoup les siens pour orienter ses décisions, parce qu'il doute de son jugement et de sa capacité de prendre seul de bonnes décisions.

Je suis un gars qui est ben, qui pose toujours des questions. Un petit peu de manque de confiance en moi là. Et puis, surtout mon père, tu sais. J'y demande des conseils souvent, souvent. Même aujourd'hui, point de vue de mon travail, je l'appelle : "Pis, qu'est-ce que je devrais faire? Qu'est-ce que je devrais faire? Pis il y (nom de l'intervenant) à (nom de l'agence) qui m'aide beaucoup euh, point de vue professionnel au travail." Alors lui, je l'appelle souvent pour des questions : "je devrais-tu parler à mon patron? Je devrais-tu y dire ci? Je devrais-tu y dire ça?" Même chose avec mon psychiatre, je pose pleins de questions par rapport à ma job euh, pour que, pour qui me donne des conseils. Pis souvent euh, j'ai prends ses, leurs conseils.

Les choix professionnels de Michel ont parfois été influencés par autrui, notamment par les intervenants en santé mentale ou en réinsertion professionnelle. Michel explique longuement au cours des entretiens comment les suggestions de ces derniers n'ont pas toujours été heureuses ou cohérentes, alors qu'il s'appuyait presque exclusivement sur elles pour prendre des décisions. Par exemple, au moment où Michel a songé quitter un emploi afin de se réorienter vers la restauration, son agente de service de réinsertion professionnelle lui a expliqué qu'il s'agissait d'un secteur d'emploi où il risquait d'être exploité : l'agente lui propose alors un travail d'agent de sécurité, un mauvais choix pour lui. Quelquefois, les intervenants émettent des avis contradictoires. Par exemple, Michel raconte que son intervenante en réinsertion lui avait offert un poste de brigadier scolaire, sur la Rive Sud, dont l'horaire de travail était fractionné tandis que son thérapeute lui avait recommandé de le refuser. Michel a noté, tout au long de son parcours, que les intervenants ont présumé ce que pouvaient être ses visées ou ses besoins, sans nécessairement considérer sa perspective. Par exemple, Michel rapporte que plusieurs intervenants ont pris pour acquis qu'il désirait retourner aux études et ont modifié son plan d'intervention en conséquence. Des personnes se sont également opposées à son désir d'entreprendre une carrière plus artistique, particulièrement lorsqu'il était plus jeune.

Outre l'émulation de pairs dont il a été question à la Section 5.2.12.1, Annette, Marcel et Paolo rapportent comment certains individus ont joué un rôle de modèle dans leur choix professionnel. Par exemple, Marcel a eu un parcours professionnel qui ressemble à celui de sa mère. Tout comme son père, Paolo privilégie l'éducation comme moyen d'obtenir un emploi de qualité, valorisant et rémunérateur. Paolo explique que malgré les origines modestes de son père, ce dernier a réussi à poursuivre des études supérieures : *« Well, my father is an engineer and so it has always been like... Ever since I was a kid, I knew I was going to go to university; I am going to do something. »*

Un participant, dont l'activité productive constitue une transition vers la réalisation de son projet professionnel, précise à plusieurs reprises combien l'accès à l'information est critique pour prendre des décisions éclairées. Ce participant, qui n'a pas terminé ses études secondaires au Canada, pense que les jeunes d'ici jouissent d'une orientation scolaire, connaissent les programmes de formation et ont bénéficié de stages exploratoires. Ce

participant souhaite donc avoir accès au maximum d'information possible : « *I think we should get more information than what we get, at the post-secondary level. We should get more information that, like more access to counsellors to guide you a little bit more.* »

Enfin, un participant pour lequel le travail constitue une occupation rapporte que ses choix de s'investir dans une activité productive associée au travail sont le résultat des attentes de son milieu de vie.

C'est en ayant des colocs qui avaient des jobs, mais en même temps on était obligé. Donc, ce n'était pas un choix quand même, j'étais obligé de faire quelque chose en entrant à (nom de l'organisme de suivi communautaire). Un des critères, c'était : Il faut que vous soyez occupé durant le jour par un emploi ou quelque chose comme ça. Fait que, peut-être que c'était forcé un peu. Mais c'était un choix mais en fin de compte, je n'avais pas ben, ben le choix.

5.2.14.2. Les variables personnelles

Les variables personnelles réunissent l'ensemble des traits, des caractéristiques, des attitudes ou des besoins des individus qui influencent les choix professionnels. Ces variables touchent surtout les décisions des personnes de s'investir dans une activité productive.

Alex, Betty, Jean, Jim, Michel et Sylvain parlent de l'influence de leur besoin de sécurité sur leur choix de s'investir dans une activité productive apparentée au travail. Par exemple, Jean mentionne qu'un bon nombre de choix professionnels qu'il a effectués reflètent son désir d'éviter une situation de non-emploi, de jouir de bons revenus ou de meilleurs avantages. Toutefois, les choix professionnels ne s'appuient pas uniquement sur le désir d'obtenir une sécurité financière, mais aussi sur le désir de sécurité tout court. La plupart des participants se disent inspirés par des tâches familières ou qu'ils peuvent maîtriser, ce qui leur permet de se sentir moins menacés. Alex mentionne qu'il privilégie un travail dans le programme de réinsertion professionnelle qu'il fréquente. Il sait qu'il peut y trouver la sécurité qu'il recherche : « *Well, I chose this job because of it's over there.* »

Pour Jim, cette recherche de sécurité se traduit par un désir d'œuvrer dans un milieu de travail plus sécuritaire, tant sur le plan émotionnel que physique.

So I have no desire to lose a leg or even my life...

Work in a warehouse is a warehouse. There are dangers all around. And there I'm wondering like, I don't feel like I'm being treated the way I should be treated.

I mean because I'm afraid of an accident happening.

Quant à Jean, il mentionne comment il a cherché à combler ses besoins d'attention en s'investissant dans un emploi. Par exemple, il rapporte ce qui suit : « Tu sais, j'ai fait de la radio, j'aime ça être, pas populaire, mais avoir de l'attention. »

Tel qu'il a été discuté dans la Section 5.2.13.2, six participants indiquent que des événements de leur vie personnelle les ont conduit à quitter une activité productive apparentée au travail. Pour Nathalie, le désir d'assumer pleinement son rôle de mère est venu influencer son parcours. Cependant, cette transition a été difficile et troublante pour elle : « Même si c'est ça que je voulais. C'était dur à vivre pareil. Parce qu'il fallait beaucoup de sacrifices, pour être avec les bébés. » Quitter le milieu professionnel et la notoriété s'y rattachant a été difficile pour elle. Par contre, Nathalie tire avantage de sa situation depuis qu'elle s'est retirée du marché de l'emploi, mais elle n'est plus aussi confiante en ses capacités. Elle cherche donc aujourd'hui des occasions de faire du bénévolat où le niveau de stress est limité.

Les facteurs individuels susceptibles d'influencer autant le choix des participants de s'investir dans une activité productive que celui de la quitter sont les suivants : l'autodétermination, le respect de leurs limites et une dynamique exploratoire.

Dix participants affirment valoriser l'autodétermination dans leurs choix professionnels, bien que certains l'aient manifestement moins fait que d'autres. Par exemple, Jean exprime spontanément qu'il ne croit pas avoir exercé pleinement ses choix professionnels, exception faite de quelques occasions qui ont été plus significatives. Malgré

des expériences limitées d'autodétermination, Alex croit accorder davantage d'attention à ses besoins qu'avant : « *Now, I am doing stuff to please myself here like... If I didn't like the work I am doing, I wouldn't do it, you know.* »

La moitié des participants rapporte que leurs choix professionnels sont influencés par le désir de respecter leurs limites. Plusieurs participants indiquent avoir quitter un emploi parce que le travail était trop exigeant, et qu'on ignorait leurs requêtes. Certains indiquent également vouloir quitter un emploi pour les mêmes raisons. Les propos d'Alex expliquent cette situation : « *I didn't like that job at all! They were forcing me to do new things when I said: "I can't. Can't handle what I am doing now", you know.* »

D'autre part, les limites imposées par la maladie forcent Alex, Jean, Michel et Paolo à faire le deuil de buts professionnels satisfaisants. Chez d'autres, ces limites interfèrent avec leur capacité d'effectuer des choix éclairés. Par exemple, Michel reconnaît que la manie l'a amené à faire plusieurs choix irréfléchis et spontanés au début de sa vie professionnelle. Paolo explique que certains choix professionnels moins heureux, comme celui de se diriger en économie, ont pu être influencés par la maladie. En effet, il lui était plus difficile de réfléchir et de prendre des décisions éclairées.

I tried to go back to school. And I took some courses in economics. I was thinking of going into another area. I think I wasn't really thinking that clearly in that period because of the disease at the time. And so I was thinking of going into economics instead. But I keep going, I kept getting sick during the period I was doing that...

La nature des tâches de l'emploi peut avoir suscité une détérioration de l'état clinique d'Alex, notamment une recrudescence des hallucinations. Il s'agit pour lui du signal qui l'a poussé à quitter définitivement son emploi. Par exemple, voici ce que dit Alex d'un travail qu'il a fait dans un atelier de menuiserie : « *Plus I was seeing things in the wood that were not there, you know, eyes or whatever, you know.* »

Deux participants indiquent que leurs choix professionnels ont été guidés par un mode exploratoire de prises de décisions. Ce processus est plus caractéristique des premières expériences professionnelles d'Annette. Elle semblait alors guidée par le plaisir.

Ses choix ont été à ce moment peu réfléchis et marqués par un processus exploratoire d'essais et d'erreurs.

I was trying different jobs to see what I liked best. But I wasn't thinking about the future, because if I was thinking about the future, I would have hold on to one job and maybe moved up, moved up a little bit, you know. [...] I enjoyed my time of out of work just as much as my time in work. Like I wasn't fooling around at work, but I was enjoying my teen years.

Lucy est elle aussi passée d'un programme à un autre, sans toutefois trouver sa niche. Même après avoir fait une évaluation de ses intérêts professionnels dans un programme préprofessionnel, Lucy ne s'est toujours pas fixé de buts professionnels.

I took French. I took Canadian studies. I took psychology. I took international social science. [...] At first I was thinking of maybe going into English because I like English a lot but that turned out to, you know... I changed that quite quickly because I couldn't read books, books (that) would be like that (showing how thick they were), very thick. And so I changed to like General Arts or something like that. But I got to the point where...It was getting too hard.

5.2.14.3. Les variables associées au milieu où est exercée l'activité productive

Les variables associées au milieu où est exercée l'activité productive façonnent l'orientation que les participants donnent à leur parcours. Deux facteurs associés au monde de l'emploi influencent les décisions que prennent les participants de s'investir dans une activité productive apparentée au travail : une meilleure rémunération et l'observation de l'évolution des tendances du marché du travail.

La moitié des participants considère la rémunération avant d'accepter un travail. Plusieurs cherchent à échapper au contexte de pauvreté dans lequel ils évoluent. Pour Betty, l'obtention d'une meilleure rémunération semble aussi avoir été déterminante, les emplois les plus significatifs pour elle étant ceux qui ont été les mieux rémunérés. C'est aussi l'obtention d'un meilleur revenu qui sous-tend ses buts professionnels : elle vise l'autosuffisance financière, puisqu'elle ne jouit pas du soutien d'une famille ou d'un

conjoint. Néanmoins, l'argent n'est pas tout : même mieux payée, Betty ne retournerait pas à des expériences moins stimulantes.

(I need) to survive. Because, I depend on myself. I am living by myself. I am all alone and I don't have anybody. I have to watch, watch what I spend and how I spend. And my life, I have to take care of my life.

Par ailleurs, plusieurs participants indiquent que si la rémunération est intéressante de prime abord, son impact sur le processus décisionnel n'est pas prépondérant. Par exemple, Alex privilégie la reconnaissance, la sécurité et la valorisation au salaire. Même si Jim cherche à améliorer ses conditions de vie et son salaire, il croit que la rémunération revêt moins d'importance à ses yeux lorsque le travail proposé correspond à ses intérêts. S'il insiste sur son désir d'être mieux rémunéré, il indique également que l'emploi le plus significatif qu'il ait exercé était un des moins bien payés.

Because right now, it's like I'm working on building a life and making, having a job to generate income. And the more income I can generate the better for, for, for me at this point. Because I know that money is not everything, but it's part of the reality of life.

I got the minimum wage. I was doing something I really like anyways. So it didn't matter.

À l'inverse, l'absence de rémunération représente pour Mary et Nathalie une forme de liberté qu'elles recherchent. Pour Mary, la rémunération crée des attentes : « *Because they didn't have to pay me, I was relaxed. But the places where they pay me, I'm not relaxed.* »

Paolo est le participant qui est le plus sensible à l'évolution des tendances marquant le marché du travail. Il a comparé les perspectives d'emploi et les compétences recherchées par les employeurs lorsqu'il a choisi un programme de formation professionnelle.

I got at my computer and I started looking what was the placement grade for this diploma or that diploma, how much you can make and things like that.

It is like industry has changed. They want you to know about electricity and they want you to know about automation. If they want to hire you, it is not

totally mechanical stuff that they do now. They want you to know about electricity.

Par exemple, Paolo privilégie l'éducation comme moyen d'obtenir un emploi de qualité, valorisant et rémunérateur. Il a choisi un programme d'études universitaires qui propose une formation étant compatible avec les besoins de la compagnie qui lui offrait une bourse d'études. Les contraintes qui étaient associées à cette bourse ont aussi influencé les choix professionnels de Paolo, puisque ce dernier ne pouvait pas suivre un programme d'études s'échelonnant sur une trop longue période tels les programmes coopératifs (marqués par une formation pratique en milieu de travail).

At first, I thought about going coop but then they offered me the scholarship and engineering is very, very long. We are talking about two years of CEGEP and four years of university minimum, taking six courses a semester. So basically the people that gave me the scholarship, they didn't want to pay for an extra year if I went coop.

Parmi les facteurs associés au monde de l'emploi susceptibles d'influencer leur décision d'abandonner une activité productive, les participants définissent les difficultés vécues au travail ainsi que l'impression de s'engager dans une voie professionnelle qui ne procure aucuns débouchés.

Six participants indiquent qu'ils ont tendance à quitter une activité productive lorsqu'ils ont des difficultés au travail. Par exemple, Mary explique que les difficultés tangibles qu'elle a éprouvées au travail ont joué un rôle déterminant sur les choix qu'elle a fait par la suite. Voici un exemple où Mary constate l'effet dévastateur qu'a eu son emploi sur sa vie familiale avant qu'elle ne décide de le quitter :

And after they find the faults on my clothes which I sewed. They look at it and she said to me: " Things doesn't register here". And I, I decide to leave because... When I come home, I was violent, I... I was yelling at my kid, and I said: "this is not a job for me.

Alex souligne que les commentaires négatifs qu'il a reçus à répétition ainsi que le sentiment de ne pas être à la hauteur des attentes l'ont poussé à quitter un emploi :

Well, they were telling me that I, I wasn't doing the job right and that, that I didn't have any interest, or anything like that into the job. [...] They were telling me more or less that I was useless in my job when I thought I was doing good, you know... So, that made me feels awful... So, I quit!

Le sentiment de ne pas être traité à sa juste valeur motive Jim à quitter des emplois dans lesquels il est exposé à de piètres conditions de travail. Il aimerait être apprécié plutôt que dévalorisé.

It felt like I was really put down, or incapable, incompetent or things like that feelings of those nature, of that nature, in that warehouse. A thankless job. And I know I'd rather be in a job where I'd be grateful, happy to do for somebody...

Tel qu'il a été discuté à la Section 5.2.13.4, les participants soulignent que les conflits et les abus dont ils font l'objet dans leur milieu de travail contribuent considérablement à leur décision d'abandonner l'activité productive. De plus, six participants décrivent à quel point leurs changements de parcours ont été motivés par un sentiment de se heurter à une voie sans issue, ou par l'espoir d'obtenir de l'avancement. Les programmes prévocationnels et les ateliers protégés semblent avoir mené à rien pour trois des huit personnes qui y ont participé. En effet, Mary explique que les services ne permettent pas la réussite de la transition vers le marché du travail régulier. De plus, elle indique que les acquis qui ont été obtenus du milieu protégé ne facilitent pas une réelle intégration socioprofessionnelle.

Jim et Mario indiquent avoir choisi de quitter une activité apparentée au travail lorsqu'ils ont pris conscience que l'occasion qui leur était offerte menait à rien. Par exemple, Mario a quitté une mesure INSO où il a dû assumer un rôle de réceptionniste. Toutefois, il était convaincu que ses chances d'obtenir un réel emploi dans ce domaine étaient inexistantes. Il a eu l'impression de s'investir dans une voie sans issue. Comment cette expérience transitoire de travail lui ouvrirait-elle les portes du marché de l'emploi? Qui voudrait de lui dans un poste similaire?

And even though, if I were to finish that program and I would of find a job into a company, me I don't know how to type. Me, I type one by one. Bon. So

if he asks me for 50 words a minute, I'm sorry, it's 5 words a minute. And they won't accept me. Then I'm thirty-five years old and I'm a man.

So, me I figure out since the beginning. I said, even though I know how to type, I know how to do this, I don't do this, I'm going to go to a company. You're a man, thirty-five years old, sorry; your chances are a minimum. The only places that you can work for are like some youth or these non profit organizations. Okay, go and work over there and you have what? 8 dollars an hour, 9 dollars an hour, sometimes. And you get a work like that. I'm sorry. For me it was a dead end. For me.

Trois facteurs associés au milieu où est exercée l'activité productive ont une incidence sur tant sur les décisions de s'investir dans une activité productive apparentée au travail ou que sur celles de la quitter : la présence de possibilités, la recherche d'une congruence personne-emploi et l'accessibilité ou le manque d'accessibilité au milieu du travail. La question du transport a déjà été abordée dans la présentation des freins à l'emploi (Section 5.2.13.1).

La moitié des participants indiquent que les décisions qu'ils ont prises sur le plan professionnel dépendent essentiellement des occasions qui s'offrent à eux. Michel en est un bel exemple.

C'est dur à dire, parce que je n'étais pas, j'étais dans un « mood » si on peut dire, où je prenais tout ce qui passait. Tu sais, j'étais un petit peu, comment qu'on dit... comment qu'ils appellent ça? Pas « psychomanique » là. Mais tu sais, hypomaniaque un petit peu. Quand quelqu'un me proposait quelque chose : Ah, pas de problème! Je le faisais tu sais... Pis tu sais, ce qui se présentait à moi, je le faisais. Pis c'était pas comme... Je n'avais pas le choix mais en même temps je ne le réalisais pas si j'avais un choix ou pas, ce n'était pas important pour moi. [...] C'est ça j'embarquais là, les deux pieds dedans, direct. Oui. Je ne le sais pas si même je me posais la question. Dire: "Y'a tu une alternative?" Tout me plaît... Ce qui se présentait me plaisait. À prime abord, j'embarquais là-dedans comme ça.

Il est difficile pour Sylvain d'indiquer comment il choisit ses emplois, comme s'il ne pouvait se permettre de choisir : « Mais je suis habitué, j'ai été habitué... ». Il tend à accepter des activités productives dont les tâches sont familières, à saisir des occasions au passage, et il consolide ses compétences de façon pragmatique. Finalement, il cherche à

s'occuper et sortir de chez lui : « C'est meilleur de travailler que de rester dans des maisons (comme celles) où on est. »

Marcel adopte la même stratégie et fait lui aussi ses choix de façon pragmatique. Son souhait est d'occuper un emploi dans lequel il peut exécuter son travail, sans être harcelé. Il se félicite que se souhait se soit réalisé : « Moi, je fais ma job. [...] J'aime pas me faire [...] achaler tu sais... [...] Je cherche juste... Là, au (nom de l'employeur), je fais ma job. »

Pour sa part, Annette a eu tendance à saisir toutes les occasions qui se sont présentées, surtout au début de son parcours professionnel, et a fini par exercer de nombreux emplois. Elle a fait confiance à son instinct et a considéré toutes les possibilités. Cependant, elle constate aujourd'hui qu'elle aurait dû faire preuve d'un meilleur jugement et persévérer plus longtemps.

I was trying different jobs to see what I liked best. But I wasn't thinking about the future, because if I was thinking about the future, I would have hold on to one job and maybe moved up, moved up a little bit, you know.

Betty se félicite d'avoir accepté une occasion qui ne lui était pas destinée au départ. Pour elle, son choix d'occuper un poste d'adjointe administrative semble avoir été motivé par le fait que cet emploi était perçu comme une promotion. À ses yeux, il ne s'agissait pas seulement d'une occasion d'emploi, mais aussi d'une possibilité de grandir. Ce poste offrait un tremplin, des défis, des occasions d'apprentissage et d'avancement.

Seul Alex mentionne qu'il a décidé de profiter d'une occasion qui s'offrait à lui après avoir effectué une période d'essai. Il a reçu une formation préalable et savait donc dans quoi il s'engageait.

I had the choice between two jobs. [...] I started to take this job because I had been trained for it. And they trained me to do this job and then they said: "Do you want to keep it"? And I said: "Yeah"! And I loved it, you know. I would not let it go for anything.

Neuf participants expriment clairement que le manque de congruence personne-emploi a influencé leur choix de s'investir dans une activité productive apparentée au travail ou de la quitter. Ces participants décrivent que leurs choix ont été guidés par la congruence ou le manque de congruence avec leurs intérêts, limites, valeurs ou besoins. L'ampleur du défi présent au travail constitue la pierre angulaire de la congruence. Lucy, Mario et Michel insistent sur le fait qu'ils se sont ennuyés, parce qu'il n'y avait pas de défis à relever, et la congruence entre les tâches et leurs préférences était absente. À travers ses expériences, Lucy a tenté de maximiser la congruence avec ses capacités ou de minimiser l'impact engendré par ses difficultés et l'ennui. En fait, elle a quitté les postes qui l'ennuyaient, faute de tâches et défis. Pour Michel, l'ennui résulte de l'accomplissement de tâches qui comportent peu de défis et l'enlisement dans une routine monotone.

Une fois que tu réalises que tu es capable de faire une chose bien, il faut que tu essayes, que tu ailles dans quelque chose de plus... Sinon, ça devient la routine. Tu te tannes pis tu peux faire des gaffes éventuellement.

J'ai lâché parce que j'étais tanné. C'était toujours la même affaire parce que ce n'était pas toujours lever des frigidaires.

À l'inverse, la présence d'un défi trop grand dans le cadre duquel l'individu ne peut pas maîtriser ses tâches ou renforcer son potentiel conduit aux mêmes résultats, comme en témoigne Alex :

I was always doing the wrong thing it seems like. I would ask for help all the time. I wasn't making my own creation. It was [...] half-made by somebody else, you know. So I said: "Well, I don't like this anymore" and I went to (other job).

Paradoxalement, un défi trop grand peut découler non seulement d'attentes qui sont trop élevées, mais aussi des périodes d'inactivité. En effet, Michel veut avant tout mobiliser ses énergies. Or, il a déjà occupé des postes dans lesquels il disposait de trop de temps libre, ce qui constituait pour lui un redoutable défi, compte tenu de sa dynamique :

Si j'avais eu un travail à faire, j'aurais conti... Je me serais investi, enterré dans mon travail. Il y avait trop de temps libres pis j'arrivais pas à gérer ça le

temps libre avec les gens, c'était trop pour moi. Je n'ai pas fait de psychose par exemple, mais j'ai lâché. Après quelques mois, j'ai lâché.

Annette, Nathalie et Paolo ont cherché à maintenir une forte congruence avec leurs intérêts, et ce, tout au cours de leur carrière. Betty et Michel expriment clairement leur désir d'accepter de nouveaux défis au moment de prendre des décisions sur le plan professionnel. Michel témoigne de ce fait, en cherchant à faire davantage preuve d'autodétermination : « Ça ne m'obsède pas, mais je commence à réaliser que c'est beau avoir une job à un moment donné, il faut que... Il faut que ce soit un challenge. »

La Figure 25 résume l'ensemble des variables qui influencent les décisions professionnelles des participants, que ce soit celles de s'investir dans une activité productive apparentée au travail ou de la quitter.

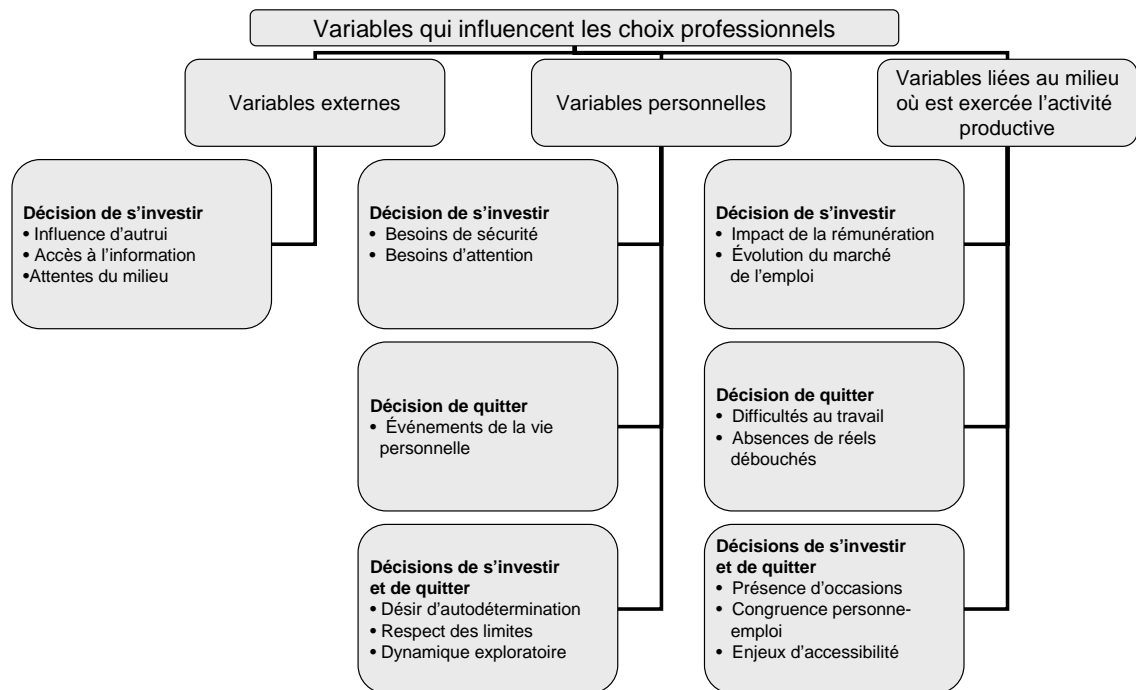


Figure 25. Synthèse des facteurs qui influencent les choix professionnels

5.2.15. Préférences, buts et identité professionnels

Dans le présent ouvrage, peu d'attention a été accordée jusqu'ici à d'autres caractéristiques moins linéaires du développement professionnel tels les intérêts, les buts et l'identité professionnelle des participants. Ces composantes sont étroitement associées au concept de soi des individus et découlent en partie de l'intégration des expériences de travail, qui restent trop souvent peu optimales.

5.2.15.1. Préférences professionnelles des participants

Alex, Sylvain, Marcel et Mary éprouvent des difficultés à exprimer clairement leurs préférences professionnelles. Ces derniers se contentent alors de dire de façon évasive que le climat de travail ou leurs tâches qu'ils accomplissent leur plaisent, sans pouvoir préciser les caractéristiques qu'ils apprécient. Incapables de spécifier ce qu'ils préfèrent, certains participants sont toutefois en mesure de préciser ce qu'ils n'aiment pas. Par exemple, Mary n'exprime aucun intérêt en ce sens, sauf le fait qu'elle n'aime pas travailler dans des manufactures en raison de l'attitude des patrons : « *I don't like to work in the small shop because they are very rude and they harsh...and I don't like that.* » Les propos de Marcel expliquent cette difficulté à établir ses préférences professionnelles : « Bien là, je ne le sais pas encore. (Rires) Je travaille là. Mais le travail, plus tard, ça va être après là. Ça va être, je vais finir par le savoir là tu sais, après. »

Tout comme Marcel, Annette, Jean et Michel valorisent la qualité du climat de travail. De plus, des relations respectueuses avec le superviseur et des rapports collégiaux avec les collègues sont souhaités. Par exemple, Annette apprécie un climat où tous sont intégrés, sans qu'il n'y ait d'exclus, et où des rapports égalitaires existent entre les collègues.

To prove myself that I am just as tough as they are you know, just so that I can fit, fit into the working atmosphere that they are in, you know. With the group, you know what I mean. When I see that it is like (a) clique, you know, who has more authority there, I don't like that. I like to work in a group, everyone is equal.

Quant à Michel, il désire que les interactions entre collègues ne soient pas marquées par la compétition.

Il ne faut pas que ce soit de la compétition avec les collègues. Ça, je ne peux pas supporter. Parce que avant d'être agent de sécurité, j'ai appliqué pour être agent de sécurité, ils m'avaient envoyé comme détective privé dans des pharmacies... Tu sais, regarder des gens qui font du vol à l'étalage là. Pis j'ai juste fait une semaine là pis déjà il y avait de la compétition entre qui poignerait le plus de monde pis ci, pis ci, pis ça. Ils se calaient les uns les autres. Ça j'ai lâché. Je n'ai pas pu. J'ai écrit une lettre au directeur. J'ai dit, je ne peux pas supporter un milieu où les employés sont compétitifs entre eux autres pis il leur avait dit de se calmer tout ça.

Sept participants ont des préférences professionnelles qui sont liées aux limites que leur impose leur condition. Plus spécifiquement, ces participants indiquent, sous l'angle des préférences, des limites qu'ils veulent être respectées. Jean, Lucy, Malcolm et Mario indiquent qu'ils préfèrent un travail solitaire ou, à tout le moins, un travail où ils peuvent se retrouver seuls. Par exemple, Lucy explique qu'elle doit se retirer afin d'offrir un bon rendement au travail : « *If I were to work in an office, that it would be a quiet office, not too many people. I do better; [...] I perform better when I am by myself.* » Quant à Jean, il cherche à se protéger des commentaires d'autrui et à limiter des idéations paranoïdes en évitant les rapports avec les autres : « Le genre de travail que j'aime, c'est une place où est-ce qu'il n'y a pas grand gens, pas grand monde que je, je... Isolé le plus possible. Le seul, le plus possible. »

Jean, Michel, Nathalie et Sylvain précisent leur besoin de limiter le niveau de stress auquel ils sont exposés. Michel explique qu'il ne peut pas prendre de trop grandes responsabilités sans sentir son angoisse augmenter. Sylvain cherche des emplois où les tâches sont connues et qui exigent des compétences qu'il maîtrise déjà. Pour combattre l'anxiété, Jean privilégie un emploi dont les tâches sont routinières et prévisibles.

J'aime les tâches qui sont répétitives : Regarde, emballer, c'est répétitif là, tu sais. Que c'est je fais, je tourne page par page dans mon travail. Pis je scanne des livres, des articles là. C'est très répétitif. [...] J'adore ça parce que ce n'est pas stressant. Je suis sensible au stress moi.

Cinq participants affichent des préférences qui sont axées sur les résultats. Ces participants tendent à rechercher un mandat qu'ils peuvent mener à bien pour apprécier le fruit de leurs efforts, comme en témoignent Annette et Marcel :

I like to do my job well so that I can be proud of myself.

Je fais une bonne job, mais je le fais comme il faut. Pis je fais ma job. Après, je suis libéré, tu sais... Libre, libre, tu fais ce que tu veux.

Finalement, huit participants ont des préférences professionnelles qui reposent sur des intérêts professionnels plutôt que des caractéristiques sont en lien avec le contexte de travail. Ce qui est frappant dans l'examen de ses préférences, c'est la diversité des intérêts et des secteurs d'activités. Alex, Annette, Mary et Michel s'intéressent principalement au secteur des services. Michel espère retourner dans son domaine de prédilection, c'est-à-dire le tourisme. Il y voit une façon de mettre à profit certains de ses talents. En outre, il apprécie la nature des tâches ainsi que le contact avec le public. Pour lui, il s'agit d'un travail qui est fondamentalement plaisant.

Donc j'aime bien le tourisme... J'aime bien... Ça va aussi avec l'aspect magicien. Quand, c'est... tu joues, tu joues avec le public. Tu fais des shows pis c'est sûr, il y a un côté égocentrique mais il y a aussi, ce n'est pas toute égocentrique. Tu sais, "you want the public to have a good time". Fait que tu,... Des fois, tu fais le clown, pis tu montres le « focus » sur autre chose que toi. Mais tu es quand même là, c'est grâce à toi par exemple. C'est valorisant de le faire tu sais parce que tu sais que le courant passe par toi mais il n'abouti pas à toi, il abouti à autre chose, Tu leur fais un « good » time de la ville ou de la basilique ou de la chose...

Alex exprime un intérêt certain pour le travail qu'il effectue auprès du public. Il aime être en présence des autres, mais aussi leur plaire. Pour Alex, être en relation avec autrui donne un sens à son quotidien.

I like to sit down and talk to people. It's my favorite thing: talking. [...] It satisfies me! It makes me relax, it makes feel like... I meet with other people, it makes me... It makes me more... more... How would I say that? Satisfied! It gives me a more satisfying life.

L'objectif d'Alex est de devenir préposé aux bénéficiaires. Voici ce qu'il en dit :

It's not my choice to... It's not the perfect job, but it's a good job. I wouldn't mind doing. I really think (that) I would like it because I'm pleasing people too. By helping them out... I am a people pleaser. A people person- people pleaser...

Annette aime vraiment travailler auprès du public, dans la mesure où elle est respectée. Elle valorise le travail de serveuse ou de vendeuse pour des motifs différents. Annette apprécie le travail de serveuse, car celui-ci lui permet d'entrer en contact avec les clients, de développer des compétences et d'échapper à la monotonie de certains emplois qu'elle a déjà exercés : « *It sharpens you skills I think when you are a waitress. (You have) a lot of responsibility too, a lot of different tasks, not the same monotonous tasks.* »

Quant au travail de vendeuse des commerces au détail, elle le valorise aussi, car il lui permet de réaliser non seulement son désir de travailler auprès du public, mais aussi de nourrir un de ses intérêts : la mode. En servant sa clientèle, Annette a l'impression qu'elle peut recevoir ce qu'elle donne : se montrer courtoise peut amener un peu de bonheur chez les autres.

Pour leur part, Paolo et Betty favorisent l'entrepreneuriat. Toutes les réponses de Paolo concernant ses préférences, ses intérêts, ses buts et ses rêves convergent en ce sens. Paolo voit une congruence entre ses aptitudes, ses apprentissages et les qualités requises pour devenir entrepreneur un jour. Il y voit également un moyen d'exploiter sa créativité :

I am very careful. I plan ahead, you know. I see what I am going to... I am good at writing business letters too. I am good at designing things. I think I would be really... I would make a good entrepreneur. That is just a dream right now.

À ses yeux, un tel projet est possible, s'il se donne les moyens pour le réaliser et s'il poursuit sa formation.

I would like to have my own factory someday. That is one of the reasons I am learning, taking the automation course because with that, I have the capacity to take an empty room. I know which generators to buy and I know how to design things on the computer, drawing. So I would like someday to have my own factory, buy the machinery that I need to make a product and market the product.

Pour sa part, Betty aimerait bâtir sa petite entreprise, vraisemblablement exploiter un dépanneur. Betty est consciente qu'elle doit beaucoup économiser afin de pouvoir investir la mise de fonds initiale. Elle apprécie le fait d'assumer des responsabilités, notamment manipuler de l'argent. Elle aime travailler auprès de la clientèle, mais aussi vivre des moments plus tranquilles, où elle peut être seule. Être propriétaire de sa petite entreprise lui permettrait de prendre congé de la clientèle à l'occasion : « *Work with the people (and) also be sometimes quiet. I like that.* » Lorsque Betty décrit ses intérêts pour l'exploitation d'un dépanneur, elle tend à se concentrer sur les tâches concrètes et à insister sur l'occupation.

When I (will) open a business like a depanneur, I will learn more like how to make, to put lottery ticket and cigarette and sales tax and things like that you know. And it will make me to, keep me busy. Make me to learn more things that I don't know.

Jim apprécie davantage le secteur industriel, car il aime la mécanique et les emplois qui le tiennent occupé. De façon générale, il valorise le travail physique, si les tâches et les conditions de travail sont raisonnables. Éventuellement, il aimerait trouver sa niche dans une industrie et gravir quelques échelons afin d'exercer son leadership, assumer des responsabilités, tout en limitant les exigences physiques de son travail.

A wood block is one tonne. And we move hundreds of those a day! You know I've got down... I've got down. I want easier, easier work. I guess like a higher position ...

I would like to be in a leadership position. I have an ability to make other people do things. Really like I'm very good at getting other people to do things. I do. I know how to get their act and respect, and not... You know like, to treat a person properly. Because that's the way I am with my friends. It's the way I am with my family...

Jean et Nathalie expriment des intérêts professionnels artistiques, soient pour la musique et la danse, lesquels concordent avec leur parcours professionnel jusqu'ici. Par exemple, Nathalie préfère nettement les emplois où le mouvement domine : il faut qu'elle puisse bouger. Elle cherche également à entretenir des rapports et à communiquer avec

autrui. Il faut que son emploi lui permette d'exprimer sa créativité, d'établir un horaire flexible pour briser la routine et de gagner une forme de liberté à laquelle elle aspire.

Enfin, Malcolm manifeste un intérêt pour la gestion : il explore la possibilité de s'inscrire à un programme collégial de formation technique qui lui donnerait les compétences nécessaires pour gérer des inventaires, un site Web corporatif ou des ressources humaines. Malcolm explique :

Deal with helping out people. Like getting job. You decide which person is right for the job. I'm thinking maybe I could do that. You know who the person to choose and then give them application (forms and you administer) tests. Give them applications. Give them tests like true or false tests or multiple-choice test or test dealing with the, with the business they are going to take. I could wri... I could be like, I could be writing the stuff or telling the people you have the job or you don't have the job. That's it.

5.2.15.2. Rêves et buts professionnels

Les participants ont soulevé plusieurs préoccupations sur leurs buts et rêves professionnels. Certaines trajectoires professionnelles envisagées par les participants sont peu soutenues par les programmes et les mesures d'insertion professionnelle ou ne font pas partie de leurs priorités, notamment en ce qui a trait aux initiatives de travail autonome ou à l'entrepreneuriat. Cinq participants aimeraient entreprendre de tels projets. En effet, Jean, Michel et Nathalie visent ou réalisent des buts professionnels artistiques qui sont toutefois généralement possibles dans un contexte de travail autonome. Betty et Paolo constatent que leurs buts sont marqués fortement par leur intérêt pour l'entrepreneuriat, comme cela a été présenté dans la section précédente.

Conscients des écueils auxquels ils pourraient se heurter, Alex, Malcolm, Mary et Nathalie tentent de concilier leurs intérêts avec un projet significatif où les attentes seraient moins élevées. Maintenant qu'un des rêves de Nathalie se soit transformé en but professionnel, soit publier un ouvrage, elle se propose des objectifs qui sont modestes et à sa portée. Nathalie se tourne vers le bénévolat compte tenu de sa sensibilité au stress et sa confiance en soi. Elle aimerait poursuivre son travail bénévole au centre d'accueil et s'acquitter dûment des mandats qui lui sont confiés. Elle voudrait approfondir sa

connaissance de ceux qu'elle accompagne et veiller à ce que ses cours de danse soient intéressants pour tous. Mary fait ses choix en fonction de sa perception d'elle-même et de ses limites. Par conséquent, Mary croit qu'elle devrait se consacrer au secteur de la vente au détail : « *Because you know, I have to be realistic, I'm not young. I went to high school, I fail. I pass but I fail to remember all the knowledge I learn from there.* »

Pour sa part, Alex abandonne l'idée d'occuper une profession libérale et scientifique pour entreprendre à la place des études qui lui donneraient les compétences pour devenir un préposé aux bénéficiaires. Ses rêves ont été remplacés par des attentes moins grandes.

I would like to get a career. Whether in medicine or ... I originally studied electricity but I don't believe that is my good point because of my illness. I can't fix things without thinking there is something wrong with this. But if I can use my mind to help people. Help people that are sick either like me or like in bed with a disease, dying from cancer or whatever. If I can help them... I feel I am helping myself. Like you. I am helping you.

Cette option constitue un compromis entre ce qu'il désire et ce qu'il croit pouvoir faire, puisqu'il espère à la fois se trouver dans le domaine des sciences de la vie et en contact avec le public : « *And I think it's a job that I could function in again, you know... It's near biology, it's near uh... It's near doctors and, and stuff like that and it's near people.* »

Au sujet de ses rêves professionnels, Malcolm voulait, au départ, devenir comptable. Aujourd'hui, il cherche à s'accommoder d'un travail qu'il pourrait exercer dans le domaine de la gestion, grâce à une formation technique, ainsi qu'à être bien rémunéré. Or, les participants qui envisagent une formation professionnelle constatent que peu d'efforts leurs sont consacrés pour assurer la réussite de leurs « réelles » intentions. De façon générale, ces participants expriment avec sensibilité l'écart qui existe entre leurs buts et leur réalité, comme en témoigne Paolo : « *I wish (that) I was more, somewhat more successful in the things that I want to do, you know. I would rather have my own business than being here for example.* »

Annette, Betty et Mario insistent sur l'importance de rétablir des antécédents de travail qui sont crédibles et, surtout, de se doter de références positives. Betty explique ainsi cette préoccupation :

I worked hard and I get a good name. (With those references), I (may) get another job, a new kind of job. This one allowed me to earn some experience and (knowledge). [...] It will back me up so many years after the job. It will be back me up for another job.

Mario, Michel et Paolo veulent poursuivre à nouveau les buts professionnels qu'ils ont dû mettre de côté au moment où est apparue la maladie. Ils reprennent ou espèrent reprendre leur formation là où ils l'avaient laissée afin de répondre à leur vrai intérêt professionnel. Ces participants affirment ne pas pouvoir se résoudre à abandonner un intérêt aussi significatif et fondateur, comme en témoigne Mario : « *The other one would have been being a bus driver. And that one's been lingering around me for at least ten years. At least ten years. [...] I love driving, it's in my blood.* »

Cependant, une vaste majorité de participants soulignent plutôt qu'ils ont dû abandonner leurs buts et leurs rêves professionnels. Certains, comme Annette, peuvent se conforter à l'idée d'avoir déjà essayé de les réaliser. Comme plusieurs autres adultes, Alex Jean, Nathalie sourient quand ils pensent à leurs premiers rêves idéalistes d'adolescent et affirment avoir opté pour des buts professionnels plus accessibles. Par exemple, Nathalie a déjà nourri des rêves plus idéalistes, comme celui d'être première ministre du Québec ou de suivre les pas de Mère Térésa, mais la maternité l'a ramené vers des horizons plus tangibles : « J'ai toujours eu des idées de missionnaire. »

D'ailleurs, six participants (Alex, Betty, Jim, Lucy, Mario et Michel) rapportent que l'expérience de la maladie a mis un terme à leurs projets professionnels et restreint leurs horizons. Lucy s'exprime ainsi sur son expérience :

Because I like to learn and I like to help people learn. I remember... Actually it was when I was in grade school, before high school [...]. There was a woman who came to Canada and obviously she wasn't English. And I was helping her with her English. And I've always wanted to do that. I always did. If I had my dream and I didn't have a mental illness, would want to be a

teacher. I've always wanted to be a teacher. And unfortunately, in high school to those, I said bye-bye, you know (chuckling). It was out of the picture.

Pour sa part, Mario aborde avec pudeur ses rêves professionnels. Il explique vouloir vivre au jour le jour et appréhende de se projeter dans l'avenir. En effet, il constate qu'au moment où il était davantage envahi par la maladie, il ruminait le passé ou se projetait constamment dans l'avenir, sans goûter au présent.

So in the past, in the past shall we say: I was thinking about a lot of things, but a lot of things I didn't do. Because the problem is, that's how I got my sickness, is that I was thinking way out. I was not thinking it day by day. I was thinking it two months, six months, a year. And all, and I never thought about the present. And when I used to get down I was looking at my past. And there I was getting sad and depressed, but then I was living in my fictional world.

Certains, comme Jim et Michel, demeurent profondément endeuillés. Jim a toujours rêvé de joindre les forces armées et il y pense encore aujourd'hui. Cependant, il est amèrement conscient qu'il ne pourra jamais atteindre ce but professionnel, en raison de ses antécédents psychiatriques.

Because I had tried lots of times [...] to join the army I came close, very, very close one time. The reason I didn't go through with it is because of that, the records of my being in a psychiatric hospital. Even though it was flying colours at the interview, when it came down to doing the medical, he said papers, give them all the rights to go through all of your medical histories and if they find wrong with you there then... [...] I've heard quite some views over why it's like that, there's some logic. [...] It wouldn't allow me to go on things that I knew what I was capable of.

It's just that I have a history now with me. [...] Now I'm like paying the price for it. Because like I passed the aptitude test, I passed the interview. But when it came down and I knew it at the time for the medical, it would nail me. It would nail me because I had a history and there's the effect that I've done with hospitals. (...) I would do anything, everything I always wanted to do in life, it never happened but when I came close to joining the army one day.

Jim vit son deuil de façon quotidienne : « *The fact that I can't join the army and serve my own country is just an example. Every day I think about it. At least once, it crosses my mind.* » Maintenant, à l'exemple d'un autre participant, Jim n'ose plus rêver : « *I'm just trying to get by...* »

Pour sa part, Michel a dû suspendre sa formation dans le secteur du tourisme à cause de la maladie et regrette encore de ne pas avoir repris ses études.

J'étais parti pour étudier, pour avoir un diplôme de (nom de l'établissement) pour travailler pour être guide touristique de (noms d'employeurs potentiels). J'étais parti pour ça mais, j'ai lâché parce que... pis ça n'a pas été dur de lâcher, évidemment des fois quand tu es jeune, lâcher il n'y a rien là. Je n'ai jamais retourné pis je le regrette beaucoup.

Michel maintient donc le même but professionnel, mais favorise davantage des buts personnels, comme celui de s'établir avec sa conjointe. À l'inverse, Marcel se réfugie dans la fantaisie et élabore de nombreux rêves professionnels qui s'appuient davantage sur les rencontres et les milieux où il a évolué plutôt que sur ses compétences. En prenant quotidiennement l'autobus, Marcel a manifesté le désir d'être conducteur d'autobus afin de côtoyer des gens, mais il n'a pas son permis de conduire. Il souhaite également devenir prêtre ou curé, lui qui a longtemps côtoyé les frères franciscains. Il y verrait une façon d'approfondir sa foi. Il dit posséder assez de confiance en soi et d'amour de son prochain pour remplir ce rôle. Cependant, il sait que le sacerdoce est réservé à des personnes ne présentant pas des problèmes de santé, mais lui, il est malade... De même, il aimerait œuvrer comme infirmier pour des services de consultation externe, ou mieux comme médecin. De façon plus modeste, Marcel indique qu'il aurait aimé effectuer l'entretien ménager ou travailler pour un service de buanderie au centre hospitalier de son secteur. En résumé, les rêves professionnels de Marcel sont influencés par les lieux qu'il a fréquentés.

Nathalie et Paolo luttent activement afin de réaliser leurs rêves, et ce, envers et contre tous. Nathalie veut faire publier son livre destiné aux enfants, et Paolo fait tout ce qu'il peut pour devenir un entrepreneur. Pour Paolo, l'accès à une formation professionnelle, peut-être technique, est une voie qui est sous-exploitée et qui gagnerait à être mieux reconnue.

You can learn skills that are simple to acquire and that can allow you to not only make a very good salary, but if you are willing to dream, you can have your own business, you know. You can go ahead and have your own business.

Enfin, d'autres participants, dont Malcolm et Alex, cherchent à redéfinir leurs rêves en limitant leurs attentes et en ciblant des emplois moins exigeants. Par exemple, Alex espère retourner aux études pour devenir un préposé aux bénéficiaires. Cette option constitue un compromis entre ce qu'il désirait et ce qu'il croit pouvoir faire. Alex aurait aimé exercer une profession libérale. Au moins, cette alternative lui permet de répondre à un de ses besoins, celui de se valoriser en aidant les autres : « *It's not my choice to uh... It's not the perfect job, but it's a good job. I wouldn't mind doing. I really, I really think I would like it because I'm pleasing people too.* »

Six participants (Annette, Jean, Mario, Sylvain, Mary et Nathalie) établissent des buts professionnels qui s'inscrivent dans la continuité des activités productives qu'ils exercent actuellement. Mary espère ajouter des heures à son horaire de travail en milieu compétitif : « *I will be able one day to work five days. But I'm not going to put a pressure on myself.* »

Jean est en train de concrétiser son rêve de jouer sur des scènes plus importantes. Il croit que les efforts qu'il fournit présentement dans son groupe de musique portent ses fruits.

Le premier show de rave que j'ai fait avec ces drums-là, c'était au mois de septembre, qui vient juste de passer [...] Et pis quand j'ai fini ça, mon show, j'étais assez fier de moi. Pis, c'était un rêve que j'avais réalisé. Parce que je me souviens, l'été 2003, j'ai été à un barbecue chez mon oncle. Pis on parlait toute : "C'est quoi Jean ton rêve?" Pis mes parents y disaient... Ben je veux dire que mon père disait : "Ah, j'aimerais ça gagner 2 millions." Pis moi, c'était de jouer dans un rave pis bien performer, la musique techno. Pis c'est ça. Mon rêve s'est réalisé. Ben, il n'y avait pas beaucoup de monde là, C'était pas une... Comme Montréal, 5000 personnes là. Mais de toute façon... Pis ça s'en vient là, j'ai des bonnes connexions qui s'en viennent...

Les buts professionnels de Mario se situent dans la trajectoire d'emploi qu'il assume présentement. Il souhaite effectuer de l'entretien ménager, dans un contexte mieux

rémunéré. Entre-temps, il espère obtenir une promotion dans le milieu où il travaille actuellement, qu'il considère comme un tremplin.

S'il y a une ouverture ailleurs, je vais l'accepter mais il faut que les avise avant. Mais eux autres ils vont dire : si ma subvention est coupée, ils veulent m'engager. Là c'est... Mettons que c'est les autres qui m'engagent, mais mettons que moi je trouve une autre place, il va falloir que j'avertisse à l'avance.

Bien qu'ils expriment tous des préférences professionnelles, certains participants sont très ambivalents à l'égard de leurs buts. En effet, Alex, Marcel, Mary et Sylvain expriment des préférences ou des buts qu'ils minimisent ou repoussent indéfiniment par la suite. Par exemple, Alex est convaincu que son désir d'acquérir une formation professionnelle sera freiné par une recrudescence d'hallucinations, compromettant ainsi son projet.

L'exemple le plus éloquent est celui de Sylvain. Parfois, il veut retourner aux études à tout prix : « Je ne veux pas rien savoir de travail, je veux être dans mes études. [...] Je pense que je vais retourner aux études. » À d'autres moments, Sylvain nie énergiquement ces intentions. Puis, il exprime le désir de faire une journée de plus de travail chez son employeur actuel. Enfin, Sylvain explique ne plus vouloir se donner de buts ou avoir des rêves, car il lui faut rester réaliste.

5.2.15.3. L'identité professionnelle des participants

Cette question a été difficile à aborder pour bon nombre des participants. Malgré la difficulté de l'exercice, douze participants spécifient quelques-uns de leurs atouts alors que dix d'entre eux établissent des limites. L'analyse révèle une variété de traits de caractère ou d'attitudes, à un tel point où les recouvrements sont difficiles. C'est pourquoi l'analyse a été concentrée sur la définition de la source des compétences et des limites établies.

De façon générale, les forces et les atouts professionnels ayant été définis par les participants demeurent des compétences générales, qui ne sont à peu près pas rattachées à une profession donnée. Les participants rapportent des traits divers tels que le sens des

responsabilités, le souci du travail bien fait ou le désir d'apprendre. Seulement quatre participants (Betty, Jim, Malcolm et Paolo) parlent de compétences professionnelles explicites comme la dactylographie, la maîtrise d'un logiciel ou d'une technologie. Aucun participant n'atteste d'une identité professionnelle ferme, qui repose sur une fonction. Autrement dit, nul ne se décrit comme un mécanicien, un caissier ou un concierge par exemple. Deux participants, dont l'identité professionnelle semble plus fragile, décrivent de façon fort sommaire leur perception d'eux-mêmes comme travailleur, en insistant sur une ou deux caractéristiques positives. Après quelques mots évasifs, ils ne peuvent pas élaborer sur leur perception d'eux-mêmes comme travailleur. Or, ces deux individus conçoivent leur emploi davantage comme une occupation.

Les limites et lacunes relevées par les participants sont de deux ordres. D'une part, certains rapportent un manque de compétences générales telles la maîtrise d'une langue écrite ou parlée ou la lenteur d'exécution. D'autre part, six participants incorporent à leur identité professionnelle des caractéristiques associées à la maladie qui les touchent. Par exemple, certains se décrivent comme des travailleurs sensibles au stress, qui s'isolent ou dont le niveau d'énergie ou le temps d'attention varie. De façon générale, l'identité professionnelle est sommairement décrite par les participants, qui demeurent peu loquaces sur le sujet.

5.3. L'impact de la maladie mentale sur le développement professionnel

Cette section s'appuie sur une synthèse des résultats afin de répondre à la première question de recherche, soit : comment la maladie vient-elle interférer avec le développement professionnel des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves ? Globalement, la maladie vient interférer avec le développement professionnel de plusieurs manières : elle limite l'accès à une formation professionnelle; elle cause des périodes significatives d'inactivité professionnelle; elle accroît la difficulté accrue de concilier le travail avec d'autres rôles significatifs; et elle confine l'individu dans un marché de l'emploi sous-spécialisé, voire marginalisé.

5.3.1. L'impact de la maladie sur la formation

La maladie a interrompu les parcours de formation de dix participants qui étaient aux études lors des premiers symptômes, exception faite de Nathalie que son psychiatre encourageait à poursuivre ses études. Les neuf autres individus concernés rapportent n'avoir jamais reçu de soutien tangible à leurs études ou bénéficié d'une forme ou l'autre d'adaptation en milieu scolaire.

Sept des dix participants aux études lors des premiers symptômes ont été confrontés à des échecs croissants, alors qu'ils n'y étaient pas habitués. Lorsque les symptômes de la maladie devenaient plus manifestes, des participants rapportent avoir vécu des expériences de marginalisation ou d'abus. Les préjugés et la discrimination constituent des freins importants, qui ont compromis le maintien aux études de cinq des dix participants concernés (soient Annette, Malcolm, Marcel, Mary et Michel).

Les symptômes ou difficultés qui interfèrent avec le maintien aux études et qui sont le plus fréquemment relevées par les participants ont trait aux hallucinations, aux troubles de la pensée et de la concentration, à une faible confiance en soi ainsi qu'aux relations avec les pairs. Dans ce contexte, cinq participants (Alex, Lucy, Malcolm, Mary, et Paolo) expliquent avoir dû mettre un terme à leurs études en cours de parcours. Par conséquent, la plupart des participants ont dû réviser leurs buts, faire le deuil de leurs aspirations ou de ce qu'ils avaient accompli.

Les apports des formations au développement professionnel (formation générale, formations professionnelles, formations préparatoires au travail), demeurent fort mitigés. Ce constat s'explique par deux facteurs. D'une part, seulement quatre individus ont pu terminer une formation professionnelle, alors que les autres participants se sont retrouvés limités à un marché sous-spécialisé de l'emploi, faute de formation professionnelle reconnue. D'autre part, les retombées de la formation citées par les participants sont surtout de nature générique, telles le développement d'attitudes et d'habitudes de travail, ou des connaissances générales.

Malgré que dix des quatorze participants, sans égard à leur niveau de scolarité, n'aient pas terminé une formation professionnelle qualifiante, six d'entre eux indiquent vouloir s'y engager plus sérieusement, tout en soulignant leur ambivalence. Trois participants (Alex, Mary et Betty) redoutent de ne pas être en mesure de concilier un retour aux études sans compromettre l'exercice de d'autres rôles significatifs ou leur santé. L'ambivalence ou l'absence de considération pour un éventuel retour aux études semblent également s'expliquer en partie par leurs expériences scolaires antérieures, l'impact de la maladie sur ces expériences scolaires, la difficile conciliation des rôles, l'âge des participants et l'absence de mesures adaptées telles l'accès à un soutien financier suffisant ou des programmes de formation à temps partiel. Plusieurs énoncent leur désarroi et ne savent pas comment aborder ce défi sans compromettre le fragile équilibre dans lequel ils évoluent. De plus, l'absence de passerelles flexibles permettant d'accommoder les besoins financiers et d'adaptation dans des programmes de formation professionnelle compromettent aux yeux des participants intéressés la viabilité d'un retour aux études. La Figure 26 présente une synthèse de l'impact de la maladie sur la formation des participants.

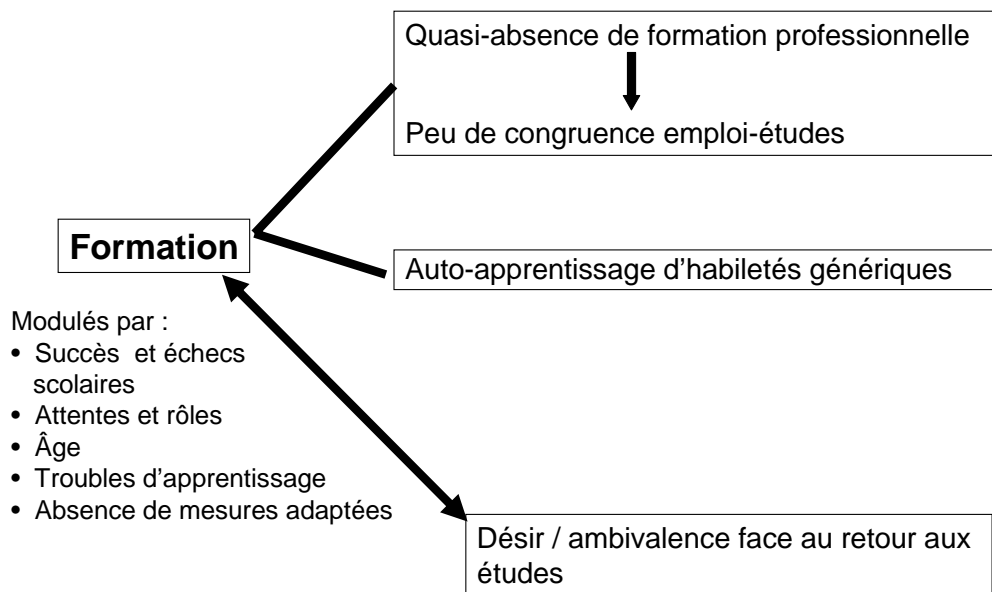


Figure 26. Impact de la maladie sur la formation des participants

5.3.2. Les périodes d'inactivité professionnelles

Quatre tendances se dessinent lors de l'examen des longues périodes d'inactivité professionnelles chez les participants. Dans certains cas, il s'agira réellement d'une inactivité professionnelle. Par exemple, Alex, Jim, Marcel, Michel et Sylvain connaîtront de très longues hospitalisations, variant entre un et douze ans. Certes, les périodes d'inactivité ne peuvent être réduites à de longs séjours hospitaliers. Néanmoins, l'hospitalisation entraîne une inactivité professionnelle qui se prolonge significativement après le congé. Chez certains, comme Marcel, un long passage en milieu hospitalier permet d'accéder à des ateliers de travail. En effet, il a participé ponctuellement à quelques ateliers de travail protégés lors d'une longue hospitalisation d'une dizaine d'années, mais n'a effectué aucune activité productive dans les sept années qui ont suivi son congé. Par ailleurs, Paolo et Annette, ont connu de longues périodes d'inactivité lorsque la maladie a atteint son apogée, mais sans avoir connu d'hospitalisations. Michel et Lucy ont vécu de multiples réadmissions à l'hôpital, ce qui rend l'implication dans une activité professionnelle difficile.

L'inactivité professionnelle n'est pas toujours synonyme d'inactivité occupationnelle. Outre les périodes où la maladie se faisait envahissante, Mary a interrompu ses activités professionnelles lorsque les tensions familiales atteignaient leur comble, au moment de son divorce. Néanmoins, Mary a maintenu son engagement dans une activité productive, par la fréquentation assidue d'un centre de jour ou à travers son rôle de mère. Michel a connu un cheminement similaire, qui s'est peu à peu transformé au fil du temps vers une activité productive. Au départ, il n'y cherchait qu'une occupation.

Pis pour m'occuper, je suis allé à (nom de l'organisme de suivi communautaire), programme de jour. [...] Mais ça compte. C'est pas du travail, mais c'est une activité structurée, qui a, qui s'est changée en un Inso, cette affaire là.

Cette tendance à s'investir dans une occupation s'est reflétée par l'implication soutenue de Michel pour le piano, puis l'arabe. L'extrait suivant illustre combien l'investissement de ses activités a pu structurer le temps et les énergies de Michel :

La seule chose que j'ai faite c'est... mais ce n'était pas du travail. C'était des cours de piano. Je me suis recyclé dans le piano. J'avais un 5 ans de piano. Pis je suis allée voir une collègue de (organisme communautaire de suivi communautaire), une cliente psychiatrique qui était prof de piano, tu sais, qui était callée en piano. Elle m'a dit: «Regarde, pour 10\$, je vais te charger 10\$ de l'heure». Tu sais, c'est rien. J'ai fait, j'ai fait un an et demi avec elle. Pis c'est ça. Mais ce n'était pas, c'était pas travailler mais c'était quand même structuré pis je prenais ça au sérieux. La première année, je l'ai pris au sérieux.

Une troisième tendance consiste en de longues périodes de recherche d'un emploi ou d'une expérience bénévole. Cette tendance s'observe chez Jim, Nathalie et Malcolm. Alors que les enfants de Nathalie sont tous deux d'âge scolaire et qu'elle n'a plus à se battre pour en obtenir la garde, Nathalie émet le désir de s'impliquer à temps partiel comme bénévole. Malgré le soutien d'un intervenant, dix-neuf mois s'écoulent avant qu'elle ne trouve un milieu compatible. Jim a cherché seul des emplois pendant des années avant de connaître des résultats probants, grâce à l'implication d'un intervenant.

Enfin, un dernier patron concernant l'inactivité professionnelle s'explique par des événements dans la vie personnelle des participants. Par exemple, Betty vivra une longue période d'adaptation à son arrivée au Canada. D'origine italienne, Mario est soumis à d'intenses pressions familiales au début de sa vingtaine, alors que sa famille tente de lui imposer la voie dans laquelle il doit s'engager. Pendant une période de cinq ans, il transige avec une importante détresse, il se rebelle, il évite le marché du travail, et il s'éloigne de son père en se réfugiant en Italie. Mario vivra une autre période d'inactivité alors qu'il choisit de vivre en dilettante, en s'appuyant sur les revenus d'un héritage, jusqu'à ce qu'il accède à l'aide de dernier recours.

En conclusion, les patrons d'inactivité revêtent plusieurs visages : ils peuvent être associés à des événements de la vie personnelle, à une recherche infructueuse d'un emploi

ou à d'autres choix occupationnels. Mais pour presque tous les participants, c'est la maladie qui bouleverse et explique les plus longues périodes d'inactivité.

5.3.3. Des enjeux de conciliation entre les différents rôles

Alors que la conciliation travail-famille semble un défi de société, la conciliation du travail et des autres rôles prend une autre dimension pour la population à l'étude. La moitié des participants remarque que la maladie peut restreindre leur niveau d'énergie : par conséquent, leur tolérance à la tâche et le nombre d'heures qu'ils peuvent accorder à des activités productives s'en trouvent réduits. Par conséquent, afin d'être en mesure de répondre à leurs autres obligations, certains, comme Lucy, limitent le temps consacré au travail : *"I can't work full time. It would be too hard. My life would be falling apart..."*

La maladie vient restreindre la capacité des individus d'investir simultanément plusieurs projets de vie. Une première zone de conciliation réside dans la conciliation du travail, nécessaire afin d'assurer sa subsistance, et de la formation professionnelle qui permettrait d'accéder à de meilleurs emplois. Certains participants spécifient que la conciliation travail-études était plus facile lorsque la formation avait lieu en milieu de travail (dans des organismes de réadaptation socioprofessionnelle) et que les heures consacrées à la formation étaient comptabilisées dans les heures de travail. Cependant, ces mêmes participants reconnaissent que, si ces formations contribuent à l'acquisition de certaines capacités, elles ne constituent pas pour autant une formation qualifiante, reconnue et suffisante aux yeux d'éventuels employeurs. Dans ce contexte, un retour aux études s'avère souhaitable pour plusieurs. Malheureusement, les programmes de formation aux adultes privilégient une inscription à temps complet alors que les participants souhaitent travailler afin d'assurer leur subsistance. Cette contrainte crée un obstacle supplémentaire et confirme à plusieurs qu'il leur serait impossible de concilier le travail, les études et leurs autres obligations.

De plus, Annette, Betty, Jean, Mary et Michel indiquent combien concilier travail et études a été et leur semble toujours périlleux. Ces participants soulignent combien il leur apparaissait difficile de concilier les attentes concurrentes de leur milieu de travail et des

programmes d'études. Certains, comme Annette, soulignent que ces attentes ne sont pas qu'académiques, mais aussi sociales. Annette essayait de s'ajuster au fait que les étudiants autour d'elle étaient plus jeunes, tout en se confrontant à des difficultés scolaires :

Well I was, I was studying, but I was also trying to do too many things at once. Like I was a little bit, how would you say...? I was trying to make myself feel comfortable but I was older than the other kids and I was trying to pass all my courses and I passed 4 out of 6.

Quelquefois, il s'avère difficile de concilier des attentes de rendement fort différentes entre deux rôles ou deux activités. Michel explique longuement comment il éprouvait des difficultés à réconcilier les diverses attentes et les cultures de deux programmes d'études qu'il fréquentait simultanément. En effet, Michel a poursuivi de front ses études universitaires en sciences humaines et des études techniques à une école privée de tourisme, afin d'obtenir un poste de guide touristique à la ville de Montréal et de s'assurer d'un revenu décent lors de ses études. Mais si ce choix apparaissait cohérent aux yeux de Michel à prime abord, il n'arrivera pas à concilier les différentes attentes, souvent contradictoires. Il n'arrive plus à se retrouver entre ses deux univers et s'y perd :

Je vais te donner un détail ben niaiseux mais ça résume assez bien, si tu peux simplifier ça encore plus. C'est que à (nom de l'institution d'enseignement), il fallait que je mette un veston noir et blanc avec une cravate rouge vin là de guide touristique, je refusais de mettre ça à (nom de l'université). Je ne voulais pas me promener de même. J'aurais pu, si j'avais plus d'estime de moi pis de force de caractère, dire : « bon, je la porte qu'ils pensent ce qu'ils veulent ». J'étais complexé de mettre cravate comme ça, d'avoir ce look là à (nom de l'université) Donc il fallait... Il y avait un problème, il y avait une dichotomie là qui, qui ne marchait pas. [...] À (nom de l'université), il fallait que je sois, tu sais, étudiant bohème érudit qui fait des efforts pour étudier pis dans l'autre fallait je sois tu sais super straight pis...Ça ce concilie mais dans ma tête, ça ne se conciliait pas. Je ne suis pas arrivé à le concilier pis c'est là que je suis tombé pour la première...je suis quasiment viré fou là. J'ai quasiment eu une psychose mais je n'en ai pas eu. J'ai lâché les deux après un semestre.

Betty offre un autre exemple de cette difficile conciliation. La période la plus difficile que Betty ait vécue correspond au moment où elle investissait beaucoup d'énergie

à terminer des études secondaires, travaillait et se heurtait à d'importantes tensions familiales. Betty était alors surmenée et craint de revivre une telle situation :

When I graduated, I was exhausted and tired. Because the end it got to be push, push, you know... There were so many subjects and it was not [in] my language. It was harder for me.

I take typing tutor last winter and I also took some English, some math in winter but I didn't have enough time for French because I had to work. Because of work, I cannot take that course you know without more problems.

Encore aujourd'hui, Betty se fait prudente, prend son temps avant d'investir une démarche qui lui semble risquée. Un retour vers la formation professionnelle l'effraie car elle craint de difficilement cumuler travail et études sans compromettre sa santé :

I want to take some courses, but it's...time consuming, and I might... I don't have the time, plus work and school, so that's why. [I] want to take one course at a time; you know...maybe evening class or something like that. I'm scared because I... I may miss a lot, I have to sleep, and I might get tired...

But I also think to take a night course but I worry about too much work will affect me or something for my health.

La seconde zone de conciliation réside dans la capacité de l'individu d'investir une activité productive apparentée au travail, sans compromettre l'énergie nécessaire à la réalisation de ses obligations familiales ou de l'engagement affectif ou social. Par exemple, Mary doit concilier les activités productives à ses obligations familiales. Afin de ne pas compromettre son bien-être et celui de son fils dont elle a la garde, elle doit respecter ses limites et prendre soin d'elle :

Well, I have to go with my capacity. I have a son. He lives with me. He need as a child you know... Provide the security, comfort, food, shelter, all the kind... Education. So I have to... I have to do that. My youngest one, he's in the trouble because the school call us and they said he, he's in trouble. So the... I have to take care of that. And I have to work three days in (sheltered workshop) and one day in the (name of the store). I think my day is full, full, full and I need one day for myself.

Nathalie a concilié le rôle de mère et de travailleuse dans les premières années de sa maternité, il lui apparaît évident qu'elle ne pourrait maintenant le faire sans compromettre sa santé ou sa capacité de jouer pleinement son rôle de mère. Être mère constitue donc maintenant son occupation principale. Néanmoins, Nathalie cherche à se mobiliser à l'extérieur de son foyer. Cependant, ses attentes élevées, tant en ce qui concerne la routine que la conciliation travail-famille, suscitent trop de stress chez elle. En conséquence, elle ne veut définitivement plus investir le marché du travail et se tourne vers le bénévolat. Elle requiert parfois l'aide de sa mère qui réalise certaines de ses tâches quotidiennes, afin qu'elle puisse concilier les obligations liées au bénévolat et à son rôle de mère.

Pour sa part, Betty constate que de concilier le travail avec d'autres rôles, comme celui d'amie, s'avère tout aussi difficile. Betty se dit fort accaparée par son travail et ses tâches domestiques au foyer. Elle arrive difficilement à visiter des amies, faute de temps. Michel dira qu'il a abandonné des activités fort significatives de loisir car il ne pouvait plus concilier ces activités avec son emploi. Il lui était également difficile par moment de concilier les diverses activités de la vie domestique et les attentes du milieu : « Pis ça me stressait bien gros d'avoir mon uniforme lavé à tous les jours pis mon lunch de prêt. J'arrivais... je ne fournissais pas. Je n'étais pas assez discipliné, pis assez organisé. ». Il est tout aussi difficile pour Michel de concilier sa vie amoureuse avec sa vie sociale :

Pis j'ai de la misère à voir mes amis. Comme là, je me suis fait une blonde, c'est toutes mes amis qui y goûtent. Là, je suis toujours avec la blonde. Je ne réussis pas à faire un juste milieu là, tu sais.

Jim indique combien investir à la fois son travail et sa vie de couple lui est difficile. Sa routine devient lourde à porter alors qu'il lui est difficile d'aménager du temps pour répondre à ses besoins de base. Alors qu'il vit au nord de la ville, qu'il travaille dans le sud-ouest et qu'il visite à chaque soir sa petite amie à l'hôpital, Jim jouit de peu de temps pour dormir :

You're waking up at 4:30 in the morning and you're going to work, you only get off at 7 and you want to go visit your girlfriend, by the time you get home

it's almost midnight then you got 4 or 5 hours sleep. That's what I'm in right now. That's my life for now. [...] I don't know how I can put it...

En résumé, la maladie restreint la capacité des participants d'investir des activités ou des rôles significatifs. Par conséquent, la maladie peut sembler limiter l'investissement des activités apparentées au travail : cependant, il semble que le défi réside davantage à partager ses énergies entre les diverses obligations ou les rôles que de simplement investir le travail. Ce constat suggère qu'afin de faciliter le développement professionnel de cette population, il y a lieu de réfléchir et d'appuyer la conciliation du travail en regard des autres rôles que veut exercer l'individu.

5.3.4. L'impact de la maladie sur l'accessibilité au travail

De par le fait que la maladie ait pu compromettre la formation professionnelle d'une majorité de participants, les emplois auxquels les participants peuvent accéder demeurent précaires et sous-spécialisés. Il subsiste peu de différences entre les patrons d'emploi des participants plus scolarisés et observés chez les participants qui ont mis un terme à leurs études au cours ou à la fin du secondaire.

Pour plusieurs participants, la recherche d'emploi fut souvent ardue et prolongée. Pour certains, tels Jim, Malcolm et Mary, l'absence de résultats concluants après une longue période de recherche fragilise leur santé mentale, entraînent une recrudescence des symptômes, voire même une décompensation. C'est pourquoi les participants tendent à déléguer une partie, sinon toute la recherche d'emploi à des intervenants ainsi qu'à leur réseau naturel. De plus, plusieurs participants ont tendance à saisir les opportunités au passage, de crainte de ne trouver mieux. En clair, l'expérience de la maladie restreint les opportunités d'exercer des activités productives apparentées au travail, dans un contexte d'intégration sociale. Seuls trois participants sont restés presque exclusivement sur le marché de l'emploi régulier. Tous les autres ont participé à des mesures protégées, en marge du marché régulier de l'emploi, et continuent d'y évoluer.

Outre les lacunes observées face à la formation professionnelle et les périodes d'inactivité, cette situation s'explique aussi par l'impact des préjugés internalisés et ceux

qui prévalent au sein de la société. Les préjugés internalisés peuvent refreiner le développement professionnel de plusieurs manières. Comme l'ont souligné Jim et Malcolm, l'individu peut assumer qu'il ne pourra jamais travailler ou que ses compétences sont invalidées par la maladie du fait qu'il endosse les messages d'incompétence ou de vulnérabilité associés à la maladie. Comme l'a indiqué Alex, les préjugés internalisés peuvent prévenir le recours à des programmes et des mesures d'appui à la réinsertion professionnelle alors que l'individu redoute d'être associé à un groupe stigmatisé.

Soucieux des risques de rechutes, les proches et les intervenants peuvent aussi partager une perspective similaire face au potentiel d'insertion professionnelle des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves. Il n'est pas rare qu'ils tentent de les dissuader quant à un éventuel retour au travail, comme ce fut le cas pour Alex, Betty, Lucy, Michel et Nathalie.

Nathalie déplore aussi que les préjugés puissent se faire sentir lorsque certaines manifestations de la maladie sont apparentes lors de la recherche d'emploi. Plus de la moitié des participants demeurent persuadés que les préjugés et la discrimination limitent le nombre d'opportunités qui s'offrent à eux. Ces derniers ressentent que certains employeurs assument qu'ils seront peu productifs, imprévisibles, voire dangereux.

5.4. L'impact du retour au travail sur le développement professionnel

Cette section répond à la seconde question de recherche, soit : dans quelle mesure le retour à une activité apparentée au travail permet-elle ou non la reprise du développement professionnel ? À la lumière de l'analyse des entrevues, il apparaît que la reprise d'une activité productive ne vient pas nécessairement ranimer le processus de développement professionnel des participants. La reprise du développement professionnel varie d'une personne à l'autre. Parmi les variables qui permettent de rendre compte de cette diversité, on peut définir : la qualité des activités productives auxquelles accèdent les participants; le potentiel de croissance offert par ces activités; la perception des participants de ces activités.

5.4.1. Qualité des emplois

5.4.1.1. Conditions de travail

Les conditions de travail difficiles dans lesquelles évoluent les personnes aux prises avec des troubles mentaux graves ne permettent pas d'alimenter le développement professionnel de ces derniers. Les activités productives apparentées au travail qu'exercent les participants demeurent généralement précaires, qu'elles soient assujetties à des mesures financières de soutien à l'emploi ou qu'elles s'inscrivent sur le marché du travail régulier. Deux participants (Jim et Michel) indiquent même obtenir des emplois que personne ne veut.

Les conditions de travail présentent des risques et des défis en termes de santé et de sécurité au travail. Quatre participants comptent des assignations de soir ou de nuit. Annette, Betty, Jim, Marcel, Michel et Sylvain rapportent avoir œuvré au sein d'entreprises où la cadence était effrénée, les pauses inexistantes et où subsistait parfois l'attente d'effectuer des heures supplémentaires de façon régulière sans que celles-ci ne soient rémunérées. Jim et Sylvain indiquent avoir subi des accidents de travail et des lésions professionnelles. De plus, l'un d'entre eux souligne que son employeur a effectué des pressions pour qu'il taise ou qu'il mente sur la cause de ses blessures. Ce même participant déplore qu'il ne puisse jouir d'équipements de protection alors que les mesures de santé et sécurité dans des milieux où il évolue demeurent déficitaires et non réglementaires.

Non seulement les assignations s'avèrent précaires et difficiles, mais elles offrent peu ou pas d'avantages. Selon les dires des participants, les normes du travail ne semblent pas toujours respectées, notamment en ce qui a trait aux vacances annuelles et aux congés fériés. De tous les employeurs mentionnés par les participants, seuls deux offraient aux participants des avantages sociaux et un accès à la syndicalisation. Un seul employeur offrait également un régime d'épargne-retraite et une assurance-invalidité.

Alors que les compensations financières des mesures d'insertion professionnelle ne permettent pas d'améliorer leurs conditions de vie, plusieurs des salariés déplorent se maintenir dans la pauvreté, voire même constater que leurs revenus diminuent du fait qu'ils

sont salariés. Betty, Jim, Mary, Michel, Paolo, Sylvain expriment que le manque de ressources matérielles ou financières les limite dans leur développement professionnel, ne serait-ce que dans leur capacité d'accéder aux outils ou à la formation professionnelle dont ils ont besoin. Le fait que les agences privées de placement aient pu soutirer jusqu'au tiers du salaire de trois participants n'a fait qu'alourdir leur fardeau.

Six participants se disent marginalisés par l'entreprise sur le plan de la rémunération. Jim, Mario et Michel rapportent le fait qu'à travail équivalent, ils recevaient un salaire moindre et se voyaient refuser les avantages auxquels accédaient leurs collègues. Jim et Sylvain soulignent que certains employeurs ne les ont jamais rémunérés, malgré les ententes initiales.

Plusieurs participants regrettent la nature transitoire des mesures d'appui à l'insertion professionnelle : ces constats sont plus fréquents chez les participants qui bénéficient ou ont bénéficié de mesures de développement de l'employabilité telles les mesures INSO. Au terme de la mesure, certains participants, comme Marcel, ont l'impression de devoir reprendre la démarche à zéro et s'inscrire dans une autre démarche transitoire, sans égard à leur rendement. D'autres, comme Mary, observent l'absence de passerelles systématiques vers de réels emplois : ainsi, Mary constate que plusieurs pairs naviguent entre des milieux protégés et le vide, confinés à des emplois en marge du marché régulier. Les obstacles systémiques qui fragilisent ainsi l'insertion professionnelle, notamment l'accès et le maintien sur le marché régulier de l'emploi, constituent un frein au développement professionnel des participants qui connaissent alors surtout la précarité d'emploi.

L'ensemble de ces facteurs peut appuyer l'impression que le retour au travail ne constitue peut-être pas une attente légitime pour les personnes aux prises avec des troubles mentaux. Cette situation limite l'élaboration d'une identité professionnelle positive et invalide d'une certaine façon la légitimité de la contribution ainsi que le potentiel professionnel de ces personnes.

5.4.1.2. Climat de travail

Le climat de travail compte pour beaucoup dans l'évaluation que les participants font de leur expérience de travail, des avantages qu'ils en retirent, autant sur le plan social que personnel et professionnel. Les participants qui témoignent d'un climat d'acceptation dans le milieu où ils exercent une activité productive perçoivent positivement leur expérience et leur contribution professionnelle. Ils y consolident leur estime de soi et leur sentiment d'efficacité personnelle.

Cependant, l'acceptation dans le milieu protégé diffère de l'intégration pleine et entière dans un milieu de travail, sur le marché régulier. Les deux participants qui témoignent de cette intégration, de l'expérience de l'inclusion dans la vie sociale des employés hors du milieu de travail, se démarquent : Mario et Marcel apparaissent un petit peu plus dégagés et satisfaits face à leur expérience actuelle, confiants en la valeur de leur travail. Cependant, s'il existe une valeur ajoutée à leur expérience, ces participants ne se démarquent pas autant lorsqu'ils abordent leur développement professionnel, notamment face à leur perception d'eux-mêmes comme travailleurs ou les caractéristiques de leurs buts et leurs choix professionnels. Néanmoins, ils perçoivent leur milieu de travail comme un terreau fertile, susceptible de faciliter leur croissance.

Par ailleurs, l'examen des trajectoires professionnelles a mis en lumière que des phénomènes d'exclusion, de rejet et de violence au travail sont largement présentes dans l'échantillon. La moitié des participants rapportent avoir subi l'effet des préjugés au cours de leur cheminement professionnel. Jean, Jim, Mary indiquent que ces préjugés ont conduit à de flagrants manques de respect et à des atteintes à leur dignité, alors que leurs relations au travail étaient marquées par de la violence verbale à leur endroit. Annette et Mary rapportent que lors de leur parcours, des superviseurs les ont frappées ou bousculées physiquement. Enfin, quatre participants (Jim, Marcel, Mary et Sylvain) rapportent des épisodes d'exploitation, du fait qu'ils étaient aux prises avec des troubles mentaux.

La violence subie en milieu de travail vient non seulement freiner le maintien en emploi, mais elle peut fragiliser significativement le développement professionnel des

participants. Suite aux incidents dont elles avaient été victimes, deux participantes expliquent avoir cessé tout investissement d'activités productives associées au travail pendant plusieurs années. De telles situations confirment à certains participants que leur travail risque de ne jamais être considéré à sa juste valeur et qu'ils sont condamnés à la marginalité. Sylvain adopte des mots très durs pour exprimer son sentiment d'asservissement, se disant « esclave » de ses employeurs. Le témoignage de Jim souligne que travailler dans un contexte de violence ne vient qu'accentuer la vulnérabilité déjà ressentie par l'individu, confirme son impression que ses faiblesses prédominent et sape sa volonté de résister. Ces expériences d'abus sont d'autant plus troublantes que parmi les dix participants ayant déjà été victimes de violence ou d'abus au cours de leur histoire personnelle, six ont subi de nouveau de la violence durant leur expérience de travail. De plus, une dernière y a connu une première expérience d'abus. En conclusion, l'acceptation et l'intégration en milieu de travail facilitent la redéfinition du concept de soi de façon positive sans toutefois influencer les autres aspects du développement professionnel. Par ailleurs, les situations d'abus et de violence en milieu de travail qu'ont vécues plusieurs participants durant leurs parcours se sont avérées tout à fait contre-productives.

5.4.1.3. Congruence personne-emploi

La congruence personne-emploi se définit par la concordance entre les intérêts, les capacités, les préférences et les buts poursuivis par une personne et les exigences des activités apparentées au travail qu'elle exerce. La présence d'une bonne congruence soutient le maintien dans l'activité productive alors que son absence peut constituer un frein à ce maintien. De plus, la congruence personne-emploi peut constituer un levier important dans la décision des participants d'investir ou de quitter une activité productive. Compte tenu de l'importance de la congruence personne-emploi dans le cheminement professionnel des participants, il y a lieu d'approfondir la compréhension et l'importance que ces derniers y accordent.

Certes, certains participants ne se prononceront pas quant à la congruence personne-emploi. Ces participants tendent à saisir les opportunités qui se présentent, en espérant que le tout aille pour le mieux; d'autres se résignent et acceptent ce qu'ils ont,

convaincus qu'ils ne pourraient trouver mieux, compte tenu de leurs limites. Néanmoins, la plupart déplorent un manque de congruence personne-emploi au cours de leur histoire professionnelle. Accéder à un emploi grâce à l'appui de services de réinsertion professionnelle ne garantit pas une meilleure congruence personne-emploi. Marcel, Mario, Michel et Sylvain déplorent que des activités productives auxquelles ils ont été déjà référés se soient avérées peu compatibles avec leurs besoins, leurs préférences, leurs capacités ou leur projet.

Certains participants iront jusqu'à dire qu'ils n'ont jamais connu de congruence personne-emploi depuis l'apparition de la maladie. Ce manque de congruence se reflète de plusieurs manières, notamment dans la cadence de travail attendue, des attentes peu adaptées, l'absence de liens avec les intérêts et les buts professionnels. Le manque d'adaptation, voir même l'absence de considération pour les limites des participants ont certainement amplifié le manque de congruence personne-emploi. Michel insiste :

Mais ils ne m'avaient pas aidé pour trouver le genre, un genre d'emploi qu'il y a de la qualité dedans, ou si tu veux... qui est adapté un peu à toi, ou qui justement, qui est pas une job encore mais qui va te former pour une vraie job, pas une job de, de... alimentaire là...

Au fil des entretiens, il apparaît clairement que le climat de travail compte beaucoup dans la perception d'une congruence personne-emploi chez les participants. Le manque de respect, les railleries, la rudesse, la discrimination ou l'exploitation compromettent toute illusion de congruence.

La moitié des participants expriment puiser dans la présence d'une congruence personne-emploi une intense satisfaction, notamment en présence d'une juste part de défi, d'une compatibilité avec les intérêts ou des valeurs et lorsqu'il est facile d'y accéder. Cette congruence se définit de trois manières : l'emploi doit refléter les intérêts de l'individu, faciliter l'atteinte de buts professionnels et présenter un juste degré de défi. Plusieurs participants associent l'actualisation des intérêts professionnels à une plus grande satisfaction en emploi. En fait, les conditions de travail difficiles, y compris une faible rémunération, sont davantage tolérables lorsqu'il y a une bonne congruence entre l'emploi

et les intérêts de l'individu. Les propos de Jim illustrent ce constat : *“I got the minimum wage. I was doing something I really like anyways. So it didn't matter.”*

Marcel et Annette soulignent qu'ils retirent de la satisfaction au travail dans le fait qu'ils maîtrisent sans peine les tâches qui leur sont assignées et qu'ils ne traînent aucun souci lorsqu'ils quittent le travail. La Section 5.2.12.4 fait clairement état de l'importance de trouver dans ses tâches un juste niveau de défi : alors que des défis trop élevés n'entraînent que des échecs, l'absence de défi engendre l'ennui. Toutefois, Michel trouve une forme de sécurité dans les assignations qui présentent peu de défis. Cependant, s'il peut quitter le travail la tête dégagee, Michel ne peut s'y actualiser ou s'en trouver valorisé.

Pis le (nom de l'employeur), c'est plus alimentaire, je vais ça pour... Ben alimentaire la, tu sais... Ben dans les deux sens... Ce que je veux dire, c'est pour l'argent que ça me donne. Ce n'est pas un challenge pantoute. Ce que je faisais, ce que je fais au (nom de l'employeur), je le faisais à l'âge de 10 ans.

Un scanner, ça aurait fait la même affaire. Je me sens... Pis surtout quand les gens me demandent, des fois ils me demandent... Certains vieux qui sont plus alertes pis y vont dire: «Tu fais-tu autre chose toi?» «Non». «Ah non?» Tu sais,... Pas autres choses dans le sens quelque chose de mieux mais autre chose parce que je ne suis pas là souvent. Là ils me disent tu fais-tu autre chose pour gagner ta vie, as-tu une profession? As-tu un femme, as-tu des enfants? *None of the above*. Pis tu te sens un peu couillon...

L'absence de formation en emploi ne vient qu'accentuer le manque de congruence personne-emploi. Michel illustre encore ce phénomène, en parlant d'une activité particulière :

Sauf que je n'avais pas vraiment ce qui fallait, ou encore il ne me préparait pas... Il n'était pas... Ce n'était pas adapté à ma personnalité pour me fournir ce que moi j'avais de besoin pour faire une bonne job.

Malheureusement, plus ce manque de congruence est flagrant, plus il entraîne chez les participants une remise en question ainsi qu'un sentiment de dévalorisation qui les fragilise davantage. À l'inverse, une meilleure congruence personne-emploi se traduit par une meilleure réponse aux besoins, aux intérêts et aux aspirations de l'individu. Jim, Lucy

et Nathalie insistent sur une similarité des valeurs véhiculées par et dans l'entreprise et celle de l'individu. L'acceptation ressentie dans le milieu de travail est critique à la reconnaissance d'une congruence personne-emploi, plus particulièrement dans la façon qu'ont les superviseurs d'interagir avec leurs employés. Non seulement les participants recherchent le respect, mais aussi une chaleur qui témoigne de leur intérêt. Nathalie indique par exemple : « Parce que lorsqu'ils sont bêtes, je me sens petite. J'ai de la misère avec ça lorsqu'ils sont bêtes. »

Alex, Jean et Michel introduisent un autre concept, plus pertinent à leurs yeux : une congruence personne-maladie-emploi. La maladie vient modifier significativement les aspirations professionnelles, de telle sorte qu'il ne faut pas simplement considérer ses intérêts et ses capacités mais surtout les limites qu'impose la maladie.

5.4.2. Opportunités de développer des compétences professionnelles

De par la nature des secteurs économiques où évoluent la plupart des participants, c'est-à-dire des secteurs où le taux de roulement demeure élevé et la nature des assignations transitoires, peu d'efforts sont déployés au développement des compétences professionnelles des participants. En effet, le travail demeure sous-spécialisé et ne nécessite pas l'acquisition de compétences professionnelles spécifiques. L'acquisition des compétences nécessaires à la réalisation des tâches confiées s'effectue généralement de façon pragmatique, en observant les collègues ou à force de pratique. Les séances d'orientation apparaissent sommaires ou au contraire, surchargées d'information, sans égard aux besoins et au style d'apprentissage des participants. Aucun participant évoluant sur le marché régulier de l'emploi ne parle de la mise en œuvre de programme de formation en lien avec leur emploi, malgré un besoin chez certains d'être accompagnés ou outillés.

Aucun participant ne s'est vu offrir de promotion depuis l'apparition de la maladie. Malgré leur désir d'améliorer leurs conditions de travail, une majorité de participants confirment que les activités productives dans lesquelles ils s'investissent comportent peu de potentiel sur le plan de l'avancement, voire des débouchés.

Les acquis professionnels que retirent les participants de leurs expériences professionnelles demeurent mitigés, voire génériques. Certains de ces apprentissages touchent le développement d'attitudes au travail plus constructives. Par exemple, Betty, Mary et Nathalie apprivoisent le droit à l'erreur alors que Malcolm et Mario apprennent à mieux faire face à l'autorité et à la critique. Alors que l'accès à une formation professionnelle demeure problématique, le potentiel de développement professionnel qu'offrent les activités recensées auprès des participant laisse songeur.

5.4.3. L'effet de la perception de l'activité productive sur l'identité professionnelle

Les variations observées au niveau de l'identité professionnelles s'expliquent d'une part, par la force du concept de soi des participants et d'autre part, par leur perception de l'emploi. En effet, les participants qui intègrent à leur identité professionnelle des caractéristiques de leur maladie considèrent leur activité productive comme une occupation ou comme étant partie prenante de leur développement professionnel. Or, tous ces individus éprouvent des difficultés à dégager de leur identité le fait qu'ils soient malades : les limites qu'impose la maladie sont intégrées dans leur perception de ce qu'ils sont et s'avèrent indissociables de leur concept de soi. Seule la qualité des activités qu'ils exercent et la congruence personne-emploi les distinguent les uns des autres : même s'ils adoptent la même attitude à l'égard de leur maladie, le fait que certains soient intégrés sur le marché régulier de l'emploi les amène à percevoir que leur activité productive s'inscrit directement dans leur développement professionnel. À l'inverse, les participants qui participent à des mesures transitoires ou protégées conçoivent leur implication productive comme une occupation.

De plus, des cinq participants qui élaborent sur leur identité professionnelle sans intégrer d'éléments liés à la maladie, aucun ne perçoit son travail comme une occupation. Ceci souligne l'importance de l'attitude à l'égard de la maladie, notamment de la présence d'une forte association de la maladie à l'identité, sur l'identité professionnelle. Les participants qui perçoivent leur activité productive comme une transition vers

l'accomplissement de leurs buts professionnels affirment surtout leur conviction en leurs capacités et leur potentiel. De ce nombre, seul Paolo aborde exclusivement son identité professionnelle de façon positive, en insistant sur ses compétences professionnelles. Ce participant ne soulève aucune lacune lorsqu'il se décrit en tant que travailleur.

En conclusion, des différences appréciables sont notées dans l'élaboration de l'identité professionnelle en fonction de la manière dont les activités productives liées au travail sont perçues par le participant. Les personnes qui considèrent leurs activités productives comme une occupation tendent à présenter une identité professionnelle sommaire ou modulée par les limites de la maladie. Les personnes qui se considèrent en transition tendent à se présenter de façon confiante, en faisant état uniquement de leurs compétences ou en reconnaissant à la fois leurs atouts et leurs limites professionnelles. Ce sous-groupe ne fait aucune allusion à la maladie. Enfin les personnes pour lesquelles l'activité productive s'inscrit dans leur développement professionnel, peuvent se présenter en mettant autant en lumière leurs forces et leurs limites professionnelles qu'en intégrant à leur identité professionnelle les limites qu'impose la maladie. Le tout peut être représenté de façon schématique par la Figure 27.

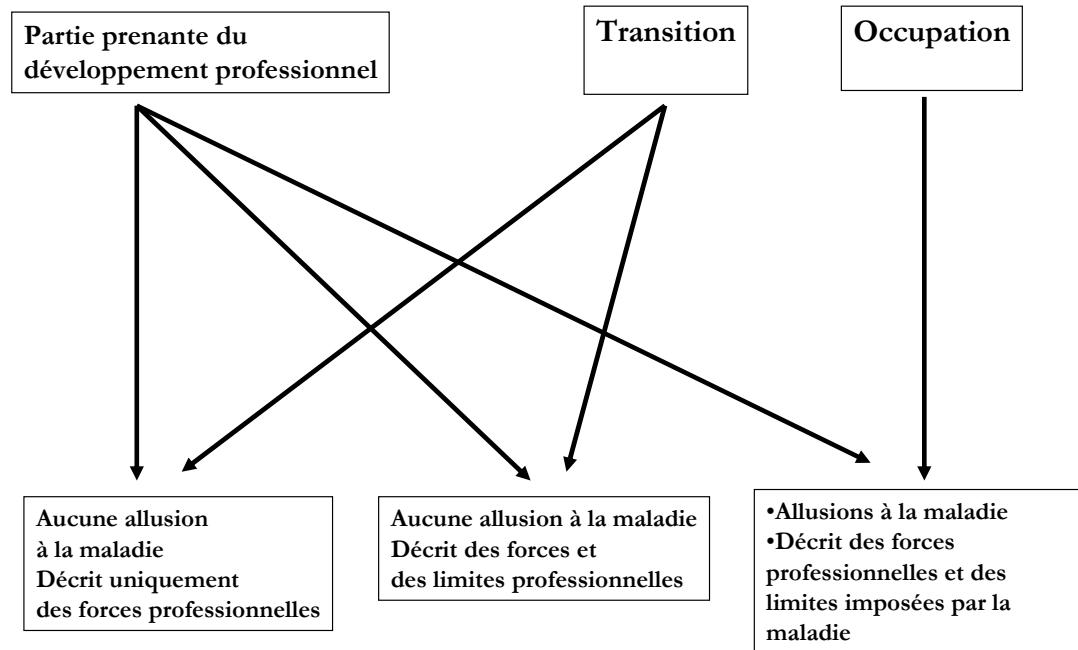


Figure 27. Caractéristiques de l'identité professionnelle en fonction du rôle de l'activité productive associée au travail

5.5. Rétablissement

5.5.1. Une clé pour mieux comprendre le rétablissement : l'attitude à l'égard de la maladie

Lors de l'analyse des données, un concept émerge, lequel explique le processus de rétablissement : l'attitude que l'individu adopte à l'égard de sa maladie. Cette variable permet de saisir comment l'individu tente de se redéfinir de façon constructive et d'assumer son pouvoir d'agir. Cet aspect sera approfondi ultérieurement (Section 5.6.3.), mais cependant il apparaît important à ce stade-ci de décrire ces quatre types d'attitude, car ils peuvent altérer le processus de rétablissement. Ces attitudes sont les suivantes : 1) offrir un cadre alternatif pour expliquer la maladie; 2) combattre la maladie; 3) accepter la maladie;

4) lier son identité à la maladie. Ces différentes attitudes reflètent non seulement une variation du regard que jettent les participants sur leur expérience, mais aussi une variation du degré de pouvoir d'agir et du sentiment de contrôle qu'ils ont.

D'abord, relevons une nuance : ces attitudes ne constituent pas des stades développementaux, et les délimitations entre ces diverses attitudes ne sont pas précises. Par exemple, des individus peuvent parler d'accepter ou de combattre les symptômes et, en même temps, lier leur identité à la maladie. Cependant, afin de répartir les participants dans les différents sous-groupes, nous avons considéré l'attitude qu'adoptent de façon prépondérante chacun d'entre eux.

5.5.1.1. Offrir un cadre alternatif pour décrire l'expérience

C'est l'attitude qu'Annette, Betty et Jim adoptent vis-à-vis de leur expérience. Il ne s'agit pas à proprement parler d'un déni. Ils admettent tous qu'ils ont vécu une intense période de mal-être, laquelle a été accompagnée de symptômes qui ont interféré avec leur fonctionnement. S'ils définissent et reconnaissent tous le diagnostic de leur maladie, ils accordent un autre sens à leur expérience. Par exemple, Annette reconnaît qu'elle a une schizophrénie légère. Par ailleurs, elle insiste à quelques reprises sur le fait que son expérience est plutôt associée à une intense remise en question spirituelle, et ce, après avoir adhérer à un groupe religieux dont elle considère les pratiques sectaires. Fasciné par l'occultisme, Jim croit que ses expériences psychotiques sont en fait des moments d'une rare intensité spirituelle. Betty y voit plutôt la conséquence d'importants conflits conjugaux et d'une dynamique abusive, associée à l'isolement qui suit l'exil. Ces participants dressent un portrait d'eux-mêmes relativement positif, qu'ils défendent avec énergie. Au cours des entretiens, ils minimisent l'existence de symptômes, même jusqu'à renier les propos qu'ils ont eus antérieurement sur le sujet.

5.5.1.2. Combattre la maladie

De l'échantillon, deux participants (Malcolm et Mary) se démarquent par leur combativité contre la maladie ou les symptômes. Certes, bon nombre des participants ont

exprimé le désir de lutter contre certains symptômes de leur maladie. Cependant, les participants, qui se battent contre la maladie, insistent pour dire qu'à leurs yeux se rétablir signifie combattre, jour après jour, la maladie et ses effets. Par exemple, Malcolm insiste qu'il doit combattre sans cesse ses craintes psychotiques ou ses troubles de la pensée afin de ne pas se laisser envahir par eux.

I think that if you don't fight your fears... Like fight, fight it, was make me started... You will never, you will always be the same. You have to fight your fears. Because if you don't fight it, that's same thing that got you in the situation may just, take over you and, conquer you.

You have to try to find a way to conquer your fears, because if you don't, well, I don't know how you're going to feel... I don't know how you are going to live with yourself.

Dans l'attente d'une cure, Malcolm doit continuer de lutter.

I keep fighting it until the day I don't have to fight it. ... Maybe they'll find a solution. But, for now, just keep in fighting until something happens.

You got to fight it till the end, until you die.

Pour surmonter ses troubles cognitifs, Malcolm reste actif. Il s'efforce de lire, de résumer l'information, d'apprendre. Il fait un effort pour s'affirmer, prendre sa place et vaincre sa timidité.

That's was... That was helping me out and it was uh... With pushing my mind to fight again... So, this was making my... my.. I was fighting against my own self. My own... my mind. That was going against (pounding on the table) Keep going against it...So I had something to fight with when I was working 'cause I have to be active.

I got better. A little bit. The thoughts were there but I was... I had something to fight with. My mind was fighting it.

Malcolm croit qu'il réussit peu à peu à vaincre son ennemi, et peut-être une part de ce qu'il est, bien que la maladie revienne parfois le secouer.

First, to put it this way, I'm winning. Yeah. It's still there but I'm winning... I'm winning the battle. (Chuckles).

Well... They [my thoughts] always... They always come back with revenge fight. So, I'm always ready for that. (Chuckles).

Cependant, un examen plus approfondi révèle qu'il s'agit peut-être d'un autre aspect de l'acceptation, comme en témoigne Mary :

Because I didn't give myself a choice, another choice because ... I remember, it was the first hint I start to accept my sickness. A doctor came to (name of the support group) and it was a group as I told you, it was a group about understanding the schizophrenia and bipolar. When I went, there a lady, a girl, she was very young, she was around 20 and a man told her "You know you have to fight with your sickness and you're young." Then the doctor said "No, first she has to accept her sickness and then she can fight." And then it clicked. I don't give myself choice. I have to accept my sickness and then I can help myself. I didn't give myself any choice.

Accepting yourself you're sick. And fighting it. First you have to accept, I'm sick and I'm not going to let my sickness make me go down. So I fight for it.

Pour Mary, ce processus oscille entre l'espoir et le désespoir, entre l'acceptation et la lutte.

And I think the cure of happiness for me to accept [that] I'm sick. And I'm happy about that. It's not fair but at least, I accept it. Accepting is better than being sick and angry with everybody.

Fight. Fight with it sometime. Hope with it sometime. Work with it.

Les participants qui combattent de cette façon la maladie font preuve d'une volonté à toute épreuve. Ils dressent également un portrait nuancé de ce qu'ils sont, témoignant autant de leurs forces que de leurs vulnérabilités. Ils veulent assumer pleinement leur capacité de décider et contrôler leur destinée. Toutefois, dans leurs discours, on dénote qu'ils manifestent une certaine intransigeance à leur propre égard : ces participants se montrent fort exigeants envers eux-mêmes et nourrissent des attentes ambitieuses.

5.5.1.3. Accepter la maladie

Marcel, Mario, Nathalie et Paolo choisissent plutôt d'accepter leur maladie et d'agir en conséquence. Il ne s'agit pas ici de défaitisme, mais plutôt de l'adoption d'une attitude grâce à laquelle les participants reconnaissent l'existence de la maladie, et tentent de se réconcilier avec leur expérience et ce qu'ils sont, comme le souligne Marcel :

Je l'accepte, tu sais. J'accepte ce que je suis, tu sais. Je le sais que ça va partir mais y faut donner de la confiance.

Il faut que tu sois d'attaque. Tu sais, t'attaques pour t'acceptes, tu sais. Il faut que tu acceptes qu'est-ce qui est là, tu sais.

Contrairement aux participants combattifs, ceux qui acceptent la maladie tentent de l'appivoiser et de respecter leurs limites plutôt que d'essayer sans cesse de les repousser. Voici ce qu'en disent Nathalie et Mario :

Je sais comment m'amadouer, me prendre en douceur... Essayer de comprendre que c'est une maladie que j'ai essayé de ne pas me juger, mais c'est très difficile.

Faire la paix ou sinon de tourner la page. Si tu n'es pas capable de faire la paix, des fois, pour toi, c'est dur. Dans ce... Tu tournes la page. Quand tu fais la paix, ça c'est encore mieux.

Ces participants assument un rôle actif dans leur rétablissement, comme en témoigne Nathalie : « Encore de l'effort. C'est important que je ne me laisse pas aller, m'apitoyer sur mon sort. »

Comme Nathalie, deux autres participants soulignent que cette démarche d'acceptation est aussi marquée par des moments de colère et de révolte, ou par le désir de lutter contre la maladie. Cependant, ils tentent de surmonter cette colère pour arriver à faire la paix avec eux-mêmes, les autres, la vie et même avec Dieu, comme l'indique Paolo :

I felt angry. Very, very angry. And I was alone and I started thinking this is not fair but it is happening to me and I got angry, you know. And it is like you start fighting with yourself. At a certain point you start fighting with God. You feel... And then you just stop, you know. You just stop.

Les participants qui adoptent cette perspective ont une vision nuancée de leurs forces et de leurs limites, bien que certains mettent davantage l'accent sur leurs atouts. Ceux-ci disent avec force tirer des leçons de leurs expériences. Paolo exprime entre autres que son expérience de la maladie l'a amené à être plus prompt à protester contre les injustices sociales et à les dénoncer qu'il ne l'était avant ses mésaventures. Il est aussi devenu peut-être plus visionnaire ou idéaliste : « *I think a more passionate, more passionate than I was before. And, I have become a person with dreams.* »

5.5.1.4. Lier son identité à la maladie

Cinq participants (Alex, Jean, Lucy, Michel et Sylvain) adoptent une attitude par l'entremise de laquelle leur identité et maladie sont étroitement liées. En effet, ces participants semblent départager difficilement les caractéristiques qui les définissent des symptômes de la maladie, ou bien ils s'en attribuent une part de responsabilités, comme le décrit Michel :

J'ai appris à comprendre que ma maladie faite partie de moi, je fais partie de ma maladie. C'est ensemble ça.

Ça fait partie de mon processus de guérison ou de dealer avec que... Ce n'est pas quelque chose qui m'arrivait, qui était imposé à moi, ça faisait partie de moi.

Il faut toutefois reconnaître que Michel constitue un cas frontière. En effet, si ces propos semblent fréquemment refléter une certaine assimilation de son identité à la maladie, notamment en ce qui concerne sa vie affective et ses capacités cognitives, il émet des propos plus nuancés lorsqu'il aborde ses difficultés d'insertion professionnelle. Toutefois, s'il est ici en mesure de distinguer son identité de la maladie, il s'attribue une large part de responsabilités pour ses difficultés professionnelles, sans considérer les conditions adverses au sein desquelles il évoluait :

Mais je ne pense pas que ma santé mentale m'a empêché de faire des... c'est-à-dire c'est parce que moi... Ça, ils m'ont dit ça à un moment donné, les gens qui m'interviewaient pour mes problèmes, au moins, j'étais responsable. Beaucoup de gens disaient : "C'est de la faute à l'autre." Mais

ça l'air qu'à un moment donné je disais : "C'est la maladie qui fait partie de moi, c'est moi qui..." Ce n'était pas la maladie qui m'empêchait de faire la job, c'était moi qui m'empêchais de faire la job. C'est moi qui a la maladie, ce n'est pas la maladie qui décide que je ne ferai pas la job. C'est moi qui n'arrive pas à la faire.

Cet extrait souligne que l'attitude face à la maladie n'est pas monolithique et peut fluctuer selon les circonstances. De plus, cet extrait illustre la tendance observée chez les personnes de ce sous-groupe à reconnaître chez eux-mêmes plus de lacunes que de ressources personnelles. Plusieurs se définissent comme étant vulnérables, sensibles, voire limités. Par exemple, Jean se présente comme quelqu'un qui est paresseux, anxieux et démotivé sans toutefois associer ces traits aux symptômes de la schizophrénie. Lucy évite fréquemment les questions portant sur sa perception d'elle-même, se reconnaît quelques forces, non sans aborder systématiquement les limites qu'imposent sa maladie. Elle décrit devoir fréquemment s'appuyer sur son réseau de soutien pour mieux transiger avec son quotidien. Pour sa part, Sylvain se tient sur la défensive et parle de lui-même avec difficulté. Lorsqu'il arrive à le faire, il se dit heureux, malgré toutes les frustrations qu'il éprouve. Néanmoins, ce participant admet manquer de confiance en ses capacités, lesquels sont défaillantes selon lui. Il croit que son potentiel s'est affaibli.

J'étais un meilleur gars que ça dans ce temps là. J'étais mieux, j'étais capable de mieux. Je n'étais pas comme la personne que je pouvais être.

Oui, j'ai l'impression d'avoir moins de qualités.

De même, Alex convient que l'expérience de la maladie est étroitement associée à son concept de soi. Le passage suivant témoigne du fait que sa perception de lui-même est fortement altérée par son expérience de la maladie :

Good to be with when I am not sick. (Chuckling) When I am sick I'm a pain. (Chuckling). [...] I don't say anything. I don't do anything right. I do strange things. I don't eat. I don't sleep sometimes. I am very strange when I'm feeling sick but I am ok when I am medicated. [...] On my good days I am good to be with. I'm a "goody-goody ».

Maintenant que les différentes attitudes ont été présentées, il importe de définir le rétablissement tel qu'il est perçu par les participants.

5.5.2. Vers une définition du rétablissement

5.5.2.1. Description du processus

Les définitions offertes par les participants varient selon les individus. Certains définissent le rétablissement comme un retour à une vie normale, active et productive, comme en témoigne Annette : « *Having a job, not being afraid anymore and having friends. [...] Not being afraid.* »

Pour d'autres, il s'agit d'un processus actif qui résulte presque uniquement des efforts qui ont été fournis, d'une décision grâce à laquelle un individu choisit de se rétablir et de travailler en ce sens, et ce, dans un désir de prendre en main son propre mieux-être. Plusieurs participants parlent de cette perspective.

I think that on my part, I think it's probably a lot of determination to get well and to stay well. (Lucy)

Nobody will do anything for you except yourself and that's the root. That's it! (Jim)

I started to take action and things started to change a little bit and I started to feel better. (Paolo)

At least, I feel like I am doing something to solve the problem you know. (Paolo)

But for me, recovery is to help yourself. (Mary)

I have myself to help, because that's the first.[...] If you don't want to put effort you don't get anything. Courage, which is part of myself... It's mostly myself... (Mary)

Because it's a process of helping myself for the better future. (Mary)

Donc, c'est prendre les bonnes décisions. Il faut prendre les décisions, pour ses limites, pour soi. (Michel)

C'est par de petits gestes quotidiens que s'impose cet effort de responsabilisation aux yeux de Mario.

Je suis dans une étape de rétablissement. Je suis en train de travailler, je suis en train de me lever de bonne heure le matin, de venir ici à l'heure, de se laver, faire la barbe, prendre l'autobus, prendre le métro quand tu sais, ça ne te tente pas. Tu sais, tu te lèves en retard, tu prends le taxi. Tu le feras 2-3 fois par mois, tu n'as pas de budget pour ça. C'est toutes des étapes.

Pour m'aider j'ai arrêté de faire mes folies. Ça les folies dans les malls, les folies dans les restaurants, les folies de dépenser, l'argent et de dépenser plus que qu'est-ce que j'avais. Pis après ça de piquer un petit 10, un petit 20, un petit 30 à ton père dans le temps j'étais à la maison, là j'ai pas la chance à faire ça. Ça veut dire comme j'ai pas la chance de faire ça, il va falloir que je travaille comme les autres, c'est ça j'ai faite, pis c'est comme ça. Ok, ça veut dire, les folies de, de dépense c'est fini. Mais si j'en ai, c'est moi qui paye de loyer.

Tout comme Mario, Michel considère que le rétablissement est un processus développemental ou de maturation. En fait, il constate que, pour diverses raisons, son développement personnel a été freiné. Michel dit s'être posé des questions qui étaient propres à l'adolescence alors qu'il était un jeune adulte, envahi par la maladie. La confusion identitaire a alors été à son comble. Dans ce contexte, le rétablissement comporte définitivement un aspect développemental.

Moi, je ne m'étais jamais posé de questions sur la mode ou sur qu'est-ce que j'aime comme musique. Tu sais, j'étais comme... Je faisais de la magie pis du piano. C'était juste ça. Ce n'était pas être comme tout le monde, suivre les affaires. Là, j'étais là: Est-ce que j'aime Madonna? Je ne sais pas comment de l'expliquer mais je sais, j'avais des problèmes de, qui n'auraient jamais dû être, qui auraient dû être résolus à l'adolescence, tu sais. Mais qui jamais n'avaient été résolus. Y'a eu comme une, je sais que j'ai appris au Cégep dans, en psychologie des stades de développement là. Y'a... J'ai coulé pleins de stades de développement, tu sais, les étapes cruciales là...

Ou plutôt ce serait souhaitable qu'on soit toujours en rétablissement, qu'on aille toujours vers le mieux, vers le mieux pis qu'on aille vers le plus mûr ou le plus mature, ou le plus...

Le rétablissement demeure un processus rigoureusement volontaire, dans lequel il faut apprendre à doser ses énergies et à respecter ses limites. Pour Mario, se rétablir, c'est apprendre à penser à soi : « Il y a des pas qu'il faut que je pense qu'il faut penser à moi. C'est... Je commence à faire ça. Pour moi c'est ça les petits pas pour me rétablir ».

Pour Betty, ce processus actif exige non seulement des efforts, mais de la détermination et de la ténacité.

It's hard, but you don't give up, you work hard. Some days, it's not easy, it's slow... And some days it's not bad, but you have to encourage, and keep the energy and stability or what else they call it. You have to eager, you have to push yourself.

It's not only believing in your dreams, you have to work for it also. You also have to pay for it and you have to work hard at it and you have to earn it.

Se rétablir, c'est aussi respecter ses limites, s'adapter à ce que l'on devient et à aux conséquences de la maladie. Certains comme Michel, considèrent que le rétablissement est un processus d'adaptation : « Ça veut dire tu es en processus de devenir plus heureux, moins symptomatique avec des symptômes de la maladie que tu es supposé d'avoir, pis tout ça. »

Pour d'autres participants, le processus de rétablissement se caractérise par des prises de conscience, qui sont souvent douloureuses. Ça été le cas pour Marcel lorsqu'il parle de son rétablissement : « J'ai passé des périodes quand j'étais jeune [où] j'étais aveugle, mais là faut... J'ai des yeux moi. »

Pour Alex, le rétablissement s'accompagne de la volonté de lutter contre l'inertie et l'exclusion par la mobilisation. Ce processus exige de la ténacité, surtout en l'absence de résultats probants.

And to have friends, more friends than, than just staying at home and being warehoused. But I had realized that in a place like this before. When I first started here I said to myself I not going to make new friends for a month anyway. But I stuck with it and the friends came.

D'autres, comme Paolo, considèrent qu'il faut conjuguer l'action à la réflexion pour se rétablir : « *Just by taking action and trying to do it. That's basically what I... Just by doing it. And re-analyzing, you know.* »

Des participants, dont Mary et Malcolm, soulignent combien ce processus demeure essentiellement unique et individuel.

It depends of the people, the need of people is different. You know? The need of people is different.

If we all have the same illness but maybe I'll have a different way of, of... Different way of, of fighting it.

Tous reconnaissent qu'il ne s'agit pas d'une destination, mais d'un parcours. Pour certains, les embûches font partie du cheminement et n'écartent pas l'individu du processus. Voici ce qu'en dit Lucy : « *For me, it's a journey that I [have to] go along throughout life. Obviously there is going to be some ups and downs [...] and also some challenges.* »

Michel a des inquiétudes quant au rôle et aux conséquences des rechutes sur son rétablissement. Il conclut que les rechutes peuvent constituer un temps d'arrêt, une chance de grandir et servir de période de réflexion. Par contre, Michel craint, à la lumière de ce qu'il a entendu, que chaque rechute l'entraîne vers une plus grande détérioration cognitive.

J'ai entendu dire que quand on chute, on ne revient plus jamais comme on était. C'est une ergothérapeute qui a dit ça à mon ami, pis ça je le sais pas si c'est vrai, si c'est prouvé ou quoi. Mais, ça, ça m'inquiète ça. Mais, ma dernière hospitalisation m'a fait croire que la chute, ça fait partie du rétablissement aussi, que tu apprends des choses, que tu rencontres des gens pendant que tu es là pour te ressourcer que tu ne rencontres pas dans la rue. Pis c'est un moment privilégié, si tu veux, c'est une pause nécessaire pour reconstruire à travailler même si tu es diminué. Mettons tu es diminué, au moins tu as rencontré du monde là qui t'ont comme... C'est comme une retraite, je ne sais pas si tu connais ça les retraites? C'est comme un petit rituel.

D'autres croient qu'après chaque hospitalisation et chaque rechute il faut recommencer le processus à zéro. Pour Jim, il s'agit d'une éternelle et épuisante

reconstruction. Il lui faut rebâtir sa vie à chaque fois, après chaque hospitalisation, parce que celle-ci a détruit les progrès qu'il a faits auparavant. Voici la définition que Jim donne spontanément du rétablissement : « *Starting back from scratch I guess. I really hope for the next year or so, to settle.* »

De même, Betty cherche à reconstruire de manière positive son identité personnelle et sociale, autrement dit à reconstruire sa vie. Elle se rétablit non seulement de la maladie, mais peut-être davantage du manque d'écoute, de son expérience des services de santé mentale, de ses relations conjugales qui ont été parfois abusives, de son divorce et de la pauvreté.

I recovery from some bad and madness and things like that, because I was used to live with my husband. It makes me now some work. I get freedom and I don't get bad mood or bad word talking. It gives me independence. It gives me yourself, as you are, you know. And it's a recovery from divorce and medical system and so on, in life.

Pour plusieurs, il s'agit d'un processus itératif, qui se bâtit au jour de jour, et par lequel l'individu évolue tout au long de sa vie, comme l'indiquent Lucy et Michel :

Like recovery is not only one day, it's everyday of your life.

Ça serait dommage si on pouvait dire, si les gens disaient: "Ah, là je suis arrivé, je n'ai plus rien à faire. Tout est beau je suis correct là, tu sais." Ça serait plate. Je pense que, je ne sais pas si c'est vrai mais je pense c'est mieux de... c'est vrai qu'on est jamais complètement rétabli. Mais, peut-être qu'il y a des stades, des escaliers. Pis il faut y aller par étape. Fixer des objectifs. Mais je pense qu'on, en, en degré on est jamais à 100 %. On peut toujours revenir pis travailler encore.

Alors que la plupart des participants considèrent que le rétablissement est un processus continu, une participante qui offre une explication alternative pour décrire son expérience se déclare complètement rétablie. Celle-ci estime que ce qui apparaissait comme une schizophrénie était le résultat d'une intense crise spirituelle. Puisqu'elle a de nouveau ancré sa foi dans le catholicisme, elle conçoit que son rétablissement est achevé : « *I fully recovered after that. [...] Because I have my two feet in Catholic... My two feet are standing firm as a Catholic.* »

D'un autre côté, un participant, qui tend à lier son identité à la maladie, doute que le rétablissement soit possible. Il ne sait pas s'il devrait y croire, ce qu'il peut espérer. Néanmoins, ce participant peut décrire ce que veut dire le rétablissement à l'égard du tabagisme ou de la consommation. Il présente alors ce processus comme étant hautement individualisé et actif, un processus où l'individu s'approprie et se prend en main. Il explique qu'il doit respecter son rythme, sans brusquer les choses ou sauter des étapes. Bref, ce participant rappelle bon nombre des caractéristiques ayant été soulevées par les autres. Cependant, pour lui, le rétablissement n'est pas possible vis-à-vis de la maladie mentale : « Ça ne se peut pas, c'est une sainte vie, c'est la vie. Normalement c'est à la vie. Normalement, c'est à la vie. ». Néanmoins, il se raccroche à l'espoir : « Que je m'en sorte, je m'en sorte, [que je puisse m'] améliorer ». La Figure 28 résume les caractéristiques du processus de rétablissement tel qu'elles sont perçues par les participants.

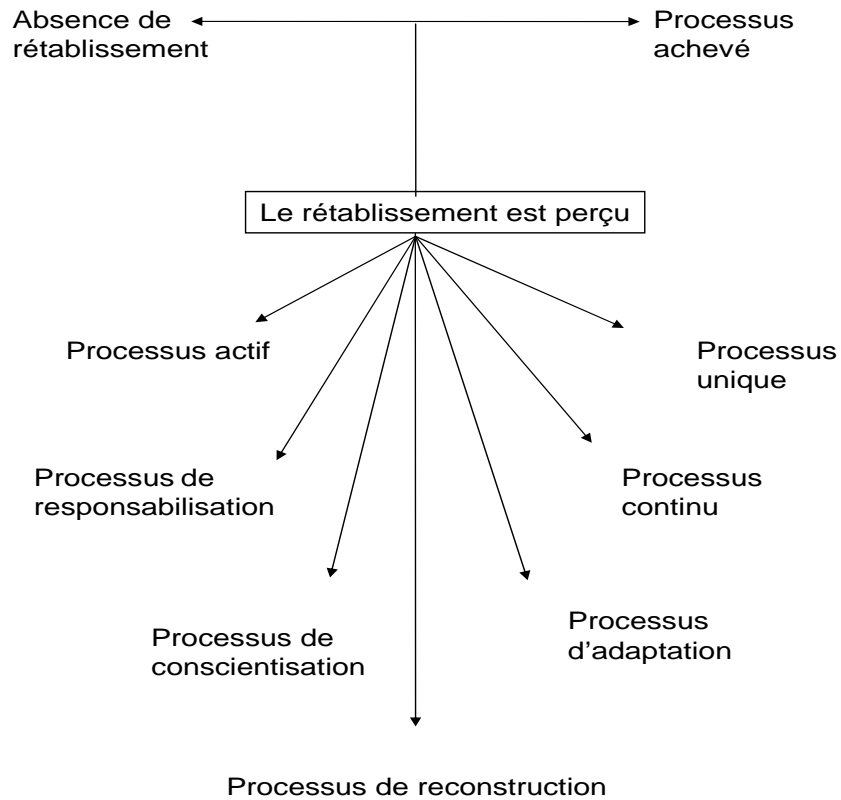


Figure 28. Synthèse des propriétés du processus de rétablissement

5.5.2.2. Dimensions du rétablissement

Dimensions largement partagées chez les participants

Les participants rapportent certaines dimensions plus fréquemment que d'autres. Les dimensions physiques, affectives, spirituelles et sociales sont indiscutablement associées au rétablissement pour une vaste majorité d'entre eux.

Dimension physique

Onze participants reconnaissent l'existence d'une dimension physique à leur rétablissement. Cette dimension se traduit par un désir d'améliorer leur mieux-être et leur condition physique, d'évoluer dans un environnement agréable et d'assumer leur sexualité.

Deux participants soulignent qu'ils adoptent des habitudes de vie plus saines, comme faire de l'exercice, cesser de fumer ou bien s'alimenter. Sylvain s'attarde sur son désir d'être en meilleure santé, de pratiquer la sobriété et de mettre un terme au tabagisme. Il souligne ses efforts récents en ce sens, en insistant sur le plaisir qu'il retire de la cigarette, sur ses manques et son besoin de s'entourer de non-fumeurs pour résister à la tentation de fumer. Sylvain se félicite d'être sobre depuis un an et y voit un point tournant de son rétablissement.

Ça fait 1 an, et j'ai toujours arrêté ça. Et je suis bien... À part de ça, je suis sûr de moi, que j'ai la conscience de me rendre là, je pense bien. [...] J'ai la conscience de ne jamais reprendre la "bédaine", J'avais arrêté. Ben (nom de la responsable du foyer) là, elle ne m'a jamais "pogné" à boire une bière dans la maison. Jamais, jamais, jamais, j'ai arrêté.

Si, au départ, Mary a fait peu de cas de la dimension physique du rétablissement, tout comme deux autres participants, elle croit que la santé n'est pas à sa portée. Elle insiste néanmoins sur la nécessité de prendre soin d'elle-même. Pour ce faire, Mary s'alimente bien, est active et perd du poids. Pour sa part, Lucy a appris récemment qu'elle était à risque de développer un diabète. Depuis, elle fait plus d'exercices physiques avec un ami.

You also watch what you eat. Start doing exercise again. You know before this all started, I wasn't even exercising at all.

I have to change everything. Every morning I am up there with my friend, from the building, and we go for a walk, every morning. No matter how cold it is. We say we are going to do this. And also I started to work out at the gym, with the community developer and a bunch of people. Unfortunately this week I can't go because I have appointments to go to... I usually go there and my friend calls me his buddy you know, his treadmill buddy.

Puisque Marcel présente de nombreux symptômes physiques, il n'est pas surprenant qu'il associe son état physique à son rétablissement, soit l'atténuation de ses malaises. Il est content de remarquer que ceux-ci se manifestent moins fréquemment. Même le miroir (source d'illusions ou d'hallucinations perturbatrices) ne semble plus aussi menaçant : « Là, mon physique, il commence à être en santé là. Brosser les dents, mes cheveux commencent à pousser, mon corps se sent mieux dans ma peau. Je me regarde dans le miroir : bien, c'est ok. »

Marcel a changé ses habitudes alimentaires et essaie de perdre du poids. Toutefois, il dit se sentir un peu démuni. Il cherche à être plus actif physiquement. Marcel fait partie d'une équipe sportive. Il pratique son sport même durant les journées où il lui manque de l'énergie. Toute manifestation physique continue de l'inquiéter car il y voit un signe précurseur d'une rechute. C'est difficile pour Marcel de s'ajuster à cet autre style de vie, de faire un virage « santé » :

Bien moi je mange là, Bien manger, comme il faut, manger bien là. Plus de faire des mauvaises choses que t'es pas supposé de faire parce que tu vas être malade après. Ce n'est pas ton temps encore là. C'est à toi de ne pas toucher, ça sert à rien de faire ça, de rien de toucher à ça. Je touche à ça, je suis malade à chaque fois.

Michel sait qu'un des premiers signes de détérioration de sa santé est l'insomnie. Il doit donc développer des bonnes habitudes de sommeil. Par ailleurs, il reste vigilant et ressent l'urgence de retrouver le sommeil lorsqu'il devient fragile. Les inconforts que ressent Betty sont surtout de nature physique. Par conséquent, elle cherche sans cesse à récupérer sa force, son tonus et son énergie. Pour elle, sa quête de mieux-être se traduit par le désir de ne plus prendre de médicaments sans nécessairement cesser de consulter son médecin : « *Medication affected me but if I stop the medication, I [will] still keep in touch with the doctor... That's recovery. And my strength and my weakness in muscle, they [will] go back in action, you know...* »

Mario accepte lui aussi cette perspective : le rétablissement peut être associé à un mieux-être, mais pas à la santé. Tant qu'il prendra des médicaments, il éprouvera des difficultés à se considérer en santé.

Dans mon cas, si je prends des pilules ça veut dire que je ne suis pas en santé. C'est ça qu'est-ce que ça veut dire pour moi. Sauf que, en prenant ta médication, oui ça améliore ma santé. Ça améliore les attitudes, ça améliore mon saut d'humeur, ça améliore mon sommeil, ça améliore beaucoup de choses. Mais je ne peux pas te dire que je suis en santé 100%. [...] Je ne me sens pas comme ça. Pourquoi, j'ai besoin de mes doses, pour rétablir mon chimique en haut.

Mon équilibre de moi. Si j'ai pas ça, si admettons, je t'avais dit... Je suis en santé à 100 %, mais je prends des pilules pour moi c'est pas bon. [...] Moi, ça ne va pas. Moi en santé, ça veut dire pas de pilules.

Pour Nathalie, avoir et aménager un environnement de vie agréable contribue à son rétablissement. Elle associe cette attitude à un bon fonctionnement, à l'expression de son autonomie : « Probablement, être bien chez moi, décorer comme ça me tente. »

Enfin, un participant indique avec pudeur que la dimension physique de son rétablissement englobe l'activité sexuelle : « *Physical would be sexual. And that plays a great role. And there would probably be exercise too but I don't exercise too much and physical being sometimes I have* ».

Ce participant associe les périodes les plus heureuses à une vie sexuelle active et les périodes les plus difficiles à la rareté des rapports sexuels. Au moment de faire ces confidences, il insiste sur le fait qu'il désire, comme d'autres adultes, vivre du plaisir et de l'intimité. Il s'apprécie quand il se sent désiré. Les moments où ses amantes refusaient d'avoir des relations sexuelles ont été des moments particulièrement difficiles pour lui. Il constate également qu'une vie sexuelle sans dimension affective est toute aussi frustrante et invalidante :

I feel like I have been used by women because... I think I either not important to them sexually or intimately. Like I said... With my girlfriend before the last one: it was intimacy that I needed but she wouldn't give it to me you know ... But the last one gave me intimacy and nothing else, you know. So I am stuck in a world between two...

Ce participant apprécie que l'appartement supervisé où il habite lui permette de vivre sa sexualité, contrairement à la majorité des foyers de groupe : « *Well, in a group*

home there is no sex you know. And that is one thing that my new group home I am allowed, but before there was no sex. »

En fait, la sexualité revêt à la fois une dimension physique et affective. D'autres participants éprouvent des difficultés à distinguer ces deux dimensions. Par exemple, Paolo demeure sensible aux déterminants biologiques de la schizophrénie. Pour lui, ces anomalies ne peuvent être dissociées de leurs effets, sur le corps ou les émotions. Anxieux, il craint également que des émotions trop intenses ne fragilisent davantage sa santé mentale.

I have a fear about the schizophrenia thing that too much emotion. Too much emotion has an effect on the body, you know. It has some effect on the body, like you can get very, very emotional you might have a heart attack... You might have a stroke. I'm mean, it's strong.[...] Extreme stress, extreme disappointment... And I think that has some effect on the body. I think that too much emotion harms the tissues and the tissue, the tissue damage process is schizophrenia. You have to heal it, from both ends. You have to heal it from the psychological point of view. And the physical point of view and you have to heal it.

Dimension affective

Onze participants décrivent la dimension affective de leur rétablissement. Bien qu'une large part des répondants reconnaissent cette dimension, des différences ont été notés en fonction de l'attitude qu'ils adoptent à l'égard de leur maladie. Les individus qui offrent un cadre alternatif pour expliquer leur expérience sont ceux qui insistent davantage sur l'établissement de liens affectifs et leur vie amoureuse. Par exemple, Jim s'appuie beaucoup sur l'espoir que suscite son nouvel amour. Il dit enfin pouvoir faire confiance et tente d'appivoiser ce que c'est que de vivre une relation amoureuse réciproque aussi exaltante.

If I didn't have this girlfriend I have right now, I would... Before I met her I was alone and I'd been rejected and rejected. And I'm working hard and I'm not happy and I'm alone for many years and starting to feel like I was getting close to like sui... even contemplating suicide again. I got lucky. Because now, I got someone in my life, that just... I'm not even used to it. I'm not even used to this, I'm in uncharted waters.

Bien qu'Annette désire elle aussi vivre une relation amoureuse, la dimension affective du rétablissement se reflète chez elle de façon personnelle. Annette exprime spontanément que pour se rétablir, elle doit conquérir ses peurs, comme l'indique cette définition qu'elle donne du rétablissement : « *Having a job, not being afraid anymore and having friends [...]. Not being afraid.* »

Sans nier le fait que bon nombre de participants veulent surmonter les répercussions affectives de la maladie sur leur façon d'approcher les choses, les personnes qui lient leur identité à la maladie ne soulèvent que cet aspect. Par exemple, Michel mentionne sa grande vulnérabilité au stress et sa difficulté à affronter le changement. Il estime que les effets de la nouveauté sont souvent violents, voire traumatisants. Il indique qu'il doit calmer son angoisse.

C'est faire face à des inconnus, les potentiels inconnus, le potentiel étrange, étranger, nouveau, adaptation, défi. Toutes ces choses qui font peur à tout le monde, mais moi ça me fait très peur. Même rencontrer quelqu'un de nouveau là, qu'est-ce qui arrive telle affaire se passe... Ça m'inquiète, ça me, ça me...ça me stresse beaucoup. Les choses qui normalement stressent... Normalement, là. Mais, moi...

Tout comme Michel, Lucy souhaite être en mesure de mieux se détendre et gérer son anxiété. De plus, elle cherche à transformer sa vision d'elle-même : elle veut se percevoir comme une personne apte, stable et bien, plutôt que fragile et malade. Elle désire trouver un espace et une occupation où elle pourra davantage s'épanouir. Enfin, elle souhaite se prendre en main et s'affirmer : « *I have a better understanding of my illness. Compassion for those you aren't doing well. Probably more, you know, being more assertive and relaxed and not as tense all the time* ».

À l'exemple de Lucy, Marcel cherche à s'affirmer davantage : « J'endure. J'endure moins. Je veux dire, je me défends, tu sais. On ne va pas de laisser l'affaire des autres, hein! »

Pour Alex, le rétablissement correspond au fait de se sentir bien, au-delà de la réduction des symptômes.

*Just feeling good makes my day, you know, makes my week. My month.
My year you know.*

Recovery means feeling normal like I am today. Like being able to speak to a person without feeling totally overwhelmed by your own thoughts or whatever and just feeling like a sunny day you know.

Alex insiste sur le fait qu'il lui a fallu équilibrer et normaliser son humeur ainsi que développer des stratégies adaptatives pour atténuer les effets de l'anxiété, de la dépression et de la solitude sur son quotidien. La différence entre ce qu'il vit maintenant par rapport au moment où la maladie se faisait plus envahissante, réside dans sa capacité d'être heureux. Il espère pouvoir se rétablir davantage et goûter au bonheur : « *My feelings of happiness. I never had a sense of happiness for a long time.* »

Marcel accepte lui aussi cette perspective. Il estime qu'il doit reconnaître ses forces ainsi que ses qualités, ce qu'il continue de trouver difficile; et qu'il lui faut prendre conscience de ce qu'il veut. Il reconnaît devoir en quelque sorte transformer sa perception de lui-même, se considérer en dehors de sa maladie. Et tout comme Alex, il souhaite simplement être heureux.

Bien guérir ça veut dire, passer à travers. À travers pis, être heureux. Être fier de soi-même, être bien dans sa peau, pis respecter les uns, les autres, s'aimer, aimer. Je ne voudrais pas faire mal aux autres tu sais.

Michel accepte lui aussi cette perspective : « Le rétablissement, c'est être rétabli. Ça veut dire tu es en processus de devenir plus heureux, moins symptomatique avec des symptômes de la maladie que tu es supposé d'avoir, pis tout ça. »

Un des aspects affectifs du rétablissement est le fait de devoir se prendre en main, de prendre des décisions importantes et de construire une vie plus satisfaisante, comme en témoignent Marcel et Alex :

Il faut t'aider, s'il ne t'aide pas, hein? C'est ça [qui fait qu'on ne s'en sort pas] qui, qui me fait de la peine.

Je n'ai pas le choix, si je m'aide pas personne m'aidera, hein?

I have more of a life for myself.

Making important decisions for me helped along the way.

Pour Alex, le rétablissement doit s'appuyer sur des occasions, pour qu'une redéfinition de soi plus constructive soit possible. Cette critique s'adresse plus particulièrement aux milieux de vie : « *Having the door opened to a world which is more real and structured then just living like a warehoused patient.* »

Michel indique qu'il a dû apprendre à vivre moins intensément son quotidien, il lui a fallu notamment s'adapter à la perte de l'euphorie qu'il connaissait jusqu'alors. Michel doit donc normaliser son humeur, c'est-à-dire non seulement arriver à la stabiliser davantage, mais aussi à la rendre moins intense, à la tempérer. C'est ce qu'il appelle devenir normal.

Dans l'humeur dans le sens ça s'est plus normalisé comme toi, tu es pas toujours heureuse, tu sais. Le gars qui travaille dans la rue, il n'est pas toujours : "Aie, je suis assez content moi aujourd'hui, je viens de me réveiller pis j'ai assez hâte d'aller travailler c'est écœurant, rencontrer mon boss, mes collègues!" Bon, fait que je suis redevenu... C'est ça qui m'expliquait quand j'étais au (troisième hôpital), je leur disais : "C'est drôle, je ne suis plus aussi de bonne humeur que je l'étais." "C'est un bon signe mon Michel. Personne... Moi je ne suis pas..." Là il m'expliquait ça. Pis je me disais : "Ah, bon, je m'en viens normal." Ben oui.

Dans le sens que j'étais plus stable. Pis, j'avais moins de sauts d'humeur. Si tu veux, j'étais moins en dents de scie comme ça. Plus, plus égal. Plus flat, peut-être. On peut quand même dire. Ça été flat, cons... ou stable ou flat, dépendamment. Pis là, ça été flat.

Les participants qui acceptent ou combattent la maladie constatent également qu'ils doivent apprendre à reconnaître et respecter leurs limites. Par exemple, Nathalie mentionne qu'elle doit se battre contre les idées négatives récurrentes pour mieux contrôler son humeur : « Contrôler mes émotions. Quand j'ai des idées noires, les chasser. Pas croire à mes idées négatives. »

Pour Paolo, l'accès aux émotions semble demeurer un piège. Il tente alors de ne pas sentir, de se couper des aspects affectifs de son expérience. Parfois, si les émotions intenses le fragilisent, il avoue que de se décharger le cœur le soulage : « *And like a machine that goes on, a machine that you continue, trying not to feel, you know... [...] I don't know, sometimes asking about emotions makes you more emotional. Sometimes it doesn't. Sometimes it actually helps.* »

Malcolm souligne que les perturbations de ses pensées suscitaient chez lui beaucoup de détresse. Dans ce contexte, il souligne à de nombreuses reprises la nécessité de vaincre ses peurs.

I think that if you don't fight your fears... Like fight, fight it, was make me started... You'll never; you will always be the same. You have to fight your fears. 'Cause if you don't fight it, that's same, the same thing, the same thing that got you in the situation may just, take over you and, conquer you.

You, you have to try to find a way to conquer your fears, 'Cause if you don't, well, I don't know how you're going to feel... I don't know how you are going to live with yourself.

Cependant, les participants qui acceptent ou combattent la maladie se caractérisent plutôt par un changement d'attitude. Ces participants mentionnent leur désir de reconnaître leurs ressources, de faire la paix avec eux-mêmes, de se prendre en main et de s'affirmer. Surtout, ils parlent, plus que tout autre groupe, des stratégies adaptatives qu'ils ont développées.

Quelques-uns de ces participants parlent de la négligence, de la maltraitance ou de l'hostilité dont ils ont soufferts au cours de leur jeunesse dans leur famille. Ils expliquent qu'ils ont dû forger leur amour-propre et consolider leur estime d'eux-mêmes. Mario souligne que c'est maintenant à lui de s'aimer : « Alors là, c'est moi qui faut que j'apprenne comment m'aimer moi-même. »

De même, Mary réalise aujourd'hui qu'elle doit trouver l'amour et l'indulgence qu'elle a longtemps cherchés en elle : « *But the need of the being a mother, you know like... Like, I need a mother but inside of me.* »

Deux participantes insistent sur la nécessité de retrouver leurs ressources et de reconnaître ce qu'elles sont, au-delà de leurs limites. À ce sujet, Mary indique ce qui suit : « *Know your ability I think is important... Know your ability and knowing yourself and your limitations. You know, knowing yourself, your strengths and your limitations. It really helps* ».

Mary souligne qu'elle croit en son potentiel, mais qu'il lui faut se centrer sur le quotidien en avançant un pas à la fois.

What's ahead? I'd take my life one day at a time... I don't know what's happen. But I'm sure there's a good uh... I can make a good future for myself. I can make a good future for myself. And it depends of the day. So, I have to go by day.

Pour Nathalie, il s'agit de reconnaître sa volonté de s'en sortir et de s'accomplir. Surtout, elle veut faire confiance à sa propre voix, quitte à ne pas tenir compte de ce que disent ceux qu'elle aime: « Pas croire ce que le monde peut me dire sur ma santé. Comme mes parents, ils ne croient pas que ce soit nécessaire que je travaille. »

Mario insiste sur le fait qu'il est en mesure d'affirmer son autonomie. Son rétablissement repose sur le fait qu'il se soit pris en main et assume ses décisions. Le rétablissement est d'abord et avant tout un processus de responsabilisation pour Mario. C'est aussi un processus d'individualisation par l'entremise duquel il exerce des choix.

Là, moi je ne peux plus : "Ok, oui, je vais te donner une autre chance, je vais te donner une autre chance tu vas apprendre, tu vas apprendre." Ça ne fonctionne pas de même. C'est toi qu'il faut que tu sortes de la maison. Pis après ça, c'est toi tu vas apprendre par tes propres moyens comment gérer un budget, comment faire ta bouffe, comment faire ci, comment faire ça, sans que tu attendes de l'aide de ta mère, sans attendre de l'aide de ton père.

Mary explique que c'est en se réappropriant le pouvoir sur sa propre vie, en s'affirmant et en veillant sur elle-même qu'elle a pu reconstruire une fierté et une dignité pour lesquelles elle se félicite maintenant. Elle a dû arriver à une forme d'acceptation de son expérience et pardonner de ce qu'elle ne pouvait pas offrir à ses fils, tout en reconnaissant l'impact que sa maladie a eu sur leur vie.

But there is still sometime, you know, when I think I feel cut deep inside, when I was harsh with my kids and insulting them and was not able to take care of them myself. It still hurt a lot. And I try to forgive myself but time can't change it because I am Christian and I should be soft to myself.

Nathalie explique qu'il lui faut assouplir ses attentes envers elle-même et faire preuve son indulgence à son propre égard. Elle insiste sur le fait qu'elle est devenue plus authentique et qu'elle s'affirme davantage : « Je disais oui et je faisais non. »

Parmi les acquis découlant du processus de rétablissement, Malcolm parle notamment de la manière dont a évolué sa capacité de s'affirmer. Poser des questions, donner son opinion et croire en lui-même constituent des défis qu'il choisit de relever. Pour sa part, Mary explique que la colère l'a longtemps habitée, car sa vie a été marquée par des événements difficiles tels l'abus, la maltraitance ou le mépris de sa dignité. Un des points de passage pour Mary a été d'entendre et d'accueillir cette colère sans s'y enfoncer ou y obéir. Elle a dû trouver des voies pour l'exprimer de façon constructive.

You said if you are angry what do you do? Uh, I said, I do action. And it is true. I do action but what kind of action is important. Healthy or, or revenge and uh... Execute someone or help someone you know... [...] And I do action but by express it, I express my anger.

Not to be harsh to yourself, even if you sick. You can be angry but uh... Uh... Talk about it. Don't, don't act on it. Don't act on it; it hurts you [...]. That's what I did before I... I was beating myself by not helping myself. And I'm helping myself now.

Ces participants parlent du travail important qu'ils ont fait sur eux-mêmes. Par exemple, Mario explique fièrement le travail qu'il a fait pour surmonter sa difficulté d'être bien, vrai et constant avec les autres : « J'ai accompli que quand je dis un mot, ma parole elle tient. Et d'être constant. Tu sais, pour moi ça c'est très important aussi. Parce que dans le passé ma parole elle valait rien ».

En améliorant ses capacités Paolo a appris à mieux contrôler sa vie et l'a amené à considérer davantage ses forces. Il discute fort peu de ses faiblesses lorsqu'il parle de

lui-même. Il constate que sa personnalité a changé, qu'elle s'est transformée : « *I think a more passionate, more passionate than I was before.* »

Enfin, Paolo résume ainsi les désirs de plusieurs participants, soit s'affirmer, se prendre en main, reconstruire sa vie et contribuer à la société.

I really had to be really firm with some of the social workers that I talked to because... I'm now doing a job that... Now I am going to be like... I am more a hand to you, you know. I want to be more to hand, you know. I want to be able to make my own decisions. I just need a little help you know, so that I can recover and I can go back to my life. And do something with my life, you know.

En résumé, si la plupart des participants reconnaissent une importante dimension affective au rétablissement, l'attitude qu'ils adoptent à l'égard de la maladie façonne l'expression de celle-ci, comme le montre la Figure 29. Les caractères gras indiquent la prédominance d'une tendance. Les participants qui offrent une explication alternative pour décrire leur expérience tendent à mettre davantage l'accent sur l'établissement de liens affectifs, tandis que les participants qui lient leur identité à la maladie cherchent à surmonter l'effet des symptômes. Quant aux participants qui acceptent et combattent la maladie, ils expriment également leur désir de surmonter et de faire face aux symptômes, mais ils insistent sur leur désir de se prendre en main, de s'accepter, de reconnaître leurs forces, de s'affirmer et de travailler sur eux-mêmes.

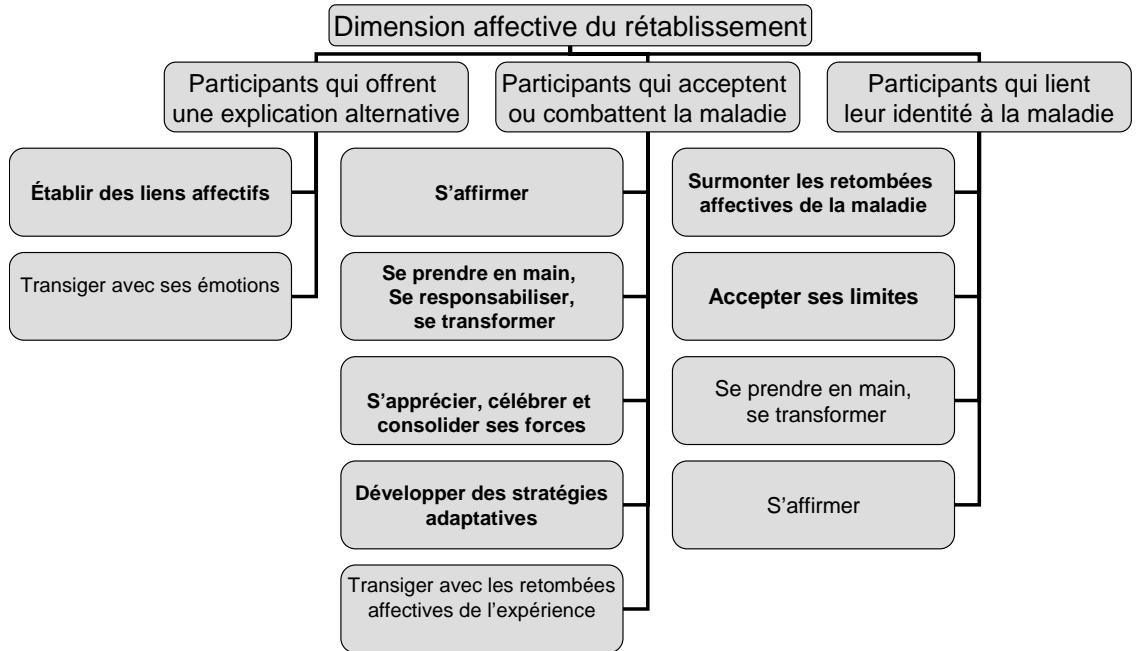


Figure 29. Sommaire des tendances observées quant à l'expression de la dimension affective du rétablissement en fonction de l'attitude à l'égard de la maladie

Dimension sociale

Cette dimension du rétablissement est abordée par treize des quatorze participants. Le rétablissement ne peut s'effectuer seul : la présence des autres et l'interaction avec eux constituent des éléments essentiels. Plusieurs expliquent qu'il leur a fallu s'exprimer et s'affirmer pour être en mesure d'entrer en contact avec l'autre et de se faire entendre. Sans cette prise de parole, il est impossible de se rétablir. Des treize participants mentionnés ci-dessus, certains émettent des opinions plus nuancées. Par exemple, Lucy cherche notamment à développer ses habiletés sociales afin de mieux s'affirmer et de soigner efficacement les relations qui sont difficiles :

I was trying to be more honest with people. I was trying to be more open with people. I used to be a very private person you know. You know, if there

was something wrong in the house then we talk about it. I used to be very moody. I still get moody sometimes but...

Mary souligne qu'il lui a fallu accepter d'être accompagnée alors qu'elle a longtemps vécu dans la solitude : « *I realize I cannot live alone. Because the life... The life I had before, even though I have this problem, I cannot have a worthy life for myself.* »

Paradoxalement, parce qu'elle croit qu'elle ne peut pas vivre seule, Mary quitte son logis et va vivre dans les abris pour personnes itinérantes. Après un séjour à l'hôpital, Mary décide d'habiter une résidence de type familial pour répondre à son besoin de compagnie, un endroit où elle trouve un modèle de mère aimante, qui prend soin d'elle. L'établissement de cette relation a été déterminant pour elle, car sa mère n'a jamais su, à ses yeux, lui offrir amour et sécurité :

Because I went to the shelter because I realize [that] I cannot live alone. While I was at home for two three years, I realize [that] I cannot live by myself. The problem I have... I have to... People should be around of me. Even if they are very sick, and not conscious, and not alright. They were handicap, they were... They were in another world, the people I knew. But the good part, I know someone did this for me, and she was replacing my mother, because she... The way she, she treat me and the way she helped me, it was like a mother. So I have lot [of] love [for] her, the landlady.

Maintenant, la dimension sociale du rétablissement se reflète chez Mary dans son désir d'élargir son réseau social, de s'entourer de gens qu'elle aime et qui l'aiment : « *Support is very important in the life. It can be by family, or group or uh, social worker, something like that. It really help the recovery, support is really good, for me.* »

Quant à Annette, elle appuie cette perspective. Selon elle, se rétablir seul est nettement plus difficile. C'est pourquoi elle aussi a choisi d'aller vivre dans un foyer de groupe : « *Oh, being alone and going through recovery it's harder than, it's harder than being with other people in a group! Being with people in a group home it's easier to recover.* »

Annette traduit la pensée de plusieurs participants qui valorisent l'entraide : partager le quotidien d'autres personnes qui traversent la même crise, contribue au rétablissement.

« *Seeing other people sick in the hospital too. Those are just as quiet and confused as yourself.* »

Pour sa part, Michel apprécie le fait que tous ses amis ont eu des problèmes de santé mentale. De plus, il valide sa valeur personnelle dans le fait que ses amis souhaitent passer du temps avec lui, soit l'inclure dans leur vie :

Ma meilleure période ça été... ben ma meilleure période c'est, c'est depuis que j'ai plein d'amis... Tous mes amis ont des maladies mentales. J'ai pas un ami qui est straight, tu sais, qui est, qui est fonctionnel... Pis même des fois je voudrais... c'est ça ma vie là, j'ai des amis... J'ai plus d'amis que d'habitude... pis ça je pense que parce je suis, je suis plus stable. Pis je suis plus... Ils m'invitent tu sais, dans leur maison. Je les invite des fois. C'est surtout eux autre qui m'invitent.

Sur un autre plan, Michel croit que le rétablissement a un aspect sociétal : il faut vaincre les préjugés. Selon lui, c'est par l'entremise de personnes qui sont crédibles du point de vue social et qui ont fait face à des problèmes de santé mentale que notre société modifiera peut-être son attitude à l'égard des préjugés qu'elle porte. D'autres participants, comme Alex, accordent peu d'importance à l'entraide. Bien qu'il ait puisé son inspiration de personnes qui sont aux prises avec des problèmes similaires en les côtoyant, Alex considère que d'entretenir des relations le fragilise :

It helps if they are going through the same thing ... But when I am feeling bad I don't want to be anybody's friend you know. And if I see somebody that is sick and I am sick, it just wouldn't work out. They're off in their land or I am off in my land. People that are relatively normal I can relate to you know. When I am not sick. When I am sick, I don't relate to anybody.

Plusieurs participants témoignent de leur profond désir de se sentir en lien avec les autres, à rompre l'isolement. Marcel décrit ce fait de la façon suivante : « Je veux pour guérir ma dépression ça prend du monde, avec le monde. Séparé, je ne veux pas.... [...] Bien t'as un compagnon, t'es pas tout seul ».

Si Michel est de cet avis, il indique toutefois qu'il est difficile de rétablir une vie sociale lorsque la maladie demeure envahissante. Or, cette vie sociale est salvatrice :

Ça prend des amis, oui, oui. Moi, si ce n'était pas de mes amis que j'ai rencontré quand... c'est un catch 22... Il faut que tu sois stable pour avoir des amis. Mais dès le moment où tu commences à être stable, si tu arrives, si tu arrives... Ça prend des amis pour être stable pis il faut être stable pour avoir des amis. Si tu arrives à défaire cette catch 22 là. Une fois que tu es stable pis que tu as des amis, tu es correct. C'est ça qui te garde stable, les amis. C'est ben important.

Plusieurs participants expliquent qu'ils nouent des liens avec autrui de manière prudente, en prenant garde de ne jamais blesser l'autre pour d'éviter les conflits. L'acceptation et l'estime des autres sont recherchées à tout prix, comme en témoigne Alex :

I am more contributing my time to being liked. I want to be liked, you know. I feel here I am in a place where I am more liked.

God made me what I am today but I'm not much of a citizen as contributing, contributing my time to being a citizen. I am more contributing my time to being liked. I want to be liked, you know. I feel here I am in a place where I am more liked.

Par ailleurs, Mario sait qu'il doit s'éloigner de certaines personnes avec qui il entretient des relations malsaines et songe à couper les ponts avec son père notamment : « Me rétablir c'est essayer de couper les ponts avec mon père. C'est couper les ponts au moins pendant un, une année complète. Ça lui ferait du bien pis à moi ça va faire amplement du bien. »

Alors que certains réalisent qu'ils doivent mettre une distance entre eux et leur famille, à cause des dynamiques malsaines qui y règnent, d'autres, au contraire, déplorent l'éloignement de leurs proches. Betty, par exemple, aimerait se rapprocher de sa famille, qui est restée en Inde. Cependant, elle ne jouit pas de revenus suffisants pour parrainer leur immigration au Canada : « *(If we were) living together, (I would not) worry, (I would be) worry free, with somebody from back home, you know. Someone to talk to, you know.* »

Quelques participants soulignent que de vivre une vie affective et amoureuse constitue un jalon de leur rétablissement. D'autres apprécient pouvoir maintenir des relations, qui sont maintenant plus réciproques, avec ceux qui les ont soutenus. Par exemple, Nathalie est fière de pouvoir assumer la garde de ses enfants, mais surtout d'avoir

pu développer des rapports avec sa mère qui sont davantage réciproques. Si cette dernière l'a beaucoup aidée, Nathalie est heureuse de pouvoir maintenant lui rendre la pareille : « Je suis plus aidante. J'aide ma mère : passer la balayeuse, faire l'époussetage, faire des commissions pour elle. Ça, c'est important pour moi. »

Mario cherche à développer sa capacité à écouter les autres et à se montrer disponible. Il se félicite d'être plus constant et de tenir parole :

J'ai accompli que quand je dis un mot, ma parole elle tient. Et d'être constant. Tu sais, pour moi ça, c'est très important aussi. Parce que dans le passé ma parole elle valait rien. Pis si y'a quelqu'un en difficulté, pis si je peux les aider, je vais les aider.

Marcel résume bien la question sur la dimension sociale. Il conclut en disant ce qui suit : « Guérir ça veut dire, passer à travers. À travers pis, être heureux. Être fier de soi-même, être bien dans sa peau, pis respecter les uns, les autres, s'aimer, aimer. »

Dimension spirituelle

Paolo est également d'avis que le rétablissement comporte une dimension spirituelle, par l'entremise de laquelle survient une réévaluation des valeurs, des deuils et une quête de sens. Le rétablissement est, selon lui, nettement spirituel : « *When your spirit, when the spirit hurts, your body hurts. Definitely. When the spirit hurts, the body hurts.* »

Onze participants partagent son opinion et insistent sur l'existence d'une dimension spirituelle à leur cheminement. Certains posent toutefois cette affirmation de façon plus hésitante. Par exemple, Mario aborde de façon ambiguë l'aspect spirituel de son rétablissement. S'il la minimise au départ, il constate néanmoins que la spiritualité a été un des points tournants de son rétablissement, et ce, même s'il n'a pas été en mesure de l'expliquer : « C'est à cause que moi j'avais toujours prévu à l'âge de 33 ans ou de m'améliorer ou de partir. [...] Ça c'est, je ne sais pas pourquoi c'était le symbole du Christ... »

Deux autres participants décrivent essentiellement l'expérience de la maladie comme une crise spirituelle. Un troisième constate qu'à ses yeux le traitement

pharmacologique a interrompu un intense cheminement spirituel. Jim soulève une question : de quoi se rétablit-il au juste? De la maladie, de ses effets ou du traitement?

I believe that I was on a spiritual journey prior to being admitted. And when being admit by putting medication into your system, altering your consciousness with these pills type thing and ruining what, what level of spiritual evolvment you were trying to or evolving into prior to being admitted and then all of a sudden, you have this substance that changes your consciousness. And it takes things away from you. [...] I can remember some experiences I went through I... Prior to being (cut), some perceptions that I didn't normally have or whatever and I had an access to awareness on a broader, broader level... [...] It's like the medication has a way of not making it possible.

Une vaste majorité de participants abordent l'importance de leur foi dans leur établissement. Par exemple, Lucy associe étroitement sa définition du rétablissement à un processus spirituel : « *Recovery means being closer to God.* »

Marcel appuie cette perspective, lui qui puise son soutien dans sa foi, ou chez les anges qui l'accompagnent et qui veillent sur lui. Si la maladie a l'allure d'une sanction de Dieu, le rétablissement n'est-il pas une récompense divine? Voici ce qu'il en dit : « Je suis récompensé. Ce n'est pas moi, c'est le bon Dieu qui a commencé moi-même. Ma vie est récompensée, méritée. Pis j'ai mes amies. J'ai faite des choses que je suis content. »

Neuf individus décrivent le processus de rétablissement comme une quête de sens. Loin de trouver un sens, plusieurs, comme Michel, constatent que celui-ci a été dilapidé : « Moi, j'ai pas trouvé de sens à ma vie, par la... via la maladie. Ça m'a donné, ça ne m'a pas donné un sens ».

Michel est un de ceux qui est en quête de sens, qui remet en question l'ensemble de son expérience et qui tente de trouver une signification à son quotidien et à son avenir. Comment redonner un sens à sa vie et laisser sa marque? Et quelle marque au fait? Telles sont les questions auxquelles tente de répondre Michel.

Ce qui me reste à faire c'est être quelqu'un ou être quelqu'un mais dans quel, de quelle manière être quelqu'un. Faire une marque, c'est ça qui me reste à faire. On dirait que là, je suis encore... J'ai commencé à être moins

dans les hôpitaux mais là, il me reste quand même à laisser des traces, je ne sais pas quel genre de traces laisser. Je sais que je n'en laisserai pas avec des enfants, je ne pourrai pas avoir d'enfants. Tu sais, c'est trop de responsabilités, c'est trop difficile. Mais comment je vais laisser ma marque? Est-ce que ça va être un gars qui a réussi à être un de, "one of the guys" ou "one of the people" ou est-ce que ça va être quelqu'un qui a essayé vraiment de cultiver son côté maniaque dans une forme ou une autre? Faire quelque chose d'un petit peu spécial, tu sais. Ou peut-être est-ce qu'on peut faire les deux? Je ne le sais pas. C'est ça mon dilemme, je le sais pas.

Michel s'interroge sur ce que veut dire « être fonctionnel ». Bien qu'il puisse accomplir les tâches qui lui sont assignées, autant au travail que chez lui, Michel croit qu'il pourrait faire preuve d'une plus grande autonomie. Mais comment y arriver? Qu'est-ce qui est souhaitable? Doit-il laisser aller les soutiens dont il jouit pour prendre plus de risques? Michel prend aussi conscience que ce qui est souhaitable aujourd'hui risque de changer demain : « Est-ce que tu veux être ça ou tu aimerais mieux être inaperçu, mais fonctionner pis pas être frustré, pis passer dans la société comme du monde sans avoir de frisson? C'est un peu mon dilemme. »

Pour sa part, Betty cherche à donner un sens à cette expérience qui n'en a plus :

Because one day I get up in the hospital and I have schizophrenia...how come? What did I do? All I know, I'm stressed, I'm working hard in the school and in the home life, and cooking. I'm over doped on medication; I cannot believe [what is happening] because I worked very hard in my country too. I work hard. It's the way life should be: work hard...

Quant à Jim, il met en doute l'avenir de l'humanité, soit le devenir de notre planète. Son regard demeure parfois sombre et désespéré :

[I'm] dealing with the world with negativity, because of what I don't hide from. The world to me is slowly dying. And there's nasty things going on. I won't get into it into great detail, but that's basically what I see... Helplessness, that there's nothing much. They say that it makes one person to make this world right. They say that but I don't see it.

D'autres s'intéressent surtout aux symptômes qu'ils éprouvent. Ils cherchent à les comprendre. C'est le cas de Marcel, car il entend toujours des voix ou est assailli par des visions troublantes. Il se questionne sur celles-ci : pourquoi cela lui arrive-t-il?

J'en vois. Moi, oui. Ne me demande pas laquelle, j'en vois partout.
 (Rires) Pourquoi, c'est ça que je me demande pourquoi on voit, qu'il se passe des affaires de même? J'en ai, j'en vois pis Ahhh! Le bon Dieu ne nous a pas faite de même, j'espère! [...] Le bon Dieu rit de nous autres.

Deux participants soulignent qu'ils se sont convertis à une autre confession croyance au fil de leur parcours. En effet, Annette explique qu'après avoir fréquenté une église dont les pratiques lui paraissent maintenant sectaires, elle a traversé une profonde crise spirituelle, qui coïncide avec la période où elle a connu un premier épisode psychotique :

But it was a time where I wanted to recover also. And I was looking for a way to recover from being with that church. So I talked to a Catholic priest about it and he set my road straighter. It went up a bit. (The priest) told me I had to choose what God I wanted to serve. I said I wanted to be Catholic again.

I needed a priest to be around, and there was a priest around at the (name of the hospital). (It) confirmed to me that God forgave me for leaving being Catholic to another religion and he accepted me back.

I mean having the priest talk to me made a great deal in my recovery, mentally.

Annette essaie de se remettre sur pied, de se retrouver, après avoir vécu une période d'endoctrinement. Elle fait appel aux anges pour se rassérer :

And that's when I started thinking about angels and stuff and it calmed me down. And that's where I, that's where I started to recover. When I was thinking of angels.

Mary parle du cheminement spirituel qu'elle a suivi et par lequel elle a fortifié sa foi. Elle s'est dévouée à un être suprême et s'est progressivement convertie au christianisme. Au cours de sa maladie, Mary a remis sa destinée entre les mains de Dieu, et sa foi a été une source intarissable de soutien. *“But for me, recovery is to help yourself. If you help yourself with the, with your ability you have, and God. God willing, and God power can help you, you can recover. You can recover. »*

Par contre, l'exaltation de cette foi l'a guidée vers des chemins tourmentés. Par exemple, elle quitte son appartement pour séjourner dans des abris et vivre dans la rue, convaincue que Dieu lui dicte qu'elle ne peut pas vivre seule et qu'elle doit s'entourer de gens :

All my sickness come to the surface and the God help me for the thing which I cannot able to help myself. And after, I found the peace, and I feel insecure at my home, and after little bit, God help me: I [didn't] feel secure at home, so I went to a different place.

Deux participants expliquent avoir perdu la foi et ont profondément remis en cause leurs valeurs spirituelles. Par exemple, Michel explique que la psychose lui a fait vivre d'intenses expériences spirituelles. À son avis, la spiritualité est une question qui est difficile à aborder. En raison des événements difficiles qu'il a vécus sur le plan de la spiritualité, Michel remet en question ses valeurs et ses convictions religieuses :

S'ils étaient dans la religion avant, la plupart la lâchent parce que ça veut plus rien dire, une fois qu'ils ont pass... ils ont vécu des choses. Ce que je veux dire aussi c'est que dans les psychoses, il y a des choses très spirituelles, TRÈS spirituelles.

La spiritualité est un sujet sensible, que Michel aborde avec prudence. Il ne se sent pas prêt à recommencer à pratiquer des rites tel qu'aller à la messe et cherche à changer sa façon de vivre sa foi sans pour autant tout laisser tomber. Surtout, Michel rappelle que la dimension spirituelle des expériences psychotiques n'est pas toujours bien accueillie par les autres et qu'il a appris se faire discret en ce sens :

Un jour, je vais peut-être continuer à aller à la messe, mais juste comme un autre genre, à un autre degré, tu sais, changer de registre encore. Parce que j'ai vécu des choses incroyables, en psychose là, des affaires incroyables, des affaires... Comme si c'était des miracles. Tu en parles pas parce que sinon ils augmentent ta dose ou... t'essaye... Tu le gardes pour toi, t'en parles aux gens qui ont vécu la même chose que toi, tu en parles de temps en temps, pis tu essayes de comprendre un peu.

Bien que Paolo ait été un fervent chrétien, son expérience de la maladie a ébranlé sa foi, l'amenant même à douter de l'existence de Dieu ou de sa bienveillance. La rupture spirituelle qui en est découlée a été marquée par la colère et la révolte :

There is a very big spiritual side. To tell you the truth, I was always a little bit religious. I was a religious man, you know. I used to pray, you know. I used to go to Church and that kind of stuff. And you know, when I got kicked out, it was like I didn't pray for six months. [...] It was a spiritual rupture. And sometimes, even today I sometimes pray but sometimes I don't pray because I think like it is a waste of time.

[I felt] very, very angry. And I was alone and I started thinking this is not fair but it is happening to me and I got angry, you know. And it is like you start fighting with yourself. At a certain point you start fighting with God. You feel... And then you just stop, you know. You just stop. Like when I got, when I was at (nom de la resources), it is like I became... I was smiling and I was friendly and everything, you know. Actually I was having a good time for me. No, I was cooking but, but deep down inside I was suffering, you know. I felt abandoned, you know. I felt abandoned by God, really felt abandoned by God at the time. That's the way you feel, you know. And like a machine that goes on, a machine that you continue, trying not to feel, you know...

Malgré son apparente douceur, Mary est parfois transportée par une sombre fureur. Tout comme Paolo, la colère a longtemps fait partie de sa vie :

Sometime I wish I would go to the Montreal park and shout to the God to what a crucial and mean thing happened to me... You know sometime I like to go to the Montreal because in the tree, like in the jungle. There is nobody, that much. Because people in the jungle behind the old tree. I did that before, and it helped me. So sometime I like to do that, but I said no. I give it to the hand of God, because sometime if you shout at God, if you shout to the God, God bless you because he doesn't help you. So me now, I have a help and I don't need to do that and...Sometime, it's a too strong and I'm too much angry...

Deux participants ne parlent pas d'une quête de sens, mais plutôt d'un événement qui constitue un point tournant de leur vie. Par exemple, Mario, qui vivait reclus dans une maison de chambre tout en abusant de l'alcool très régulièrement, a été confronté à la mort. De fait, au moment où Mario avait des idées suicidaires, son voisin de chambre est mort d'une surdose, et ce, dans l'indifférence générale. Il prend alors conscience qu'à force de se

retirer du monde et de fuir sa douleur dans l'alcool, il pourrait vivre le même sort. Malgré l'incertitude de la quête à venir, il décide de se prendre en main pour se rétablir.

Si, au départ, Michel se défend d'associer le rétablissement à une quête de sens, il finit par déclarer qu'il a développé une spiritualité parallèle pour laquelle il n'a plus besoin de paraboles :

Pis y'a comme une, ce n'est pas une espèce de spiritualité parallèle qui s'est développée mais, la maladie comme telle, c'est tout un chemin de croix. Pis t'a pas besoin d'un autre... Le gars y'a souffert sur la croix, tu ne veux pas faire de blasphème mais tu te dis : "Ben moi aussi je suis allé sur la croix, j'ai souffert pis j'en fais pas une religion, tu sais." Fait que, on a notre propre chemin de croix, pis notre douleur qu'on a vécu ça fait partie de notre cheminement, pis notre salut, ben on le trouve comme on peut de façon quotidienne.

Si, initialement, Lucy soutient que le rétablissement est une quête de sens, elle corrige rapidement cette affirmation. Pour elle, il s'agit davantage d'une quête de connaissances et de compétences : « *For some people it is, [but] for me, it's a quest of knowledge. Like, you know, who I am, how I deal with people for example. How to deal with people who are hard to deal with.* »

D'autres pratiques spirituelles, comme la méditation, appuient certains participants dans leur cheminement. Bien que le centre de méditation que fréquente Mary prône des valeurs qui diffèrent des siennes, cette dernière trouve dans la méditation une grande paix : « *But it's a really blessing and it's like a therapist is for me.* »

Quelques participants alimentent leur réflexion sur le rétablissement en se fondant sur les principes et la philosophie spirituelle du mouvement des Alcooliques Anonymes. Plusieurs participants abordent également le thème de l'espoir. Ceux-ci décrivent des périodes de désespoir et soulignent ce sur quoi ils ont pu s'appuyer pour reprendre espoir. Les participants nourrissent cet espoir en améliorant leurs conditions de vie ainsi qu'en tentant de réaliser leurs rêves personnels ou professionnels. De façon secondaire, les participants s'appuient sur leur réseau de soutien et font appel à leurs ressources personnelles. Cependant, presque tous affirment s'appuyer surtout sur leur foi pour trouver

un peu de paix. Par exemple, Alex a réévalué la perception qu'il a de lui-même et de son univers. Il se rend compte que sa place dans le monde n'est pas aussi importante qu'il le croyait et a donc réussi à éprouver un apaisement : « *I used to think I was very important and then I used to think that I was not very important and now I think I am just traveling the world that's beneath me.* »

Alex et Nathalie tentent d'expliquer le rôle de leur foi dans le rétablissement :

Peaceful, peaceful with others. [...] With myself and externally. Peacefulness means that if they are saying something I am not thinking: "They saying because of me. They are saying this because I thought this or they are saying what I thought" or whatever. But I believe that the Holy Ghost is there speaking to me. Trying to give me inner peace, you know.

Parce que je peux confier ma vie à Dieu. Dieu peut m'inspirer... C'est quelque chose qu'on ressent c'est difficile à décrire.

Annette conclut bien ce sujet, elle qui souhaite que d'autres trouvent une réponse spirituelle à leurs souffrances :

Seeing other people sick in the hospital too, that are just as quiet and confused as yourself and who need God too. I'm not the only one who needs God.

I pray for people that, you know, that church that God will bring people to their lives to make them heal. Heal from that. Spiritual healing and physical, well not physical healing because there's nothing physical but... A lot of people need to be helped there.

5.5.2.3. Dimensions moins largement partagées par les participants

Il y a certaines dimensions du rétablissement qui sont moins souvent rapportées par les répondants. Cependant, celles-ci ont une importance cruciale pour ceux qui en font mention. Des participants parlent des dimensions cognitive, économique et politique, lesquelles constituent un aspect important de leur expérience de la maladie.

Dimension cognitive

Si la maladie est causée par des lésions des tissus cérébraux, le rétablissement a donc, aux yeux de cinq participants, une dimension cognitive. Ces participants souscrivent tous en totalité ou en partie à l'idée que la maladie s'explique par des causes biologiques. Voici ce que disent Paolo et Malcolm sur le sujet :

I think that my mind is physically going better. It's going 1000% better than before.

I was trying to find ways of getting my mind back in action.

Cette dimension se traduit surtout par l'impression de penser plus clairement ou d'accorder plus d'attention aux pensées qui sont « saines ». Il faut ignorer les voix et apprendre de ses erreurs. Alors que certains constatent des améliorations en ce sens, Mary nourrit des espoirs mitigés sur l'évolution de ses capacités à saisir et à interpréter adéquatement l'information :

So it is part of my brain I don't improve. I'm always stable. [...] Because I believe my head is already... I'm at the forty and if I want challenge and get better and better in the regular market, I had to do it when I was a child. Not now, is late. That's how I think always. I think it's late because my brain developed enough. So, I don't think I improve.

Néanmoins, Mary admet, un plus tard dans l'entretien, que les troubles de la pensée ne sont plus aussi envahissants qu'auparavant et qu'elle a récupéré une partie de ses facultés cognitives. Michel aussi demeure fort préoccupé par le déclin des fonctions cognitives que certains associent aux troubles mentaux graves. Il confie que tout cela le fait encore pleurer :

Ben moi, ce qui me fatigue, c'est l'espèce, l'espèce de déficit cognitif qu'on évoque toujours... Qu'on a évoqué avec l'ergothérapeute qui n'arrêtait pas de me répéter ça. Pis que je voulais croire, mais que je voulais pas croire. C'est « tuff » à admettre, tu sais qu'on a un déficit cognitif, tu sais, qu'on est rendu con. Quand d'autres nous disent : "La maladie mentale affecte pas ton intelligence, ça affecte tes émotions, ta façon de percevoir le monde tout ça, mais ça affecte pas ton intelligence."

Par conséquent, Michel se donne parfois le défi de mettre au rancart les stratégies adaptatives qu'il a développées pour compenser ces déficits :

L'autre fois je me dis : "Essaye donc au lieu d'être plus normal, de normaliser plus, je ne sais pas moi de pratiquer ta mémoire, d'essayer de te rappeler de 5 choses au lieu de toujours les marquer." Même cinq choses, j'ai de la misère à me rappeler, tu sais, pour aller à l'épicerie, travailler sur le concret.

Surmonter les troubles de concentration ou conjuguer plusieurs tâches à la fois présentent toujours un défi pour Paolo : *"I have more difficulty concentrating especially if there is noise now around, than I used to have. And [when] I'm multi-tasking. »*

C'est sur cette dimension qu'insiste Malcolm : remettre son cerveau en action. Le retour aux études et la lecture constituent à ses yeux des moyens qu'il privilégie pour se rétablir sur le plan cognitif :

So, I keep on fighting, keep on fighting uh... I start reading more and I, I start to make a schedule in my mind how should I read every... or how many scriptures I was reading, how many books I was... How many other book, books should I read. So I got reading, reading. And I said, well, this works and I [would] like to go back to school. So, I went back to school in 2002 and uh... In 2002, I took a computer course in continued education.

Dimension économique

Plusieurs participants nient ouvertement qu'il y ait un aspect économique à leur rétablissement. Certains d'entre eux le font cependant en dénonçant le contexte de pauvreté dans lequel ils vivent. Pour ces participants, les ressources financières ont peu d'incidence sur le rétablissement : il s'agit d'abord d'une réappropriation de sa dignité, au-delà des moyens dont ils disposent. D'autres démentiront cette prémisse parce qu'ils se sont sentis plus envahis par la maladie lorsqu'ils étaient plus fortunés. Enfin, un dernier sous-groupe doute de l'existence d'une dimension économique, car ils disposent de ressources financières suffisantes.

Toutefois, quatre participants estiment que leur rétablissement repose en partie sur la dimension économique. Jim, qui ne jouit pas d'un logement stable, ne peut pas penser à

son rétablissement sans avoir recours aux ressources financières et aux biens qui assurent la survie et une relative qualité de vie :

Because right now, I'm working on building a life and making, having a job to generate income. And the more income I can generate the better for me at this point. Because I know that money is not everything, but it's part of the reality of life.

Deux participants associent leur rétablissement au désir d'autosuffisance économique et à la réalisation de leur projet d'entrepreneuriat. Enfin, un dernier participant affirme qu'il y a une dimension économique à son rétablissement, puisqu'il arrive maintenant à mieux gérer ses revenus : « Bien, l'argent ça je m'en vais avec. Parce qu'avant j'avais de l'argent, je ne savais pas ce que je faisais avant. Là, je sais où je m'en vas. »

Dimension politique

Quatre participants rapportent que le rétablissement comporte également un aspect politique, dans lequel l'individu tente de s'approprier de nouveau son rôle de citoyen. En fait, Alex et Paolo insistent sur la nécessité de pouvoir exercer un contrôle sur sa vie et de prendre des décisions importantes :

Making important decisions for me helped along the way.

Keeping your independence. You know, keeping your independence, you know. Being able to make your choices, you know.

Si, au départ, Mario ne croit pas spontanément qu'il y ait une dimension politique au rétablissement, il finit par admettre qu'il lui a fallu trouver sa voix et se faire entendre. Se rétablir, c'est aussi pouvoir s'affirmer et revendiquer le respect de ses droits. Ayant connu une vie où la prise de pouvoir était limitée, Mary soutient que la liberté d'expression et la capacité d'exercer des choix font partie intégrante de son rétablissement :

With the freedom in Canada I have, I was able to help myself. Because the good thing about Montreal and part of other part of Canada, to the good part you can, you can, you have the freedom. You can choose your life, you

can choose. [...] The result is coming, you like it or you don't like it or whatever, there is a democracy.

L'expérience pénible qu'a vécue Paolo lui a permis de constater que le filet de sécurité sociale demeure fragile. Cette observation le fait réfléchir sur la dimension politique du rétablissement. Certes, il faut faire entendre sa voix, assumer ses choix et défendre ses droits, mais il faut peut-être aussi participer à l'amélioration des politiques sociales en s'engageant politiquement. Paolo reconnaît son idéalisme quant à son désir d'établir une équité dans les politiques sociales, mais il veut néanmoins être pragmatique, reconnaissant le fardeau fiscal des contribuables :

Well, I don't like talking about politics but I wish we, in my country, we have like a middle ground, where you could have like... Where everyone could have the opportunity to do something with their lives, you know: access to education, access to healthcare, you know. You know a balance between these things you know. But it cannot be that the system gives you everything. Because if the system gives you everything, that doesn't provide an incentive to the people to work, you know and to go ahead in life.

La Figure 30 illustre les différentes dimensions du rétablissement dont a fait l'objet cette section. Les dimensions qui sont plus largement partagées par les participants apparaissent en caractères gras.

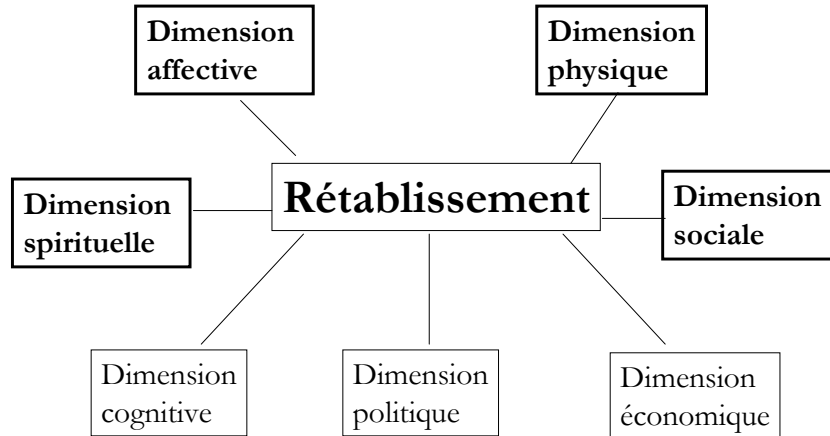


Figure 30. Les différentes dimensions du rétablissement

5.5.3. Éléments associés au processus

5.5.3.1. Deuils associés au rétablissement

Onze participants associent le processus de rétablissement à des deuils. Quatre participants soulignent le deuil qu'ils ont dû faire de leurs buts personnels et professionnels. Paolo explique comment il a vécu difficilement le deuil de ses aspirations tout en continuant d'espérer que les rechutes psychotiques cesseront un jour :

It's as if you are unable to achieve the things you dream of achieving or at least getting close to it. It is very terrible, you know. I think that is one of the hardest aspects about when I was very afraid from schizophrenia. I was under very powerful schizophrenia. Now I'm not... I am 1000% better than what I was before. I felt like, like I was going to be that way for the rest of my life, I wasn't going to be able to achieve what I wanted to do, you know.

Pour sa part, Alex a dû abandonner l'idée d'occuper un jour une profession libérale et de ne plus poursuivre ses études. Lucy ajoute ces propos en ce sens :

But I guess I just got to the point where... Sometimes you just have to realize when it is enough. When you get to that point where, you know I have to move on and... I can't say that it has been an easy road.

Jim indique avoir perdu une forme de statut, au moment où il jouissait d'une certaine popularité parmi d'autres jeunes. Il a dû faire le deuil d'une carrière militaire qu'il n'embrassera jamais. Même s'il a reçu des conseils de son entourage lui souhaitant de passer à autre chose, Jim demeure affligé. De plus, les hospitalisations ont engendré des ruptures et compromis les projets de Jim, annihilant ainsi les efforts qu'il avait fournis jusqu'alors : « *Every time I go into the hospital, it's like hold down and wipe out. You lose everything you do it. I'm tired of being admitted there...* »

Des regrets et de l'impuissance accompagnent Jim dans son processus de rétablissement :

I lost the opportunity to finish my high school too. I never know. I look back a couple of times and I imagine what if, what if. What if this, what if that? But what can you do, you can't...

Paolo aussi passe par ce difficile passage où il doit apprivoiser les regrets entre ce qu'il vit et ce qu'il aurait pu être :

I would rather like to have a much better situation, that feeling of pride about myself, confronting the problems and all that. I would rather have a... I wish I was more, somewhat more successful in the things that I want to do, you know. I would rather have my own business than being here for example. [...] It makes you feel down sometimes. Because you feel you are not achieving the things that you want to do.

I would have a much better position than the one I have now. I would probably be an engineer working in management in a company you know, not in the situation I am in right now, you know. [...] But you just have to keep going, you know. But yes, you keep going but you are a little bit heartbroken, you know. [There is] a lot of grieving. You feel set back you know. You feel set back.

La maladie a non seulement compromis les efforts qu'il a fournis dans ses études, mais a aussi été la cause de l'expulsion de son logement. Paolo n'oublie pas qu'il a presque été jeté à la rue : une situation qu'il n'a pas méritée :

So basically I was an inch away from ending up on the streets because of that, after a life of effort, like going to school, you know. Trying to get good grades, after a life of effort, they do that!

D'autres mentionnent des deuils plus intimes, plus personnels. Par exemple, Mary s'attriste de ce qu'elle n'a pas reçu de ses parents et regrette surtout de ne pas toujours avoir été la mère qu'elle aurait voulu être. Mario pleure sa jeunesse perdue. Il regrette les conflits qu'il a eus avec ses parents et sa vie chaotique d'autrefois, puisqu'il ne peut plus rattraper le temps perdu. « *Si je regarde mon passé, j'ai perdu 15 ans de ma vie. J'ai perdu ma jeunesse moi, je l'ai jamais eue.* »

Enfin, certains disent vivre surtout des deuils identitaires. Par exemple, Sylvain cherche à se réconcilier avec ce qu'il était autrefois, à savoir comment il se perçoit aujourd'hui et à déterminer ce qu'il aurait pu devenir : « *J'étais un meilleur gars que ça dans ce temps-là. J'étais mieux, j'étais capable de mieux. Je n'étais pas comme la personne que je pouvais être.* »

Betty raconte comment la maladie a nui à sa vie, a compromis ses projets, a provoqué la rupture de son couple et a affecté ses conditions de vie. Or, Betty avait immigré au pays pour suivre son mari :

At my husband, it is home. If something happen, he's the only person. He brought me here, even though I meet someone once a month, that the person I know to come into Canada... [...] I (used to) go and get everything easily by the car. Nowadays, I live by myself; I have to go get it by the feet, carrying everything. If we die, there's sadness. You know, you lost a best friend, and a good companion, a support person, you know.

Betty déplore de ne pas avoir reçu les services qui lui auraient peut-être permis de préserver son mariage. Elle ne s'est pas sentie écoutée, mais plutôt bousculée et repoussée. Ce qui lui a apparu central, c'est-à-dire son désir d'amenuiser les tensions conjugales, a

reçu fort peu d'attention à ses yeux. Elle nourrit toujours, bien des années plus tard, beaucoup de ressentiment à cet égard :

I should have had counselling instead of the shove me off somewhere and close the door, you know. I believe it would be improved. I wouldn't be on the welfare and living here.

It's a just a domestic problem. Instead of the giving the counselling like often, they (we) need talk about it you know. They don't do that. They give you medication and stop you. And they separate and that's it. You know. That was putting people down and here (in the), group home, (you) find nobody to care where you are. You know. You're just in the house, and they close the door and that's it.

Paolo s'attriste profondément lui aussi d'avoir perdu l'appui des siens. Au moment où il comptait plus que tout sur eux, il se heurte à leur critique et à leur incompréhension. La déception et la douleur sont si grandes qu'il a coupé les ponts avec sa famille :

They start to criticize you, you know. And it hurts a great deal. It is like you lose the respect of them, you know. It hurts a great deal. To the point where [...] I had very little contact with my family. I still feel resentment towards, towards that. Because I had been an ambitious kid, you know, that worked hard in school all his life, trying to be, basically trying to be the best. Like very ambitious, very goal-oriented. A person like that doesn't change. A person like that isn't going to become a lazy bum.

Non seulement la famille de Paolo, qui se trouve à l'étranger, le rejette, mais Dieu semble aussi l'abandonner :

I felt abandoned, you know. I felt abandoned by God, really felt abandoned by God at the time. Yes, that's the way you feel, you know. And like a machine that goes on, a machine that you continue, trying not to feel, you know...

D'autres, comme Michel, soulignent que le deuil le plus difficile à faire demeure celui d'accepter leur propres limites, c'est-à-dire accepter sereinement qui ils sont, ce qu'ils peuvent faire et les choses qui leurs sont inaccessibles :

Bien le rétablissement d'abord c'est de se pardonner soi-même toutes les petites affaires qu'on aurait pu faire, pis de se dire que ça faisait partie de la

maladie. De pas trop sans faire, de pas, de pas se traiter de "looser" ou de ci ou de ça. Pis en même temps, dans le sens opposé, c'est de se dire, je peux encore faire pleins d'affaires. Il y a plein d'affaires que je peux faire qui sont le fun, qui sont utiles.

Ben, à contrecœur dans le sens que j'aimerais ça que ça soit autrement que je n'aille pas de limites, tu sais. C'est sûr. Que je puisse faire pleins d'affaires pis, pis me brûler les ailes au soleil pis ça repousse. Ben ça repousse... Ça prend du temps à repousser pis c'est pénible.

La colère fait partie intégrante de tout deuil. Voici comment Paolo explique comment la colère a été dévastatrice pour lui : « *I felt angry. Very, very angry. And I was alone and I started thinking this is not fair but it is happening to me and I got angry, you know. And it is like you start fighting with yourself.* »

5.5.3.2. Apprentissages découlant du processus de rétablissement

Seulement six participants retirent de leur expérience des apprentissages. Ceux-ci résultent des stratégies adaptatives qu'ont développées certains participants et du processus d'acceptation de la maladie dans lequel ils se sont engagés. En effet, deux participants mentionnent avoir appris à mieux remplir leurs responsabilités. Mario insiste sur le fait qu'il est devenu plus mature et qu'il a appris à tenir sa parole ainsi qu'à accepter les conséquences de ses actions. Mario souligne qu'il peut assumer ses responsabilités, quitte à en payer le prix s'il est dans le pétrin, sans projeter le blâme sur autrui.

Certains participants soulignent que leurs apprentissages concernent davantage leurs habiletés sociales. Par exemple, Jim souhaite développer sa capacité à revendiquer un traitement juste. Il explique aussi avoir compris que nul ne peut mieux influencer le mieux-être que l'individu concerné : « *Nobody will do anything for you except yourself and... That's the root, that's it.* »

Mario a appris à demander de l'aide quand il en a besoin. Auparavant, il tentait de surmonter seul ses difficultés et était dépassé par les événements. Il a aussi appris à dire ce qu'il ressent sur-le-champ plutôt que d'encaisser les coups et de réprimer ses sentiments, au risque d'exploser de colère. Il s'efforce d'écouter les autres et de chercher avec eux un

terrain d'entente. Annette comprend qu'elle doit se tenir à distance des personnes qui la troublent et éviter de porter sur ses épaules les problèmes d'autrui. Elle se sait sensible à la violence et cherche à tout prix à ne pas revivre les traumatismes qu'elle a subis dans le passé :

Just don't think other peoples' problems are your problems. Don't carry the world on your shoulders, just in your head. If you can't keep other people's problems in your head, because it's not right it will... [...] If someone is arguing upstairs and you're downstairs and you hear things, you shouldn't take it to heart, thinking someone's going to, you know be abusive with me, you know, like... Like I was abused with my first husband stuff like that.

Trois autres participants soulignent que pour eux l'acceptation de leur condition fait partie d'un long apprentissage. Lucy explique avoir pris conscience de ce qu'elle peut faire et de ses limites. Elle a notamment acquis une meilleure compréhension de sa maladie :

I think I have learned... What things I can do and what things I can't do. Well just to know my limitations.

I have a better understanding of my illness.

Pour sa part, Sylvain souligne que l'acceptation continue d'être difficile. Il tente surtout de respecter son rythme et d'accepter le fait que les changements tant espérés surviennent doucement, même s'ils sont parfois trop lents à son goût. Michel dit qu'il est en mesure de se donner des repères et de déceler les signes précurseurs de rechute. Il cherche à se lancer dans de nouveaux défis ou projets sans toutefois se buter contre un mur.

En guise de conclusion, Lucy indique que les praticiens et les chercheurs devraient retenir la leçon suivante : il ne faut jamais laisser tomber ou abandonner les personnes qu'ils accompagnent. Voici ce qu'elle dit à ce sujet : « *The one thing that I would say is that [you must] keep trying. You know when you are with your students or, you know, a client. Like perseverance is the real main thing.* »

5.5.4. Impact des activités apparentées au travail sur le rétablissement

5.5.4.1. Le sens du travail

Le travail revêt deux fonctions principales aux yeux des participants : pour la plupart des participants, le travail constitue d'abord une occupation alors que d'autres le perçoivent également comme un rôle social valorisé.

Le travail comme occupation

Le travail comme occupation répond à plusieurs fonctions : 1) combattre les symptômes; 2) soutenir la mobilisation; 3) organiser et structurer son temps; 4) apprivoiser les difficultés; 5) susciter des apprentissages; 6) se reconstruire et reconstruire sa vie.

Lutter contre les symptômes

Le travail comme occupation peut permettre de lutter contre les symptômes. Par exemple, le travail permet à Betty de rediriger son attention et par conséquent, de se détendre.

It's relaxing. It's also pleasant and keeps my mind busy.

I'm very busy. I keep me busy. Don't let me to be thinking about that or sad [things]. I'm very busy. Its keeps me active.

Marcel voit dans son emploi une planche de salut. S'il n'avait pas eu cet emploi, sa situation se serait détériorée, il serait davantage souffrant :

J'aime beaucoup ma job, beaucoup, beaucoup. [...] Si je n'avais pas été travaillé là plus tard, je pense que je serais pas devenu... Comment dire ça? Malade. Je pense que je ne serais jamais devenu bien. Fini, fini. J'appelle ça de même, moi. Parce que là-bas, quand je travaille là-bas, ça m'aide beaucoup, beaucoup, beaucoup.

Mais je travaille pis ça aide un peu là, mais... La maladie, le bobo est là mais ça aide le bobo, là bas. [...] Depuis que je suis là-bas (au travail) là... Si je n'avais pas été là-bas, je pense, je ne sais pas où je serais.

Ce qui compte pour Alex demeure le fait de s'occuper, de centrer son attention sur une activité productive plutôt que sur ses préoccupations. Son emploi lui apporte une certaine paix d'esprit :

It's very important that I have something to do everyday. Or else, I would just go crazy in my room and worry about everything. Worrying about every single little thing, you know. But it gives me a break and makes me think about nothing, you know. Except the job.

Pour sa part, Mary tente de vaincre les troubles de la pensée par son travail, même si elle demeure ralentie par ces derniers :

The thing I had in the (sheltered workshop) is the improvement of my thought. [...] As I told you from the discipline of those kind of that... So it helps me for that. But it doesn't affect to work faster or I don't see if I work faster.

Malcolm s'est contraint d'abord par des occupations, puis par un travail, à lutter contre les pensées dérangeantes qui l'assaillaient et sa difficulté à se concentrer :

That was helping me out and it was ... With pushing my mind to fight again... So, this was making my... my... I was fighting against my own self, my own mind. That was going against (pounding on the table) Keep going against it... So I had something to fight with [my thoughts] when I was working because I have to be active.

Mary trouve dans son emploi sur le marché régulier la motivation pour prendre soin d'elle et éviter les rechutes :

Each time I had a psychosis, the first thing come [...] to my head: "No, you're going to lose your job in the (name of the store)". Because if I get sick, I'll be in the hospital, and it's true they take care of me, but I prefer to keep the (name of the store). [...] I protect myself, as you said, I protect myself and I fight with it to not end up in the hospital. Because if I lose my job maybe I cannot work there anymore. And since I've worked there, I've gained a lot more of everything, you know...

Se mobiliser

Les participants relèvent que le travail leur permet de se mobiliser car il constitue une source de motivation et il permet d'établir des liens avec les autres ainsi que d'accéder à des opportunités. Six participants énoncent que le travail suscite de la motivation. Pour certains œuvrant en milieu compétitif, la motivation découle de la rémunération. Par exemple, Mary explique :

And helping myself, pushing myself from the bed and go to the work. [...] That's I do for myself. That's I do for myself. And at, at the work I said;" Oh wow! I can have, work in the (name of the store)". Sometime, like right now, I thinking: "Ah! Tomorrow I have to go to the (name of the store) again". Then, I think:" You can have twenty five dollar". And I want to wait myself with the money...

Plusieurs participants y trouvent surtout une raison de se lever, de sortir de chez soi. S'investir dans une occupation constitue une fin désirable en soi pour Betty, Marcel et Jean :

You always want to do something that you like. You always have to do something, [...] to work. When you working, the time goes fast.

It makes it easier and I am less restless and more relaxed. I like this job. Instead of coming to the 10:00, 10:00 to 2:30, it encourages me and I am willing to come early, not being lazy in the bed or reading newspaper. It makes me to be alert and I want to go there.

Je peux travailler, avant je restais à rien faire, non mais ça aide beaucoup, beaucoup.

J'ai hâte de commencer à travailler le matin. Je me réveille le matin là, pis j'ai hâte d'aller travailler! C'est comme ça... C'est de même que j'aime ça.

Pour certains, la motivation découle des aspects structurants du travail : il organise le temps, réinstalle une routine et constitue une source de motivation, poussant l'individu à redevenir actif et à faire parfois face à ses symptômes. Alex, Mary et Mario exposent ainsi leur point de vue :

It will, it will have me active, more active. Because, before my jobs... Before I was really lazy, I couldn't work because I was too depressed. I never, I never could function like I do now, you know. In this job... And I think it's a job that I could function in again, you know...

It was something to do, you know. It made me feel good that I was doing something, you know, for somebody.

By going to the (sheltered workshop) for not thinking too much. And helping myself, pushing myself from the bed and go to the work. That's I do for myself.

Pour moi le travail, ça m'a aidé de sortir un petit peu plus de l'appartement. C'est de affronter, de travailler le matin ça m'a ... Pour moi, c'est tough!

It stimulates you to wake up in the morning, do stuff, to go in a Metro, to take a bus, to be in a crowd. Because even for now, taking the Metro, I don't like it. I do a little phobia. Because we're too crowded.

La moitié des participants indiquent combien leur travail les aide à rompre leur isolement. Betty y puise un moyen de ne plus être aussi seule :

It has made me go out, out of the house, every day to go to work. And not staying in home and not laying down all of the time in the bed. This makes me do work and it is not a lonesome experience and there is always something new each day.

Cette perspective est partagée par Marcel : celui-ci tolère difficilement la solitude. Bien qu'il tienne à choisir ses fréquentations, il constate que les personnes qu'il côtoie au travail diffèrent des individus qu'il pouvait rencontrer dans les services de santé ou dans son réseau social. Marcel élargit ainsi son horizon. Il craint de se leurrer mais accepte le risque :

Je veux pour guérir ma dépression. Ça prend du monde, avec le monde. Séparé, je ne veux pas.

Parce que c'est pas bon de rester tout seul à la maison à rien faire. Travailler, j'aime travailler, j'apprend. Ça dépend, là je suis ben là. Bien ce que j'aime, c'est le monde. J'ai mon monde tu sais. J'ai mon monde. J'aime bien le monde que je me tiens mais pas avec n'importe qui.

Six participants expliquent que de travailler leur permet de s'évader de leur milieu de vie. Plusieurs se sentent à l'étroit dans un petit espace ou contraint de vivre dans un milieu qui ne leur convient guère, comme en témoignent Betty et Alex.

It's a nice thing to be out of your little room, square room.

That helped a lot because I got to get up in the morning, and go to work and stuff like that... It was fun. [...] That's why I did it for, just to get out of the house...

Sylvain va même considérer le travail comme une consolation, une occasion qui permet de tuer du temps et sortir de chez lui :

Là, je travaille au moins.

Je le demande de pas souvent d'aller travailler, où est-ce que je travaille. Je fais une petite heure parce que ça me donne de quoi à faire dans journée. Mais il faut pas tu restes... Moi, je n'aime pas rester dans la maison.

C'est bien mieux de travailler que de rester dans des maisons [comme celles où] on est.

Au-delà du désir de briser l'isolement, Nathalie mentionne combien certaines expériences productives, rémunérées ou bénévoles, l'ont amenée à vivre de la solidarité et à entrer en contact avec les autres, au-delà de sa famille et son cercle de soutien. Dans un même ordre d'idée, Betty souligne que le travail lui permet aussi d'apprendre des autres : « *It advances me by talking to some people that I don't know, if I ask them their opinion.* »

Structurer et organiser son temps

Neuf participants soulignent les aspects structurants du travail et le potentiel qu'à celui-ci d'organiser leur temps. C'est autour de son travail que s'articule la routine de Mario :

So it makes me wake up in the morning, makes me shave in the morning, makes me take a shower, makes me do the routine that I usually thought was, then I come to work, I'm always here around 9:10, 9:15.

Les aspects structurants du travail permettent à Michel de s'arrimer et s'ancrer dans la réalité : s'il ne travaillait pas, Michel pourrait dériver sans en avoir conscience, car il n'aurait pas la chance de noter que sa concentration est plus fragile ou que son niveau d'énergie ne lui permet plus de mener à terme une tâche. Pour sa part, Sylvain laisse transparaître un désir de maîtriser ses tâches et de se rassurer dans la routine : « C'est de même la même ouvrage où ce que je vais. Je m'habitue à ça pis là j'ai commencé à travailler de même. Sainte, c'est bon en tabarouette de travailler là! »

Les tâches répétitives entraînent une routine prévisible, rassurante. Trois participants expriment se sentir en sécurité par la nature prévisible et répétitive de leurs tâches. Se consacrer à ses tâches a permis à Mary de se détacher de ses préoccupations et d'aspirer à une plus grande sécurité :

For the (name of the sheltered workshop), I like it because it give me routine and discipline. And at the same time, I'm not thinking that much. Because if I have uh... [...] They don't give me hundred seventy dollar so I... My rent is four hundred plus electricity. I cannot make it. So, I prefer to, to go to the (name of the sheltered workshop), to think less... Because it really helpful to think less.

Lucy apprécie surtout les aspects structurants du travail :

We're working together on how to find a job that would meet my needs financially and also get me out of the house. Because I find that if I don't have enough structure, I end up staying home and not being very productive so...

So I am pretty, pretty busy so far, you know. I'm starting to get a little bit more involved. There is a little, little time were I kind of pulled back. But on a whole, I am fairly busy.

Trois participants insistent sur leur désir de se tenir sans cesse occupés afin d'introduire du sens à leur quotidien. Par exemple, Jean n'arrive pas à prendre plus d'une semaine de vacances. Au bout de deux ou trois jours, Jean commence à dépérir, car son quotidien lui apparaît plus morne :

Je prends une semaine parce que... Ben, au début là, les deux, trois premières journées, ça va bien. Pis après ça, je trouve le temps long là, pis euh... Il faut que je fasse quelque chose. Je ne pourrais pas être sur l'Assurance-invalidité là euh... Oui, je ne serais pas heureux pis peut-être plus suicidaire aussi.

Alex exprime clairement comment l'emploi qu'il exerce apporte du sens à son quotidien, un peu de qualité à sa vie :

It satisfies me! It makes me relax, it makes feel like... I meet with other people, it makes me... It makes me more, more... How would I say that? Satisfied! It gives me a more satisfying life."

Mesurer et apprivoiser les difficultés

Plusieurs participants évaluent leurs capacités et leurs limites au moyen de leurs activités productives. De plus, les répondants rapportent que le travail constitue un médium et un levier par lequel ils confrontent leurs difficultés, tentent de s'y adapter ou développent une certaine acceptation de celles-ci. Enfin, des participants indiquent que, de par la nature répétitive et prévisible de leur tâche, ils peuvent constater les fluctuations de leurs capacités.

Pour deux participants, la constance des tâches qui sont liées à leur emploi apparaît salubre. À titre d'exemple, Michel mentionne valider son état de santé par son travail. Plus spécifiquement, c'est en se confrontant à la nature routinière de ses tâches que Michel confirme qu'il est encore sain d'esprit.

Ton entourage se modifie avec toi, tandis qu'au travail c'est toujours la même chose qu'ils s'attendent de toi. Si à un moment donné tu as de la difficulté ben là tout de suite: «Oup! J'ai de la misère à compter mon argent là qu'est-ce qui se passe?» Ou «j'ai oublié de mettre les "napkins", ça fait trois fois de suite» ou «le beurre est jamais sorti». Ça, ça te réveille...

De plus, le travail constitue une occasion pour apprendre à affronter et à apprivoiser ses difficultés, comme en témoignent Mario et Lucy :

Pour moi le travail, ça m'a aidé de sortir un petit peu plus de l'appartement. C'est de affronter, de travailler le matin ça m'a ... Pour moi, c'est tough!

It teaches me how to deal with difficult situations.

Le travail a constitué une occasion pour Mary d'apprendre à être davantage indulgente envers elle-même et se pardonner ses difficultés et ses erreurs : «*And in the (name of the store) they are very soft. And I know they think big point I learn from the (name of the store), it is okay you make a mistake.*»

Des possibilités d'apprentissage

Quatre participants soulignent que le travail offre des perspectives d'apprentissages et des opportunités de croissance. Par exemple, Malcolm explique qu'il peut développer par son implication de nouvelles habiletés et les mettre en application dans sa vie quotidienne. Cependant, à ce stade de sa vie, Malcolm nuance son propos. Le travail peut offrir ces opportunités, mais tout dépend des emplois : «*I think all jobs have a learning, a learning... ability, but... Some jobs have more of it than others.*»

C'est davantage au travail qu'à l'école que Betty a jusqu'ici développé et consolidé ses compétences professionnelles : «*I learned from my mistakes. And also, I learned some new things to advance, you know.*»

Cependant, le travail ne soutient pas le rétablissement qu'en consolidant le concept de soi. Malcolm explique que le travail permet de confronter les certitudes et gagner en réalisme : «*Like in this world, I thought everybody was nice, nice and what (chuckles) no point in that. I learned that from the work.*»

Se reconstruire une vie

Plusieurs participants indiquent que le travail constitue un médium par lequel ils tentent de se reconstruire une vie. Plusieurs thèmes émergent de ce désir de reconstruire un quotidien valorisant et une identité personnelle saine : la soif d'actualiser son potentiel; le désir de valider sa valeur ou son équilibre; l'attrait de voir sa contribution reconnue; l'envie de se valoriser; et enfin, le besoin de consolider son estime de soi.

Trois participants soulignent que le désir de se dépasser donne du sens au travail. Pour Lucy, le travail est une occasion d'actualiser son potentiel, même dans l'adversité et en dépit des limites. Paolo cherche à réussir professionnellement et socialement, à récolter de façon tangible le fruit de ses efforts :

To seek validation. Maybe you try to think that you don't want that, but yes, I mean, in your interior, yes you want that, you know. You want to be successful and if you are ambitious, you want to be the best or at least you want to get close to being the best, you know.

Deux autres participants recherchent cette validation sociale et cette confirmation de leur valeur, comme en témoigne Betty : «*Someone tell me if I did a good job. And it is good... And you can go and you can do better, or I go up in my work, I climb up the stair, I feel better*».

De même, cinq participants indiquent à quel point la reconnaissance des personnes qu'elles côtoient ou qu'elles desservent compte à leurs yeux. Par exemple, Alex apprécie la reconnaissance que lui témoignent ses collègues et son employeur. Mais surtout, Alex apprécie le fait qu'il s'y sente important :

It's an office and it's like being somebody important. It really makes me feel good that I am important for these people here and that they think I can do the job [...]. You have to know me! Everybody say hello to me, you know... Everybody thinks that I am doing a good job too and I am proud of that. I don't want to do a bad job.

It made me realize that I am more important than I was. Yeah. Before, I felt like I was... I was just being used as a person, you know. Just, just to keep me alive you know. Now... Bang! It hit me that I love more my life now that I ever did! [...] I feel important in this job.

Cette impression découle non seulement de son emploi mais aussi du soutien et de l'attention que lui accordent les intervenants dans son milieu de travail :

I feel important in this job... It's... (Name of a practitioner) makes me feel important. She's always there when I need her and she... All I have to do is phone her up and tell her I don't feel well. And she'll say: "Oh, I'm coming

down” or... It’s stuff like that that makes me feel important. People care about me now, I feel. More, more than ever.

Mais certainement l’élément central de cette reconstruction demeure la valorisation que procure le travail comme occupation. Onze participants insistent sur l’aspect valorisant de leur implication. Pour plusieurs, la satisfaction du travail accompli constitue une source de valorisation importante. Annette et Betty indiquent d’ailleurs :

I like to do my job well so that I can be proud of myself.

I accomplish and I feel better. I feel happy. I feel like somebody telling me “you did a good job, you finished it”.

Le travail est une source de valorisation, de confiance en soi et de fierté. Il peut même devenir une force transformatrice, comme le souligne Mary :

I’m very happy with (name of the store), very happy. It changed my life a lot. Spiritually, I value myself, you know... And I work very hard over there. They all... Customers, they are happy with me. They complain about the other colleagues to me and they compli...the give compliment.

Marcel se valorise du travail bien fait et le perçoit comme un acte libérateur, qui lui permet de davantage apprécier les moments de détente : « Je fais une bonne job, mais je le fais comme il faut. Pis je fais ma job. Après, je suis libéré, tu sais... Libre, libre, tu fais qu’est-ce que tu veux. »

Certains insistent sur la nécessité d’observer les résultats tangibles de leurs efforts. Pour d’autres, la valorisation se développe suite aux commentaires positifs des collègues, des employeurs ou des clients. En guise d’illustration, voici ce qu’en disent Betty et Alex :

Someone tell me if I did a good job. And it’s good. And you can go and you can do better. [...] I feel better.

Everybody thinks that I am doing a good job too and I am proud of that. I don’t want to do a bad job...

Pour Mario, la réciprocité qu'il tisse avec ses collègues est presque tout autant importante que leur appréciation :

I know that when I come over here people they value, not value me, but they appreciate me because they know that in my five hours, I will do my job. That I won't be always sitting down. [...] If by any chance they're stuck, I can help them there and there and there. I am appreciated on their side and I am appreciative of them.

Michel utilisera l'analogie des échasses pour parler de la valorisation que lui apporte le travail, quand il ne peut toujours porter un regard positif sur lui-même.

C'est quasiment des échasses. C'est tu con de dire ça? Je trouve que, ça me vient en tête, des échasses. Ça me monte ben haut pis je peux regarder de haut étant donné que j'ai mes échasses pis ce qui se passe. Pis quand j'ai fini mon travail ben j'enlève mes échasses pis je marche comme du monde. Mais, mon travail ça me « boost », ça me met plus haut. Ça me, ça me valorise au « boutte ». Moi, tu sais, c'est drôle à dire mais « I make their day » [...] au (lieu de travail là tu sais... Là, je parle du (lieu de travail) là, pas juste du travail. Ben là je parle du (lieu de travail)... Ça me donne, ça me valorise, ça me... Je me sens utile pis j'aime ça. Même si c'est pas super utile là ou super difficile, mais j'aime ça parce que je suis apprécié pis ça c'est très bon pour l'ego ça tu sais là. Quand tu sens, ou des fois tu les entends, tu passes pis ils disent: « Il est gentil, ah lui il est « smat ». » Ils se parlent entre eux autres.

Mario apprécie la reconnaissance exprimée par son milieu mais du même souffle, il admet que cela est une propriété du milieu où il œuvre actuellement

Je n'en trouverais pas à d'autres places. Si tu travailles dans un grand restaurant ou « whatever », oui peut-être que tu vas en pogner un ou deux. Mais ici c'est « toute » mon staff. Tu sais, c'est toute mon équipe qui travaille avec moi pis ils sont très supportants. Même la blonde du gars qui travaille, elle arrive pis comment ça va? Tu sais, ça, ça me valorise un petit peu plus, ça me met plus en confiance, ça me met plus sur les rails.

Cinq participants soulignent que de cette valorisation découle une confiance renouvelée en leurs capacités, comme en témoignent Malcolm et Betty.

It helped me out to, to... It helped me to have confidence in myself. That's it. Have confidence in myself.

When I work hard, the boss tells me [that] I'm a good worker. [...] And then, he tells me: "you did this, you did that". It makes me [realize] what I'm good at and what I'm not good at it. This make me motivated, you know...

Le travail comme rôle

Le travail comme rôle offre également plusieurs avantages. Il demeure un puissant symbole de citoyenneté et il peut atténuer la marginalité induite par la maladie. De plus, il peut constituer une étape vers la réalisation des buts professionnels de l'individu. Cependant, la perception que le travail représente aussi un rôle existe davantage chez les participants qui œuvrent sur le marché de l'emploi régulier, peu importe leur statut d'emploi. En effet, peu de participants qui œuvrent en milieu protégé soulèvent qu'ils perçoivent leurs activités productives comme un travail ou un rôle.

Un puissant symbole de citoyenneté

La moitié des participants indique qu'à leurs yeux, le travail offre un statut social plus valorisant que celui de prestataire de la sécurité du revenu ou de malade, comme le soulignent Mario et Alex :

It's more of a better esteem, a better ego, a better... A better approach. Actually at least, you wake up in the morning you say "Hey, I have to do this, this, and this. And when I leave, okay, everything is done. [...] It's not making me sad, it's more valued.

For a long time, I felt that I was worthless. [I lost] opportunities to have a job without being labelled as "schizo" or whatever. And to be able to work my problems out slowly and to, more or less keep me on an even keel.

Le travail s'avère davantage porteur d'un statut valorisé s'il s'effectue dans un contexte où l'intégration est optimisée. Par exemple, Mary œuvre à la fois dans un milieu protégé et sur le marché régulier de l'emploi. Or, elle n'arrive pas à percevoir son rendement en milieu protégé comme valable : *"This is for mental ill people. I never said I had success, I just I improve my behaviour."*

Mary ne se valorise que de son emploi en milieu compétitif, même si elle y passe somme toute moins de temps :

I am ashamed I work in the (name of the sheltered workshop). I don't know when people they said what are you doing? I said I work in the (name of the store).

Michel reconnaît que c'est par le salaire que la société reconnaît la valeur de la contribution des travailleurs. Selon Paolo, le statut qu'offre le travail constitue un moyen de réclamer du respect, une dignité sociale et personnelle. Il apparaît clairement que les accomplissements professionnels demeurent pour Paolo la source ultime de valorisation :

Respect for yourself, respect from others, you know. It gives you a little bit of honour to be able to work, you know. I don't know whether with women, it is the same thing. Men are judged by society according to our achievements, you know.

En fait, trois participants énoncent spontanément que le travail constitue une obligation sociale, attendue chez les adultes. Par exemple, Betty travaille d'abord et avant tout parce qu'elle valorise la productivité. Un sentiment d'obligation est attaché pour elle au travail : *"I work hard. It's the way of living, [it's how it] should be."*

Ce sentiment d'obligation est partagé par Michel, qui souscrit à l'idée qu'il faut travailler dans la vie :

Mais moralement, je dois dire que je me sens quasiment obligé de travailler pour l'argent que je reçois du BS pis tout ça. C'est la moindre des choses de travailler un peu. C'est une contribution pis je pense que c'est un... C'est quasi... C'est obligatoire tu sais, ce n'est pas un choix. Je pense qu'il faut travailler dans la vie.

Je pense que c'est important de contribuer, de travailler pis de gagner quelque chose. Faut gagner de l'argent, je pense que ça fait partie du mécanisme de société. Dans la mesure où on croit en la société, il faut travailler. [...] Me semble travailler c'est un devoir.

Pour sa part, Annette sait que sa santé se détériore lorsqu'elle ne travaille pas : elle devient alors plus déprimée, car à son âge, elle devrait travailler. Le travail constitue pour elle également une forme d'obligation sociale.

It is like I get depressed if I don't have a job. Nowadays, because I am older and I should have a job. I get depressed when I don't work. Now I am happy at (name of the restaurant) and I don't want to quit, you know.

Atténuer la marginalité

Cinq participants soulèvent que l'emploi qu'ils exercent leur offre des opportunités d'intégration sociale et l'occasion d'échapper à la marginalité. Outre l'apport de réseaux sociaux, les participants rapportent se sentir moins marginalisés par le fait qu'ils peuvent contribuer à la société et répondre à une obligation sociale, celle de travailler. Par ailleurs, une vaste majorité de participants voient dans le travail la possibilité d'accéder à de meilleurs revenus et peut-être d'échapper à la pauvreté.

Alex voit dans son travail une façon de mettre un terme à sa mise au rancart : en effet, Alex utilise l'expression « *being warehoused* » pour décrire son expérience des services de santé mentale. Bien qu'il n'anticipait pas de telles retombées, le travail lui offre une occasion de s'intégrer, de participer et d'actualiser son potentiel tout en lui offrant d'être avec les autres, d'interagir et d'être apprécié :

They realize you are sick, but they give you opportunities to function and to have friends, more friends than, than just staying at home and being warehoused. But I had realized that in a place like this before. When I first started here I said to myself I not going to make new friends for a month anyway. But I stuck with it and the friends came.

Dans un même ordre d'idée, Mary souligne que le travail sur le marché régulier de l'emploi lui permet de ne pas se percevoir comme une personne handicapée ou marginale.

And outside work is also helpful because I don't think I'm handicapped. You know. Also outside of the (name of sheltered workshop) is good because I don't think I'm handicapped.

And since I have a work in the (name of a store), and (name of another store), I put a make-up, I change my dress, I take care of my appearance because I am happy working the regular market. I feel I'm not different from others. You know, I'm happy. And little bit proud.

I'm doing a job with the normal people and I'm really happy about it.

Quelques individus relèvent que leur milieu de travail leur permet d'intégrer des réseaux sociaux où la maladie n'est pas prédominante, voire absente. Par exemple, Marcel constate que les personnes qu'il côtoie au travail diffèrent sensiblement des personnes qu'il pouvait rencontrer dans les services de santé ou son réseau social. Cette opinion est partagée par Mario qui apprécie lui aussi la place qui lui est faite dans son milieu de travail. Les relations sont collégiales, marquées par l'acceptation et le plaisir.

Là, t'es comme dans la réalité. Tu n'es pu dans un centre qui te met à part, un centre qui te met à part avec l'hôpital (nom de l'hôpital), tu es directement dans le vrai. Même si je suis subventionné par le gouvernement, là où que je suis, il n'y en a aucun malade.

*I feel like I'm accepted, I seem that I don't have a label over here written manic-depressive. "Ah there comes Mario, and here comes that nice kid ..."
Whatever, you know. We do jokes. We do jokes. From 9:30 to 11:00, we joke around.*

Mario apprécie la qualité et l'authenticité de l'accueil, autant de ses supérieurs que de ses collègues. Il perçoit son emploi comme une occasion d'élargir son réseau social, au-delà des amitiés créées dans des milieux dévolus à la santé mentale.

You have more of a social life. You know everything I got, if we work together, sometimes we go out together. You know and now I've got my friends that I met at the hospital, now they're calling me to see me. Wow I even have a foot in the real society.

Pour Annette, l'inclusion découle des relations interpersonnelles mais aussi de l'occasion de contribuer à la société :

Work? Well, it means communication with others. It means that... When you are part of, you are part of society, you know... You are pulling your share.

When I wasn't working I was sad and I didn't meet lots of people so I like the connection with people.

It means that... When you are part of, you are part of society; you know... You are pulling your share.

Six autres participants cherchent activement eux aussi à contribuer à la société. Quelques-uns des participants sont mus par leur désir d'aider les autres. Alex et Lucy constituent de bons exemples de cette tendance :

But if I can use my mind to help people. Help people that are sick either like me or like in bed with a disease, dying from cancer or whatever. If I can help them... I feel I am helping myself.

It is one of the drawbacks where the system seems to fail. Its not easy you know, but lending a hand, that's what I am excited about.

D'autres comme Mario et Michel, répondent aux obligations sociales : travailler est la moindre des choses que l'on peut faire pour la société, surtout si le travail est utile.

For me it's a step of going back to a real job. It's a step to being in contact with the society.

Mais tu sais, je veux dire une contribution à la société dans la mesure où tu reçois de la société, tu redonnes. Dans la mesure où ce n'est pas un travail genre, qui vraiment, qui ne sert pas à rien. Dans la mesure, qu'il y a le moindre apport à la, quelqu'un ou à quelque chose. Je pense que c'est important de contri... de travailler pis de gagner quelque chose. Faut gagner de l'argent, je pense que ça fait partie du mécanisme de société.

Enfin, dix participants insistent sur le désir d'être rémunérés à la juste valeur de leurs efforts, de s'affranchir de l'aide de dernier recours et d'échapper à la pauvreté. Si tous admettent que le travail ne se limite pas à l'accès à un salaire, il en constitue un indéniable avantage. Le travail constitue une façon de gagner sa vie, voire de survivre. Jim se souvient d'avoir eu faim : *"Because I felt what is starving. [I know what] hunger, hunger is like."*

L'autosuffisance financière est critique pour Betty, car nul ne la soutient financièrement :

[I need money] to survive. Because, I depend on myself. I am living by myself. I am all alone and I don't have anybody. I have to watch, watch what I spend and how I spend [it]. And my life, I have to take care of my life.

Le travail permet l'accès à des ressources financières qui à leur tour, facilitent peut-être une réponse aux besoins affectifs et l'accès à des conditions de vie plus décentes. À plusieurs reprises, Jim associe le fait qu'il est engagé auprès d'une femme grâce au fait qu'il travaille : *“Ever since then I've had a job, I've had more money than I usually do, I was on welfare in that whole year I couldn't find a girlfriend.”*

Non seulement Alex perçoit qu'une rémunération lui permet de répondre à ses besoins actuels, mais il croit que l'actualisation d'autres rêves, dont celui de vivre dans son propre appartement, en dépend. La plupart des participants soulignent néanmoins que les revenus retirés de leur travail demeure nettement insuffisants. Plusieurs participants rapportent que les mesures financières et les contraintes des programmes d'insertion ne leur permettent pas d'être rémunérés à leur juste valeur. Seul Jean échappe à cette dure réalité dans l'échantillon : or, il est pleinement conscient de sa chance et s'accroche fermement aux conditions de rémunération dont il peut jouir. Dans ce contexte, le salaire et les avantages sociaux constituent une source importante de motivation : « Je suis satisfait de mon travail parce que je suis bien rémunéré... Pis j'ai des bénéfices. C'est la raison pourquoi je suis là ».

Réaliser ses buts professionnels

Le travail lorsqu'il est investi comme rôle peut représenter une occasion de réaliser ses buts professionnels. La formation joue le même rôle auprès des étudiants. Deux participants réitèrent que le travail constitue le véhicule privilégié pour faciliter l'atteinte des buts professionnels. Ces deux participants estiment qu'ils apprennent davantage sur le terrain, de façon expérientielle par des expériences vécues, que sur les bancs d'école. Jusqu'ici, les expériences de travail de Mario demeurent un tremplin vers un meilleur emploi. Il espère accéder à des emplois plus rémunérateurs et à de meilleures conditions de vie en acquérant de l'expérience de travail dans un secteur qu'il aime et lui convient :

And to move on most probably is going to be like an office building or a retirement home or an airport or a hospital, a hospital's good. But, by working here, if I've been staying here for two years with no negative... How should I say no negative recommendations, that I come in late, that I don't do the job, that I'm always pissed off or whatever, it backs me up for a better seat.

Betty puise dans son travail beaucoup d'espoir de voir se réaliser ses rêves professionnels les plus chers :

It makes me to dream to get higher, learn through the present job [how] to go to accounting or computer programmer or something... To dream again, for higher levels for the future, [that I] could have a better life.

This [job], is giving me an urge and an eager to do things. I want to do things. [It's] happiness, you know. And give you a life, a goal and [a desire to] go ahead and go in my life, you know. A wish, you have a goal to reach for and work toward it.

La Figure 31 propose une synthèse de l'ensemble des contributions associées au travail par les participants.

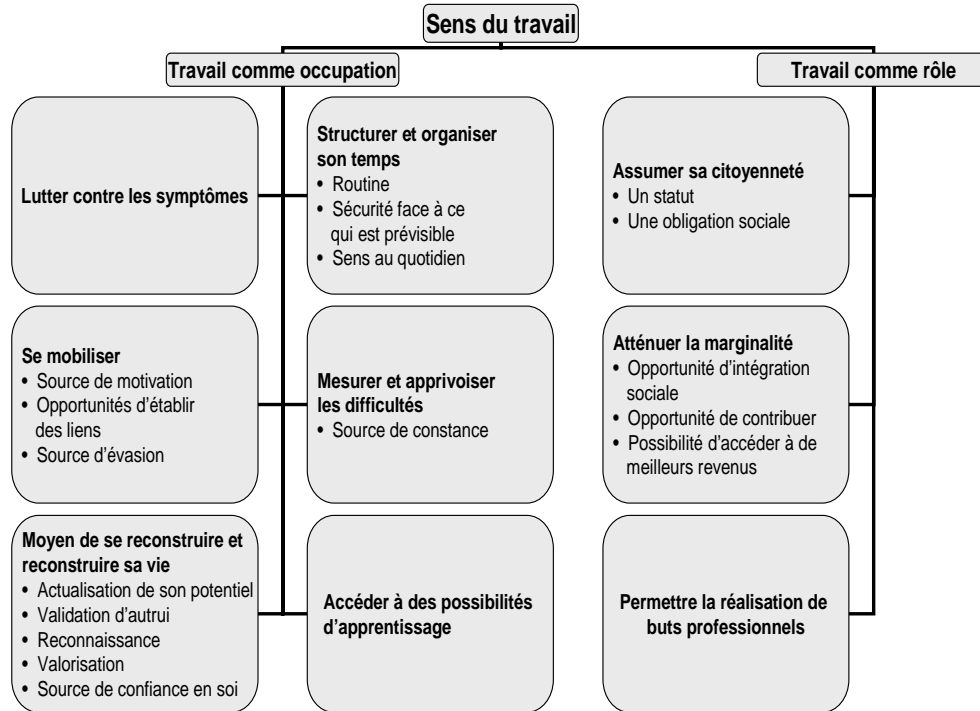


Figure 31. Sens accordé au travail par les participants

5.5.4.2. Une parenthèse sur les spécificités associées au bénévolat

Le sens accordé au bénévolat revêt les mêmes fonctions que celles relevées pour le travail en tant qu'occupation. Néanmoins, le bénévolat est associé à des fonctions qui lui sont propres. Les participants qui ont davantage investi le travail non rémunéré soulignent principalement deux aspects : une plus grande souplesse et un accès à des ressources.

Trois participantes soulignent qu'elles se croient sujettes à moins d'attentes de la part du milieu du fait qu'elles ne sont pas rémunérées. Par exemple, Nathalie privilégie maintenant le bénévolat pour la liberté qu'elle y trouve ayant la possibilité de contribuer à la société. Elle perçoit que les personnes desquelles elle relève n'oseront pas la bousculer

ou la réprimander. Du fait que le geste est gratuit, Nathalie croit qu'il est davantage apprécié. Cette impression a jusqu'ici été confirmée par son expérience :

Bien, je suis libre. Je me sens comme un employé, je me sens comme une personne aidante et ça me met moins de pression. Comme, j'aurais été ben mal à l'aise d'appeler mon patron pour lui dire : « Je suis arrivée en retard, je me suis couchée, je me suis levée en retard. » Ça, ça marche pas sur le marché du travail ça. Mais j'ai appelé pis j'ai dit: je me suis levé en retard. Elle a dit: «C'est pas grave».

Trois participantes expliquent que leur implication bénévole leur permet d'accéder à des services, auxquels ils n'auraient pas accès autrement. Par exemple, afin de bénéficier des activités d'un centre de méditation, Mary œuvrait de façon bénévole à la cuisine de ce centre :

It's just exchange, you know, in somehow... Because people, they paid supper, to eat a supper there and they contribute because they are teacher and different kind of health professionals, with the good money. So they can support the centre. And I don't have the money to support the centre. So I ask them: I want to do volunteer work. And I cook supper with the chef and it's fun. It's really fun.

5.5.4.3. Lorsque le travail devient un frein au rétablissement

Cependant, il importe de souligner que le travail ne fait pas que soutenir le rétablissement; parfois il est sans effet et à d'autres moments, il peut le freiner. Si le travail peut devenir une façon de contribuer à la société, Jim explique que cette relation est fonction du contexte : « *It can be. Not all jobs are good jobs* ».

En effet, Mario émet des propos fort nuancés à ce sujet : encore faut-il valoriser le travail pour en retirer des avantages : « *All the work on the past had no impact at all because the only thing I was doing was working, getting a salary, spend money and that's it.* »

Pour sa part, Nathalie souligne qu'elle s'est longtemps maintenue en emploi, sans observer d'évolution en matière de rétablissement. Elle combattait alors les symptômes et essayait de mener une vie normale :

J'ai eu un très bon médecin qui m'a suivi pendant 10 ans. Pis lui, il disait [qu'] il faut faire une vie normale. Pas plus, pas moins, une vie normale. C'est comme ça que j'ai commencé à enseigner. Je surmontais ma maladie. J'étais toujours down mais je travaillais pareil.

Néanmoins, douze participants soulignent que le travail peut ralentir ou suspendre le processus de rétablissement, particulièrement lorsque travail ne revêt plus de sens, qu'il devient porteur d'aliénation, qu'il confirme une marginalité ou qu'il est susceptible de réactiver les traumatismes associés à la violence et à l'abus. Or ces phénomènes découlent souvent d'un contexte contre-productif où on note une faible congruence personne-emploi, des conditions difficiles de travail, des dynamiques d'abus ou de rejet ainsi que des barrières systémiques et des lourdeurs administratives.

Le manque de congruence personne-emploi se manifeste entre autres, par un degré trop élevé de défi, tel que discuté dans la Section 5.2.13.4. Un travail trop exigeant peut conduire à la dévalorisation, voire à la rechute, comme l'indique Lucy : *“I am finding that I try not to get myself involved in too, too much, because if I do I will crash.”* Parfois, le niveau de défi devient trop exigeant suite à l'exacerbation des symptômes. Dans ce contexte, le travail suscite une augmentation du stress et contribue aux difficultés comme en témoigne Nathalie : « Je sais qu'au travail c'était difficile, je pensais juste au suicide. »

Or, un degré trop élevé de défis entraîne des échecs, qui fragilisent l'individu dans son processus de rétablissement. Plusieurs participants décrivent la période d'intégration en emploi comme critique, car il s'agit de la période où l'individu doit investir de nouvelles responsabilités et doser l'énergie qu'il consacre à ses diverses activités : trouver son équilibre est exigeant pour de nombreux participants, dont Mary.

Then I come home, I realize I work very, very hard because I need more time to work there and have experience of the balance. Not work too hard, too hard, too, too, too hard.

Michel souligne que certains des emplois qu'il a exercés étaient abrutissants, voire même aliénants, dépourvus de tous sens.

Tu te demandais ce que tu faisais là. Tu sais, c'était... C'était... Tu te poses la question, C'était Kafkaesque! Pourquoi tu fais là, ça donne quoi là? Les affaires à 1\$. Ils peuvent l'acheter à 1\$. Nous autres ça nous prend comme une journée pour tout classer ça. Pis c'est usagé. 1\$! Mais, ça créait de l'emploi.

En l'absence de défi, le regard que jette l'individu sur ses tâches dévalorise le travail. Par exemple, Michel dira de son travail de caissier :

Il pourrait avoir tu sais, comme au Provigo... tututut (bruit du scanner) pis là... Un scanner ça aurait fait la même affaire. Je me sens... Pis surtout quand les gens me demandent, des fois ils me demandent... Certains vieux qui sont plus alertes pis y vont dire: «Tu fais-tu autre chose toi?» « Non». «Ah non?» Tu sais... Pas autres choses dans le sens quelque chose de mieux mais autre chose parce que je ne suis pas là souvent. Là ils me disent tu fais-tu autre chose pour gagner ta vie, as-tu une profession? As-tu un femme, as-tu des enfants? None of the above. Pis tu te sens un peu couillon, pas couillon, mais tu te sens un peu loser de travailler avec une caisse.

Parfois, le manque de sens découle du fait que les tâches ne sont pas ce qu'elles devaient être. En guise d'illustration, Lucy souligne qu'elle fut affectée à compter des pièces de monnaie alors qu'elle devait exercer un poste de réceptionniste. Par ailleurs, la nature même des tâches peut exacerber les symptômes chez certains. Par exemple, Alex indique : *“And I was carving wood, and making benches, and weaving benches and... And I enjoyed that but it was getting to my mind again, you know. I was seeing things in the wood that were not there...”*

La Section 5.2.13.4 faisait état des conditions difficiles de travail auxquelles étaient exposés plusieurs participants. Or, les conditions difficiles de travail créent davantage d'obstacles et peuvent compromettre les efforts de l'individu pour se rétablir. Pour soutenir le rétablissement, le travail doit s'effectuer dans des conditions de travail décentes : des tâches raisonnables, un contexte sécuritaire de travail, un traitement équitable et un climat de travail sain.

Quatre participants décrivent à quelques reprises combien ils se sont sentis aliénés par certains emplois où leur contribution n'était considérée qu'à travers le prisme des préjugés, et se trouvait ainsi clairement dévaluée. Jim décrit ainsi une de ces expériences :

It felt like I was really put down, or incapable, incompetent or things like that feelings of those nature, of that nature, in that warehouse. A thankless job. And I know I'd rather be in a job where I'd be grateful, happy to do for somebody...

I feel useless in the sense, that I'm barely making a difference in the world ... Because nobody sees me. Nobody hears me.

Pour Alex, ce manque de sens était lié au fait qu'il recevait peu de soutien dans son milieu de travail : l'accent avait été mis sur la productivité. Il ne sentait pas que sa contribution faisait une différence ou était appréciée : « *Before, I felt like I was... I was just being used as a person, you know. Just, just to keep me alive you know.* »

Les dynamiques de rejet, d'exclusion, d'exploitation ou d'abus auxquels sont exposés certains participants (voir Section 5.2.13.4) nuisent clairement au rétablissement en confirmant une marginalité ou en exposant l'individu à de nouveaux traumatismes. Jim explique combien le rejet et les railleries qu'il subit en milieu de travail l'usent. Les remarques face à son passé psychiatrique ou celui de sa conjointe s'insinuent sans cesse dans son quotidien : « *But the fact that he did bring it up says a lot. It says a lot. They're afraid of me. They would be afraid of me. They wouldn't understand* ».

Les conflits que vit Jim à ce sujet fragilisent son concept de soi et suscitent des émotions qui lui sont pénibles à vivre : « *[I was] feeling like I lost technically self-respect there, because I didn't stand up for myself and I'm still blown by it. I'm still, it's like a cancer eating into my, my...* »

Pour sa part, Paolo déplore également l'exclusion dont il fait l'objet à l'école. La stigmatisation et l'ostracisme sont pénibles à vivre. Il insiste longuement sur un incident où il devait travailler avec deux francophones, qui l'ignoraient sans cesse :

They were demounting the circuit but I was noticing that they were making mistakes and I was saying. I was trying to tell them, maybe, I think we have a mistake here. And they would just keep ignoring me, as if I wasn't there.

They didn't want to listen to me. It was like their way of saying, you know, you don't belong to the group.

I felt angry about the fact that they, they were ignoring me and I felt very, very angry. You know, and I had to control myself because my instinct was to punch them.

Paolo suggéra de faire une partie de l'exercice à tour de rôle puisqu'il demeurerait sans cesse exclu des manipulations. Il finit par faire l'exercice sur papier, en attendant le départ d'une équipe pour faire l'exercice pratique par lui-même. Cela ne l'empêcha pas de ruminer les événements et d'en subir les conséquences. Après réflexion, il en vient à la conclusion qu'il s'est toujours un peu senti exclus, au-delà de son expérience de la maladie : *“So, I feel like an outsider all the time.”*

Deux participants décrivent combien leur trajectoire, autant dans leur vie personnelle que professionnelle a été marquée par l'abus : par conséquent, les abus en milieu de travail, qu'ils soient anticipés, subis ou constatés leur sont insupportables, les fragilisent et freinent leur rétablissement.

Enfin, les contraintes et les lourdeurs administratives gênent le rétablissement en limitant l'accès à des formations qualifiantes ou à des emplois rémunérateurs (se référer à la Section 5.2.10). Quelques individus y voient là un frein à leur rétablissement puisque ces contraintes les condamnent à se maintenir dans la pauvreté, dans des emplois précaires où subsiste une forme de marginalisation. Pour Mary, ces lacunes constituent des freins à son rétablissement puisqu'elles gênent significativement son intégration, ses tentatives d'accéder à une citoyenneté pleine et entière.

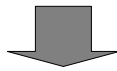
Otherwise I can be crazy like my co-worker, my colleague people in the work. They are tired of working in the (name of the sheltered workshop). They go to find a job and after three months they end up there, in the (sheltered workshop) again, because they cannot hold a job. [...] It doesn't help them to recover. It does not help them to recover their sickness. They cannot be positive about themselves.

Le travail peut freiner ou nuire au processus de rétablissement, particulièrement lorsqu'il est dénué de sens et aliénant, lorsqu'il confirme une marginalité, ou qu'il est susceptible de réactiver les traumatismes. Or ceci peut survenir en présence d'une faible congruence personne-emploi, des conditions difficiles de travail, des dynamiques d'abus ou

de rejet ainsi que des barrières systémiques et des lourdeurs administratives, comme présentés dans la Figure 32.

CONTEXTE

- Peu de congruence personne-emploi
- Conditions de travail difficiles, maintien de la pauvreté
- Rejet, discrimination, abus, exploitation
- Lourdeurs bureaucratiques



Le travail peut :

- Être dénué de sens
- Être porteur d'aliénation
- Confirmer une marginalité
- Réactiver les traumatismes associés à la violence et l'abus

Figure 32. Lorsque le travail devient contre-productif au rétablissement

5.5.5. Autres facteurs susceptibles d'influencer le rétablissement

On se rappelle que lors de la collecte de données sur le rétablissement, les participants étaient invités à tracer une ligne narrative qui décrivait les temps forts, les points tournants et les périodes difficiles de leur cheminement. Cette ligne narrative avait pour but de mettre en lumière la relation entre les activités associées au travail, les événements de la vie et le processus de rétablissement des participants. Des exemples de lignes narratives sont déposés à l'Annexe I. Or, si le travail exerce une influence, d'autres facteurs s'avèrent tout autant, sinon plus déterminants dans le cheminement des participants. Bien que les autres facteurs s'avèrent davantage susceptibles d'influencer positivement ou négativement le rétablissement, leur exploration demeure peu en lien avec les questions de recherche. Dans ce contexte, nous esquisserons seulement leur apport, sans pour autant vouloir en atténuer l'importance.

5.5.5.1. Autres formes de soutiens au rétablissement

Les soutiens au rétablissement sont principalement relationnels et donc associés au réseau de soutien. Les participants soulignent aussi d'autres facteurs, davantage tangibles ou spirituels.

Sources de soutiens sociaux

Bien que les réseaux de soutien soient d'une importance primordiale dans le rétablissement des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves, ceux-ci sont peu en lien avec les activités productives associées au travail. La Figure 33 présente une synthèse des sources relationnelles de soutien au rétablissement.

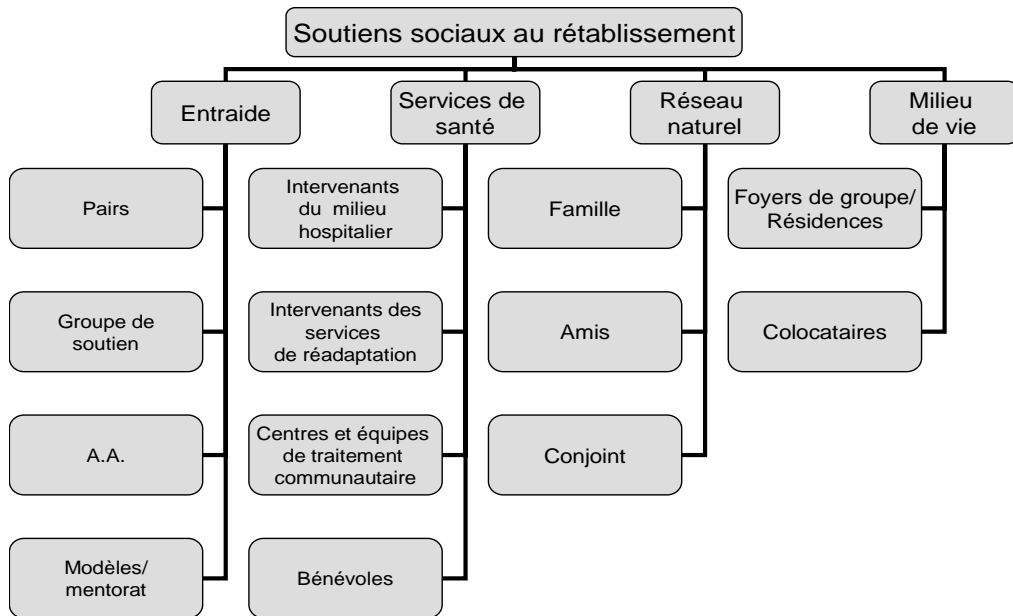


Figure 33. Sources de soutien social au rétablissement

Soutiens liés à l'entraide

Neuf participants soulignent s'appuyer entre autres sur l'entraide, que ce soit par les biais des pairs qu'ils côtoient, des groupes de soutien ou de mouvements tels les A.A. Plusieurs expriment trouver auprès de personnes qui vivent des expériences similaires une validation de leur vécu, comme en témoignent Annette et Marcel :

Seeing other people sick in the hospital too. Those are just as quiet and confused as yourself. And who need God too.

Là, je vois des choses. J'ai vu du monde comme moi sur la (nom de la rue) là... Même dépression que moi. J'ai trouvé ça, bien là, j'ai ouvert mes yeux.

Quatre individus insistent sur le fait qu'ils trouvent auprès de leurs pairs une ouverture où ils peuvent ventiler sans crainte et trouver des modèles pour résoudre leurs problèmes. Mary parle longuement d'un témoignage fait d'un pair dans un groupe de soutien qui a transformé sa façon d'appréhender sa maladie et lui a insufflé de l'espoir.

It helps me a lot the way he describes it. Because when he was there, he came at the same time and he answered all the questions. All the question of the people... About recovery, about everything, how he became successful... Because he was admitted to hospital fourteen times! And after he working five days, married, kids, friends! So it helps me to have a hope. There is a hope for me too.

I remember he said, "I work volunteer and after I start work one day and I was managing. After six months I feel ready I add a day. Another six months and I feel ready". Now he working...he goes step by step and now he's a full-time [worker]. He works full-time. He's married, he has children, and he heals himself from the sickness... And it gives me hope.

Pour sa part, une participante s'appuie sur sa marraine A.A. qui assume à ses yeux un rôle de guide et de phare. Elle s'abreuve de la littérature du mouvement et trouve dans des rencontres une chaleur humaine, une forme de tendresse et de solidarité qui la ressource.

Soutiens qui émanent des services de santé

Treize des quatorze participants indiquent s'appuyer sur les services de santé, c'est-à-dire les services hospitaliers, les services de réinsertion, les équipes communautaires de traitement intensif (ECTI), les services de soutien au travail, les centre communautaires de traitement ainsi que les bénévoles qui gravitent autour de ces programmes. En fait, sans minimiser la portée des services offerts, les participants font davantage état de la nature et de la qualité des relations qu'ils peuvent y établir.

Selon les onze participants qui valorisent le soutien des services hospitaliers, les intervenants qui y œuvrent soutiennent le rétablissement de plusieurs manières. Deux participants indiquent qu'ils apprécient la rétroaction sur l'amélioration de leur état, en contrastant ce qu'ils étaient à ce qu'ils sont ou peuvent devenir. Michel et Mario expriment de la reconnaissance pour les intervenants qui leur ont reflété leur vulnérabilité face à leurs limites et qui les ont soutenus dans leurs tentatives de les respecter ou de les affirmer. Michel exprime rechercher des intervenants pragmatiques et ouverts, capables d'explorer des voies alternatives, de l'encadrer et de jouer le rôle de guide. Annette apprécie l'écoute qu'elle a reçue par les services hospitaliers:

Well, it's good to talk to the psychiatrist if you have a problem. They're not there to hurt you; they're there to listen to your problems and to guide you. And it's available help that's free too. That's what makes it helpful you know.

Annette prône une attitude d'acceptation, où les propos de la personne souffrante sont entendus, sans jugement : *“When people say they have fears, they really fear in their heart for them, for their lives. You know. I think that it's important to be open to these people and believe in their fears.”*

Plusieurs participants relèvent l'importance du médecin traitant, ne serait-ce que dans la disponibilité que certains manifestent face à l'ajustement de la médication. Cependant, un bon nombre de participants soulignent l'importance de la relation de confiance qui les lie à leur médecin et de l'inspiration qu'ils ont pu puiser. Lucy explique : *“You know, he practically knows me... He made me think...And it showed that he really cared.”*

Nathalie s'est appuyée sur la règle que lui avait suggérée son psychiatre et y souscrit totalement : « Il y a 3 choses à faire pour se rétablir, c'est se donner de l'effort, pour un tiers, les médicaments pour un tiers et puis l'environnement pour un tiers. »

Marcel considère que certaines interventions du personnel hospitalier ont facilité une prise de conscience et de responsabilités chez lui :

Depuis que j'ai rencontré mon psychologue là, ça m'a [fait] réfléchir. Réfléchir, oui, oui, un peu. C'est ça qui m'a fait faire ouvrir les yeux. Ça, que j'ai, ça que j'ai mal, j'ai vu.

Beaucoup de monde de l'hôpital m'a aidé là, ça m'a faite un bon cheminement là. Ça m'a beaucoup aidé. Je marche, je prends ça la parole, tu sais. Ils disent quelque chose pis moi ça me pogne, moi ça me retient ça. C'est moi qui « machine » tu sais... Ça roule dans ma tête pis ça me, ça m'arrange, ça arrange les autres. Pis ça m'aide à rentrer dans ma tête là, dans mon âme là, dans mon cœur.

Annette apprécie le soutien tangible et pratique qu'offrent les travailleurs sociaux lorsqu'ils s'assurent que leurs clients reçoivent une allocation optimale et les avantages auxquels ils ont droit. L'accès à l'information et le jumelage vers des ressources appropriées s'avère également prisés. Annette perçoit que, les travailleurs sociaux seront là pour l'appuyer, quoiqu'il arrive : *“And social workers, if anyone want to try and hurt me they talk to my social worker and they'll get on my case, right away. It's a safety net. You're not powerless.”*

Nathalie apprécie le soutien de la nutritionniste, qui la conseille face à son alimentation alors qu'elle cherche à perdre du poids et qu'elle aspire à un mieux-être. Le rétablissement revêtant pour elle une dimension physique, elle la perçoit comme un soutien à son rétablissement : « Je mange des fruits. Je vois une diététiste. Elle m'aide à régler mes repas. »

Les ressources hospitalières constituent un dernier rempart où il est possible de trouver la sécurité : non seulement un souci est dévolu à répondre aux besoins de base, mais toute forme de violence y est prohibée. Annette explique :

You can walk around that place; feeling like no one is going to hurt you. There are signs all over the (name of the hospital) saying that “Violence is not accepted.” And swearing nor violence. [It made me feel] at home. When I went there I used to walk around myself. Walk down the hallways, meet people, and talk to people. I wasn't alone. I wasn't lonely.

Les ressources hospitalières permettent à certains participants d'affronter les préjugés qu'ils ont internalisés. Annette souligne ce qui suit :

And when I was at the (name of the hospital) I thought... When I was a teenager I heard stories about the (name of the hospital). They were very negative. We knew a lot of teenagers would talk about the (name of the hospital) as crazy people were living there. So when I went there for 3 months, it really opened my eyes to see how many people are so normal.

Les centres de traitement et les équipes communautaires de traitement intensif (ECTI) sont définis, par deux participants qui y ont accès, comme source de soutien à leur rétablissement. Les participantes concernées soulignent l'appui tangible et pragmatique de ces ressources, facilitant ainsi la gestion du quotidien et la résolution de problèmes. Par exemple, Mary dit y recevoir l'appui nécessaire pour se mobiliser, lutter contre l'apathie et poursuivre la réalisation de ses buts, en dépit des difficultés. Nathalie exprime que les services qu'elle reçoit sont complets et tiennent compte de toutes les dimensions de sa vie. Elle dira de l'intervenante primaire qui la suit : « Je la vois à chaque semaine. On regarde ce qui s'est passé dans la dernière semaine, ce qui se passe en ce moment et ce qui va se passer dans un avenir qui approche. On fait le bilan. »

De façon plus prépondérante, huit participants soulignent la contribution des intervenants œuvrant dans des services de réadaptation : il paraît que la qualité du lien avec ces intervenants s'avère plus déterminante en ce qui concerne le processus de rétablissement que la structure ou le type de services offerts. Plus spécifiquement, les participants relèvent les mêmes caractéristiques face au soutien qu'ils perçoivent, peu importe le type de ressources fréquentées - que ce soit des services de réinsertion, des équipes de soutien à l'emploi ou des services de soutien communautaire.

La qualité de la relation établie avec un ou des intervenants demeure centrale : cette relation repose sur l'empathie que démontre l'intervenant mais aussi sur la durée et la continuité de l'implication, comme en témoigne Lucy :

I worked with (name of case manager) for almost eight years. And she has been the best, the best social worker that I have had in a LONG time. And she really cares about the people she works with and it shows. It shows.

Le soutien pratique et pragmatique est relevé par trois participants. Mario constate que depuis qu'il reçoit une aide tangible à ses difficultés quotidiennes, l'angoisse ne le

consume plus. Il peut obtenir des réponses quant à ses questionnements et considère que les intervenants qui le soutiennent jouent le rôle d'un pont ou d'une courroie de transmission. Il apprécie également d'être secondé lorsqu'il initie des démarches difficiles. Une fois la première étape entamée, Mario peut porter le reste de la démarche. La difficulté réside à initier...

Pour faire un bout, pour moi les premières démarches sont très difficiles à faire. Pour moi, elles sont très, très dures. Et avoir juste un accompagnement, c'est facile. Mais par après, je n'ai dit pas... La deuxième étape je vais la faire tout seul, la troisième aussi, la quatrième aussi. C'est juste la première, c'est juste ouvrir la porte. Quand la porte est ouverte, parfait, je peux y aller. Mais pour ouvrir la [...] porte, ça me prend du temps. Alors c'est pour ça que le (nom de la ressource) de ce côté-là, il m'aide.

Pour Mary, cette aide tangible se traduit par les efforts des intervenants pour mieux rationaliser au quotidien ses pensées négatives et les impressions désagréables auxquelles elle doit faire face à son travail :

She helps me with my thought. Thought, you know the way I think. And the way I perceive and the way I interpret her [them?].

Just I need the help and support from (name of IPS practitioner) to help me with my thought.

Les participants qui lient leur identité personnelle à la maladie tendent à soulever qu'afin de prendre des décisions importantes, ils s'appuient sur l'avis des intervenants qu'ils côtoient en communauté. Par exemple, Alex et Michel expliquent :

So I chose the path that they gave me more or less, you know and ever since then they have been helping me out, you know. If I need help I call them or if I need help I call my caretaker or whatever.

Moi, j'ai, j'ai un travailleur que je vois à toutes les semaines, un travailleur communautaire. Pis c'est quasiment un père pour moi. Tu sais, ben il n'est pas paternel. Je ne veux pas dire qu'il est paternel. Mais tu sais, je n'ai pas de père. Je n'ai pas de grands frères. Je suis enfant unique. Pis je lui parle de mes petites affaires pis sans même le vouloir, il va juste me dire un oui ou un non ou tu sais, il va dire un commentaire de 10 secondes, 30 secondes, pis ça va ben gros m'influencer, voir qu'est-ce qu'il en pense pis tout ça. Il est ben

concret, pis tout ça. Pis il est ben franc avec moi pis euh... Fait que son opinion à lui ça compte, quand il va me dire telle affaire, pense à telle affaire, pense à telle affaire. Ah c'est vrai, il faudrait que je fasse ça.

L'accès aux ressources et à l'information facilite le processus de rétablissement. Paolo mentionne que les intervenants, qu'ils soient des services de santé, des services sociaux ou scolaires, sont susceptibles de l'orienter vers des programmes sociaux ou scolaires pertinents. Or, il note également que les personnes aux prises avec des troubles mentaux n'ont pas automatiquement accès à des travailleurs sociaux au même titre qu'à un médecin et il le déplore :

I wish [that] I had more information like access to a social worker to help me, to find me a new place to live. I didn't have access to that. I think that when you are diagnosed with a mental illness, at the hospital, they should assign you a social worker immediately. You know, to help to, if you are running into trouble.

Pour Paolo, il est déjà odieux de vivre avec les effets de la maladie. Ne pas savoir quoi faire ou vers qui se tourner s'avère tout simplement terrible. C'est pourquoi Paolo croit que les intervenants doivent demeurer alertes aux besoins de leur clientèle et leur communiquer les informations concernant les programmes et les ressources, dans la mesure où leurs clients sont en mesure de les entendre : *“Checking if the person is ready to hear it and provide, provide that information”*.

Alex insiste sur le fait qu'il a enfin pu être exposé à de réelles opportunités dans des services de réadaptation. Il souligne également qu'il apprécie recevoir de ces services des rétroactions positives face à ce qu'il peut offrir. Deux participants comptent sur ces ressources pour améliorer leurs conditions de vie et par conséquent, créer un contexte favorable à leur rétablissement. Paolo indique qu'il a trouvé dans des services communautaires une orientation plus complète à l'égard des alternatives qui existaient, ainsi qu'une souplesse dans l'administration des politiques et dans l'organisation des services, qui lui ont permis de mieux répondre à ses besoins de base, tels se loger.

Deux participants indiquent qu'ils trouvent déterminante l'acceptation inconditionnelle d'autrui chez les bénévoles qui gravitent autour de son milieu de vie. Ils

apprécient pouvoir partager et échanger avec d'autres citoyens, tout simplement; ces bénévoles leur permettent de valider qu'ils ne sont pas aussi différents qu'ils le ressentent parfois.

Soutiens qui émanent du réseau naturel

Neuf participants décrivent le soutien qu'ils trouvent chez les membres de leur famille d'origine, leur conjoint ou leurs amis. De façon prépondérante, la famille constitue la source la plus importante de soutien. Huit participants nomment spontanément l'apport d'un des leurs comme une source de soutien face à leur rétablissement. Les parents et les tantes sont davantage identifiés que les membres de la fratrie.

Trois participants expliquent que la compréhension de leurs parents a été déterminante dans leur reconnaissance et l'acceptation de la maladie. En guise d'exemple, Alex mentionne : *“But then my dad was helpful that he understood that I was sick at least. And then he still understands that I am sick sometimes you know.”*

Une participante dont les parents sont aussi aux prises avec des troubles mentaux apprécie l'acceptation et l'accueil inconditionnel de ses parents, malgré que le contexte ne soit pas toujours propice pour eux aussi.

Also I find that family, having a family that you know, despite its problems, are a real asset. [...] Actually, I am very close to my mom. She and I get along really, really well. [...] She certainly has been very positive about things. And my dad as well, he is in own little world, you know. But you know, he says that he's proud of me too, so...

Deux participants expliquent se replier chez leurs proches lorsqu'ils se sentent particulièrement vulnérables, dans l'espoir d'y trouver une sécurité et de reprendre pied. Deux participants indiquent apprécier le soutien tangible face à certaines obligations ainsi que les invitations à partager des activités plaisantes. Par exemple, Nathalie explique que ses sœurs sortent avec elle et que sa mère la soutient étroitement face à son rétablissement et à l'exercice de son rôle de mère :

Ma mère. Elle m'a vraiment beaucoup aidée. [...] Elle venait souvent me voir ou elle organisait quelqu'un pour qu'il vienne me voir à l'hôpital. Et elle s'assure que j'ai tout ce qu'il faut. Elle vient m'aider aussi faire le ménage ici.

L'appui du père de Nathalie emprunte d'autres formes, souvent plus tangibles. Cependant, lorsqu'il perçoit que celle-ci est plus solide, il l'invite à reprendre des responsabilités :

Mon père... Il fait des dîners, un bon bœuf bourguignon, un bœuf braisé là, pis il nous apporte ça à manger ou comme des chaises qu'il m'a données. Quand j'étais à l'hôpital, il venait me chercher tous les jours pour aller à la maison. [...] Quand ils [lui] ont dit que j'étais assez forte, il a dit : « Là tu peux prendre l'auto de mamie moi ça me convient pas toujours tes heures. »

Cependant, le rôle des proches demeure ambigu . En effet, certains comme Paolo soulignent que le rejet des leurs constitue un frein au rétablissement alors que chez d'autres, les proches offrent parfois une précieuse aide tangible, notamment en situation de crise. Marcel explique que l'acceptation de ses parents a tardé à venir, mais qu'elle est aujourd'hui déterminante : « Qu'est-ce qui a changé? Bien, je suis plus... Je veux dire ma mère, mes parents m'ont accepté, tu sais, comme je suis. Avant, ils ne m'ont pas accepté parce que j'étais malade. »

Deux participants soulignent l'apport, parfois mitigés, de leur conjoint. Quatre participants souligneront l'apport de leurs amis, outre ceux qui sont associés aux réseaux d'entraide. Ici, une dichotomie s'observe : alors que certains ne peuvent s'appuyer que sur des individus qui ont connu des problèmes de santé mentale, d'autres cherchent à établir des liens avec des personnes « ordinaires ». D'ailleurs, Paolo souligne l'importance pour lui de créer des liens d'amitié avec des personnes qui ne connaissent pas de troubles mentaux et qui ne savent rien des siens. C'est une façon de s'éloigner d'une marginalité et retrouver une citoyenneté tant désirée.

Having friends. Not necessarily mentally ill people in my case. I feel more comfortable when with people that don't have mental illness and that they know that I... That they don't know that I have... [I have] A couple of friends, [like that] yes. It gives you the impression of a normal life.

Alex exprime de l'ambivalence à l'égard des relations qui lui semblent plus profitables. Lorsqu'il est plus vulnérable, il se sent facilement envahi par les problèmes d'autrui, mais tout compte fait, il n'arrive pas dans ce contexte à être bien avec qui que ce soit :

It helps if they are going through the same thing ...But when I am feeling bad I don't want, I don't want to be anybody's friend you know. If I see somebody that is sick and I am sick, it just wouldn't work out. They're off in their land or I am off in my land. People that are relatively normal I can relate to you know, when I am not sick. When I am sick, I don't relate to anybody.

Soutiens qui relèvent du milieu de vie

Bien qu'il soit difficile de départager les personnes qui partagent le quotidien de celles qui font partie du réseau naturel de la personne, six participants insistent sur le rôle particulier que jouent les foyers de groupe ou leurs colocataires sur leur rétablissement. Par exemple, Lucy qui a partagé son logement avec des colocataires élabore longuement sur le soutien qu'elle en a tiré, notamment par le partage des tâches. Plusieurs individus qui sont passés par des foyers de groupe rapportent y avoir puisé une sécurité et une structure qui leur ont permis de se relever. Mary indique :

And I never develop the part of being safe at your own home, have a roof above your head and having food on the table and have the opportunity to live whatever you like to live. So [in] 2001, I was in the foster home and I really enjoy it.

Le passage dans des foyers de groupe structurants a aussi été salutaire pour Alex. Il y a trouvé un soutien pour obtenir un traitement plus efficace. Surtout, il a apprécié ressentir que les responsables se préoccupaient authentiquement de lui : *“But when I got to a group home that really cared for me. [...] They asked my doctor to give me as much medication as I could handle because I was sick all the time you know.”*

Alex apprécie que certains intervenants de foyers de groupe l'aient aidé en validant avec lui la justesse de ses perceptions ou à mieux gérer sa médication.

And my caretaker helped me out with the pills too. Because I used to take PRNs when I first moved into his group home. I used to take PRNs and he is a strong believer of non-medicated people you know. So he wouldn't give them to me sometimes, you know. And he said just relax for a half an hour with the pills that you have and see how it works out. So it usually works out for me now but at first he gave them to me when I asked him for them. But I don't really ask him to give them to me anymore because I don't need them.

Certains associent les avantages de vivre dans une résidence au fait d'être entouré et de pouvoir, si des affinités existent, tisser des liens d'amitié. Voici ce qu'exprime Annette face au besoin d'être entourée :

Oh, being alone and going through recovery it's harder than, it's harder than being with other people in a group! Being with people in a group home it's easier to recover. [...] Well, you just...they're all girls. So, you feel safe.

And I was starting to feel better. A little bit better. Because I had a place to stay and there were people around me. Whenever there are people around me I get better. I feel better.

Pour sa part, Betty insiste sur le fait qu'elle a trouvé chez la responsable du foyer, une personne qui l'encourage dans ses projets et qui reconnaît ses capacités ainsi que son potentiel. Mary exprime un point de vue similaire pour celle qui l'a pris sous son aile au plus fort de la maladie. L'expérience fut marquante, car elle y a trouvé une figure protectrice et accommodante ainsi qu'une acceptation qu'elle apprécie encore aujourd'hui : *"She was replacing my mother, because she... The way she, she treat me and the way she helped me, it was like a mother. So I have lot of love for her."*

Cependant, Alex souligne que les personnes qui œuvrent dans des foyers de groupe ou de résidences se préoccupent de proposer à la personne des occupations ou des possibilités d'actualiser son potentiel :

Having the door opened to a world which is more real and structured than just living like a warehoused patient.

They realize you are sick, but they give you opportunities to function...

Synthèse face au soutien social

Le type de soutien offert peut différer selon la source. Alors que l'entraide permet de rompre l'isolement, de valider les expériences et de trouver une acceptation inconditionnelle, les réseaux naturels ainsi que les milieux de vie sont davantage susceptibles d'offrir une assistance tangible et pratique. Le soutien offert par les services de santé permet de répondre à des besoins de sécurité, de recevoir des conseils et d'accéder à des opportunités. Cependant, nous observons des dénominateurs communs entre les différents types de soutien. Peu importe la source de soutien, les participants valorisent une acceptation inconditionnelle, une validation des forces et ressources de l'individu, un soutien pragmatique face à la gestion du quotidien ainsi qu'une source d'espoir.

Autres sources de soutien

Les autres formes d'appui au rétablissement constituent un ensemble divers qui pourrait arbitrairement être divisé en deux catégories : des soutiens au quotidien et des soutiens à l'espoir des participants.

Soutiens à la vie quotidienne

Trois sources de soutien sont dégagées à cet égard : la médication, une réponse aux besoins de subsistances et une routine. Douze participants mentionnent l'importance d'un traitement pharmacologique bien dosé, même chez ceux qui entretiennent des rapports ambivalents face à la médication. La clé de voûte repose sur la nécessité que la médication soit bien tolérée et que les effets secondaires soient minimisés. Pour plusieurs participants, une pharmacopée appropriée a constitué un point tournant dans leur processus du rétablissement. Paolo et Alex indiquent :

Obviously, very, very important, you know access to medication. You cannot function without medication.

La seule chose que j'ai à remercier, c'est les médicaments. C'est... Là moi là, moi j'en reviens pas comment ce que ça change une personne euh, plus

humaine. Ben moi, j'ai pensé que j'étais un extra-terrestre pendant deux ans de temps.

Les médicaments là, c'est une chose (pause) qui est pas mal spéciale là, qui a joué un grand rôle dans mon rétablissement.

Certains participants expliquent avoir pris du temps à accepter la médication, celle-ci confirmant l'existence de la maladie. À partir du moment où Mary a pu accepter sa maladie, la médication et le traitement ont constitué un pilier de son rétablissement.

I didn't take my medication because in [name of the country], it's not acceptable to be sick. If you sick, if you take medication they call you crazy.

I'm pretty successful and I accept [that] I'm sick. Since I accept my sickness, I ask my doctor to increase my medication because I... Not increase my medication, give me medication for depression because I accept I'm sick. And I can be normal person with the medication.

Accepting the medication, accepting you sick and work on it, it's a recovery for me.

Les personnes qui lient la maladie à leur identité tendent à accorder une grande importance à la médication. Par exemple, Sylvain spécifie que la médication demeure peut-être son seul soutien. Il explique clairement qu'à un moment la médication fut même salvatrice. Alex partage ce point de vue, quitte à abdiquer face à ses symptômes :

The medication helped a lot. Mostly the medication helped me.

I've tried breathing exercises; I've tried relaxation techniques... Different things to try to get me through the period that feel sick, you know. But it's the medication that helps, it's nothing else really.

I can't control that, the medication has to control it and I say to myself: "It will pass. It will pass. It will pass", until it does pass, you know. Because, it is very (pause) depressing (in a soft voice).

Parce que la médication revêt une grande importance, certains participants entretiennent une relation positive avec les intervenants parce qu'ils lui permettent d'accéder à cette médication. Cependant, ces mêmes participants considèrent que la

médication ne s'avère pas infaillible, car quelquefois les difficultés demeurent tandis que persistent des effets secondaires. Alex indique : *“So, they kind of stabilize me and... Not really totally stabilized. Sometimes, I down sometimes you know.”*

Mario exprime une position fréquemment observée face à la médication. Il en souligne la pertinence et il élabore sur ses avantages. Cependant, malgré son assurance et le fait que sa maladie est bien contrôlée, Mario considère qu'il ne sera pas en santé tant qu'il prendra une médication. À ses yeux, la médication atténue les symptômes mais confirme que la santé ne lui est pas encore accessible.

Cinq participants soulignent qu'une réponse aux besoins de base constitue une condition essentielle au rétablissement, notamment l'accès à des ressources financières suffisantes pour assurer sa subsistance ainsi qu'un logement décent. C'est pourquoi Annette valorise aussi le soutien des organismes communautaires voués à la lutte à la pauvreté, notamment les cuisines communautaires.

Enfin, deux participants insistent sur l'établissement d'une routine de vie, au-delà des aspects structurants du travail. Ces participants indiquent que la routine permet de structurer non seulement son temps, mais ses pensées. Une routine rassure et permet à l'individu de pallier les problèmes de concentration, par le fait qu'elle est prévisible. La routine offre enfin des repères et permet de s'arrimer à la réalité.

Soutiens à l'espoir

Les participants relèvent deux facteurs qui soutiennent leur motivation à se rétablir : 1) la foi et la spiritualité; 2) les émissions de psychologie populaire. La moitié des participants indique qu'ils trouvent un appui dans leur foi. Les témoignages suivants en illustrent l'importance :

Parce que je peux confier ma vie à Dieu. Et Dieu peut m'inspirer... C'est quelque chose qu'on ressent c'est difficile à décrire.

Ça me sécurise. Ça me fait voir la vie plus belle.

But I believe that the Holy Ghost is there speaking to me. Trying to give me inner peace, you know.

Lucy et Marcel expriment qu'ils ne se sentent pas seuls ou abandonnés, grâce à leur foi :

I have my religious beliefs. I find that helps. [...] I find it helps a lot because there is sometimes where, you know, I feel very alone. And I realize that without my faith I would be lost. [...] It's like when you're going through a tuff time, a friend of yours gives you a bear hug or something.

Bien j'appelle ça de même, le bon Dieu, il ne laisse pas ses enfants à côté.

Marcel attribue l'amélioration de son état et de ses conditions de vie à la sollicitude de certains saints, qui à ses yeux, l'ont sauvé. Alex explique qu'à travers sa promesse à Dieu où il a juré de ne plus commettre de tentatives suicidaires, il a pu trouver un levier qui le protège de sa détresse lorsqu'elle devient trop grande :

Somewhere around five, eight years ago, I promised God I wouldn't commit suicide. And ever since then, I feel sometimes like committing suicide but I say I'm, I'm not going to do it because I promised God you know.

Deux participants disent trouver auprès de membres du clergé un soutien et une indulgence qui les apaisent. Annette indique que le point tournant de son rétablissement gravite autour de la rencontre avec un prêtre qui l'accueille, l'écoute et l'aide à faire la paix après une expérience quasi-sectaire :

I needed a priest to be around, and there was a priest around at the (name of the hospital). [It] confirmed to me that God forgave me for leaving being Catholic to another religion and he accepted me back.

So I talked to a Catholic priest about it and he set my road straighter. It went up a bit.

Well I'm glad he was there during the time I was there; I really needed a priest during my time. Like I was thinking a lot of bad things in my head about God, but it wasn't because I wanted to, it was just because my mind was just flowing that way, you know. He kept on telling me to relax, calm

down, God forgives you, Jesus loves you, you know, I think you're going to be okay, you know.

D'autres énoncent qu'une conversion religieuse fut au cœur de leur cheminement. La foi de Mary constitue une source primordiale de soutien dans son cheminement. Par exemple, Mary explique avoir trouvé dans le christianisme une valorisation du pardon, qu'elle ne sentait pas autant dans sa confession d'origine et qui l'aide à faire la paix avec elle-même et son passé. Depuis plusieurs années, Mary se sent bénie de Dieu et se laisse guider par sa foi, même si, *a posteriori*, les choix ne lui apparaissent pas toujours judicieux : *“So it was a time for me to just be blessed by the God and heal myself. And day by day I improved. I was not suffering that much.”*

Outre la foi, deux participants évoquent puiser du soutien au moyen de lectures et de pratiques associées à une vision plus large de la spiritualité, notamment la méditation ou les essais philosophiques. Les soutiens de nature spirituelle ne se réduisent pas uniquement à des aspects strictement religieux.

Enfin, deux participants indiquent qu'ils prennent appui sur les émissions de psychologie populaire ou qui cherchent à susciter la motivation à la télévision. Ces participants soulignent qu'ils y ont puisé un soulagement, ne serait-ce que temporaire. Ils y voient des personnes ordinaires, qui vivent des difficultés semblables ou parfois plus grandes : ils expliquent alors être confrontés au fait qu'ils sont moins seuls qu'ils ne pensent et y entendent des mots d'encouragement. Les belles paroles ont néanmoins un effet fugace, comme l'indique Paolo :

Well, it's like the other day I heard a motivational speaker on TV. What was it that he said? That it is not what happens in your life that is important but what you do about it. I mean, what you do to solve the problem, you know. And that helps but, but I rather like to have a much better situation, that feeling of pride about myself, confronting the problems and all that. I would rather have a... I wish I was more ... Somewhat more successful in the things that I want to do, you know.

La Figure 34 présente une synthèse des variables qui soutiennent le rétablissement. Parmi ces facteurs, les soutiens sociaux prédominent.

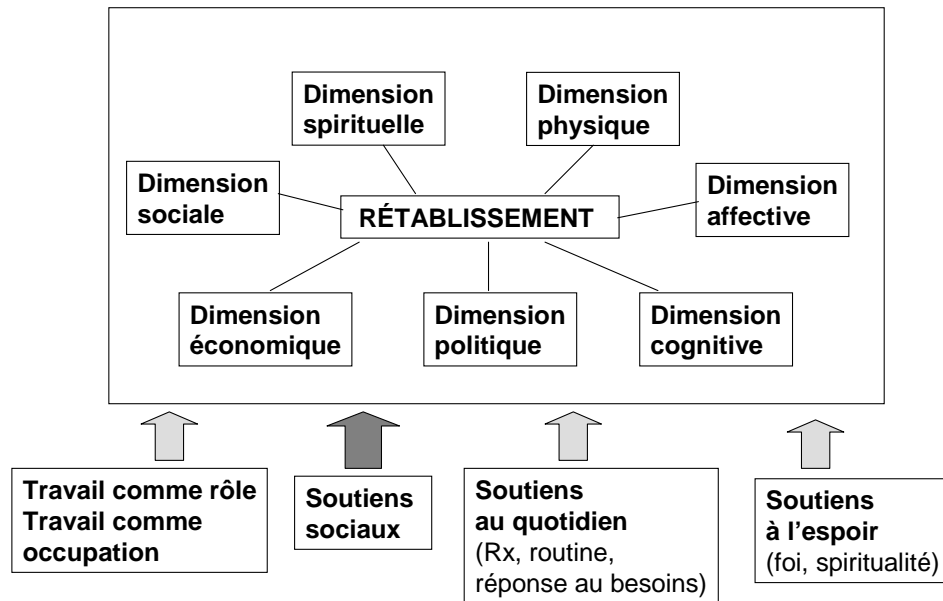


Figure 34. Synthèse des sources de soutiens au rétablissement

5.5.5.2. Autres freins au rétablissement

Outre les freins au rétablissement associés au travail et ses activités apparentées, les participants élaborent longuement sur ce qui contraint le processus de rétablissement à leurs yeux. Ces freins sont esquissés afin de présenter dans leur contexte ceux associés au travail dont il fut question lors de la section précédente. Ces autres sources de freins sont de quatre ordres : alors que certains sont propres à l'individu ou découlent du traitement de la maladie, d'autres émanent des attitudes du réseau de soutien ou de la société.

Freins sociaux

Les freins sociaux ont trait à des relations malsaines ou abusives, des conflits, des prédictions négatives d'autrui, de l'isolement ou du rejet. Neuf participants soulignent l'impact dévastateur sur leur rétablissement qu'ont eu des relations malsaines et des conflits

dans leur réseau social. Trois participants soulignent que ces relations malsaines se existent dans leur famille. Par exemple, un participant indique que sa relation tortueuse, voire malsaine, avec sa mère a freiné son processus de rétablissement.

C'était capoté ma relation avec ma mère. Comme ça l'est pour beaucoup, mais moi ma mère, c'était bien spécial. [...] Ce n'était pas bon que j'habite avec elle, ça m'a retardé de, de, de pas... J'ai sorti beaucoup aussi. Souvent j'ai quitté le foyer, mais je revenais tout le temps. Ça, ça me, me retardait beaucoup, beaucoup.

Pour Mario, les relations avec son père demeurent particulièrement difficiles et tumultueuses, marquées par des jugements, un certain contrôle et un refus des tentatives de Mario d'exercer son autonomie. Son rétablissement a été ponctué de fugues, de fuites et de tentatives de distanciation. Encore aujourd'hui, Mario croit qu'il gagnerait à rompre les contacts. Il se félicite de pouvoir davantage garder son calme et imposer des limites, mais il ne croit pas que cela est suffisant : « Plus, me rétablir c'est essayer de couper les ponts avec mon père. C'est couper les ponts au moins pendant un, une année complète. Ça lui ferait du bien pis à moi ça va faire amplement du bien ».

Deux participants expliquent combien des relations tordues avec leurs voisins ou des responsables des foyers de groupe ont contrecarré leurs efforts de se rétablir. Michel mentionne qu'il a appris à connaître les choses qui le rendent plus vulnérables. Entre autres, il peut être ébranlé par les émotions intenses, par un climat de compétition et par les conflits :

Ce que j'ai de la misère avec, mais ça c'est pas nécessairement que ça va me rendre malade mais j'ai de la misère avec la discorde ou le cri. Crier. La voix forte, quelqu'un qui crie.

Des oppositions le monde se cale entre eux autres, je ne suis pas capable. Je ne suis pas capable, ça me dérange. [...] Donc, les divergences, les voix hautes, les voix fortes, quelqu'un qui crie là, ça me rappelle quand ma mère elle me criait pendant des heures de temps pis ça, ça me met en dehors. Ça me donne, ça me change physiquement. Ça change mon sang de couleur, de température, toute là.

Enfin, quatre participants insistent sur les dynamiques d'abus et les importants conflits conjugaux qui les ont anéantis. Pour un d'entre eux, les dynamiques d'abus et d'exploitation ont toujours cours. Par exemple, Mary décrit que dans la relation contrôlante que son ex-mari avait tissée avec elle, ce dernier l'empêchait de se faire traiter, craignant qu'elle ne divorce par la suite :

I could not ask for help. Because my, because my ex-husband thinks that if I got the help, then I would go to divorce him. So, at that time, I was insecure... And I stayed with him. I stayed with him [with] no help, no love.

Tout comme Mary, deux autres participants indiquent combien les relations abusives ont miné leurs efforts de se rétablir. Quatre participants déplorent les prédictions négatives de leurs proches ou de leur équipe traitante : ces manques de conviction face au potentiel des participants influencent tout autant leur insertion professionnelle que leur rétablissement. Par exemple, Sylvain sent que la responsable du foyer ne semble pas voir son potentiel, que ses capacités sont sous-estimées et il en est blessé : « Elle pense que nous autres on serait, qu'on n'est pas capable... On parle pas de la même chose la, tu sais... Mais elle, elle ne le voit pas.»

Quatre participants indiquent que l'isolement social nuit à leur rétablissement. Deux participants vont même exprimer un phénomène clair d'exclusion sociale. Trois participants insistent sur le désarroi occasionné par le rejet des siens. Paolo souffre particulièrement des jugements émis par sa famille. Il se sent blâmé personnellement, comme s'il était fautif ou défaillant. Ni l'ampleur de sa maladie, ni ses impacts ne sont considérés.

It is like they didn't want to... Like they judge you, you know: "why haven't you finished university yet?" Things like that. They don't appreciate the fact you have been sick, you know. And they start to criticize you, you know. And it hurts a great deal. It is like you lose the respect of them, you know. It hurts a great deal. [...] To the point that I had very little contact with my family. I still feel resentment towards that. Because I had been an ambitious kid that worked hard in school all his life, trying to be, basically trying to be the best. Like very ambitious, very goal-oriented. A person like that doesn't change. A person like that isn't going to become a lazy bum.

Freins sociétaux et environnementaux

Les freins sociétaux ou environnementaux comprennent les préjugés, la pauvreté et les piètres conditions de vie qui en découlent ainsi que les failles du filet de sécurité sociale. Cinq participants soulignent à quel point la stigmatisation limite le rétablissement. Alex exprime ainsi son exaspération : *“Stigma. Ahh!!! I’ve had my time with stigma a lot. People just don’t look at you straight in the eye after you say you’ve been sick. A lot of people don’t understand.”*

Mary a connu son premier épisode au début de son adolescence, dans son pays d’origine au Moyen-Orient. Elle s’est heurtée à la stigmatisation et la violence qui en découle. Faut-il s’étonner que Mary ait refusé longtemps le traitement?

They call you crazy and they throw snow, stone to you. They laugh to you, laugh at you. If you are very sick, they do that. You know, like some people you see at the metro. They look down and they are... [...] And they call you name, at the same time. [...] And I’m still suffering from it.

Because the doctor gave me medication, I went to the doctor and the doctor gave me medication. I didn’t take my medication because in (name of the country), it’s not acceptable to be sick. If you sick, if you take medication they call you crazy.

Les préjugés isolent davantage les personnes qui souffrent d’un trouble mental, comme l’indique Lucy : *“Stigma is in the way! [...] I guess you could say a lot of people don’t talk about their illness around people who don’t know anything about it, because there is no connection.”*

Cinq participants soulignent que leurs piètres conditions de vie et la pauvreté minent leurs efforts de se rétablir. Annette considère que de vivre dans des milieux de vie sombres, petits ou menaçants l’a beaucoup affectée, voire l’a poussée à fuir son milieu de vie, quitte à se retrouver à la rue. Pour Paolo, rétablissement et misère économique sont incompatibles. En fait, il se rétablit de la maladie autant que de la pauvreté. En ce sens, les conditions de vie revêtent une grande importance : *“But living in a small place and doing nothing with your time every day that is not recovery to me.”*

Cinq participants insistent sur les effets dévastateurs de la vulnérabilité économique. Plusieurs parlent d'avoir eu faim ou même d'avoir perdu leur toit. Les difficultés économiques peuvent beaucoup fragiliser l'état clinique de Mary. Elle, qui méprise le suicide, a attenté à sa vie dans un contexte de disette : *“I spend all my money and at the end of the month I didn't end up with the money. And I committed suicide; I tried to kill myself because I was not able to manage my money.”*

L'absence de moyens est une source constante d'inquiétude, comme en témoignent Alex, Betty et Paolo:

It's always a worry. It's always a worry, you know. You're always worried that you have enough or not until the end of the month. It's a nagging worry.

The money [plays] a key role. You have to spend for your family, transportation. When you want to buy something, you have to buy. You have to save for your future, not always spending. It worries me what I am going to do in my old age...

All the stresses about money, it affects a great deal. [...] It can really... It can even make you tremble. Tremble, I mean [it] makes your hands tremble. Your pulse gets accelerated. You get very nervous, you know. Yes, it can make you have an attack of schizophrenia. It can make you start imagining things, hearing voices again. It is a very important factor.

Non seulement le manque de ressources financières devient une source de préoccupation mais il limite les opportunités de croissance, de loisir ou de plaisir, comme l'indique Alex : *« Poverty is a big part of it. It's hard to live on what the government gives you... And still be able to smoke and still be able to do... Go places like a movie once in a while or whatever.»*

Paolo a vécu de sérieux démêlés avec les agents de la sécurité du revenu qui selon lui, l'ont injustement accusé de fraudes. Il raconte avec amertume les nombreux quiproquos qui l'ont conduit à voir ses prestations saisies, et éventuellement son éviction. Paolo cherchait à taire ses déboires financiers, de crainte d'être discriminé à cause de ses problèmes psychiatriques et de la source de ses revenus. Or les agents dévoilent sa situation à son propriétaire à son insu et Paolo en paie le prix :

I didn't want the landlord to know that I had gotten sick and that I was on welfare and I was mentally ill. I mean, you don't want to talk about that because they kick you out. So that person that was taking care of my file, at welfare office, had the brilliant idea of calling them, asking questions about me and telling them I was on welfare. So since that day the landlord was making my life impossible and trying to kick me out. So basically they got me kicked out of my apartment, by doing that!

Il dit avoir été harcelé à partir de ce jour par le concierge qui l'insultait régulièrement :

Because of that situation, I had the manager of the building on my door and just starting insulting me in front of my neighbours, at my door saying that kind of things. So basically, the people from welfare got me kicked out of my apartment.

Les tracasseries se multiplient et les rapports de Paolo avec Emploi-Québec se font de plus en plus difficiles, voire traumatisants alors que Paolo s'enlise dans la psychose :

Every time that I received a letter from the welfare, I would start hearing voices, almost immediately. Almost immediately. To the point that I would go for a walk outside and I really didn't want to be in my apartment because I thought they were going to come to get me, something like that.

I mean, don't these people realize that I am mentally ill? I mean, don't these people realize they are putting me under more stress than I should be under?

Malgré ses efforts et la psychose, les agents appliquent les directives à la lettre et le coupent de tout revenu. Or cette intransigeance mystifie Paolo. Est-ce vraiment des services adéquats pour des personnes en position de dernier recours? Quel est le avantage sociétal de telles mesures? Les coûts individuels et sociétaux ne sont-ils pas plus grands?

They knew I was evicted from my apartment because I told them and still they cut me off for a letter, you know, that was late a day. And they are just following what the law says they have to follow but the law doesn't make any sense. It does not make any sense. Why should a person be cut off from their medication when it is in society's best interest that he takes, that he or she takes the medication?

They are just following the law: a law that is badly designed, you know. And doesn't make any sense whatsoever, you know. Like, why did they cut off my

medication? [...] Why don't they realize that if I am getting kicked out of my apartment, don't they realize that basically, I am not working?

La perte de ses prestations l'a non seulement fragilisé mais a aussi entraîné une perte de l'assurance- médicament, alors que Paolo n'avait pas les fonds nécessaires pour se les procurer. Il se tourne alors vers des vieux médicaments qu'il n'avait pas jetés mais qui étaient nettement moins efficaces.

Because they cut me off I didn't access to medication. [...] When welfare cuts you off, you don't get your medications for free. And I was so short of money that I couldn't get my medications. I was lucky that I had the old medication but I didn't have the new medication that the doctor had prescribed but I had some of the pills from the previous medication that I was taking before and because I didn't want to relapse, I used them.

Comment se rétablir lorsqu'on risque de se retrouver à la rue, lorsqu'on a faim, lorsqu'on ne plus se déplacer, lorsqu'on est démuné? Et pour Paolo, tout cela à cause de l'intransigeance d'un filet de sécurité sociale qui l'a floué...

I was running out of food, you know. I mean, they just put obstacles on you, you know. And I was having trouble getting around to solve the problems because you know, I didn't have a metro pass, I couldn't pay for it, you know. I mean basically they, they turn your life around away.

They almost had me without food because of that, you know.

Paolo a connu d'autres déboires lorsqu'il s'est tourné vers l'Aide juridique pour défendre ses droits. L'avocate qui devait évaluer son éligibilité a plutôt émis des opinions sur la pertinence de sa cause. À la lecture des documents d'Emploi-Québec, elle le déclara fraudeur, sans l'entendre ni enquêter. Il avait perdu la présomption d'innocence, aux dépens de la version d'Emploi-Québec:

And her function is to see whether I have money to pay for the lawyer or not. Her function wasn't to be giving, passing judgment on the letter or what the welfare people had to say. She said... You know what she said to me? "They made the investigation, the letter said that. And that, you know, they do not accuse people without a cause". It is like she was basically telling me I am guilty. She is not there to evaluate whether I am guilty or not. That is not her job. Her job is to evaluate whether I have the capacity to pay for a lawyer or

not, you know. So she was even passing judgment on that and she denied the claim for a lawyer.

Après avoir demandé plusieurs documents, une avocate accepte la cause. Paolo reste dans l'ombre en ce qui concerne le suivi des démarches légales. Nul ne le contacte, lui demande des documents ou sollicite sa version des faits. Il se questionne sur la pertinence de ses démarches d'appel, puisqu'il n'est toujours pas entendu. Selon Paolo, ces manques de considération pour des personnes déjà vulnérables ne font que compromettre leur dignité, nient leur droit à être traité de façon humaine et intègre, tout en accentuant l'humiliation : *“Basically, it is humiliating. The way they treat you, they humiliate you. Basically, that is what they do.”*

Paolo en vient à la conclusion que non seulement le système le blesse davantage, mais qu'il lui a nui, alors qu'il était parmi les plus vulnérables :

So basically the system failed me and I nearly ended up on the street because of that. I nearly ended up with no medication because of that. [...] They almost had me without food because of that, you know.

Yes, they harmed me. [...] All of this is going around at the same time that you are hallucinating, at the same time that you are hearing voices, that you cannot stop the voices. And then you go and you are trying to fight and you are trying to do the best you can, but sometimes, it is not enough!

Freins liés au traitement

Des participants perçoivent que certains freins à leur rétablissement puisent leur source dans le traitement reçu. Les facteurs relevés sont les suivants : un manque de services adéquats; l'attitude défaitiste de certains intervenants; les effets de l'institutionnalisation; et enfin, la médication et ses effets secondaires.

Sept participants soulignent qu'un manque de services de santé adéquats a nui à leur rétablissement. L'accès à des services où le personnel est compétent demeure critique. Dans quelques cas, la qualité des interventions et les habiletés de relation d'aide des intervenants sont soulignées comme étant parfois déficitaires. Plusieurs se sont sentis jugés, sans être écoutés : leurs doléances et leurs préoccupations recevaient peu d'attention

comparativement aux symptômes. Deux participantes indiquent qu'elles vivaient d'intenses difficultés conjugales au moment de leur décompensation et qu'elles n'ont pas reçu le soutien ou l'écoute espérés. Betty ne cesse de revenir sur ce point :

I believe when I was divorcing, I should have had a counselling...

It's a just a domestic problem. Instead of the giving the counselling like often, they [we] need talk about it you know. They don't do that. They give you medication and stop you. And they separate and that's it. You know. That was putting people down and here [in the], group home, [you] find nobody to care where you are. You know. You're just in the house, and they close the door and that's it.

Outre l'absence de soutien face à ses difficultés conjugales, Betty déplore le fait que lors d'une de ses hospitalisations, elle n'a pas été informée qu'elle était en hébergement, ni du plafond de biens auquel elle avait droit en vertu des règlements de l'aide sociale. Ceci l'a conduit à des sanctions financières (i.e. une ponction prélevée sur son chèque mensuel), sans compter d'importantes dettes.

Certains soulignent que les équipes traitantes nourrissent parfois de faibles attentes face au potentiel des personnes aux prises avec des troubles mentaux. Betty reproche à son équipe traitante de ne pas croire à son potentiel et de freiner ses efforts d'autonomie, de crainte qu'elle ne rechute. Betty ne se sent pas appuyée, ni validée : cette attitude constitue à ses yeux une importante barrière. Néanmoins, elle attend donc l'assentiment de l'équipe traitante avant d'entreprendre la réalisation de ses projets.

This is a big because my doctor stopping me. And then I am living in a group home. I should have been living in local housing all by myself and I was supposed to, I should have to be able to go to work everyday. [I should be] totally dependant on myself. I'm not supposed to live in welfare. I don't comfortable living in the welfare.

The nurse [does] not agree with me you know. She's scared [that] if I live alone, somebody will take advantage of me.

Jim s'insurge contre les effets de l'institutionnalisation chez des amis qu'il visite à l'hôpital. Il déplore le manque de respect, manifesté à l'égard d'un ami chez qui il constate

l'internalisation d'attentes peu élevées. Et il ne peut que constater le mutisme de ce dernier face à ce qu'il considère être un traitement inadéquat :

He's like childlike now. And the way we all would treat him, like I wouldn't like the way the guy in the group home treat him even. I saw him treated with very disrespectful manner. He's like 45 or whatever, being treated like a child. Even though he should have some control, dignity or something, to them you know.

Annette déplore que la gamme de services offerte ne permette pas de répondre plus efficacement aux désirs d'intégration des personnes, comme celui de se maintenir en emploi ou dans son logis. Elle explique avoir passé à l'acte afin que ses besoins soient entendus.

I did get depressed at one point where I was having a hard time finding a job, before I met (name of girlfriend) my girlfriend in the second foster home and I took a bunch of pills just to hurt myself. I wanted help but... Maybe I was too impatient and I didn't want to wait until someone saw me, you know. So I took a whole bunch of pills, not to kill myself though... [...] I wasn't getting any responses.

If a patient wants to find work and is living in a foster home... I think the social workers should at least follow up on their patient's twice a week to see that they don't take an overdose of pills. So it doesn't end up being that way.

Dans un même ordre d'idée, Paolo critique le fait qu'un travailleur social n'intervienne pas d'office dans les urgences psychiatriques, afin de maximiser le soutien et l'accès à l'information. Les symptômes occasionnent suffisamment de souffrance, sans devoir transiger avec l'absence d'information ou de ressources qui pourraient faire une différence au quotidien.

I wish I had more information like access to a social worker to help me, to find me a new place to live. I didn't have access to that. I think that when you are diagnosed with a mental illness, at the hospital. They should assign you a social worker immediately, you know, to help to, if you are running into trouble.

Michel déplore ne pas avoir croisé plus tôt dans son parcours des services de réadaptation. Du même souffle, Alex s'insurge contre les résidences où vivent entassées les personnes aux prises avec des troubles mentaux, sans que leur soient offertes des occasions et des moyens de se développer :

My first group home that I was in, when I first came to Montreal with my sister was not a help. We were just, what I call “warehoused” and there was no resource to go to or I didn't feel like going to the resources that they were showing me. Like you know centres like this, but more sick people you know... By that time, I said I don't want to be with sick people.

Trois participants indiquent que leur médication ou des effets secondaires trop importants freinent leur rétablissement. Pour Paolo, bien que les médicaments s'avèrent essentiels à son rétablissement, leurs effets indésirables minent ses énergies et sa capacité de se défendre :

But sometimes, taking the medication or over do it... Greatly over do it, makes you really, extremely drowsy to the point that you are so tired, you cannot think or defend yourself, against problems you may have in your life.

Trois autres participants insistent plutôt sur les retombées négatives de l'arrêt de la médication. Cependant, Lucy relève que la difficulté à trouver une combinaison pharmacologique qui serait efficace, a constitué une formidable occasion de changement:

And my doctor took me off all my medication. [...] Yeah, I was so depressed all the time and they put me on many different kind medications but I have a high tolerance level to meds and they tried everything. And I realized at that point, that I had to change some things in my life.

Betty souligne également combien les effets secondaires furent à ses yeux particulièrement invalidants :

Sometimes, you get sick or something, you know... And you can do nothing like work able in the kitchen or things like that. This gets bad. When I was living in my husband's place, I was sick, I cannot recover. I was shaking. I cannot be as busy as I used to do. Like right now, I'm doing the cleaning, washing, ironing, comb the cat and take the hair and dust and things like that. I was paralyzed for medication for awhile.

Pour certains, le fait même de prendre des médicaments est perçu comme une nuisance. C'est le cas de Betty :

They give some medication for something and they stop one week or row week but this one, it is taking years and years. It seems like, no future. It's like a dead end alive you know. You don't see the light in the road. I feel that way.

It seemed to be years and years and never end. And it's tired, but not as much. The medication put you lose and weak...I used to be strong. I work very hard.

La Figure 35 résume l'ensemble des freins au rétablissement, outre ceux associés au travail ou aux activités productives associées.

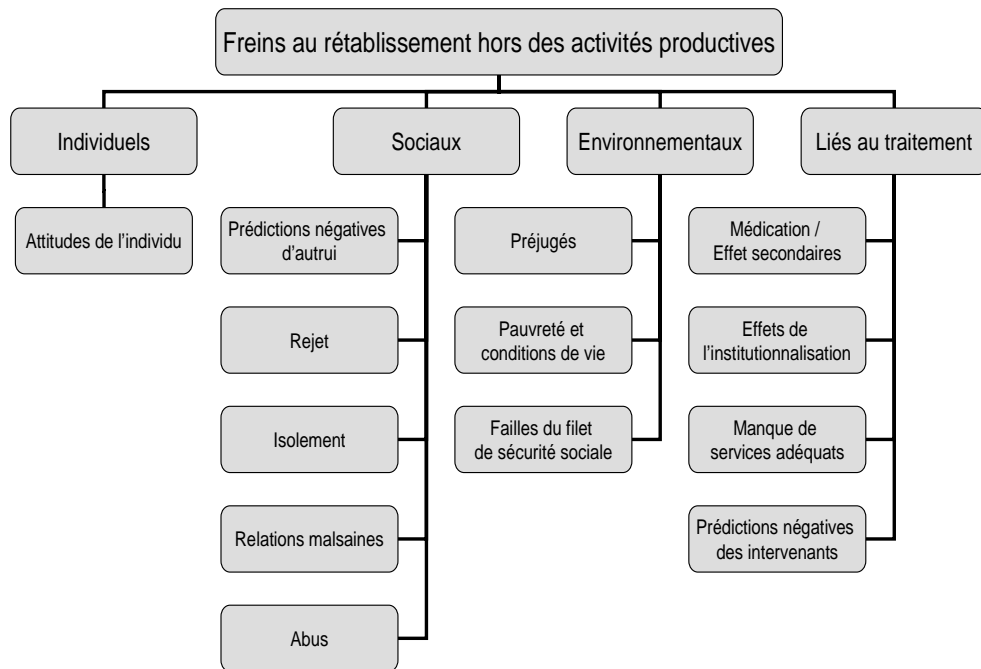


Figure 35. Autres freins au rétablissement, excluant ceux associés au travail

Pour sa part, la Figure 36 présente une synthèse de l'ensemble des facteurs susceptibles d'influencer positivement ou négativement le processus de rétablissement.

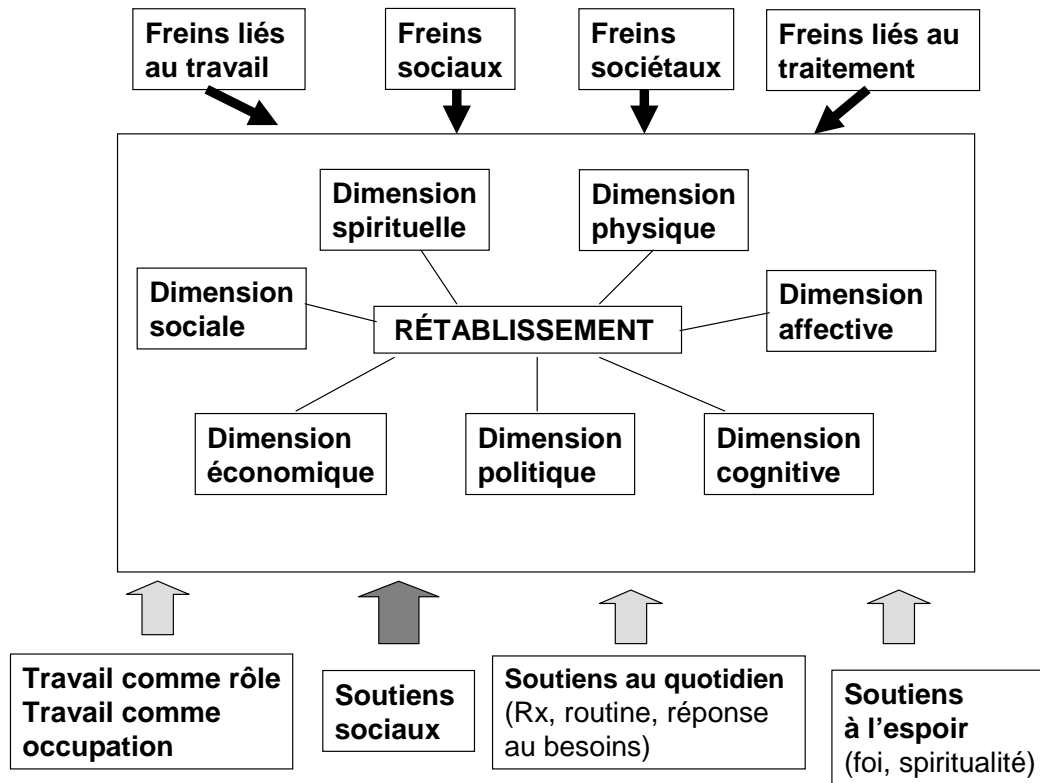


Figure 36. Facteurs susceptibles d'influencer positivement ou négativement le processus de rétablissement

5.5.5.3 Facteurs qui fragilisent les participants dans le processus de rétablissement

D'autres facteurs, sans constituer un frein, fragilisent l'individu dans sa démarche de rétablissement. Ces facteurs sont associés à des trajectoires de vie, des habitudes de vie, ainsi que des aspects individuels.

Parmi les éléments des trajectoires de vie, plusieurs événements difficiles ou traumatiques sont relevés par les participants. Outre les aspects qui découlent de la pauvreté

ou de l'exil, les participants insistent sur le fait qu'ils ont dû se rétablir en même temps qu'ils ont dû surmonter des événements difficiles, voire tragiques. Quatre participants rapportent qu'ils ont dû faire face à une mort violente ou inattendue d'un de leurs proches, et un participant a eu à composer avec des tentatives de suicide chez l'un de ses parents. Rappelons que six participants ont connu l'itinérance et que dix ont été victimes d'une forme de violence. Dans une moindre mesure, trois participants expliquent s'ajuster difficilement aux changements importants ou à la nouveauté dans leur vie. Enfin, trois participants racontent que d'intenses questionnements spirituels, voire même des ruptures spirituelles, les ont considérablement fragilisés. Annette explique qu'elle a d'abord perdu pied lorsque son père l'a conviée à changer de confession. Cette expérience a frôlé l'endoctrinement et Annette a vécu un intense questionnement spirituel. De retour chez elle, un membre du groupe religieux la recrute de nouveau et compromet l'intégrité de son couple. L'influence et l'intrusion du groupe font des ravages :

They broke us up. I guess if we would have broken up on our own, it would have been different. I would have been a lot stronger and but I lucked into that guy got me into church, and I was there. I cried for I don't know how many months. I think for about a few, about three months or so.

Lors de l'examen des facteurs qui concernent les habitudes de vie, on retrouve autant des habitudes que des perturbations de ces habitudes. Par exemple, certains participants abordent l'impact de perturbations du sommeil ou des écarts alimentaires, comme l'indiquent Marcel, Jim et Paolo.

Bien manger, comme il faut, manger bien là. Pus de faire des mauvaises choses que t'es pas supposé de faire parce que tu vas être malade après. [...]Je touche à ça, je suis malade à chaque fois.

I remember that I wasn't eating too, too well at that time. And the other big factor was that I wasn't sleeping and I was doing that intentionally. [...] I would lie down in bed and I would close my eyes but I would never allow myself to drift unconscious. So I was always awake. So, when it was morning time, I just got up. And I didn't sleep. I just laid, my eyes were closed, well rested. And maybe that was a factor that changed mental perception.

Especially if I am sleep deprived. I get anxious and I get compulsive if I am sleep deprived.

Six participants soulignent que des enjeux de consommation ont fragilisé leur rétablissement, soit en induisant des psychoses ou des passages à l'acte. Cependant, un participant tiendra à assumer ses responsabilités face à la consommation : après tout, c'est lui qui accepte ou refuse de consommer :

C'est moi qui décide si je vais fumer un joint ou pas. Si je vais faire de la coke, si je vais me saouler.

C'est moi qui décide si oui ou non, je vais en prendre de la dope. Même si les gars: «Envoye donc! Il y a rien là, ça va juste te relaxer pis tout ça». Moi je dis ça se peut... Pis les gens qui t'en proposent, ils ne pensent pas à ton meilleur intérêt, tu sais. Faut que tu te dises dans ta tête : « Bon qu'est-ce qui m'ont dit, qu'est-ce que ça fait? Ok. Faut dire non. » Fait que tu dis non. Fait que c'est ça. Donc, c'est prendre les bonnes décisions. Il faut prendre les décisions pour ses limites, pour soi.

En ce sens, sept participants relèvent l'existence de facteurs individuels, qui peuvent les fragiliser face à leur rétablissement. Ces facteurs se résument à la nécessité de respecter ses limites, d'imposer de saines frontières interpersonnelles et de reconnaître ses points de vulnérabilité.

Quatre individus mentionnent qu'ils doivent maintenir de saines frontières interpersonnelles. Par exemple, Alex et Lucy soulignent qu'ils doivent être prudents lorsqu'ils interagissent avec des pairs, car ils tendent à se laisser envahir par leurs déboires :

[I'm] more sensitive to people that are not feeling well you know. I can tell when people aren't feeling well you know.

It helps if they are going through the same thing ...But when I am feeling bad I don't want to be anybody's friend you know. And if I see somebody that is sick and I am sick, it just wouldn't work out. They're off in their land or I am off in my land.

I am finding that I try not to get myself involved in too, too much, because if I do I will crash.

Pour d'autres, une intrusion et une grande intimité avec quiconque les fragilisent. En guise d'illustration, Michel explique qu'il doit généralement maintenir de bonnes frontières interpersonnelles, car il se sent aisément envahi.

Mais, c'est ça, j'ai... on a travaillé là-dessus, pis j'ai... c'est que j'ai des limites, qu'il faut... Il ne faut pas que... laisser les autres entrer... Moi, laisser trop entrer parce que...J'ai pas... je ne suis pas assez, j'ai besoin de ces limites-là pour me garder... comment je pourrais dire... mon, mon jardin... c'est comme je n'ai pas de système immunitaire trop fort côté mental, c'est pour ça que si le monde rentre toi ben là, je me perds, là, je me dissipe, je me dissolue. Fait qu'il faut que je garde ça pas mal mon jardin secret à moi, pas mal les murs hauts, pis juste laisser un petit peu entrer le monde dedans, mais pas trop...

D'autres indiquent qu'il leur faut se montrer vigilants face à leurs limites et gérer leurs énergies. Quatre participants insistent sur l'impératif besoin de définir ce qui les rend vulnérables : chez trois d'entre eux, la sexualité demeure lourdement chargée de tabous et de souffrances. Deux participants énoncent des sources de vulnérabilité qui leur sont personnelles, qui les entraînent vers une augmentation des préoccupations ou des compulsions. Par exemple, Lucy mentionne que l'accès à l'Internet bouleverse ses habitudes et qu'elle tend à s'y engager compulsivement jusqu'à ce qu'elle décompense. La Figure 37 présente une synthèse des facteurs qui fragilisent l'individu dans son processus de rétablissement.

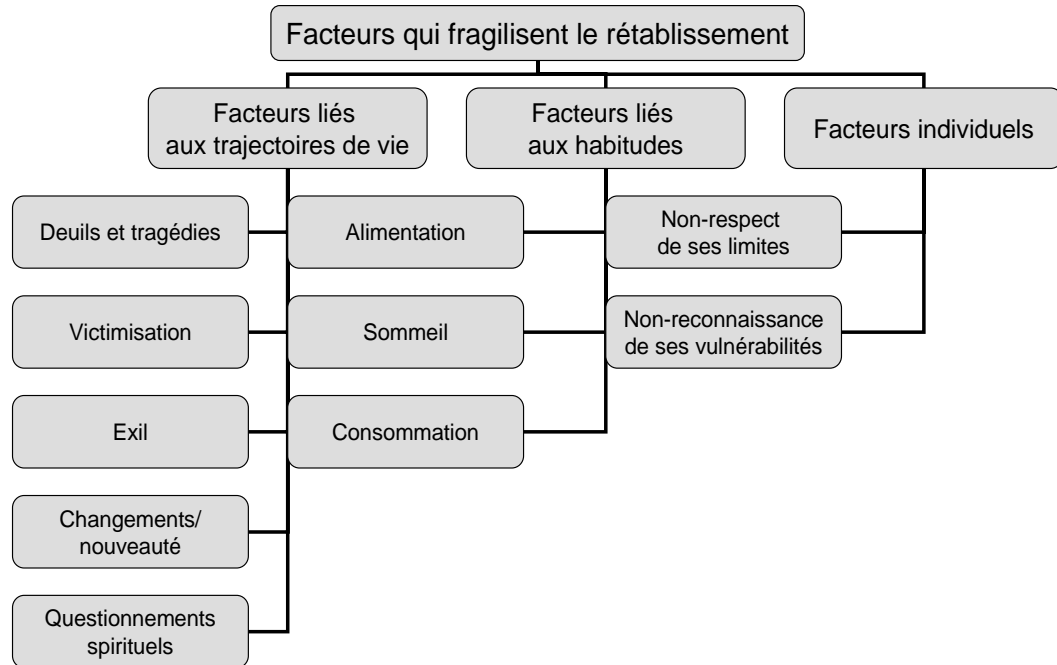


Figure 37. Facteurs qui fragilisent l'individu face à son rétablissement.

5.6. Une réponse à la troisième question de recherche

La troisième question de recherche était : comment la reprise ou la poursuite d'une forme d'activité liée au travail s'inscrit-elle dans la démarche plus large du rétablissement ? Pour y répondre, rappelons que le contexte où s'exercent les occupations productives associées au travail influence le sens de ces activités et sa contribution au rétablissement. Nous avons aussi constaté que si le travail peut soutenir ou freiner le processus de rétablissement, d'autres variables s'avèrent toutes autant importantes pour les participants. Afin de mieux répondre à la troisième question de recherche, il reste à comprendre quelle est la contribution particulière du travail au processus de rétablissement. Les activités productives associées au travail procurent d'abord à l'ensemble des participants les bienfaits associés au fait d'être occupés. Ceux qui œuvrent dans un milieu régulier de

travail ou d'études voient aussi dans leurs activités productives l'expression d'un rôle. De façon plus spécifique, quel est l'élément du travail qui influence davantage le rétablissement : l'occupation, le rôle ou autre chose?

5.6.1. L'occupation

Les participants qui travaillent grâce à des mesures d'insertion, notamment en milieu protégé, insistent sur l'importance pour eux de s'occuper. Dix participants insistent sur l'importance de s'investir dans une occupation pour faciliter leur rétablissement. Six participants recherchent activement l'appui d'occupations pour structurer leur quotidien et soutenir leur mobilisation. À cet effet, Lucy et Sylvain soulignent :

Because I find that if I don't have enough structure, I end up staying home and not being very productive so...

And to make sure that I have a routine that I do everyday. Instead of, you know just sleeping...

Je le demande de pas souvent d'aller travailler, où est-ce que je travaille. Je fais une petite heure parce que ça me donne de quoi à faire dans journée. Mais il faut pas tu restes... Moi, je n'aime pas rester dans la maison.

Plus spécifiquement, Alex signale qu'il ne cherche pas à investir le marché du travail : il cherche plutôt à canaliser ses pensées et énergies vers autre chose que les préoccupations, fuir l'inactivité et vivre quelques défis.

That helped a lot because I got to get up in the morning, and go to work and stuff like that... It was fun. [...] That's why I did it for, just to get out of the house... And I was living at a new house at the time and everything sort of work out, with here and the work. The work I did, sort of a bit challenging and something to do during the day instead of just hang out at the house, you know...

It's very important that I have something to do everyday. Or else, I would just go crazy in my room and worry about everything. Worrying about every single little thing, you know. It gives me a break and makes me think about nothing, you know. Except the job.

Quatre participants soulignent que l'activité productive associée au travail n'est qu'une des occupations sur lesquelles ils s'appuient. Une fois le travail terminé, il leur faut s'investir dans d'autres activités ou d'autres tâches. Cependant, ces occupations auront davantage d'impact sur le rétablissement si elles s'avèrent significatives ou stimulantes. Certains font presque une équation entre se rétablir et être occupés. Lucy et Betty expliquent :

So I am pretty, pretty busy so far, you know. I'm starting to get a little bit more involved. There is a little, little time were I kind of pulled back. But on a whole, I am fairly busy.

If you work hard, it's not difficult from the... It's active, you have to keep yourself busy, active and don't think. If you are thinking sad and take a book and read, or listen to the music or watch T. V. or go for a walk or something difficult.

I'm feeling good when I accomplish and I do some sport like walking, long walk [or] go to see a movie with a friend, or talk to them you know. It encourages me to go ahead, you know.

Betty constate que les périodes d'inactivité professionnelle étaient moins propices à son rétablissement, car son horaire occupationnel n'était organisé qu'autour de la prise de médication, sans qu'il n'y ait d'occupations ou de soutiens significatifs. Ainsi, les périodes d'inactivité nuisent à l'état de santé de Paolo : *“But staying in the house, doing nothing and losing your time, only makes you totally feel worse.”*

Les occupations significatives de Michel, y compris celles qui ne sont pas associées au travail, constituent un refuge quant aux effets dévastateurs de la maladie et consolident une identité fragile. Dès son adolescence, des occupations comme la magie et le piano offrent à Michel des repères, le valorisent et l'aident à s'ancrer dans la réalité ainsi qu'à se différencier des autres jeunes.

Ça été très important moi la magie. La magie pis le piano. Tellement que quand j'étais jeune au secondaire, j'avais des problèmes d'identité pis d'insécurité, des problèmes d'insécurité. Je me, je me... J'avais un mantra, c'était piano magie, piano magie, pis... Tu fais du piano, pis de la magie, c'est ça qui te distingue des autres.

Ça me "groundait". Ça me disait: « Au moins, je fais du piano. Ce n'est pas tout le monde qui fait ça, pis de la magie c'est encore moins commun.

Ça me mettait au-dessus des autres fait que quand j'étais insécurisé, tu sais quand j'étais... Moi j'étais très compétitif tu sais au secondaire pis je voulais toujours être le meilleur. Pis quand je n'étais pas le meilleur, je disais : « Ben je suis le meilleur en piano pis en magie. »

Devenu adulte, cette tendance se maintient lorsqu'il investit la routine d'un foyer de groupe : il réalise alors qu'il pourrait travailler. Il est mû par le désir de contribuer, de s'impliquer, de s'investir dans une activité valorisée. Les activités productives, aussi simples soient-elles, constituaient une manière d'actualiser ses valeurs.

Ça m'a dit que j'avais, que je devais, je devais et je pouvais travailler. Mais c'était pas travailler, c'était m'impliquer...Gagner un peu d'argent, contribuer, mais pas au début, je ne voulais pas nécessairement contribuer tout de suite parce que je ne voyais qu'est-ce que pouvait être ma contribution. Mon estime de moi était pas assez fort pour [dire]: «Je vais donner mon immense savoir».

En guise de conclusion, Mary souligne avec justesse que les activités productives associées au travail ne constituent pas les seules occupations susceptibles de soutenir l'individu dans son rétablissement :

In another word, it depends of people. You ... If thing is work for me, it doesn't mean work for everybody. I think that way for myself, but maybe other people playing game, and being with their family, or going out the way they like... [...] So it depends of people.

5.6.2. Les rôles

Les rôles peuvent s'avérer une source de soutien importante au rétablissement d'un individu, car ils offrent une opportunités de se réapproprier un statut socialement valorisé. Autrement dit, l'accès au rôle de travailleur soutient davantage le processus de rétablissement que l'occupation : toutefois, les avantages demeurent fonction du contexte, dans les deux cas. Cependant, si le travail à titre de rôle soutient le rétablissement lorsque le contexte est propice, d'autres rôles peuvent présenter une fonction similaire. Sept

participants s'appuient sur d'autres rôles que celui de travailleur pour se rétablir, peu importe de la perception qu'ils ont du travail.

Par exemple, les deux mères de l'échantillon s'appuient davantage sur leur rôle de parent que sur celui de travailleuse ou de bénévole. Si les études ou le travail ont longtemps soutenu Nathalie, c'est maintenant dans l'exercice de son rôle de mère qu'elle puise du soutien. Pour se rétablir, elle veut continuer d'appuyer ses enfants. Elle leur doit d'être à la hauteur :

Je suis restée active. J'ai des mauvais moments juste une partie de la journée. Avec les enfants, je garde le cap.

Être à la hauteur avec les enfants. (Pause) Ne pas me laisser aller.

Mes enfants [...] Je pouvais plus reculer, il fallait que j'avance.

Pour sa part, Mary insiste sur le fait que d'assumer la garde son fils aîné lui procure plusieurs avantages au quotidien, dont une valorisation et un certain sentiment de réparation. De plus, vivre avec son fils brise son isolement et constitue une motivation à effectuer certaines tâches domestiques :

And I'm thankful of the God because I got help in the past and I can take good care of him now. I provide the security, comfort, food, and everything I didn't have, I have now and I can provide for him.

And at the same time, I'm not alone: I have some company to cook for him. Because when I'm alone I don't feel to cook for myself, but then I think: "What do you want to give to him when he comes for supper?" Then I cook, I have a benefit, he has a benefit and I feel not guilty. Not more guilty. I still feel guilty about the past, even if... I didn't have a chance, because the thing I did to him, hurt him. To be harsh with him was something like that, but I guess I can provide a bit of what I have to do for him.

Si seules les femmes soulèvent leur maternité comme étant un rôle fondateur, seuls les hommes aborderont de la même façon la vie conjugale. En effet, quatre participants soulignent l'importance de jouer le rôle de conjoint, dans un contexte de réciprocité, comme tout autre adulte. Pouvoir vivre des relations sexuelles dans un contexte de

mutualité suscite chez ces participants un sentiment d'acceptation, d'être aimé et désiré, qui confirme leur valeur personnelle. De plus, ces participants tendent à associer les périodes où ils investissent une relation satisfaisante à des temps forts de leur processus de rétablissement alors que les conflits et les ruptures sont associés aux moments les plus difficiles, comme le partage un participant :

Because I had an old girlfriend once...And she wanted, she wanted me boxed into her apartment and not to move out more or less. I was on and off with her for the past five years too. But from ten to eleven years ago, I was with her, but it just didn't work out and we just kept not working out, not working out, not working out and finally I flipped and I tried my overdose.

I was going through a rotten time at that time. My first girlfriend had just left me and my world was collapsing around me.

The last girlfriend made me feel invaluable by saying that she doesn't want to see me anymore.

Pour Paolo, le rôle d'étudiant constitue un véhicule privilégié afin de s'en sortir et accéder à un bon emploi, voire à la réalisation d'un rêve professionnel. C'est par la formation qu'il cherche à s'accomplir et par laquelle il mesure ses capacités. Il explique se sentir en mouvement vers la résolution de certaines difficultés, notamment de son avenir économique. Cependant, contrairement aux rôles discutés jusqu'ici, le rôle d'étudiant revêt davantage l'allure d'un moyen que d'un pilier dans le processus de rétablissement.

Enfin, Annette insiste sur la nécessité de suivre de près les personnes qui n'ont pas de rôles ou d'occupations dans leur vie, révélant l'importance des activités productives et de l'accès à la citoyenneté. Selon elle, les services de santé ne peuvent abandonner les personnes à elles mêmes mais doivent plutôt les aider à réaliser leurs buts de travailler ou de vivre en appartement, peu importe l'intensité de la maladie. Elle craint que l'absence de rôles et d'occupations ne les pousse vers le suicide, comme ce fut son cas :

Stay in touch with the patients in the hospital on a regular basis. Like at least if they're not working twice a week. If a patient wants to find work and is living in a foster home...

I think the social workers should at least follow up on their patient's twice a week to see that they don't take an overdose of pills. So it doesn't end up being that way, so the outcome won't be bad. And helping them, helping them to find work too.

En conclusion, il s'avère juste de signaler que le travail peut soutenir le rétablissement d'abord en tant qu'occupation, puis en terme de rôle s'il est exercé sur le marché régulier de l'emploi. Cependant, le contexte de travail doit être propice, c'est-à-dire : les conditions de travail doivent être raisonnables, le climat de travail doit être sain et la congruence personne-emploi maximisée. Le travail comme occupation demeure un vecteur moins puissant sur le rétablissement que le rôle de travailleur. Cependant, les rôles de parent, de bénévole ou de conjoint peuvent s'avérer tout aussi significatifs et porteurs de rétablissement, même s'ils n'ont pas fait l'objet d'autant d'écrits.

5.6.3. Pour aller plus loin...

L'analyse des données révèle que deux autres variables permettent davantage d'expliquer la démarche des participants : l'attitude que les personnes adoptent à l'égard de la maladie et la perception des causes de la maladie. Alors que la première variable nous permet de saisir combien l'individu arrive à se redéfinir de façon constructive et à assumer son pouvoir d'agir, la seconde est critique pour mieux comprendre les mesures de soutien qui seront valorisées, les stratégies adaptatives, les attitudes qui seront adoptées et les dimensions du rétablissement qui seront explorées.

Rétablissement et réappropriation du pouvoir

Au-delà des témoignages des participants, il semble qu'une association existe entre l'attitude qu'adopte l'individu à l'égard de la maladie et le pouvoir d'agir psychologique. De toutes les variables examinées lors de cette étude, autant celles concernant le travail que le rétablissement, seule l'attitude qu'adopte l'individu face à l'égard de la maladie semble expliquer en partie les variations observées dans les résultats de l'échelle « Prendre des

décisions »³. Lors de l'analyse, les catégories « Accepter la maladie » et « Combattre la maladie » ont été fusionnées puisqu'elles constituent deux facettes d'une même position (l'acceptation est perçue par ces participants comme un préalable au combat).

Un examen de la Figure 38 permet de constater que les personnes qui lient leur identité à la maladie sont généralement celles qui expriment un niveau moins grand de pouvoir d'agir psychologique (résultats au-dessus de 2) alors que celles qui offrent une explication alternative tendent à affirmer un plus grand pouvoir d'agir.

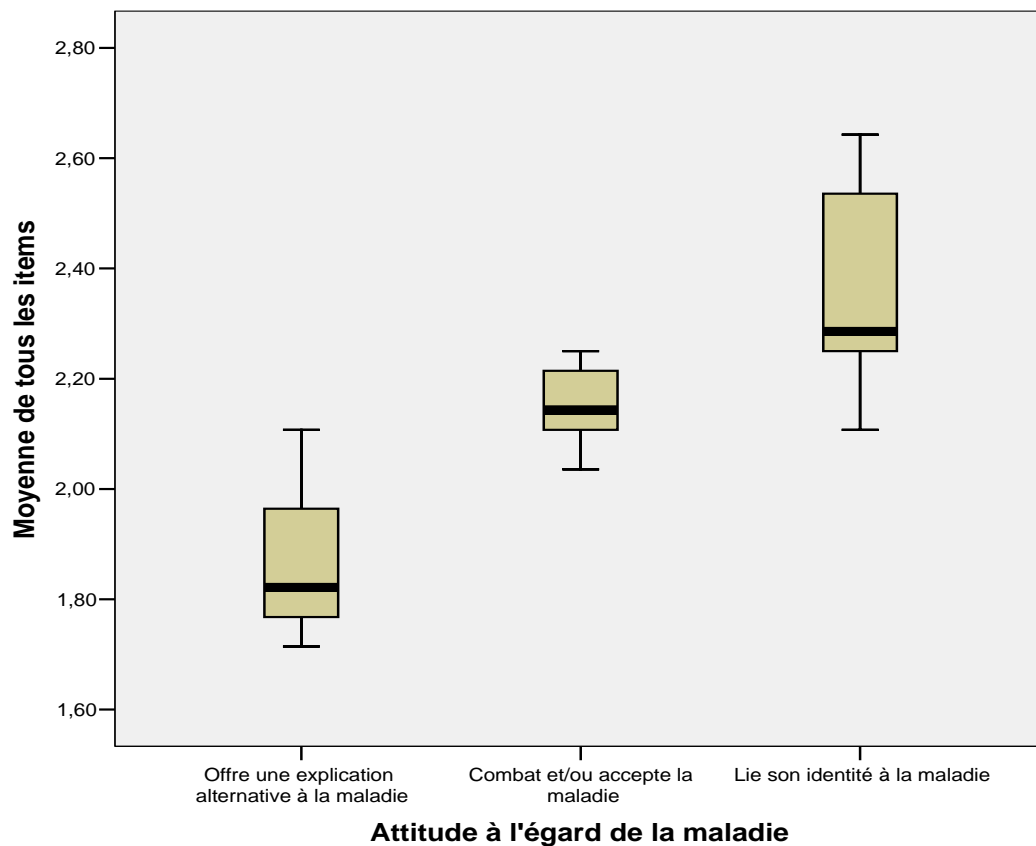


Figure 38. Distribution des résultats à l'échelle « Prendre des décisions » en fonction des attitudes adoptées à l'égard de la maladie.

³ Sur l'échelle "Prendre des décisions", les résultats les moins élevés témoignent d'un plus grand degré d'appropriation du pouvoir d'agir.

Un examen plus approfondi de cette tendance révèle qu'elle repose principalement sur trois sous-échelles de « Prendre des décisions »⁴. Par exemple, cette distribution se retrouve dans la sous-échelle « Autonomie et activisme », tel qu'illustré à la Figure 39 :

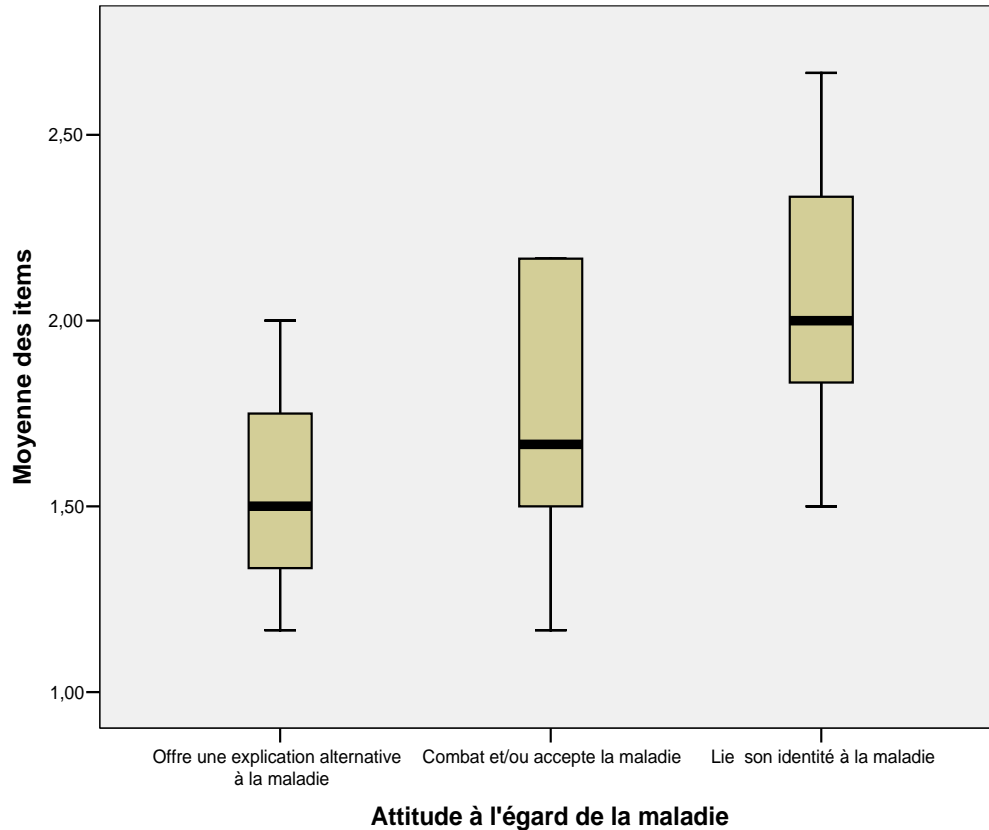


Figure 39. Distribution de la moyenne des items de la sous-échelle « Activisme et autonomie » en fonction des attitudes adoptées à l'égard de la maladie

⁴ L'Échelle « prendre des décisions comporte cinq sous-échelles, tel que précisé aux sections 4.4.3 et 5.1.2. Ces sous-échelles sont : 1) estime de soi et efficacité personnelle; 2) appropriation du pouvoir; 3) autonomie et activisme communautaire; 4) optimisme et contrôle sur sa vie; 5) colère légitime.

Les participants qui offrent une explication alternative à maladie semblent présenter un plus grand degré d'autonomie alors que les résultats obtenus auprès des participants qui lient leur identité à la maladie indiquent un niveau d'autonomie plus faible. Par ailleurs, il importe de souligner que seuls deux individus présentent un score clairement négatif (une moyenne au-dessus de 2,5).

Cette tendance s'avère aussi manifeste lors de l'examen de la sous-échelle « Estime de soi et efficacité personnelle », comme l'atteste la Figure 40. Encore ici, deux participants qui lient leur identité à la maladie présentent une pauvre estime de soi et un sentiment d'inefficacité. À l'inverse, l'écart entre les participants qui offrent une explication alternative et les autres participants semble se creuser :

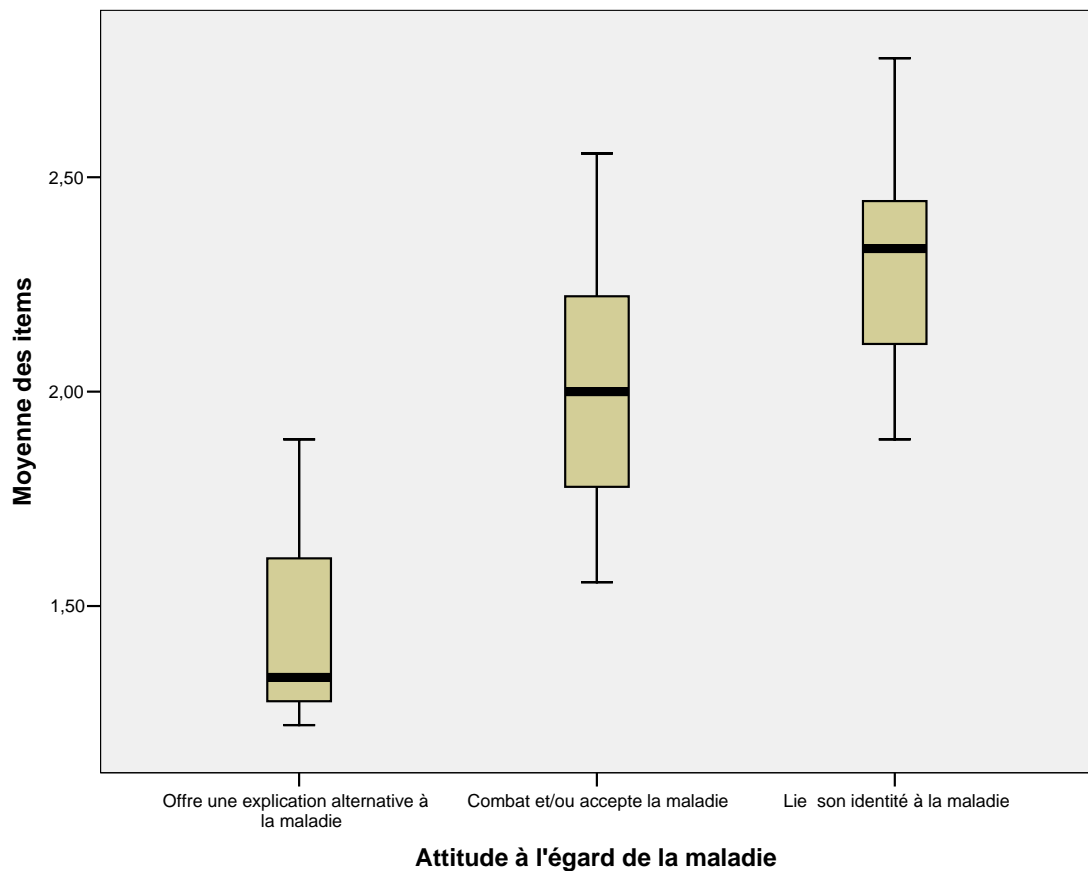


Figure 40. Distribution de la moyenne des items de la sous-échelle « Estime de soi et efficacité personnelle » en fonction des attitudes adoptées à l'égard de la maladie.

Encore ici, les patrons d'interaction entre l'attitude qu'adoptent les participants à l'égard de leur maladie et les dimensions de l'appropriation du pouvoir tels que mesurés par l'échelle « Prendre des décisions » se reflètent dans les résultats, appuyant ainsi l'analyse qualitative. Cette tendance s'avère encore plus marquée pour la sous-échelle « Optimisme et contrôle », telle qu'observée dans la Figure 41.

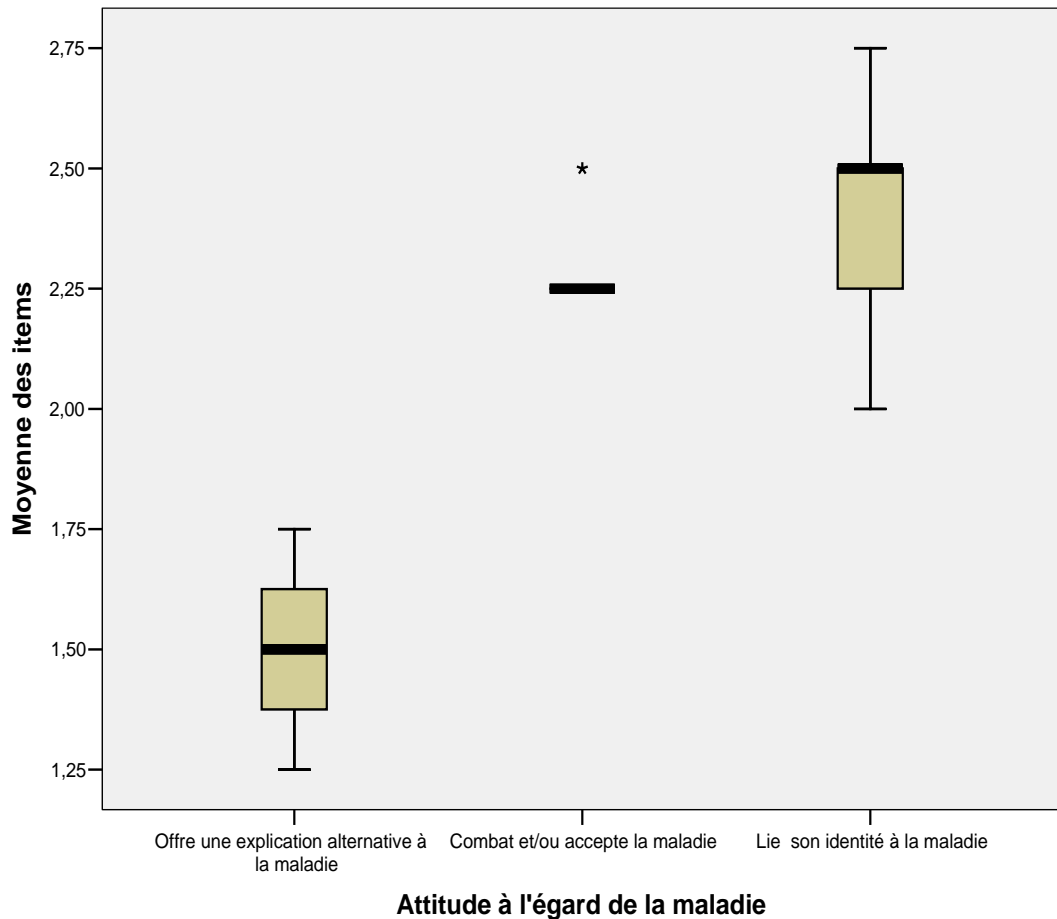


Figure 41. Distribution de la moyenne des items de la sous-échelle « Optimisme et contrôle » en fonction des attitudes adoptées à l'égard de la maladie.

Les individus qui acceptent ou combattent la maladie ont tous obtenu une moyenne de 2,25, ce qui explique l'absence de variation, à l'exception du point unique qui diffère, tel qu'indiqué par un astérisque. Alors que les personnes qui offrent une explication alternative

obtiennent des résultats positifs, les autres groupes démontrent une perspective moins enthousiaste, voire même franchement négative. Malgré les variations, les personnes qui présentent des résultats davantage positifs appartiennent au groupe qui offre une explication alternative pour décrire leur expérience tandis que les résultats les moins probants appartiennent à des participants issus du groupe où l'identité est étroitement liée à la maladie. Ces trois dernières sous-échelles constituent selon Hansson et Björkman (2005) le facteur « Estime de soi et activisme ». Par conséquent, les tendances présentées jusqu'ici prédominent, comme l'illustre la Figure 42. Néanmoins, cette tendance se retrouve moins nettement dans les sous-échelles « Appropriation du pouvoir » et « Colère légitime » qui composent le Facteur « Communauté et pouvoir ». Ceci souligne que la facette plus sociale du pouvoir d'agir est peu influencée par l'attitude qu'un individu adopte à l'égard de la maladie.

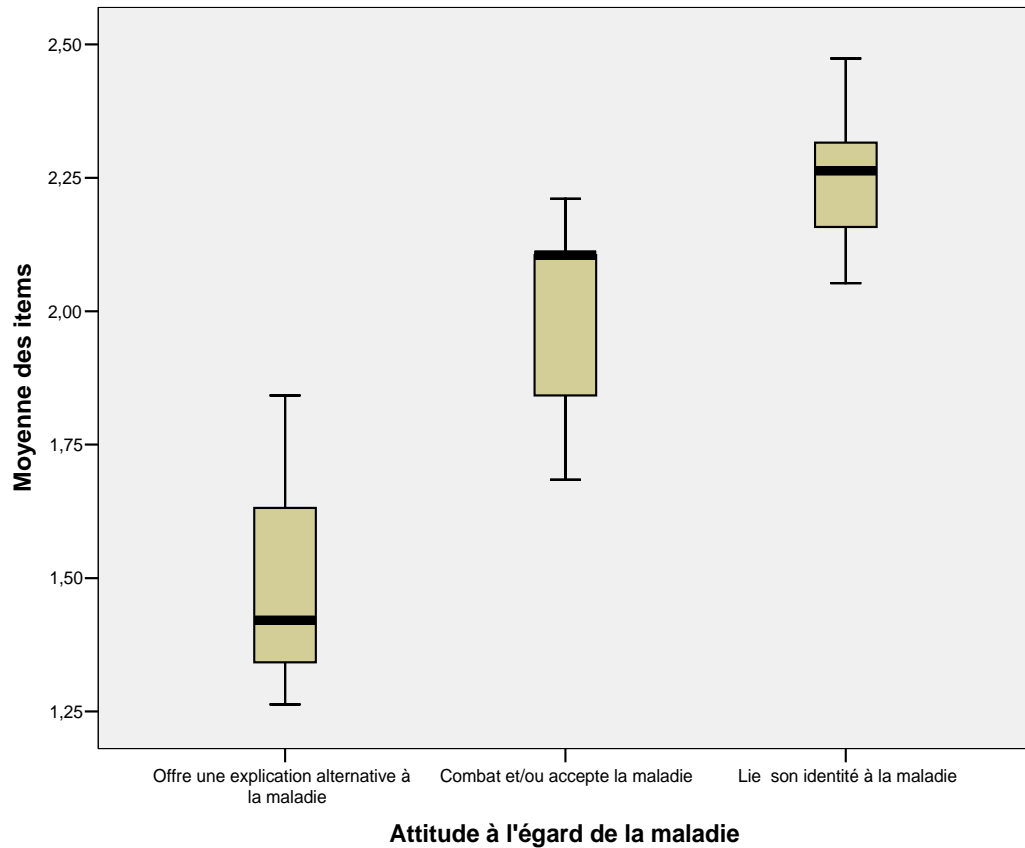


Figure 42. Distribution de la moyenne des items associés au facteur « Estime de soi et activisme » en fonction des attitudes adoptées à l'égard de la maladie.

Or puisque les différences en ce qui concerne la dimension individuelle du pouvoir d’agir semblent se creuser, il s’avère intéressant de tester si ces différences pourraient s’avérer significatives ou plus spécifiquement, si cette association entre l’attitude adoptée à l’égard de la maladie et pouvoir d’agir s’avère plausible. Pour se faire, un test non paramétrique de Kruskal-Wallis fut utilisé, car il s’agit de trois groupes indépendants et de composition inégale. Le test fut effectué grâce au logiciel SPSS 13. Les différences observées apparaissent statistiquement significatives pour la moyenne de tous les items, pour le facteur « Estime de soi et activisme » et pour la sous-échelle « Optimiste et contrôle », comme l’indique le Tableau 5. De plus, le test Kruskal-Wallis atteint presque le seuil nécessaire permettant de démontrer une différence statistiquement significative pour la sous-échelle « Estime et efficacité personnelle ».

Tableau 5. Analyse des différences observées quant aux résultats de l’échelle « Prendre des décisions » en fonction des attitudes adoptées à l’égard de la maladie (Test de Kruskal-Wallis)

	χ^2	p
Moyenne des items	7,062, ddl= 2	$p < 0,02$ **
Sous-échelle « Estime de soi et efficacité personnelle »	5,510, ddl= 2	$p > 0,05$ *
Sous-échelle « Appropriation du pouvoir »	1,360, ddl=2	
Sous-échelle « Autonomie et activisme communautaire »	2,396, ddl=2	
Sous-échelle « Optimisme et contrôle sur sa vie »	7,228, ddl= 2	$p < 0,03$ **
Sous-échelle « Colère légitime »	0,88, ddl=2	
Facteur « Estime de soi et activisme »	7,505, ddl = 2	$p < 0,025$ **
Facteur « Communauté et pouvoir »	0,956, ddl=2	

Les différences statistiquement significatives sont marquées de deux astérisques tandis que celle qui frôle le seuil de signification est marquée d’un seul.

Cependant, ces analyses doivent être interprétées avec prudence : si le test de Kruskal-Wallis s’avère indiqué pour des petits échantillons, Stein et Cutler (2001)

suggèrent qu'il y ait au moins cinq individus par sous-groupe. Or, cette condition ne pouvait pas être remplie dans notre échantillon qui compte moins de quinze individus. C'est pourquoi l'association entre l'attitude à l'égard de la maladie et le degré d'appropriation du pouvoir s'avère plausible, tel que démontrée durant les entretiens et suggérée par l'outil « Prendre des décisions », mais mérite d'être validée grâce à des recherches ultérieures, avec un plus large échantillon.

Impact des explications sur la nature des difficultés

Les participants évoquent généralement plusieurs causes quant à l'émergence d'un trouble mental dans leur vie : les causes soulevées par les participants sont diverses et souvent étroitement associées à des événements marquants de leur vie. À travers les causes définies, les participants soulignent qu'ils ne se relèvent pas uniquement de la maladie, mais aussi de plusieurs événements traumatiques ou aliénants, de crise identitaire ou spirituelle, de pertes significatives. Au fil des analyses, un constat émerge : il existe une relation entre les causes perçues par les participants et les dimensions du rétablissement qui seront investies, les mesures de soutien qui seront valorisées, les stratégies adaptatives ainsi que les attitudes qui seront adoptées. Par exemple, neuf participants indiquent que leur maladie découle de conflits, de rejets ou d'abus; or de ce nombre, huit participants insistent sur les aspects sociaux du rétablissement et élaborent des stratégies adaptatives qui revêtent une dimension sociale, telles mettre un terme à des relations malsaines, s'affirmer, s'entraider ou se retirer. Ces participants insistent particulièrement sur l'importance de leur réseau de soutien.

Les dix participants qui définissent des déterminants biologiques à leur maladie tendent à valoriser la médication et la sobriété comme mesures de soutien, tout en soulignant l'importance de développer de saines habitudes de vie, de respecter les limites qu'impose la maladie, de reconnaître les signes précurseurs de rechutes ou de prendre soin de soi. Les participants qui conçoivent que la maladie constitue l'expression d'une crise spirituelle s'appuient fortement sur leur foi et la présence de personnes susceptibles d'éclairer et d'enrichir leurs croyances spirituelles et relèvent l'importance de la prière ou de lectures spirituelles dans leur cheminement. Cependant, si une association existe entre

les explications causales, le sens accordé à la démarche ainsi que les soutiens qui sont valorisés, cette relation n'est pas exclusive. D'autres dimensions associées au rétablissement peuvent être mentionnées et influencent dans une moindre mesure le cheminement de l'individu. L'activisme politique de Paolo en est un exemple. Cependant, les explications causales constituent une pierre angulaire du sens accordé au rétablissement et des moyens que l'individu cherche à mettre en œuvre.

5.6.4. Synthèse concernant la question

Compte tenu de l'importance sur le processus de rétablissement, de la perception des causes de la maladie ainsi que l'attitude que l'individu adopte à l'égard de la maladie, la Figure 43 propose un modèle conceptuel qui reconnaît à la fois l'influence prépondérante de ces deux variables et l'impact moins important des rôles et des occupations.

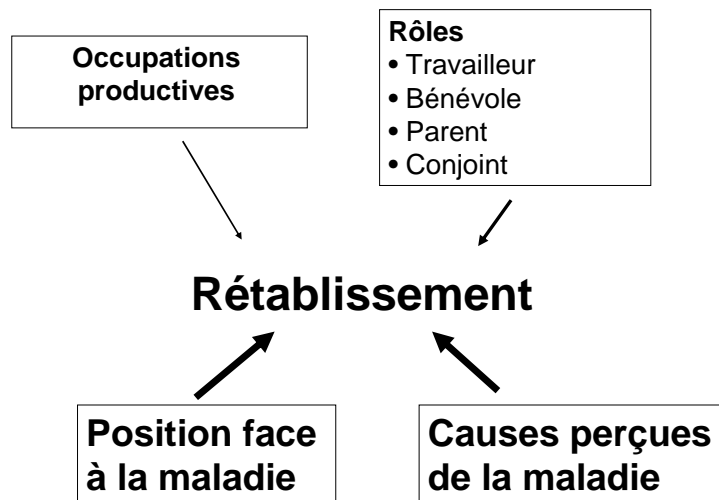


Figure 43. Influence relative des rôles, des occupations, des explications causales et de l'attitude qu'adopte l'individu à l'égard de la maladie sur le processus de rétablissement.

6. Discussion

6.1. Lorsque la maladie interfère avec le développement professionnel

En réponse à notre première question, nous pouvons conclure que la maladie interfère effectivement avec le développement professionnel, et ce, de quatre façons : elle met un terme à la formation, occasionne de longues périodes d'inactivité professionnelle, gêne la conciliation des rôles, rend ardue la recherche et l'accès à une activité productive. Les pages suivantes détaillent et discutent ces affirmations.

6.1.1. Impact sur la formation

La formation des participants a été interrompue, sans que 71 % d'entre eux ne puissent terminer une formation professionnelle. Une large proportion des personnes qui étaient aux études lors de l'apparition des symptômes (90%) indiquent ne pas avoir bénéficié d'adaptations ou de mesures tangibles de soutien afin de poursuivre leur formation. De plus, 70% de ces participants ont vécu des échecs répétés, ce qui a contribué à l'affaiblissement de leur sentiment d'efficacité personnelle. Cinq participants estiment avoir été l'objet de discrimination, de marginalisation ou d'abus à l'école du fait que les symptômes de leur maladie étaient manifestes.

Les apports des formations, autant les formations professionnelles, les formations préparatoires au travail que la formation générale, demeurent fort mitigés. Ce constat s'explique par deux facteurs. D'une part, seulement quatre individus ont pu terminer une formation professionnelle, les autres participants ont été restreints à un marché sous-spécialisé et précaire de l'emploi, faute de formation professionnelle reconnue. Les trajectoires d'emploi des participants sont peu influencées par le niveau de scolarité, alors que tous se disputent sensiblement les mêmes emplois. D'autre part, les retombées de la formation, retenues par les participants, demeurent surtout de nature générique, telles le développement d'attitudes et d'habitudes de travail, de même que des connaissances

générales. Six participants indiquent vouloir s'engager éventuellement dans une formation, tout en soulignant leur ambivalence. Cette ambivalence ou l'absence de considération pour un éventuel retour aux études semble s'expliquer en partie par leurs expériences scolaires antérieures, l'impact de la maladie sur ces expériences scolaires, la difficile conciliation des rôles, l'âge des participants et l'absence de mesures adaptées telles l'accès à un soutien financier suffisant ou à des programmes de formation à temps partiel. L'absence de passerelles vers la formation et de mesures de soutien financier et instrumental compromet donc les objectifs de formation, conformément aux constats effectués dans quelques études (Bateman, 1997; Killeen & O'Day, 2004). Bateman (1997) souligne de plus l'effet négatif des attitudes qu'entretiennent plusieurs participants face à leur potentiel ou leurs capacités de mener à terme une formation.

Le niveau de scolarité est étroitement associé à l'accès à l'emploi, notamment à des conditions de travail respectables (Gouvernement du Canada, 2006). Alors que les changements technologiques s'accélèrent, le soutien à la formation professionnelle s'avère incontournable afin d'améliorer l'employabilité des travailleurs aux prises avec des incapacités et de réduire le sous-emploi (Szymanski, 1999). Or, aucun participant n'a joui de mesures de soutien à la formation professionnelle, malgré les besoins définis de formation. Outre les participants qui n'ont jamais amorcé de formation professionnelle, la plupart des participants témoignent d'une congruence emploi-études fort limitée, voire inexistante.

6.1.2. Effets sur les périodes d'inactivité professionnelle

Outre l'impact sur la formation, l'expérience de la maladie a suscité chez huit participants de longues périodes d'inactivité professionnelle, s'échelonnant sur plusieurs années. Par ailleurs, ces périodes d'inactivités professionnelles n'ont pas été dénuées d'occupations. Deux participants ont choisi d'investir d'autres types d'activités que des activités productives associées au travail. Une partie de ces périodes d'inactivité professionnelle peuvent coïncider avec une longue période infructueuse de recherche, en vue d'accéder à une activité productive. Enfin, des événements liés à la vie personnelle des participants motivent d'autres périodes d'inactivité.

Ces périodes d'inactivité ont un effet générique sur l'emploi et ce, pour l'ensemble de la population. Une récente étude épidémiologique canadienne détermine que les personnes longtemps inactives sont davantage à risque de développer des problèmes de santé mentale (Gouvernement du Canada, 2006) et d'éprouver des difficultés à exercer un emploi (Corbière, Mercier, Lesage, & Villeneuve, 2005). L'apathie, la dépression et un sentiment de contrôle externe sont fréquemment associés à l'inactivité professionnelle. Cependant, Ezzy (1993) nuance cette perspective en soulignant que ces conséquences sont aussi la résultante de la pauvreté et des expériences antérieures de travail. Des facteurs associés à l'inactivité professionnelle, la pauvreté demeure une des variables qui explique le mieux les impacts psychologiques du chômage (Douthwaite, 1994).

6.1.3. Retombées sur la conciliation des rôles

La maladie joue aussi un rôle dans le développement professionnel en restreignant la capacité des individus d'investir plusieurs rôles à la fois. Les participants énoncent qu'il leur est fort difficile de concilier les exigences de leur vie professionnelle sur laquelle dépend leur subsistance et celles d'un éventuel retour aux études qui permettrait d'accéder à des meilleures conditions d'emplois. L'absence de passerelles entre les mesures de soutien financier d'Emploi-Québec et l'accès à l'éducation vient compromettre cette démarche en raison des risques économiques sous de telles conditions. De plus, il est difficile pour cinq participants de concilier les exigences du travail et celles rattachées à d'autres rôles significatifs, notamment le devoir de s'acquitter de ses obligations familiales ou le désir d'investir une vie de couple ou sociale. Ces constats suggèrent qu'afin de faciliter le développement professionnel de cette population, il y a lieu de réfléchir et d'appuyer la conciliation du travail en regard des autres rôles souhaités par l'individu.

Le fait que les participants éprouvent des difficultés à concilier leur travail avec leurs autres rôles reflète largement ce qui existe dans la société, puisque la conciliation du travail avec d'autres rôles constitue la seconde source de stress pour les Canadiens (Gouvernement du Canada, 2006). Or, il importe de rappeler que les mesures de soutien à l'emploi peuvent se subdiviser en deux catégories, tout aussi importantes l'une que l'autre. La première catégorie de soutiens découle des exigences du travail exercé par l'individu.

Ces mesures de soutien regroupent les besoins de formation, la coordination des services, le soutien de l'employé et des collègues, les adaptations. La seconde catégorie, souvent négligée est associée à la conciliation des rôles. On y retrouve l'ensemble des mesures de soutien qui ne sont pas directement associées à l'emploi mais dont l'absence peut entraîner des pertes d'emplois. Ces mesures concernent le logement, la gestion du quotidien, le soutien financier, le transport ou des difficultés relationnelles (Anthony & Blanch, 1987; Brooke, Revell, & Green, 1998). Tout comme le soulignent Brouillette, Hachey et Mercier (2003), les participants souhaitent que les mesures de soutien puissent tenir compte de l'ensemble des rôles qu'ils assument, afin de ne pas compromettre le maintien de l'activité productive, voire même diversifier ou augmenter leur participation, tout en poursuivant leurs buts personnels qui touchent parfois d'autres rôles.

6.1.4. La recherche et l'accès à une activité productive

Lors d'une étude ethnographique portant sur la recherche d'emploi chez les personnes aux prises avec des troubles mentaux graves, Alverson, Carpenter et Drake (2006) constatent que deux tendances se dégagent : certains participants très actifs recherchent des emplois et expriment clairement leurs préférences, alors que d'autres adoptent une attitude plus passive et parfois ambivalente, où ils délèguent leur recherche, évitent les intervenants lorsque des assignations sont probantes et expriment plusieurs réserves quant aux avantages d'un emploi. Bien que ces tendances sont observées dans les récits des participants, la tendance à déléguer ou à s'appuyer sur son réseau prédomine.

Les participants accèdent principalement aux activités productives au moyen d'un placement, les références d'un proche ou en saisissant les opportunités au passage. Alors qu'une large part des écrits sur l'insertion professionnelle tend à décrire les interventions effectuées par les programmes de réinsertion, l'apport des proches demeure peu exploré. Les réseaux sociaux constituent néanmoins une importante voie d'accès à l'emploi (Kirsh, 1996; Tsang et al., 2002), y compris dans la présente étude.

La question du dévoilement demeure délicate : plusieurs personnes aux prises avec un trouble mental ne veulent pas que leur diagnostic ou leurs limites soient communiquées

dans leur milieu de travail (Anthony & Blanch, 1987; Granger, 2000). Aux États-unis, malgré la présence d'une législation proactive (*Americans with Disability Act*), le tiers des personnes aux prises avec des troubles mentaux se voit refuser un emploi lorsque leur maladie devient connue alors qu'un cinquième connaît le même sort face au bénévolat. Le même constat émerge lorsque le dévoilement est effectué après avoir obtenu l'emploi : le quart des répondants rapporte alors une nette résistance de la part des collègues ou des superviseurs (Granger, 2000; Stuart, 2004).

Dans cette étude, la décision de révéler son expérience demeure fortement associée à l'accès à des mesures d'appui. En effet, l'expérience d'un trouble mental chez les participants était connue de l'employeur dans tous les cas, sauf un. Une majorité des dévoilements a été effectuée afin d'accéder à des mesures de soutien ou découle du fait que l'emploi a été déniché par un intervenant. Néanmoins, les participants insistent sur une condition préalable au dévoilement de leurs expériences de troubles mentaux : ils veulent jouir d'une certaine assurance que ce dévoilement ne compromettra pas leur activité productive, ne suscitera pas davantage d'exclusion et que leur intégrité sera préservée. Les travailleurs aux prises avec des troubles mentaux craignent que le dévoilement de leur maladie fragilise leur statut d'emploi, les prive d'exercer du pouvoir face à leurs tâches, induise des doutes chez les collègues et les employeurs quant à leurs capacités, saborde leurs espoirs de promotion, suscite de la discrimination, voire même compromettre leur sécurité d'emploi (Ellison, Russinova, MacDonald-Wilson, & Lyass, 2003; Granger, 2000; Krupa, 2004). Les personnes aux prises avec des troubles mentaux tendent à taire leur expérience par crainte de représailles ou à cause des risques perçus. Ce silence empêche l'individu d'accéder à des adaptations qui pourraient s'avérer utiles (Krupa, 2004; Krupa, Gewurtz, Kirsh, & Cockburn, 2005a, 2005b). Dans ce contexte, Kirsh (2000) souligne l'importance de la culture organisationnelle dans la décision des travailleurs de dévoiler ou de taire leur expérience psychiatrique. Le climat de travail, l'acceptation des collègues et l'appréciation du supérieur immédiat influencent également cette décision (Ellison et al., 2003).

Les participants relèvent plusieurs freins à l'embauche, souvent associés au marché du travail ou au contexte social, de mêmes que des barrières individuelles. Les freins

concernant le marché du travail prédominant : les participants rapportent une relative rareté d'emplois, de pratiques déloyales chez certains employeurs et de diverses formes de discrimination. En effet, plus de la moitié des participants allèguent que les préjugés et la discrimination amenuisent le nombre d'opportunités accessibles. Ces derniers perçoivent le jugement d'emblée de la part de certains employeurs qu'ils seront peu productifs, imprévisibles, voire dangereux. Ils témoignent des effets dévastateurs des préjugés, à l'égard des personnes aux prises avec des troubles mentaux, comme l'indique de façon croissante la recherche (Calabrese & Corrigan, 2005a; Garske & Stewart, 1999; Gouvernement du Canada, 2006; Link, Phelan, Bresnahan, Stueve, & Pescosolido, 1999; Ottati et al., 2005; Roe et al., 2004; Secker et al., 2001; Struening et al., 2001; Van Niekerk, 2004). Les droits civiques des travailleurs aux prises avec des troubles mentaux sont souvent bafoués et leur potentiel demeure sous-exploité (Auerbach & Richardson, 2005; Killeen & O'Day, 2004; Krupa et al., 2005a, 2005b) .

Lors d'une étude sur l'impact des préjugés, une majorité de membres d'un club psychosocial aux prises avec des troubles mentaux graves estime que les personnes atteintes de troubles mentaux ne sont pas acceptées en tant qu'amies (65 % des répondants), ne sont pas perçues comme intelligentes ou dignes de confiance (57 % et 53 % respectivement) et ne seront pas considérées par un éventuel employeur (77 % des répondants) (Rosenfield, 1997). Les personnes aux prises avec des troubles mentaux se disent également tenues responsables de leur maladie (Frese & Davis, 1997; Strong, 1998). Henry et Lucca (2002) indiquent que plusieurs employeurs hésitent à embaucher des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves ou les assignent à des travaux qui son hors de vue du public. Les préjugés soustraient ainsi ces personnes à des opportunités légitimes, dont l'accès à l'emploi (Corrigan & Ralph, 2005; Link & Phelan, 1995; Markowitz, 2005a; Stuart, 2003).

Bien que la présente étude ne tienne pas compte de la perspective des employeurs, d'autres recherches suggèrent que les attitudes des employeurs reposent sur l'hypothèse que les personnes aux prises avec des troubles mentaux sont incompétentes, tant au niveau professionnel que social, et risquent ainsi de troubler le milieu de travail. Certains employeurs entretiennent toujours l'idée que ces individus sont dangereux ou que le travail

ne peut qu'aggraver la maladie. D'autres allèguent que la maladie mentale révèle les failles personnelles d'un individu ou ses tentatives de manipulation. Il existe de fortes convictions à l'effet que les milieux de travail ne sont pas des organismes caritatifs et que leur but est d'assurer la viabilité financière de l'entreprise et non pas d'offrir des chances aux postulants (Hand & Tryssenaar, 2006; Krupa et al., 2005a, 2005b). Les préjugés et les préoccupations des employeurs s'amenuisent avec l'expérience vécue d'embauche de personnes aux prises avec des troubles mentaux (Diksa & Rogers, 1996). Cependant, de récentes études suggèrent que les employeurs peuvent être plus réceptifs que ne le laisse croire ce qui est largement assumé dans des écrits, qui s'intéressent généralement aux résistances plutôt qu'aux gestes d'ouverture des employeurs (Gervey & Kowal, 2005; Hand & Tryssenaar, 2006).

Le manque de moyens ou de services adéquats ainsi que les prédictions négatives du réseau de soutien des personnes concernées, constituent l'essentiel des facteurs externes ou environnementaux recensés; ils peuvent compliquer l'insertion professionnelle des participants. Les membres de la famille et les proches, ainsi que les intervenants constituent une source indéniable de soutien pour l'individu désireux de développer son rôle de travailleur (Chatfez, 1996; Kennedy-Jones et al., 2005; Scheid & Anderson, 1995; Strong, 1998). Les prédictions négatives d'autrui sapent les efforts de l'individu à s'engager dans des occupations alors qu'en contrepartie les convictions partagées face au potentiel de l'individu et l'investissement d'autrui le soutiennent (Boydell, Gladstone, & Volpe, 2003). Quelques participants abordent les préjugés perçus au sein même des équipes de traitement, face à leur potentiel et à leurs projets professionnels, notamment lorsque les intervenants leur déconseillent de poursuivre des objectifs de formation ou de retourner au travail. Parfois, ce sont les parents et les proches qui tentent de les dissuader. Des auteurs soulignent également cette tendance où les proches et les intervenants véhiculent des messages défaitistes face à l'insertion professionnelle (Gioia, 2005; Henry & Lucca, 2002; Kramer & Gagne, 1997; Krupa, 2004; Marrone, Gandolfo, Gold, & Hoff, 1998; Olney & Salomone, 1992).

Les familles qui ne soutiennent pas les projets d'insertion professionnelle de leur proche ont tendance à anticiper les rechutes (Shankar & Collyer, 2002). Cependant, plus de

la moitié des participants soulignent le rôle déterminant que revêt le soutien du réseau naturel dans le maintien en emploi, notamment les parents, les amis ou les pairs. Ces participants trouvent dans leur réseau une disponibilité, une écoute et un réconfort face à leurs inquiétudes ou leurs difficultés. Certains soulignent l'impact qu'a eu un modèle sur leur développement professionnel. Cette personne joue parfois également le rôle de mentor et n'œuvre pas toujours dans leur milieu de travail. Il s'agit d'une personne qui accompagne le travailleur, qui offre du soutien et qui surtout, porte un espoir face au devenir du travailleur (Kennedy-Jones et al., 2005).

La présence de personnes ayant foi au potentiel professionnel de l'individu s'avère déterminante au maintien en emploi et permet au principal intéressé de vaincre l'effet des prédictions négatives d'autrui, qu'elles soient issues du réseau naturel ou des réseaux de services (Killeen & O'Day, 2004). La qualité et la fréquence des contacts avec le réseau de soutien demeurent associées au taux d'embauche (Corbière et al., 2005). Certaines études concluent que les travailleurs aux prises avec des troubles mentaux, rencontrent moins fréquemment leur famille et davantage leurs amis que ceux qui ne travaillent pas (Mowbray et al., 1995), alors que d'autres arrivent à des conclusions diamétralement opposées (Evert, Harvey, Trauer, & Herman, 2003). Conformément aux études publiées sur le sujet (Killeen & O'Day, 2004; Shankar & Collyer, 2002), les familles tendent à offrir de l'aide tangible à long terme alors que les amis semblent davantage soutenir la résolution de problèmes personnels et à offrir de l'entraide.

Shankar et Collyer (2002) indiquent que ce qui compte n'est pas tant la composition du réseau social que les formes de soutien offertes par ce réseau et la disponibilité de ses membres. Afin d'améliorer le maintien en emploi, ces auteurs suggèrent, d'améliorer la qualité des interactions et la capacité du réseau naturel plutôt que se centrer uniquement sur sa dimension ou sa composition.

Les personnes aux prises avec des troubles mentaux remarquent que la perception dominante face à leur manque de compétences, conduit à une plus grande prise en charge des intervenants ou de leurs proches, qui s'arrogent le droit de décider pour elles. Certains intervenants portent autant, voire davantage de préjugés, que le grand public quant au

potentiel de réadaptation de leurs clients (Angell, Cooke, & Kovac, 2005; Calabrese & Corrigan, 2005a; Caporoso & Kiselica, 2004; Carling, 1995; Dorvil et al., 1997; Killeen & O'Day, 2004; Krupa et al., 2005a, 2005b; Ralph, 2002), et ne manifestent guère plus d'espoir face envers leur potentiel que ne le fait la population en général (Calabrese & Corrigan, 2005b).

Pour certains auteurs, ces préjugés des intervenants tiennent à leur perspective sur la maladie, où la vulnérabilité au stress des personnes aux prises avec des troubles mentaux, rend périlleuse leur insertion professionnelle. Ces intervenants ont donc tendance à se concentrer davantage sur les incapacités plutôt que sur les ressources des personnes (Carling, 1995; Corrigan & McCracken, 2005; Krupa et al., 2005a, 2005b). Lors d'une étude portant sur l'accès et le maintien en emploi des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves, Killeen et O'Day (2004) constatent que dans le seul but d'éviter les rechutes, des participants scolarisés sont placés et encouragés à demeurer durant des années dans des emplois qui sont bien en deçà de leurs capacités. De faibles attentes face au potentiel des personnes aux prises avec des troubles mentaux peuvent contribuer au fait que ces personnes sont souvent limitées au secteur économique secondaire et au sous-emploi. Fabian (2000) va même jusqu'à suggérer que les attentes face au potentiel professionnel de la population à l'étude, demeurent si limitées pour de nombreux intervenants que des emplois peu désirables sont considérés comme acceptables pour ce groupe de travailleurs. Certains auteurs allèguent que les intervenants des services de réadaptation professionnelle tendent à prendre des décisions susceptibles d'influencer le développement professionnel de leurs clients sans les consulter. Les consultations, lorsqu'elles existent, sont si sommaire qu'il est illusoire de considérer la présence d'un consentement éclairé (Olney & Salomone, 1992; West & Parent, 1992). Il faudrait plutôt outiller les personnes à prendre des décisions importantes (Parent, 1996; Wehmeyer, 2004). Si quelques participants ont partagé leur impression de n'accéder qu'à des postes peu désirables, il appert aussi que leurs préférences professionnelles ne sont pas toujours considérées lors des placements et des assignations.

Pour d'autres auteurs, les intervenants investissent peu de temps ou d'énergie à soutenir les processus d'appropriation du pouvoir. Des attitudes telles que le paternalisme ou le refus d'entendre la colère et les critiques, expliquent les résistances observées (Angell

et al., 2005; Carling, 1995; Finfgeld, 2004; Munetz & Frese, 2001; Ralph, 2002). Charbonneau (2002) soumet l'hypothèse que les intervenants cherchent à limiter les risques d'échec ou de rechute, freinant ainsi les timides efforts d'autodétermination de leurs clients. Killeen et O'Day (2004) déplorent que les risques associés à un plus haut niveau de défi sont davantage considérés par les intervenants que ceux associés à la pauvreté et au sous-emploi. De même, peu d'efforts semblent déployés pour développer l'accès à des emplois désirables, motivants et où il subsiste une part de défi, une tendance dénoncée depuis longtemps (Szymanski & Parker, 1989; West & Parent, 1992). En ce sens, plusieurs participants rapportent qu'au cours de leur parcours, des intervenants en réinsertion professionnelle les ont jumelé à des postes selon la disponibilité des places plutôt que l'optimisation de la congruence personne-emploi. Des participants remarquent que peu d'attention a été consacrée à leurs intérêts et leurs capacités. Pour Wehmeyer (2004), il importe de ne pas toujours traiter les personnes aux prises avec des incapacités comme d'éternels étudiants qui doivent apprendre à devenir adultes. Il convient davantage de créer des opportunités où ils acquièrent de l'expérience et où ils exercent pleinement des choix. Selon Finfgeld (2004), les intervenants doivent donc tisser des rapports moins hiérarchiques, faciliter l'autodétermination de leurs clients, et accepter, le cas échéant, que leurs décisions ne coïncident pas avec le traitement recommandé.

Diksa et Rogers (1996) reprochent aux services de réinsertion professionnelle d'avoir négligé les personnes aux prises avec des troubles mentaux graves et de ne pas avoir su développer des emplois au delà de postes non-spécialisés. Cette perspective est appuyée par une étude de Polak et Warner (1996) où les personnes aux prises avec des troubles mentaux graves expliquaient ne pas vouloir travailler, car les conditions de travail des emplois offerts sur le marché régulier seraient difficiles, exigeantes et peu rémunérées. De plus, ces individus estimaient que le travail en milieu protégé reste ennuyeux et maintient la marginalisation. Szymanski (1999) suggère de ne pas simplement faciliter l'accès à l'emploi, mais aussi de se préoccuper des possibilités d'avancements et des buts à long terme des individus.

Ainsi, plusieurs participants attestent avoir trouvé, durant leur parcours, des intervenants membres d'équipes traitantes qui se sont montrés ouverts et disposés à faciliter

leur insertion professionnelle. Presque tous les participants (93 %) insistent sur l'importance à leurs yeux du soutien offert par les services de réinsertion. Ils disent y trouver un soutien moral ou affectif, une source d'information, de l'accompagnement dans de divers réseaux de service, une forme de sécurité et une source de soutien tangible face à leurs difficultés, au travail comme ailleurs. L'appui des intervenants contribue au processus de consolidation de l'estime de soi et du sentiment d'efficacité personnelle chez les participants. Les travailleurs aux prises avec des troubles mentaux soulignent comment leur motivation a été encouragée par les attentes, le soutien et les renforcements des intervenants et des programmes (Auerbach & Richardson, 2005).

Pour leur part, les participants soulignent le manque de formation professionnelle, des antécédents professionnels morcelés ou des périodes ponctuées de longues inactivité professionnelle, l'interférence d'évènements dans leur vie personnelle ainsi que des préjugés internalisés. D'autres études qualitatives soulignent l'impact négatif que peut susciter certains aspects de la vie personnelle des travailleurs aux prises avec des troubles mentaux sur leur maintien en emploi, notamment l'instabilité résidentielle, l'isolement, les difficultés relationnelles ou une expérience spirituelle sectaire (Auerbach & Richardson, 2005), comme en ont aussi témoigné les participants.

Parmi les facteurs qui font que la maladie interfère sur le développement professionnel, certains émanent des individus. Ainsi, compte tenu de la prévalence des préjugés à l'égard des personnes aux prises avec des troubles mentaux, il n'est pas surprenant que de telles préconceptions soient également internalisées par les principaux intéressés (Alverson et al., 2006; Conyers et al., 1998; Henry & Lucca, 2002; Secker et al., 2001), y compris des participants à cette étude. Les participants issus de minorités visibles expriment plusieurs sources de discrimination possibles, mais ne se disent pas davantage exclus que ne le font les autres participants. Autrement dit, les préjugés sont ressentis par tous, mais pour certains, ils peuvent être attribués à l'origine ethnique, comme le suggèrent d'autres études (Alverson et al., 2006; Conyers et al., 1998).

Les préjugés internalisés affectent négativement l'estime de soi et le sentiment d'efficacité personnelle (Corbière, Mercier, & Lesage, 2004; Corrigan, 2003; Link, 1987;

Link & Phelan, 2001; Link, Struening, Neese-Todd, Asmussen, & Phelan, 2001; Rosenfield, 1997), ce qui se reflète dans la recherche d'emploi, le désir d'investir une vie professionnelle (Linhorst, 2006; Stuart, 2004; Watson & River, 2005) ou dans le succès des démarches (Corrigan, 2003; Jones et al., 2001; Secker et al., 2001). Quelquefois, l'internalisation des préjugés entraîne un retrait social de l'individu, par la seule crainte d'être rejeté, sans qu'il n'y ait eu d'expérience tangible de rejet (Angell et al., 2005). De plus, comme l'ont indiqué quelques participants, l'internalisation des préjugés peut freiner la demande d'aide ou le recours à des programmes de réinsertion alors que l'individu refuse d'être associé à un groupe au statut dévalorisé. L'internalisation des préjugés est plus susceptible de se produire chez les individus qui ont connu des échecs répétés (Linhorst, 2006), ce qui s'avère corroboré par les récits des participants, notamment ceux qui investissent leur activité productive uniquement comme une occupation.

Les rechutes constituent presque toujours un frein au maintien en emploi des participants, en raison de la précarité des emplois exercés. Par ailleurs et suivant leur intensité, les symptômes, les effets secondaires et la sensibilité au stress peuvent affecter le maintien de l'activité productive. Neuf participants indiquent que leurs symptômes, notamment la fatigue et le manque d'énergie, interfèrent avec leur maintien en emploi. De plus, les participants soulignent que les effets secondaires et les ajustements de médication peuvent aussi constituer des obstacles à leur insertion professionnelle, ce qui est aussi rapporté dans quelques études (Auerbach & Richardson, 2005; Chatfez, 1996; Peckman & Muller, 1999; Secker et al., 2001).

C'est pourquoi Bond et Meyer (1999) précisent qu'ils ne faut pas seulement considérer les capacités et les préférences de l'individu lors de la planification des interventions, mais aussi l'impact des symptômes résiduels et du traitement pharmacologique en place, ainsi que les effets secondaires ressentis par le client. Par ailleurs et sans minimiser les défis qu'impose parfois la médication, près de la moitié des participants indique que celle-ci constitue un soutien à leur insertion professionnelle.

6.2 Effet de la reprise d'une activité associée au travail sur le développement professionnel

Globalement, la reprise d'une activité productive ne ranime généralement pas le processus de développement professionnel des participants. Ce constat s'explique par les conditions de travail, le potentiel de croissance qu'offrent des activités, la perception des participants de ces activités, le climat organisationnel ainsi que la congruence personne-emploi.

6.2.1. Les conditions de travail

Les personnes aux prises avec des troubles mentaux graves, lorsqu'elles œuvrent sur le marché du travail régulier, tendent à travailler à temps partiel ou à accumuler une série d'emplois à court terme, ce que confirment les écrits sur le sujet (Bond, Resnick et al., 2001b; Bond et al., 1997; MacDonald-Wilson et al., 2002), à moins qu'elles ne jouissent d'une sécurité d'emploi ou d'un CIT. À l'instar de la présente étude, d'autres auteurs constatent que les personnes ayant des incapacités et qui sont actives sur le marché régulier, demeurent marginalisées. Ces personnes sont soumises à des conditions précaires et difficiles de travail et souvent limitées à une forme de sous-emploi (Hyde, 1998; McCrohan et al., 1994). De plus, les emplois exercés sont souvent sous-spécialisés, peu rémunérés et offrent peu ou pas de possibilités d'avancement (Auerbach & Richardson, 2005; Baron & Salzer, 1999). Si la recherche tend à démontrer que les mesures de développement de l'employabilité comme les programmes prévocationnels ou les ateliers protégés ne permettent pas d'accéder au marché régulier de l'emploi, il est notable d'observer qu'intuitivement, 37,5 % des individus qui y sont passés, partagent cette conclusion.

Les participants dont l'employeur reçoit une forme de compensation financière telle les CIT ou d'autres mesures incitatives, font un bilan mitigé de leur expérience. Certes, ces subventions leur ont permis d'accéder à des emplois sur le marché régulier. Du fait que leur salaire est partiellement subventionné ou que des avantages sont offerts à l'employeur, certains participants perçoivent qu'ils jouissent d'une source de sécurité d'emploi dans un milieu où le statut est précaire. D'autres n'y voient par contre qu'une confirmation d'un

statut moindre au sein de l'entreprise. Malgré le soutien accordé à ce type de mesure dans le cadre de récentes politiques en matière de santé mentale et d'insertion professionnelle (Comité de la santé mentale du Québec, 2005; Ministère de la santé et des services sociaux, 2005), Hyde (1998) souligne que les mesures d'appui aux employeurs ne sont pas perçues par les personnes aux prises avec des incapacités, comme une mesure de soutien qui les concerne. À leurs yeux, il s'agit plutôt d'une subvention qui profite à leur employeur. Cette perspective fut partagée par quelques-uns des participants et doit être considérée lors de l'implantation plus large de ces mesures.

Les participants témoignent avoir vécu au cours de leur parcours des conditions de travail difficiles, dont la précarité. Plusieurs participants regrettent la nature transitoire des mesures d'appui à l'insertion professionnelle, notamment les mesures de développement de l'employabilité. Au terme de la mesure d'appui, certains expriment l'obligation de reprendre la démarche à zéro et de s'inscrire dans une autre démarche transitoire, sans égard à leur rendement. Seuls trois participants se sont maintenus presque exclusivement dans le marché de l'emploi régulier. Tous les autres sont passés ou continuent d'évoluer grâce à des mesures protégées, en marge du marché régulier de l'emploi, malgré la remise en cause par la recherche de l'efficacité de ces mesures (Coursey et al., 1997; Crowther et al., 2001a; Drake et al., 1995; Drake, Becker et al., 1999). De récentes recherches proposent des modèles de soutien à l'emploi qui connaissent un plus grand succès quant à l'accès au marché de l'emploi régulier (Bond, 2004; Mueser et al., 2004). Cependant, des progrès restent toujours à faire en termes de rétention en emploi (Kennedy-Jones et al., 2005; MacDonald-Wilson et al., 2001; Twamley et al., 2003).

Les compensations financières demeurent limitées et confirment pour plusieurs (notamment ceux qui œuvrent en milieu protégé) une marginalité lourde à porter. Malgré leur potentiel, plusieurs personnes atteintes de troubles mentaux craignent de perdre des revenus déjà limités ou l'accès à la médication, s'ils s'engagent résolument dans le marché de l'emploi (Corbière et al., 2002; Drew et al., 2001; McKay, Johnsen, & Stein, 2005; Rebeiro, 1999, 2004a; Secker et al., 2001). Si des participants relatent cette préoccupation, plusieurs rapportent également la crainte de perdre l'accès au transport en commun.

Les personnes aux prises avec des troubles mentaux graves se heurtent à des mesures d'insertion professionnelle dont la durée arbitraire et limitée gêne le processus qu'elles veulent soutenir. Les contraintes règlementaires et législatives, les lourdeurs administratives et la rigidité des programmes accentuent les difficultés d'insertion socioprofessionnelles (Corbière et al., 2002; Rebeiro, 1999, 2004b). Latimer (2001) souligne que les contraintes associées aux prestations de la Sécurité du revenu peuvent limiter les avantages associés au travail. Compte tenu du faible plafond de revenus que peuvent conserver les prestataires, sans subir de coupures, la motivation au travail repose sur des facteurs intrinsèques, comme en ont témoigné les participants. Corbière et al. (2005) expliquent que les personnes redoutent les contraintes administratives à encourir s'ils perdent un emploi à temps plein ou s'ils vivent une rechute, après avoir abandonné les mesures d'aide financière de dernier recours. Cela freine leur désir d'exercer un travail à temps plein. Les mesures d'appui aux personnes qui présentent des contraintes sévères à l'emploi confirment le statut d'inaptitude et contribuent à maintenir les préjugés sur le marché du travail (Krupa et al., 2005a, 2005b).

Lorsque les participants sont salariés, leur rémunération demeure très voisine, voire même en deçà, du salaire minimum. L'accès aux avantages est marginal. Avec la perte de certains privilèges associés à l'aide de dernier recours, les participants salariés soulignent qu'ils tendent à s'appauvrir en travaillant. L'importante retenue sur salaire effectuée par les agences de placement n'a fait qu'alourdir le fardeau de trois participants. Selon les dires des participants, les normes du travail, notamment pour les vacances annuelles et les congés fériés, ne semblent pas toujours respectées. De tous les employeurs mentionnés par les participants à partir de leurs antécédents professionnels, seuls deux offraient aux participants des avantages sociaux et un accès à la syndicalisation. Un seul employeur offrait également un régime d'épargne-retraite et une assurance-invalidité.

Les conditions de travail observées présentent des risques et des défis en termes de santé et de sécurité au travail. Quatre participants comptent des assignations de soir ou de nuit. Certains participants décrivent un travail exigeant physiquement ou soumis à des horaires déraisonnables (plus de dix heures continues, absence de pauses). Deux participants indiquent avoir subi des accidents de travail et des lésions professionnelles. De

plus, l'un d'entre eux souligne que son employeur a effectué des pressions pour qu'il taise ou qu'il mente sur la cause de ses blessures. Ce même participant déplore qu'il ne puisse jouir d'équipements adéquats de protection et que les mesures de santé et sécurité dans des milieux où il évolue demeurent déficitaires et non réglementaires.

Parmi les facteurs de marginalisation dans les tâches ou du milieu de travail rapportés par les participants, la rémunération est souvent mentionnée. Six participants remarquent que pour des tâches équivalentes, ils ont été nettement moins rémunérés que leurs collègues ou qu'ils se sont vus refuser les avantages auxquels accédaient leurs collègues. Lors d'un sondage effectué auprès de 32 personnes aux prises avec une incapacité œuvrant sur le marché régulier du travail, Hyde (1998) en arrive à des conclusions similaires : 42 % des répondants expriment recevoir un traitement moindre que leurs collègues sans incapacité. Rebeiro (1998) indique que les préjugés, tels que perçus par ceux qui les subissent, touchent autant la présence d'un trouble mental que les moyens déployés par l'individu pour y remédier, soit la médication et les effets secondaires qui en découlent. Deux participants déplorent n'avoir jamais été rémunérés par un employeur. Une récente étude québécoise indique que les personnes aux prises avec des troubles mentaux perçoivent ne pas être rémunéré à leur juste valeur et être assujetties à des attentes de productivité déraisonnables (Corbière et al., 2002). Yuen et Fossey (2003) constatent eux aussi que les conditions salariales des personnes aux prises avec des troubles mentaux se doivent d'être comparables à celles de leurs collègues qui effectuent un travail similaire. Comme l'indiquent quelques participants, les responsabilités confiées au travailleur aux prises avec un trouble mental sont parfois révisés à la baisse, confirmant une forme de marginalité dans le milieu de travail (Killeen & O'Day, 2004; Stuart, 2004). Cependant, cet ajustement des responsabilités peut être perçu par le travailleur comme une adaptation souhaitable.

Suivant Fidler et Velde (1999), le statut accordé aux emplois dépend de la complexité des tâches, du degré de supervision nécessaire, de la possibilité de prendre des décisions dans le cadre de l'emploi et du niveau de responsabilité. Or, un statut favorable est davantage associé au secteur primaire de l'emploi qu'au secteur secondaire. En effet, le secteur primaire se caractérise par de meilleurs salaires, des avantages sociaux, des

conditions de travail satisfaisantes et une sécurité d'emploi. Les promotions et les augmentations de salaire s'avèrent davantage possibles dans le secteur primaire que dans le secteur secondaire. Ce dernier se caractérise par de pauvres conditions salariales, des avantages absents, des conditions de travail difficiles, une précarité d'emploi ainsi que des rapports de supervision autocratiques et parfois arbitraires. Les emplois du secteur secondaire revêtent généralement un statut social peu valorisé et offrent peu de place à l'expression de l'autonomie (Hagner, 2000; Kravetz et al., 2003; Scheid, 1999; Stuart, 2004; Szymanski, 1999), tout en étant parmi les plus stressants (Krupa, 2004).

À l'instar des constats que dressent McCrohan et al. (1994), plusieurs éléments de la description des emplois du secteur secondaire, correspondent à celle des participants à l'étude, notamment les conditions salariales et de travail, la précarité des emplois et un statut dévalorisé, ainsi que des rapports parfois difficiles avec leurs employeurs. Les emplois qu'ils exercent relèvent du secteur secondaire : travail de bureau, restauration ou entretien ménager. Ils ne diffèrent pas de ceux fréquemment cités dans les écrits sur le soutien en emploi (Baron & Salzer, 1999; MacDonald-Wilson et al., 2002; Olney & Salomone, 1992; Scheid, 1999; Stuart, 2004; Szymanski, 1999; Tsang et al., 2002; West & Parent, 1992). Des voix se font entendre afin de dénoncer la nature peu stimulante des tâches confiées, et l'absence de statut des emplois offerts aux personnes aux prises avec des troubles mentaux graves (Tsang et al., 2002; Vézina, 2002). Par exemple, Vézina (2002) déplore que dans la pratique, les personnes aux prises avec des troubles mentaux soient encore orientées vers des emplois caractérisés par des tâches routinières, de mauvaises conditions salariales et une précarité d'emploi.

Les travailleurs moins bien rémunérés demeurent certes soumis à une insécurité financière, mais constituent le groupe qui s'avère le plus à risque de vivre des périodes prolongées de chômage et d'évoluer dans des conditions de travail peu sécuritaires et de subir des accidents de travail (Gouvernement du Canada, 2006). Graham et Shakow (1990) soulignent que les travailleurs du secteur secondaire peuvent être exposés, de cinq à neuf fois plus, à des facteurs de risques d'accidents au travail que les travailleurs du secteur primaire, sans que cette exposition ne soit dédommée, contrairement aux compensations que reçoivent les travailleurs du secteur primaire exposés à des risques similaires. Or, la

sécurité au travail est souvent négligée lors du placement en emploi dans des services de réinsertion professionnelle (Szymanski & Parker, 1989).

Un niveau de scolarité plus élevé ne reçoit pas la même considération chez l'un et l'autre de ces secteurs : la différence observée peut s'élever à 20 % entre les secteurs primaire et secondaire (Sakamoto & Chen, 1991). Des participants reconnaissent que c'est par le salaire que la société reconnaît la valeur de contribution des travailleurs. Cependant, alors que le niveau de compétence influence le salaire offert aux travailleurs du secteur primaire, cette variable ne comporte pas de valeur prédictive dans le secteur secondaire (Graham & Shakow, 1990). De plus, les employés plus spécialisés tendent à recevoir davantage d'adaptations au travail, généralement plus onéreuses, alors que la main d'œuvre non-spécialisée reçoit simplement des adaptations en relation avec les procédures (MacDonald-Wilson et al., 2002).

6.2.2. Les possibilités de croissance

Une majorité de participants (64 %) rapportent ne pas avoir reçu de formation lors de quelques-unes ou de toutes leurs assignations professionnelles. L'encadrement semble généralement peu soutenir le développement des compétences. Chez certains participants, l'absence de mécanisme d'orientation ou de formation a pu contribuer à l'abandon de l'activité productive ou à une rechute. Les participants dégagent peu d'apprentissages significatifs de leurs expériences professionnelles; une pauvre congruence personne-emploi, un manque de défi et des antécédents d'emploi limités semblent expliquer cette perception. Les possibilités d'avancement demeurent fort limitées alors qu'aucun n'a vu poindre cette possibilité depuis le début de sa maladie. Malgré le désir d'améliorer leurs conditions de travail et les activités productives investies par une majorité de participants, peu considèrent voir des possibilités d'avancement ou de débouchés.

Cette situation s'avère d'autant plus préoccupante que les travailleurs du secteur secondaire tendent à y demeurer captifs. Suite à une étude longitudinale de sept ans effectuée auprès de 279 jeunes hommes, Waddoups et Assane (1997) indiquent qu'après trois ans, le maintien en emploi exclusif dans le secteur secondaire devient rapidement une

barrière à l'accès au secteur primaire de l'emploi. Hagner (2000) soumet l'hypothèse que cette barrière découle du fait que le secteur secondaire ne permet pas de développer de compétences transversales, susceptibles de favoriser l'accès au secteur primaire de l'emploi. De plus, les travailleurs œuvrant dans le secteur secondaire ont peu accès à des formations en emploi. C'est pourquoi cet auteur suggère d'accorder plus d'importance à l'accès à des emplois du secteur primaire ou du secteur secondaire, où il subsiste des possibilités de développement, que ce soient par le degré d'autonomie que peuvent y exprimer les travailleurs, par l'accès à des formations professionnelles reconnues ou par des possibilités d'avancement.

6.2.3. Les perceptions des participants

Le milieu de travail joue un rôle prépondérant dans la manière selon laquelle l'expérience de travail est perçue, mais aussi sur l'effet de cette dernière sur la santé mentale de l'individu. Selon Ezzy (1993), les caractéristiques du milieu les plus susceptibles d'affecter la santé mentale de l'individu sont : 1) les opportunités d'exercer de l'autonomie et du contrôle sur son travail, de mettre à profit ses compétences et d'établir des relations satisfaisantes avec les autres; 2) l'accès à un statut social valorisé; 3) les buts de l'entreprise et la clarté des attentes et des rôles au sein de cette entreprise; 4) la variété des tâches; 5) l'accès à une rémunération équitable; 6) une forme de sécurité, autant physique qu'affective. Or ces caractéristiques ne dominent ni dans le secteur secondaire, ni dans notre échantillon, bien que certains connaissent des assignations plus heureuses que d'autres. Une récente étude épidémiologique canadienne indique que des modes de gestion autocratique, des entorses aux normes de santé et de sécurité au travail, des relations difficiles de travail et le sous-emploi, tels qu'observés dans nos résultats, peuvent engendrer ou accentuer des problèmes de santé mentale (Duxbury et Higgins, 2003: cf. Gouvernement du Canada, 2006).

Si les préjugés liés à la maladie affectent l'accès à l'emploi (tel que discuté à la section 6.2.1.), ils limitent aussi le développement professionnel. Les préjugés entraînent pour ceux qui les subissent une marginalisation individuelle dans le milieu de travail ainsi qu'une marginalisation collective sur le marché de l'emploi (Marrone & Golowka, 1999).

Ces derniers peuvent se manifester par une non-reconnaissance des compétences, de l'étiquetage, de l'exclusion ou de la discrimination, comme le soulignent d'autres auteurs (Corbière et al., 2002; Garske & Stewart, 1999). Plusieurs participants indiquent qu'ils ont déjà évolué dans un contexte de travail où leurs collègues et leur employeur se montraient méfiants, voire inquiets. Lors d'une récente étude sur la santé mentale des Canadiens (CCHS 1.2), 53,5 % des répondants aux prises avec des problèmes de santé mentale se disaient embarrassés par leur expérience alors que 54,3 % des répondants rapportaient être l'objet de discrimination (Gouvernement du Canada, 2006, p.41). Si Stuart (2004) souligne que les préjugés sociaux constituent un frein au développement professionnel des personnes aux prises avec des troubles mentaux et les condamnent au sous-emploi, que dire de l'impact de la violence en milieu de travail dont ont témoigné la moitié des participants?

La violence subie en milieu de travail cause souvent le départ des participants concernés. Chez certains, elle entraîne leur retrait complet des activités productives pour de longues périodes, et fragilise ainsi leur développement professionnel. La violence engendre chez ceux qui la subissent un effritement de leur pouvoir d'agir (Buchanan & Hugson-Smith, 2004). D'autres participants perçoivent ces atteintes à leur intégrité comme une confirmation d'un travail à jamais dévalué dans ce milieu et comme une affirmation de leur exclusion. Ces expériences d'abus sont d'autant plus troublantes que des six des dix participants ayant déjà été victimes d'incidents violents au cours de leur vie, ont subi de nouveau la violence durant leur expérience de travail. Un septième participant y a connu une première expérience d'abus. Bien que des études suggèrent, une fois l'histoire psychiatrique connue, que les travailleurs peuvent devoir faire face à des attitudes paternalistes, à de l'ignorance, à de l'évitement ou à de la surveillance constante (Auerbach & Richardson, 2005; Hyde, 1998), ceci ne fut pas rapporté par les participants.

Peu d'études rendent compte d'autant d'incidents et d'une telle variété de forme de violence dans un si petit groupe que celui de l'étude, bien que l'abus découlant des préjugés soit reconnu (Finfgeld, 2004). Deux hypothèses peuvent vraisemblablement expliquer nos résultats. Premièrement, peu d'études recensées se sont centrées spécifiquement sur l'histoire professionnelle à partir d'une méthodologie qualitative (Baron & Salzer, 1999; Gioia, 2005). Deuxièmement, la plupart des études recensées s'appuient sur l'expérience de

travail actuelle ou sur l'ensemble des expériences vécues lors de la durée de l'étude. Or, toutes les expériences d'abus sauf une se sont soldées par l'abandon de l'activité productive. Parmi les incidents recensés, seulement deux étaient actuels.

6.2.4. Le climat organisationnel

Malgré les irritants qui découlent du climat de travail, les participants ont également soulevé des expériences positives. Ces expériences peuvent se regrouper sous le thème général de climat organisationnel. En effet, la majorité des participants attestent de l'acceptation perçue dans leur milieu de travail. Un climat accueillant et chaleureux soutient la participation, permet de rompre l'isolement et de valider son potentiel, tout comme le soulignent Krupa et al. (2005a). D'autres études relèvent l'importance de la flexibilité et l'inclusion (Brouillette et al., 2003; Kirsh, 2000b; Krupa, 2004; Woodside, Schell, & Allison-Hedges, 2006b). De même, les études qui s'intéressent au travail, dans des coopératives gérées par les usagers, mettent en relief une réponse aux besoins d'appartenance et d'acceptation (Krupa, McCourty, Bonner, Von Briesen, & Scott, 1999; Spencer et al., 1998; Strong, 1998), comparable à l'expérience de certains participants. Quatre participants indiquent compter sur l'appui d'un collègue face à l'accomplissement de leurs tâches, tandis que cinq participants soulignent la qualité de leur relation avec leur superviseur. Une culture organisationnelle qui endosse ouvertement le droit à l'erreur, permet de surmonter certains freins individuels à l'insertion, tels l'effet des préjugés internalisés et la tendance à anticiper le pire.

L'acceptation vécue dans un milieu protégé, diffère de l'intégration pleine et entière dans un milieu de travail du marché régulier. Les deux participants qui témoignent de cette intégration se démarquent : ils apparaissent nettement plus satisfaits face à leur expérience actuelle et plus confiants en la valeur de leur travail. S'il existe une valeur ajoutée à leur expérience, ces participants ne se démarquent pas autant des autres lorsqu'ils abordent leur développement professionnel, notamment face à leur perception d'eux-mêmes comme travailleurs ou encore quant aux caractéristiques de leurs buts ou à leurs choix professionnels. En fait, alors qu'un emploi peut faciliter l'établissement de liens et l'inclusion sociale (Evans & Repper, 2000; Gahnstrom-Strandqvist et al., 2003; Shankar &

Collyer, 2002), les études qui s'attardent aux liens entre le travail et les interactions sociales semblent indiquer qu'ils constituent tous deux des indicateurs de l'intégration communautaire, tout en étant fort peu corrélés entre eux (Eklund, 2006; Rüesch, Graf, Meyer, Rössler, & Hell, 2004; Scheid, 1993). Notre étude suggère que les conditions de travail, plus particulièrement le climat de travail, pourrait expliquer cette situation : il s'agit là d'une piste de recherche à investiguer. Si l'acceptation et l'intégration en milieu de travail facilitent la redéfinition du concept de soi de façon constructive, sans toutefois influencer les autres aspects du développement professionnel, les situations d'abus et de violence en milieu de travail s'avèrent pour leur part tout à fait contre-productives.

6.2.5. Congruence personne-emploi

Les résultats suggèrent que la congruence personne-emploi est centrale dans le développement professionnel des participants. La congruence personne-emploi se définit ici de trois manières : l'emploi doit refléter les intérêts de l'individu, faciliter l'atteinte de buts professionnels et présenter un juste degré de défi. Alors que des défis trop élevés n'entraînent que des échecs, l'absence de défi entraîne l'ennui. Lorsque le manque de congruence est flagrant, il se traduit chez les participants par une remise en question ainsi que par un sentiment de dévalorisation qui les fragilisent davantage. Kirsh (2000; 2000a) souligne que le travail doit offrir une juste part de défi pour que le travailleur puisse y puiser de la valorisation et une validation de son potentiel. Or, trouver un emploi qui allie défi et flexibilité constitue une des principales difficultés perçues par les personnes aux prises avec des troubles mentaux, lors de leur recherche d'emploi. Lorsqu'elles sont souhaitées, des adaptations peuvent contribuer à l'obtention d'une meilleure congruence personne-emploi (Gahnstrom-Strandqvist et al., 2003). Cinq participants ont bénéficié d'adaptations telles que recensées dans les écrits (Granger, 2000) : des modifications de tâches, un réaménagement de l'espace ou de l'horaire de travail. Par ailleurs, si certaines adaptations pallient certains problèmes, elles peuvent contribuer à accentuer d'autres limites.

La moitié des participants expriment puiser dans la présence d'une congruence personne-emploi une intense satisfaction et une motivation à poursuivre l'activité

productive. Cependant, la plupart déplorent un manque de congruence personne-emploi au cours de leur histoire professionnelle, même lorsqu'ils ont fait appel à des services de réinsertion professionnelle. Certains participants vont jusqu'à dire qu'ils n'ont jamais connu une telle congruence depuis l'apparition de la maladie. Ce manque de congruence se reflète de plusieurs manières, notamment dans la cadence de travail attendue, des attentes peu adaptées, une absence de défi ou de liens avec les intérêts et les buts professionnels. Un climat hostile de travail, un manque d'adaptations ou de formation, ainsi que l'absence de considérations pour les limites des participants annihilent aussi toute impression de congruence et conduisent l'individu à abandonner l'activité productive.

6.3. La faiblesse de l'identité professionnelle

En raison de l'impact de la maladie sur le développement professionnel, et de la poursuite mitigée de ce développement (suite à des conditions peu favorables), lors de la reprise d'activités les résultats suggèrent que l'identité professionnelle des participants demeure sous-développée. Cette affirmation repose sur le nombre limité de préférences professionnelles envisagées, sur les minces possibilités de les réaliser ainsi que sur la quasi-absence de choix professionnels.

6.3.1. Les préférences professionnelles

Une des variables fréquemment associées aux préférences, aux trajectoires et aux choix professionnels est l'efficacité personnelle. L'efficacité personnelle se définit comme l'évaluation que fait l'individu de sa capacité d'effectuer des actions pour remédier à des problèmes éventuels : l'efficacité personnelle est spécifiquement liée à une situation ou un contexte donné (Stone, 2005). Plus la période d'inactivité professionnelle est longue, plus le sentiment d'efficacité personnelle s'érode (Eden & Aviram, 1993). L'efficacité personnelle peut influencer le processus de développement des intérêts, les trajectoires professionnelles et l'atteinte des buts professionnels (Bandura, 1997; Bassett, Lloyd, & Bassett, 2001; Stone, 2005) au même titre que les contraintes environnementales (Stone, 2005). Le sentiment d'efficacité personnelle face à la formation ou à l'exécution de tâches est corrélé au nombre d'intérêts et à l'investissement des intérêts professionnels.

L'inefficacité personnelle s'avère, pour sa part, associée au retrait et à l'abandon des activités productives et comporte une valeur prédictive sur le nombre d'alternatives professionnelles considérées viables par l'individu (Bandura, 1997).

Bond (2004) souligne également que les expériences de travail sont davantage susceptibles d'influencer les préférences professionnelles que les explorations soutenues dans des programmes prévocationnels. Par exemple, l'examen des préférences professionnelles des participants révèle que 29 % d'entre eux valorisent davantage le climat de travail dans l'établissement de leurs préférences, plutôt que la nature des tâches et des responsabilités confiées, notamment la possibilité de tisser des relations harmonieuses avec le supérieur immédiat ou des rapports collégiaux avec des collègues. D'autres participants ne peuvent émettre de préférences professionnelles mais précisent plutôt ce qu'ils ne veulent plus vivre. La moitié des participants indiquent que leurs préférences professionnelles ont été révisées de façon à tenir compte des limites qu'impose la maladie. La possibilité de travailler seul ou d'effectuer des tâches moins stressantes reflète cette tendance. Cinq participants insistent sur leur désir d'effectuer des tâches tangibles et raisonnables leur permettant de mener à bien leurs responsabilités, et de constater la qualité de leur travail. Néanmoins 57 % des participants émettent des préférences professionnelles fondées sur leurs intérêts professionnels qui s'avèrent fort variés. Alors que certains recherchent le contact avec le public, d'autres privilégient le secteur industriel, le domaine artistique ou l'entrepreneuriat. Malgré l'expression de préférences ou de buts professionnels, quatre participants semblent contempler davantage ces alternatives plutôt que de s'engager à leur réalisation.

D'ailleurs, le travail autonome ou l'entrepreneuriat souhaité chez cinq participants restent peu soutenus par les programmes de soutien et par les mesures d'insertion professionnelle. Quatre participants souhaitent poursuivre la trajectoire qu'ils avaient entreprise avant l'apparition de la maladie, tout en ajustant leurs attentes à leurs capacités actuelles, alors que trois autres maintiennent les buts initiaux. Ces participants reprennent ou espèrent reprendre leur formation où ils l'avaient laissée, afin d'actualiser leur intérêt initial. Toutefois, la majorité des participants indiquent que la maladie les a forcés à abandonner de façon définitive leurs buts et leurs rêves professionnels. Un seul individu

énonce des buts plus fantaisistes, qui s'appuient sur ce que font les personnes qu'il fréquente, sans égard à ses forces ou à ses limites personnelles.

L'identité occupationnelle découle de ce qui constitue l'individu, de ce qu'il souhaite devenir et de sa participation dans des occupations (Kielhofner, 2002b; Wilcock, 1998). Or, les participants éprouvent des difficultés à définir leur identité professionnelle. Les caractéristiques relevées par les participants demeurent génériques et peu liées à une profession donnée. Aucun n'affirme une identité professionnelle claire et définie. D'autre part, six participants incorporent à leur description d'identité professionnelle des caractéristiques associées à la maladie avec laquelle ils transigent. Cette tendance s'avère plus marquée chez les personnes où leur travail est vu comme une occupation.

Les variations observées au niveau de l'identité professionnelle s'expliquent par la force du concept de soi des participants et de leur perception du travail. Les occupations significatives et satisfaisantes où l'individu peut exercer et valider ses compétences revêtent une importance centrale sur laquelle s'échafaude l'identité occupationnelle. L'élaboration de l'identité occupationnelle s'appuie donc sur des processus adaptatifs, en réponse à la portée des actions de l'individu et des réactions environnementales (Jakobsen, 2001; Kielhofner, 2002a). Si au début de la vie adulte l'élaboration de l'identité occupationnelle s'appuie sur le travail, Unruh (2004) précise que tel sera le cas, seulement si l'individu perçoit qu'il est compétent dans son travail, qu'il en est satisfait et que sa contribution est valorisée.

En effet, plusieurs participants intègrent les limites qu'impose la maladie à leur concept de soi. Cependant, la qualité des activités qu'ils exercent, la congruence personne-emploi ainsi que le degré d'intégration au marché régulier de l'emploi permettent de distinguer ceux qui percevront leur activité comme une occupation, de ces autres, pour qui l'activité productive s'inscrit directement au sein de leur développement professionnel. Des cinq participants qui élaborent sur leur identité professionnelle sans intégrer d'éléments liés à la maladie, nul ne perçoit son travail comme une occupation, soulignant l'importance de cette variable sur l'identité professionnelle. Seuls les participants en transition affirment, de façon prédominante, leur conviction en leurs capacités et en leur potentiel.

6.3.2. Les choix professionnels

Les décisions professionnelles qu'exercent les participants sont généralement peu orientées vers le choix d'une profession et l'élaboration de leur identité professionnelle. Certains auteurs estiment que les choix professionnels se limitent souvent à choisir entre l'inactivité professionnelle et le sous-emploi, où les espoirs d'avancement et d'affranchissement de la pauvreté sont pour ainsi dire inexistantes (Carling, 1995; Linhorst, 2006). Or, les choix professionnels au sein de la présente étude se limitent surtout au choix d'investir ou de quitter une activité productive, sans nécessairement que ces décisions ne s'inscrivent dans un plan de carrière. Puisque les participants tendent à accéder aux activités productives au moyen de placement ou de références, les avis des intervenants ou leurs proches influencent leurs décisions professionnelles. Toutefois, le degré d'influence qu'exerce l'opinion d'un tiers sur la décision d'investir une activité productive varie considérablement au sein de l'échantillon, tout comme la capacité de faire preuve d'autodétermination. L'autodétermination se définit par la capacité et le droit pour les individus d'exercer un contrôle sur leur vie et de diriger leur destinée (Finfgeld, 2004; Wehmeyer, 2004). Cependant, un sentiment d'efficacité personnelle et d'estime de soi s'avèrent essentielles à l'expression de l'autodétermination et à l'appropriation du pouvoir d'agir (Bandura, 1997; Finfgeld, 2004; Wehmeyer, 2004), ainsi qu'un accès à de l'information et à des ressources (Finfgeld, 2004; Kramer & Gagne, 1997; Linhorst, 2006; McLean, 1995).

Or, la moitié des participants indiquent que leurs décisions professionnelles dépendent essentiellement des opportunités qui s'offrent à eux. Certains indiquent ne pas jouir du luxe de choisir. Les besoins de sécurité physique, psychologique et financière influencent également les décisions d'investir une activité productive. Les participants expriment avoir surtout quitté une activité productive de leur propre chef, bien que quelques renvois soient notés. D'autres recherches indiquent que les départs découlent majoritairement de démissions, alors que les congédiements ou les rechutes demeurent secondaires (Baron & Salzer, 1999; Tsang et al., 2002). Les départs volontaires étaient alors justifiés par un niveau d'attentes trop élevé ou des conflits interpersonnels (Tsang et

al., 2002), auxquels s'ajoutent dans notre étude des tâches inadaptées, une faible congruence personne-emploi, une dynamique abusive ou des événements de la vie personnelle des participants. Pour plusieurs travailleurs aux prises avec un trouble mental, apprendre à faire face de façon constructive aux critiques et aux exigences du milieu de travail présente un défi (Auerbach & Richardson, 2005).

Selon Maronne et Golowska (1999), les personnes ayant peu d'expériences professionnelles, qui possèdent une formation limitée ou dont les capacités de s'exprimer sont restreintes, s'avèrent peu aptes à prendre des décisions professionnelles. De plus, Diamond (1998) estime que les personnes qui vivent avec la maladie depuis plus longtemps prennent des décisions plus constantes que celles qui sont aux prises avec des troubles mentaux depuis peu. Or, la durée de l'expérience psychiatrique ne permet pas d'anticiper la constance ou le réalisme des décisions professionnelles des participants. Les changements radicaux de parcours et les inconstances à l'égard des buts s'observent davantage chez les individus qui présentent des difficultés cognitives manifestes lors des entretiens, que chez ceux ayant connu leur diagnostic plus récemment. Cependant, cette constatation demeure une hypothèse à investiguer davantage. Si Marrone et Golowska (1999) estiment qu'il subsiste une présomption à l'effet que la planification efficace conduit naturellement à une insertion professionnelle viable, les résultats suggèrent que l'influence des variables contextuelles telles que les conditions et le climat de travail ne peut être aisément anticipée. En ce sens, nous suggérons d'approfondir la recherche sur l'évaluation de ces variables afin d'appuyer les intervenants soucieux d'optimiser la congruence personne-emploi par des données probantes.

6.4. Le rétablissement

Plusieurs thèmes concernant le rétablissement seront abordés durant la discussion. Au début, nous situerons la description du rétablissement, tel qu'il fut abordé par les participants, dans le contexte plus large des recherches publiées depuis le début de cette étude. La nature polysémique du concept, telle qu'elle émerge actuellement, sera brièvement abordée avant de situer les résultats obtenus dans un de ces courants. Par la

suite, l'attitude à l'égard de la maladie, qui constitue une variable centrale pour mieux comprendre le processus de rétablissement, fera l'objet de la discussion. Enfin, une variable peu recensée dans des écrits portant sur le rétablissement, soit l'impact des explications concernant la nature des difficultés, sera soulignée.

6.4.1. Un concept polysémique

Le rétablissement suscite considérablement d'attention dans les politiques et la recherche en santé mentale communautaire. En effet, les politiques de santé mentale américaines et canadiennes s'articulent de plus en plus autour du concept de rétablissement. Malgré l'attention suscitée par ce concept, plusieurs définitions coexistent, rendant parfois difficiles l'interprétation et la comparaison des recherches sur le sujet (Torgalsboen, 2005).

Depuis le début des années 2000, deux perspectives quant à la définition opérationnelle de ce concept s'installent, soit de percevoir le rétablissement comme un résultat souhaitable ou de l'interpréter comme un processus itératif et continu. Des auteurs (Hoffmann & Kupper, 2002; Liberman & Kopelowicz, 2005; Torgalsboen, 2005) observent que parmi ceux qui s'attardent au rétablissement en tant que finalité, des différences subsistent entre les divers acteurs intéressés face à ce que constitue cette finalité. En effet, des chercheurs tendent à définir la finalité du rétablissement comme une rémission des symptômes et une réduction des rechutes et des hospitalisations. Pour leur part, des intervenants s'attardent à la dimension fonctionnelle du phénomène, qui se traduit par l'expression de compétences et l'intégration communautaire. Enfin, les principaux intéressés qui se font entendre sur le sujet insistent sur le bienfait de vivre une vie porteuse de sens, en dépit de la maladie.

Les auteurs qui voient le rétablissement comme une finalité proposent que le rétablissement soit la résultante souhaitable des services, notamment le soutien des proches, la fidélité au traitement pharmacologique et la coordination des services (Corrigan & Ralph, 2005; Liberman et al., 2002; Resnick, Rosenheck, & Lehman, 2004; Torgalsboen & Rund, 2002). Ce courant a donné lieu récemment à l'émergence de modèles théoriques, conceptualisés à partir de la littérature spécialisée (Liberman et al. 2002; Markowitz 2005b;

Rogers et al. 2005). Afin de valider ces réseaux complexes d'hypothèse, des auteurs recherchent une définition du rétablissement qui ferait consensus afin de valider (Lieberman & Kopelowicz, 2005; Lieberman et al., 2002). Cette perspective a permis récemment à certains chercheurs d'affirmer que le rétablissement semble plus difficile à réaliser pour les personnes qui manifestent davantage de symptômes (Mueser et al., 2002; Resnick et al., 2004), particulièrement des symptômes négatifs (Lieberman & Kopelowicz, 2005).

Cependant, la plupart des perspectives exprimées dans des écrits ne souscrivent pas à l'idée de définir le rétablissement comme une finalité. Encore une fois, plusieurs perspectives coexistent parmi les auteurs qui s'intéressent au rétablissement en tant que processus. Alors que certains associent le processus du rétablissement à la restauration du fonctionnement antérieur, d'autres y voient un processus d'adaptation et de ré-appropriation du pouvoir. Enfin, un troisième groupe y perçoit une forme de résilience (Davidson, O'Connell, Tondora, Lawless et al., 2005; Davidson, O'Connell, Tondora, Staeheli et al., 2005). Cependant, plusieurs personnes aux prises avec des troubles mentaux graves ne souscrivent pas à la vision où le rétablissement consiste à retrouver son fonctionnement antérieur, car l'expérience de l'incapacité, du traitement, des préjugés et de la discrimination associés à la maladie mentale ont irrémédiablement changé leur vie (Andresen et al., 2003; Davidson, 2003; Davidson, O'Connell, Tondora, Lawless et al., 2005; Davidson, O'Connell, Tondora, Staeheli et al., 2005). De plus, certains de ces individus expriment ne pas vouloir retourner à leur fonctionnement antérieur, question de ne pas trahir une part importante de leur existence (Davidson, O'Connell, Tondora, Lawless et al., 2005) ou de nier les acquis découlant de leur démarche en vue de se rétablir (Davidson, 2003).

La vision selon laquelle le rétablissement serait l'expression de la résilience demeure elle aussi fortement controversée. Malgré que l'expérience de la maladie puisse être traumatisante, Bonnano (2003) soutient qu'il ne faut pas confondre le rétablissement avec la résilience. Si le rétablissement est un processus par lequel la personne surmonte la maladie, la résilience s'avère caractéristique des personnes qui malgré l'adversité, ne deviennent pas malades. Contrairement aux individus aux prises avec des troubles mentaux, les individus résilients réussissent, malgré la détresse transitoire, à maintenir une trajectoire

stable en termes de fonctionnement. La vision dominante dans des écrits demeure celle où le rétablissement constitue un processus d'adaptation et de réappropriation du pouvoir d'agir. C'est au sein de cette perspective que s'inscrit cette étude.

En effet, les participants perçoivent le rétablissement comme un processus où l'individu tente de se construire une vie normale, active et productive. Ils y voient un processus actif, volontaire et propre à l'individu, où celui-ci choisit et œuvre à se rétablir, dans un désir de se responsabiliser face à son mieux-être. Deux participants ont relevé une dimension développementale à ce processus. Le rétablissement exige de l'individu qu'il apprenne à doser ses énergies et à respecter ses limites, qu'il s'adapte à une nouvelle réalité personnelle et sociale et qu'il transige avec de douloureuses prises de conscience. Le rétablissement conjugue ainsi action et réflexion.

Tous les participants reconnaissent qu'il ne s'agit pas d'une destination mais d'un parcours. Pour certains, les embûches ou les rechutes font partie du cheminement; elles ne projettent pas l'individu hors du processus, mais lui offre un temps d'arrêt, de réflexion et de croissance. Pour d'autres, les rechutes anéantissent ce qu'ils se sont efforcés de reconstruire. Si la plupart des participants considèrent que le rétablissement est un processus continu, une participante, qui tend à offrir une explication alternative pour décrire son expérience, se déclare complètement rétablie. Par ailleurs, un dernier qui lie son identité à la maladie, doute que le rétablissement soit possible. Plusieurs participants réitèrent ce qui a largement été documenté par les études antérieures (Bedregal et al., 2006; Davidson, O'Connell, Tondora, Staeheli et al., 2005; Davidson, Sells et al., 2005; Gouvernement du Canada, 2006), c'est-à-dire qu'ils ne se rétablissent pas uniquement de la maladie mais aussi, et peut-être davantage, d'un manque d'écoute, d'évènements traumatiques, de crise identitaire ou spirituelle, de pertes significatives, de la discrimination et de la pauvreté

À ce stade, il importe de rappeler que dès le départ, l'étude en cours s'intéressait davantage au processus de rétablissement que de sa finalité. Plus précisément, nous nous intéressions aux relations qui existaient entre deux processus, soient le rétablissement et le développement professionnel. Par conséquent, il s'avère peu indiqué de commenter les

résultats obtenus à la lumière des travaux résolument centrés sur la finalité du processus de rétablissement, puisque nous n'avons pas cherché à valider les propositions récentes de modèles conceptuels spécialisée (Lieberman et al. 2002; Markowitz 2005b; Rogers et al. 2005) : la plupart des variables identifiées par ces auteurs n'ont pas été mesurées. De plus l'analyse émergente ne permet pas d'infirmer ou de valider ces réseaux d'hypothèses, celle-ci étant diamétralement opposée à une telle démarche. Les variables retenues sont étroitement associées à la description quasi-phénoménologique des expériences des participants plutôt que dérivées d'un cadre conceptuel prédéfini. D'un point de vue épistémologique, il s'agit d'une perspective fondamentalement différente, quoique complémentaire.

6.4.2. Les attitudes à l'égard de la maladie et le rétablissement

Quatre attitudes face à la maladie se dégagent des propos des participants et influencent le sens qu'ils donnent au rétablissement : il y a ceux qui offrent une explication alternative pour décrire leur expérience, ceux qui combattent leur maladie, ceux qui l'acceptent et enfin ceux qui lient la maladie à leur identité personnelle. Les écrits sur le rétablissement s'attardent davantage sur le passage entre l'assimilation et l'acceptation, sans élaborer sur le combat ainsi que l'adoption d'explications alternatives.

Aux yeux de plusieurs auteurs, le fait de lier son identité à la maladie constitue le point de départ du rétablissement. Par exemple, Jacobson et Greenley (2001) indiquent qu'une partie du rétablissement consiste à comprendre que la maladie, si elle affecte l'identité, ne constitue cependant qu'une partie de celle-ci. Les propos des participants qui lient leur identité à la maladie témoignent de cette lutte.

Or, Deegan (1993) estime qu'une fois cette position adoptée, l'individu ne peut se distancier de la maladie, abdiquer le contrôle qu'il pourrait exercer sur sa vie et accepter une prise en charge par autrui. Cette observation est relevée dans des données qualitatives mais surtout corrélée avec les résultats de l'échelle « Prendre des décisions ». Le sous-groupe qui lie son identité à la maladie, manifeste toujours le niveau le moins élevé d'appropriation du pouvoir d'agir. Plusieurs auteurs suggèrent que cette attitude peut s'expliquer par

l'internalisation des préjugés. Cette dernière contribuerait ainsi aux phénomènes de dépersonnalisation et d'impuissance acquise, observés lors des premières phases du rétablissement (Davidson, 2003; Kramer & Gagne, 1997; Rosenfield, 1997; Smith, 2000; Strong, 1998; Watson & River, 2005). Pour sa part, Barton (1998) estime que l'identification à une maladie s'avère une situation plus souhaitable que celle de voir son identité se dissoudre au point de disparaître. Cependant, les données recueillies ne permettent pas d'appuyer ni l'une, ni l'autre de ces explications.

Selon Lysaker, Campbell et Johannesen (2005), un haut degré d'autocritique peut, paradoxalement, engendrer du désespoir et de l'impuissance. Si certains participants qui lient leur identité à leur maladie adoptent effectivement un regard sévère sur leur maladie et leurs limites personnelles, d'autres font preuve d'une autocritique mitigée. Malgré que la proposition de ces chercheurs semble présenter un potentiel explicatif, elle ne reflète qu'une partie des dynamiques observées dans ce sous-groupe.

Tout comme l'assimilation de la maladie à l'identité, l'acceptation de la maladie est fréquemment relevée dans les écrits portant sur le rétablissement. Par exemple, Corrigan (2003) indique que le rétablissement implique nécessairement l'acceptation des limites imposées par la maladie et la réalisation, qu'à l'intérieur de ces limites, la plupart des expériences humaines demeurent possibles. Pour la majorité des intervenants, l'acceptation de la maladie constitue un préalable incontournable au processus (Felton, Barr, Clark, & Tsemberis, 2006). Ceci va directement à l'encontre des résultats obtenus ici, alors que l'acceptation ne peut être située de façon séquentielle, tout comme elle ne peut être attendue chez toutes les personnes qui cherchent à se rétablir. Cette constatation souligne l'importance de sensibiliser les intervenants aux faits que les phases du rétablissement ne sont pas organisées de façon linéaire et hiérarchique et que ce concept se définit dans un cadre plus large que celui de l'explication biomédicale largement véhiculée.

De même, d'autres auteurs soulignent que l'acceptation ne peut constituer une première étape puisqu'il s'agit davantage d'un cheminement (Smith, 2000; Spaniol & Gagne, 1997; Spaniol et al., 1997), mais qu'elle s'avère incontournable afin que l'individu développe des stratégies adaptatives (Cunningham, Wolbert, Graziano, & Slocum, 2005).

Encore une fois, cette affirmation doit être nuancée à la lumière des résultats obtenus. Si l'acceptation correspond à l'attitude adoptée par plusieurs participants, elle ne traduit pas la perspective de tous. Néanmoins, tous les participants ont fait part des stratégies adaptatives qu'ils ont développées, certaines s'avérant plus efficaces que d'autres, même s'ils n'acceptaient pas tous leur maladie. Alors que les participants au concept de soi plus fragile mentionnent davantage des stratégies passives ou l'évitement, les autres énumèrent une panoplie de stratégies adaptatives ou des attitudes adoptées pour mieux gérer ou vaincre les effets de leur expérience psychiatrique.

Les deux participants qui adoptent une attitude de combat face à la maladie soulignent qu'il leur a fallu accepter la maladie pour mieux lutter contre ses effets. Par conséquent, il est plausible que le combat ne soit qu'un autre visage de l'acceptation, puisque cette dernière en constitue un préalable. Cette dynamique de lutte est présente au sein des phases de rétablissement que proposent Spaniol et al (2002), soient : 1) être envahi par la maladie; 2) lutter contre la maladie; 3) vivre avec la maladie; 4) vivre en dépit et au-delà de la maladie. Si les deux premières phases proposées semblent similaires aux dynamiques observées au sein de l'étude, les deux dernières n'ont pas été observées. Enfin, le recours à des explications alternatives pour expliquer l'expérience n'a pas été relevé chez ces auteurs.

Toutefois, d'autres auteurs ont souligné que l'acceptation de la maladie ne signifie pas l'endossement d'une perspective biomédicale, mais plutôt la reconnaissance que cette expérience de la maladie, peu importe le sens qui lui est donné, fait partie des défis de l'existence (Davidson, 2003; Krupa, 2004). Ce processus ne signifie pas nécessairement que la personne entérine qu'elle soit souffrante : il s'agit simplement de reconnaître sa situation, ses forces et ses difficultés, avec les défis que cela suppose (Spaniol & Gagne, 1997; Spaniol et al., 1997). Les résultats observés soutiennent cette perspective, car elle réconcilie le fait que certains adoptent une attitude clairement combative, pouvant aller jusqu'au refus de l'explication biomédicale, afin de préserver une identité positive et un statut exempt de dévalorisation sociale.

En guise d'exemple, plusieurs participants mentionnent que d'accéder à un traitement pharmacologique approprié a constitué pour eux un point tournant dans leur rétablissement. Par ailleurs, de ce nombre, certains participants expliquent également avoir pris du temps à accepter la médication, celle-ci confirmant l'existence de la maladie, alors que d'autres la refusent toujours. Ceci fait écho aux conclusions de Chafetz (1996) qui soutient que l'acceptation de la médication demeure une des étapes cruciales du rétablissement : non seulement, la prise de médication impose des changements importants des habitudes de vie mais surtout, elle confirme un statut social dévalué, celui de malade. De même, le sens accordé à l'incapacité dépend à la fois des conséquences qu'elle entraîne et de la perception qui y est rattachée socialement. Par conséquent, le sens de l'incapacité s'appuie fortement sur des déterminants culturels (Hammell, 2004a). Spaniol, Gagne et Koehler (1997) expliquent que les personnes aux prises avec des troubles mentaux, qui décrivent les conditions de discrimination auxquels elles sont assujetties, peuvent se montrer fort critiques face au modèle médical, voire même le percevoir comme étant nuisible. Par conséquent, certains individus refusent l'internalisation, résistent aux préjugés en exprimant une colère légitime face à l'oppression dont ils font l'objet. C'est ainsi que ces individus préservent leur estime d'eux-mêmes (Finfgeld, 2004; Watson & River, 2005). Nous soumettons l'hypothèse que ce refus d'être associé au statut dévalorisé de malade et la construction d'explications alternatives motivent l'attitude des trois participants qui offrent un autre cadre explicatif pour décrire leur expérience.

L'association entre l'attitude adoptée par l'individu à l'égard de la maladie et le pouvoir d'agir psychologique semble exister autant dans des entretiens que dans l'analyse de l'échelle « Prendre des décisions ». L'affirmation d'un degré plus élevé de pouvoir d'agir chez les personnes qui offrent des explications alternatives pour décrire leur expérience, en comparaison avec celles des autres sous-groupes, suggère que l'acceptation ne constitue pas nécessairement un passage obligé vers le rétablissement. De même, les résultats obtenus, à l'effet que les personnes lient leur identité à la maladie sont généralement celles qui expriment le plus bas niveau de pouvoir d'agir psychologique, soulignent qu'une acceptation excessive de la maladie, au point d'y fondre son identité, ne s'avère pas souhaitable. Ceci se reflète autant dans les résultats globaux de l'échelle, dans

les sous-échelles que dans le facteur « Estime de soi et activisme » de Hansson et Björkman (2005). Toutefois, il doit être souligné que le test de Kruskal-Wallis pour la sous-échelle « Estime et efficacité personnelle » frôle le seuil nécessaire pour démontrer une différence significative, mais ne l'atteint pas ($\chi^2 = 5,510$; ddl=2; $p > 0,05$).

Par ailleurs, que peu de différences soient observées quant au facteur « Communauté et pouvoir » semble appuyer l'hypothèse de Hansson et Björkman (2005). En effet ces auteurs soumettent l'idée que ce facteur soit davantage associé au statut social et au sentiment de contribuer à la société. Or, presque tous les participants évoluent dans des activités productives peu valorisées socialement, précaires ou marginalisées. Hansson et Björkman soulignent également que le facteur « Estime de soi et activisme » se montre sensible à l'effet des préjugés sociétaux et intériorisés, qui explique jusqu'à 25 % de la variance : ce qui se reflète également dans les résultats.

En résumé, les résultats vont à l'encontre de plusieurs textes où l'acceptation est souvent décrite comme une des premières étapes du rétablissement et ajoute aux différentes perspectives qui entourent la question de l'acceptation. De plus, l'association entre l'attitude qu'adopte la personne à l'égard de la maladie et le degré d'appropriation du pouvoir s'avère néanmoins plausible, tel que démontrée dans des entretiens et suggérée par l'échelle « Prendre des décisions ». Toutefois, elle devra être validée au moyen de recherches ultérieures, avec un plus large échantillon. Il faut cependant reconnaître que le rétablissement tel qu'il a été exploré lors de cette étude demeure grandement subjectif : seule la perspective de l'individu face à son propre cheminement a été considérée, sans qu'elle ne soit comparée à des mesures fonctionnelles ou aux critères utilisés par ceux qui tentent de rendre opérationnel la finalité du rétablissement (Lieberman & Kopelowicz, 2005; Lieberman et al., 2002).

6.4.3. Les dimensions du rétablissement

La dimension psychologique ou affective du rétablissement prédomine dans les modèles conceptuels qui tentent d'expliquer ce processus. Pour plusieurs auteurs, le rétablissement s'articule surtout autour de la réappropriation d'une identité personnelle

positive, qui se distingue de la maladie (Davidson, 2003; Davidson, O'Connell, Tondora, Lawless et al., 2005; Davidson, O'Connell, Tondora, Staeheli et al., 2005; Davidson, Sells et al., 2005; Markowitz, 2005b; Ralph, 2005; Torgalsboen, 2005). Pour leur part, Andresen et al. (2003) soutiennent que le rétablissement se caractérise par un processus psychologique où l'expression de l'espoir et de l'autodétermination permet l'actualisation d'une vie plus significative, la prise en charge de son mieux-être et une redéfinition constructive de soi.

Onze participants élaborent sur la dimension affective de leur rétablissement, dont les deuils de leurs buts personnels ou professionnels, d'un statut valorisé, de relations significatives ou de meilleures conditions de vie. Bien qu'une large part des répondants reconnaissent une dimension affective à leur cheminement, des différences s'observent, en fonction de l'attitude qu'adoptent les participants à l'égard de leur maladie. Les individus qui offrent des explications alternatives pour décrire leur expérience tendent davantage à rapporter l'établissement de liens affectifs. Sans nier que bon nombre de participants soulignent leur désir de surmonter les retombées affectives de la maladie, les personnes qui lient ce qu'ils sont à la maladie, ne soulèvent que cette facette. Quant aux participants qui acceptent et combattent la maladie, ils expriment également leur désir de surmonter et de combattre les symptômes, mais ils insistent sur leur désir de se prendre en main, de s'accepter, de célébrer leurs forces, de s'affirmer et de travailler sur eux-mêmes. Surtout, ces participants parlent, plus que tout autre groupe, des stratégies adaptatives qu'ils ont développées.

Cependant, contrairement aux modèles qui abordent principalement la facette psychologique du rétablissement, les participants signalent que leur cheminement compte aussi d'autres dimensions, toutes autant importantes. Par exemple, la dimension sociale du rétablissement est abordée par treize des quatorze participants. Clairement, le rétablissement ne constitue pas un processus solitaire alors que la présence et l'interaction avec d'autres en constituent un ingrédient essentiel, comme le réitèrent de récentes publications (Davidson, O'Connell, Tondora, Staeheli et al., 2005). Plusieurs participants expliquent qu'il leur a fallu apprivoiser la parole et l'affirmation, pour entrer en contact

avec l'autre et se faire entendre. Pour certains, il a fallu imposer une distance au sein de relations malsaines alors que d'autres espèrent rétablir des ponts avec leurs proches.

Le réseau social constitue la source de soutien la plus importante au rétablissement. Les résultats permettent d'observer que la nature du soutien offert varie selon sa source. Les participants indiquent que l'entraide leur permet de briser l'isolement, de valider leurs expériences et de trouver une forme d'acceptation inconditionnelle. Les réseaux naturels ainsi que les milieux de vie sont plus susceptibles d'offrir une aide tangible et pratique ainsi qu'une forme de sécurité. Le soutien offert par les services de santé permet aussi de répondre à des besoins de sécurité et de validation, de recevoir des conseils et d'accéder à des possibilités et des ressources. Cependant, d'importants dénominateurs communs se tissent entre les différents types de soutien : peu importe la source de soutien, les participants valorisent une acceptation inconditionnelle, une validation des forces et ressources de l'individu, un soutien pragmatique face à la gestion du quotidien ainsi qu'une source d'espoir. Corrigan et Phelan (2004) indiquent que la dimension du réseau de soutien et la satisfaction de l'individu face à la qualité des interactions au sein du réseau sont corrélées au rétablissement : de par la nature de la collecte des données, seuls les aspects touchant la qualité des interactions trouvent écho dans les résultats obtenus.

En ce qui concerne plus spécifiquement les intervenants, Felton, Barr, Clark et Tsemberis (2006) observent que plusieurs d'entre eux embrassent, en principe, la vision du rétablissement. Cependant, ces auteurs notent également que des intervenants éprouvent des difficultés à reconnaître la possibilité d'un rétablissement chez les clients qu'ils desservent, compte tenu des crises et des rechutes. Par ailleurs, les participants de l'étude en cours soulignent l'indéniable apport des intervenants qui ont cru en leur potentiel. Leurs propos corroborent les conclusions de Torgalsboen (2001), à l'effet que la capacité des intervenants à maintenir l'espoir chez leurs clients, à faciliter les processus de deuil, à les aider à découvrir d'autres sources de gratification et d'estime de soi, constitue autant de forces qui soutiennent leur rétablissement.

Onze participants insistent sur l'existence d'une dimension spirituelle à leur cheminement, certains de façon plus hésitante. Une vaste majorité de participants abordent

l'importance de leur foi dans leur rétablissement. Neuf individus décrivent le processus de rétablissement comme une quête de sens, parfois irrésolue, alors que deux discutent longuement d'un événement qui constitue leur épiphanie. Deux participants soulignent leur confession religieuse, alors que deux autres rapportent vivre une rupture spirituelle où leur foi se dissipe et où leurs valeurs se redessinent. Tout comme les participants, des auteurs soulignent que les ruptures biographiques occasionnent une réévaluation des valeurs, des priorités, de choix occupationnels. Par conséquent, ces ruptures peuvent affecter le sens accordé jusqu'ici aux occupations (Bedregal et al., 2006; Davidson, 2003; Davidson, Sells et al., 2005; Hammell, 2004a; Vrkljan & Miller-Polgar, 2001). Si la maladie et ses conséquences créent ainsi une rupture de sens, le rétablissement consiste à réduire le sentiment d'aliénation qui en découle (Lysaker, Davis, Hunter, Nees, & Wickett, 2005). La méditation et la lecture philosophique appuient quelques participants dans leur cheminement. Enfin, certains participants soulignent que la dimension spirituelle des expériences psychotiques n'est pas toujours bien accueillie et qu'ils ont appris à la taire.

Davidson, Sells et al. (2005) rapportent que les personnes en rétablissement expriment fréquemment ce passage entre le désespoir et un espoir renouvelé. Une majorité de participants abordent également ce thème. Les participants décrivent puiser l'espoir dans l'amélioration de leurs conditions de vie ainsi que dans leurs rêves personnels ou professionnels. Les participants s'appuient également sur leur réseau de soutien et sur une prise de conscience quant à leurs ressources personnelles. Cependant, presque tous affirment s'appuyer surtout sur leur foi pour trouver un peu de paix.

Onze participants reconnaissent l'existence d'une dimension physique à leur rétablissement. Cette dimension se traduit par un désir d'œuvrer à son mieux-être, de développer des habitudes de vie plus saines, d'améliorer sa condition physique, d'évoluer dans un environnement agréable ou d'assumer sa sexualité.

Pour la vaste majorité de participants, les dimensions physique, affective, spirituelle et sociale sont indiscutablement associées au rétablissement alors que les dimensions cognitive, économique et politique du rétablissement sont moins largement partagées. Bien que ces dernières ne fassent pas l'objet d'un consensus, elles restent nettement

significatives pour ceux et celles qui en font mention. Les participants qui indiquent l'existence d'une dimension cognitive à leur rétablissement, souscrivent tous en totalité ou en partie à l'idée que la maladie connaît des origines biologiques. Cette dimension se traduit surtout par l'impression de penser plus clairement, de négliger les pensées destructrices et les hallucinations, de mieux se concentrer et d'apprendre de ses erreurs. Quatre participants indiquent qu'il existe une facette économique à leur rétablissement, dénonçant le contexte de pauvreté où ils évoluent, alors qu'ils espèrent jouir d'une autonomie financière et subvenir à leurs besoins.

Quatre participants énoncent également que le rétablissement comporte également une facette politique, où l'individu tente de réclamer sa voix, exercer un contrôle sur sa vie, prendre des décisions importantes ainsi que défendre ses droits. Pour ces participants, le processus de rétablissement implique une facette sociale et politique : la réappropriation du pouvoir. Ce constat émerge également d'écrits davantage théoriques (Corrigan & Ralph, 2005; Davidson, O'Connell, Tondora, Staeheli et al., 2005).

Bien que Hammell (2004a) n'aborde pas directement le thème du rétablissement, mais plutôt celui de l'ajustement à l'incapacité, elle arrive à des conclusions similaires. Pour cette auteure, la quête de sens suscitée par l'expérience de la maladie n'est pas strictement personnelle ou spirituelle, mais aussi profondément politique : la réponse aux besoins des individus aux prises avec des incapacités demeurent étroitement liée à la manière avec laquelle sont transigés les courants sociaux, économiques et politiques. Ceci souligne que plusieurs dimensions du rétablissement débordent largement de l'expérience d'un trouble mental, suggérant l'universalité de ce processus pour d'autres clientèles aux prises avec des incapacités. Les participants indiquent, tout comme Ralph (2005), que la dimension politique du rétablissement consiste également à réclamer la souveraineté sur son corps et sa vie, regagner le droit de choisir, de faire des erreurs et d'obtenir les ressources nécessaires à une meilleure qualité de vie.

Certains auteurs insistent sur la difficulté de réconcilier le modèle médical avec la vision du rétablissement. Alors que le premier est marqué par des rapports souvent paternalistes ainsi qu'une préoccupation pour la maladie, les symptômes et les limites de

l'individu, le second s'attarde davantage à une redéfinition du pouvoir ainsi qu'aux forces et à l'évolution de l'individu (Deegan, 1992; Frese, Stanley, Kress, & Vogel-Scibilia, 2001; Killeen & O'Day, 2004; Munetz & Frese, 2001). Des relations hiérarchiques entre les clients et les intervenants, le confinement à des environnements avec peu de possibilités et parfois le recours à la médication, constituent autant de freins à l'exercice du pouvoir d'agir (Finfgeld, 2004; Linhorst, 2006; Mead & Copeland, 2000; Provencher, 2002).

De façon concomitante à cette étude, Ralph (2005) a élaboré un modèle où coexiste les déterminants individuels et externes du rétablissement en s'appuyant sur une recension des écrits et la mise en œuvre d'un effort concerté d'experts ayant été aux prises avec des troubles mentaux. L'intérêt de ce travail est qu'il corrobore largement plusieurs des résultats observés, bien que des nuances doivent être établies.

Ralph précise également que ce processus résulte de l'interaction entre les déterminants individuels et externes. Cette auteure spécifie que l'individu évolue à travers les six stades, tout en reconnaissant que le processus demeure non linéaire. Les six stades sont : 1) Un stade marqué par l'angoisse et l'internalisation des préjugés; 2) un stade d'éveil, qui constitue par un point tournant où l'individu reconnaît que des changements demeurent possibles; 3) un stade de prise de conscience où l'espoir renaît et où l'individu intègre qu'il peut changer; 4) un stade d'action où l'individu cherche une voie pour se mobiliser et développer activement des stratégies adaptatives; 5) un stade où l'individu s'engage résolument à se rétablir; 6) un stade où s'exprime le pouvoir d'agir et s'installe le mieux-être.

Poussant plus loin la réflexion, Ralph décrit les dimensions cognitives, affectives, physiques et spirituelles de chacune des phases. Elle précise les retombées manifestes de chacune des phases sur les types d'activités dans lesquelles les personnes s'investissent pour se rétablir, l'évolution des stratégies d'autogestion des symptômes, l'investissement des réseaux sociaux et les mesures de soutien recherchées. Ce modèle explique également les forces et les contraintes qui influencent le processus. Les freins au rétablissement comprennent entre autres: 1) l'absence de choix ou d'information pertinente; 2) les préjugés

et la discrimination; 3) le scepticisme, la surprotection, l'abus, la coercition ou le déni manifeste du réseau social; 4) la coercition et l'abus dans des services de santé mentale; 5) la pauvreté et les conditions de vie difficiles. Les influences externes susceptibles de soutenir le rétablissement se composent de : 1) un réseau de soutien accueillant et engagé; 2) l'accès à l'éducation, à des logements et à des emplois décents, 3) une ouverture pour les choix des usagers, y compris des formes alternatives ou culturellement valorisées de traitement; 4) des rapports d'entraide marqués par la collaboration et la défense des droits; 5) des rapports de confiance, de respect et de collaboration avec les dispensateurs de services (Ralph, 2005).

Malgré des méthodologies différentes, les ressemblances entre les conclusions des deux études, la nôtre et celle de Ralph, sont frappantes. Toutes deux soulignent la portée multidimensionnelle du rétablissement. De plus, elles reconnaissent sensiblement les mêmes déterminants externes et individuels au processus. Toutefois, des différences subsistent. Premièrement, la dimension sociale du rétablissement n'est pas soulevée chez Ralph (2005) alors qu'elle constitue une dimension largement partagée et essentielle aux yeux des participants de l'étude. Les dimensions économiques et politiques, quoique moins prévalentes au sein de l'échantillon, sont omises chez cette auteure. Deuxièmement, l'investissement d'une activité apparentée au travail est soulevée plus tardivement dans le modèle proposé par Ralph (2005). Cette auteure propose que les occupations et le travail ne sont considérés qu'à partir du moment où l'individu aborde de façon active son rétablissement, c'est-à-dire une fois qu'il a réussi à surmonter les préjugés intériorisés, qu'il a pris conscience de sa capacité de changer et qu'il reprend espoir. Or, l'étude en cours tend à démentir cette vision des choses, car un nombre significatif de participants, encore submergés par leur expérience de la maladie et doutant de leurs capacités, s'investissent dans une activité productive apparentée au travail. En fait, nous soumettons que c'est en s'impliquant dans une activité productive que la personne reprend espoir et contact avec ses possibilités, même lorsque le contexte n'est pas des plus favorables. L'inactivité offre peu de repères pour mener à bien cette tâche.

Enfin, les dimensions du rétablissement relevées par la présente étude font largement écho aux dimensions déjà énumérées par Spaniol et al (2002), soient une

dimension physique, émotionnelle, spirituelle, politique et sociale. À l'instar de ces auteurs qui identifient une dimension professionnelle au rétablissement, les participants de l'étude ont plutôt soulevé une dimension économique, tout en ajoutant une dimension cognitive. Enfin, l'importance relative des diverses dimensions ainsi qu'un appui empirique de ces dimensions permettent d'appuyer les travaux de Spaniol et ses collaborateurs.

6.4.4. L'impact des explications sur la nature des difficultés

Enfin, les explications sur la nature des difficultés permettent de mieux anticiper les mesures de soutien qui seront valorisées, les stratégies adaptatives et les attitudes qui seront adoptées et les dimensions du rétablissement qui seront explorées par un individu. Lysaker et ses collaborateurs (2005) ont récemment suggéré que le type de stratégies adaptatives privilégiées par l'individu, fluctue en fonction du degré d'espoir qu'il porte à son endroit. Alors que les individus qui nourrissent peu d'espoir, nonobstant leur niveau d'autocritique, tendent à chercher à se distraire, à ignorer ou à apaiser leurs difficultés. En contrepartie, ceux qui manifestent un grand espoir et une bonne autocritique préfèrent adopter des stratégies actives. Ces constats appuient ceux de Cunningham et al. (2000), qui y ajoutent l'influence du travail. Les personnes aux prises avec des troubles mentaux graves, qui nourrissent davantage d'espoir face à leur situation, connaissent plus de succès dans leur maintien en emploi et dans leur capacité de faire face à l'adversité. Celles qui ont accédé à un emploi, mais qui n'ont pu s'y maintenir, tendent à adopter des stratégies adaptatives centrées sur l'ici et maintenant. Finalement celles qui recherchent sans succès un emploi, mentionnent surtout des techniques fondées sur l'évitement ou la distraction.

À l'instar de Jacobson (2001), les résultats indiquent que les explications qu'adoptent les participants face à leur maladie sont diverses et souvent étroitement associées à des événements marquants de leur vie. S'il existe une relation entre les causes telles que perçues par les participants, le sens accordé au rétablissement ou les soutiens valorisés, cette relation n'est pas exclusive. D'autres dimensions du rétablissement sont intégrées, souvent dans une moindre mesure, dans le cheminement de l'individu. Cependant, les causes et les explications offertes par les participants constituent une pierre

d'assise du sens accordé au rétablissement et des moyens que l'individu cherche à mettre en œuvre.

6.5. Travail, rôles et rétablissement

Pour tous, le travail constitue d'abord une occupation, c'est-à-dire une façon d'occuper et de structurer le temps. Pour les participants, cette occupation est susceptible de les aider à combattre les symptômes en redirigeant leur attention vers l'accomplissement d'une tâche ou en offrant un incitatif à veiller sur soi. Le travail constitue alors une stratégie qui permet de gérer les symptômes de la maladie, comme l'indiquent également d'autres études (Bond, Becker et al., 2001b; Cunningham et al., 2005; Marrone & Golowka, 1999; Mueser et al., 1997; Provencher, Gregg, Mead, & Mueser, 2002; Woodside, Schell, & Allison-Hedges, 2006a), ou à tout le moins qui exige qu'on le fasse, quitte à modifier son style de vie (Woodside et al., 2006a). Comme le soulignent les écrits émanant des sciences de l'occupation, celle-ci demeure une composante centrale de l'existence et constitue un déterminant de santé (Wilcock, 1998).

Comme cela fut souligné par Yuen et Fossey (2003), les activités productives, lorsqu'elles sont significatives, constituent pour les participants un levier mobilisateur, une motivation à s'engager dans une routine plus stimulante, particulièrement lorsque ces derniers sont accaparés par des symptômes envahissants. Les participants ajoutent que le travail en tant qu'occupation les mobilise également, car il permet d'établir des liens et d'accéder à des nouvelles opportunités, tout comme l'indique aussi l'étude de Gahnstrom-Strandqvist, Liukko et Tham (2003). Une occupation peut répondre aux besoins existentiels, d'appartenance et d'accomplissement des individus (Rebeiro, 2004a; Wilcock, 1998), pour autant que les conditions et le climat de travail soient propices. Les participants ajoutent que la motivation peut aussi découler de la rémunération, du désir de s'évader du milieu de vie ou du besoin de rompre l'isolement.

Les occupations productives structurent la routine et permettent à certains participants de réintroduire du sens à leur quotidien, tout comme le soulignent plusieurs études (Brouillette et al., 2003; Gahnstrom-Strandqvist et al., 2003; Provencher et al.,

2002). De plus, quelques participants soulignent que la nature prévisible et répétitive de leurs tâches les rassure, leur offre des repères et leur permet de mieux s'arrimer à la réalité.

Le désir d'un retour du travail repose moins sur le besoin de trouver quelque chose à faire que de retrouver ou redécouvrir ce que l'on peut devenir (Cunningham et al., 2000). Plusieurs participants ont clairement souligné qu'ils ne cherchaient pas uniquement à s'occuper, mais aussi à se reconstruire une vie et à se réaliser. Tout comme l'indiquent Provencher et al (2002), les participants soulignent que l'activité productive exercée leur permet d'apprécier leurs capacités et d'apprivoiser leurs difficultés, de recevoir des rétroactions positives, de contribuer à la société ainsi que de consolider leur estime d'eux-mêmes, leur confiance en leurs moyens et leur efficacité personnelle.

Ceci appuie les remarques de Hvalsoe et Josephsson (2003) à l'effet que les occupations qui produisent un résultat tangible et concret, offrent une rétroaction directe des capacités de l'individu. En définitive, l'investissement d'une activité associée au travail constitue une façon d'infirmer que son identité se résume à la maladie et de solliciter ce qui est sain en soi (Auerbach & Richardson, 2005; Strong, 1998; Van Niekerk, 2004).

Il est pertinent de rappeler une étude similaire à la nôtre (Provencher et al., 2002), qui décrit trois attitudes adoptées par des personnes aux prises avec des troubles mentaux à l'égard du rétablissement et du travail. Un premier groupe se caractérise par de l'incertitude quant à l'existence du rétablissement : ces individus demeurent vulnérables, souvent submergés par des symptômes envahissants qui accaparent leur vie quotidienne. Ils s'appuient largement sur des soutiens extérieurs, s'engagent peu socialement et expriment un faible niveau de pouvoir d'agir. Ils remettent en question leurs capacités d'assumer un rôle de travailleur, abordent le travail comme une manière de passer le temps et tendent à définir des limites personnelles à leur réinsertion professionnelle. De plus, ils doutent qu'ils puissent se rétablir. Un second groupe se caractérise par une reprise en main de leur rétablissement et une redéfinition du concept de soi. Les membres de ce groupe se fixent des buts où ils reprennent contrôle sur leur vie, réalisent des projets, consolident leur réseau de soutien ou développent de saines habitudes de vie. Le travail constitue un médium par lequel ces participants évaluent et affermissent leur sentiment d'efficacité personnelle. De

plus, ces individus tentent de consolider leur réseau et d'établir des rapports de réciprocité, se montrent optimistes face à leur avenir professionnel, malgré le fait qu'ils identifient des obstacles internes et externes. Les membres du troisième groupe se caractérisent par le fait qu'ils assument et se définissent au moyen de plusieurs rôles. Leur concept de soi se distingue clairement de la maladie. Grâce aux stratégies adaptatives qu'ils ont développées, ils appréhendent les facteurs de stress comme des défis. Ils assument leur pouvoir d'agir, se montrent en contrôle de leur vie, démontrent une bonne connaissance d'eux-mêmes et des ressources de leur environnement. Ils se maintiennent en emploi, investissent un réseau social réciproque et concilient plusieurs rôles.

Les résultats observés auprès des participants présentent des similarités avec ceux relevés par les travaux de Provencher et al. (2002). Notamment, la description faite pour le premier groupe ressemble à celle faite dans ce travail. En effet, il s'agit d'individus souvent vulnérables, qui s'appuient surtout sur des ressources extérieures et qui manifestent peu d'appropriation du pouvoir. Le second groupe plus actif, tel que défini par ces auteurs, présentent des caractéristiques similaires aux autres participants de l'étude en cours. Aucun participant au sein de notre échantillon ne semble correspondre à la description du troisième groupe, alors que personne ne semble avoir adopté une attitude de résistance au sein de l'étude de Provencher et ses collaborateurs.

Toutefois, à la différence des conclusions de cette équipe, nous distinguons clairement les perspectives face à l'emploi et celle face à la maladie. Bien que les participants qui lient la maladie à leur identité tendent à aborder le travail comme une occupation, un examen plus poussé permet de constater que la qualité de l'expérience professionnelle vient modifier la perception du travail. En effet, le fait d'exercer un emploi sur le marché régulier et de jouir de bonnes conditions de travail peut amener un individu qui lie la maladie à son identité à considérer son emploi comme faisant partie de son développement professionnel. La congruence personne-emploi peut aussi influencer la perception qu'accorde l'individu à son activité productive. Par exemple, un participant qui accepte sa maladie, sans la lier étroitement à son identité, perçoit son travail comme une occupation parce qu'elle correspond peu à ses buts professionnels. Contrairement aux conclusions de Provencher et ses collaborateurs, l'examen de l'Inventaire des rôles

démontre que les participants assument tous plusieurs rôles, nonobstant l'attitude qu'ils adoptent à l'égard de leur maladie et ce malgré le fait que certains vivent au sein de foyers de groupe.

L'examen des attitudes adoptées à l'égard de la maladie et le sens accordé aux activités productives par les participants appuient les conclusions de Caporoso et Kiselica (2004) : le sens accordé aux activités apparentées au travail varie en fonction de la perception de l'individu de sa maladie et de son concept de soi. Les propos des participants illustrent que leur occupation leur permet de redéfinir leur identité au-delà de l'expérience de la maladie, mais aussi qu'ils évaluent leur valeur et celle de leur environnement en fonction des occupations qu'ils exercent. Ce constat est également relevé par d'autres auteurs (Lysaker, Davis et al., 2005; Van Niekerk, 2004; Wilcock, 1998). Par exemple, Lysaker et ses collaborateurs (2005) concluent que le travail permet à l'individu de valider ses capacités et de mieux jauger les limites qu'impose la maladie, dans la mesure où les troubles de la pensée ne sont pas trop envahissants. Cependant, les résultats de notre étude soulignent qu'un climat de travail, un statut d'emploi peu valorisé, un manque de congruence personne-emploi ou des conditions de travail difficiles peuvent elles aussi brouiller l'appréciation de sa valeur personnelle.

Krupa (2004) souligne qu'il est parfois ardu d'intégrer les forces personnelles sans en négliger les limites. Cependant, les résultats obtenus dans la présente étude mettent en évidence le phénomène inverse : certains participants intègrent davantage leurs limites que leurs ressources personnelles. Cette difficulté est d'autant plus marquée en ce qui a trait à leurs forces professionnelles.

Si Gahnstrom-Strandqvist (2003) estiment que des activités productives offrent des perspectives d'apprentissages et de développement de compétences, l'expérience des participants soutiennent peu cette affirmation. D'une part, afin que l'individu perçoive qu'il peut développer des compétences, il faut que l'activité exercée comporte un juste niveau de défi et de pertinence aux yeux de l'individu. Comme le soulignent Persson, Erlandsson, Eklund et Iwarsson (2001), la gratification au travail découle de la capacité de l'individu d'exercer du contrôle sur son travail et de vivre un juste niveau de défi. D'autre part, un tel

potentiel de développement est plus rare dans le secteur secondaire de l'emploi, où les tâches exigent peu de compétences spécifiques, où les activités de formation ou d'orientation demeurent peu formalisées et où la précarité règne.

Hammell (2004) soumet que la décision d'investir une occupation productive permet à la personne d'affirmer ses compétences, à prendre des décisions qui la concernent et à revendiquer une part de contrôle sur sa vie. Or, les participants exercent peu de contrôle ou de choix professionnels, D'une part, ils tendent de saisir au vol les possibilités qui se présentent à eux ou de s'appuyer sur l'opinion et sur l'aide d'autrui dans leur quête d'une activité productive. D'autre part, les passerelles vers le marché régulier de l'emploi ainsi que l'ouverture du marché demeurent limitées, refreinant ainsi les possibilités qu'ils ont d'exercer des choix. Ainsi, comme le soulignent certains auteurs (Association canadienne des ergothérapeutes, 1997; Hammell, 2004b), si les personnes peuvent assumer des choix face à leurs occupations, elles n'ont pas nécessairement le contrôle sur les possibilités qui leur sont offertes.

Les participants œuvrant sur le marché régulier de l'emploi, peu importe leur statut, tendent à percevoir des avantages supplémentaires associés au rôle de travailleur; pour leur part les participants qui œuvrent en milieu protégé ne rapportent que les avantages associés à l'occupation. Autrement dit, un emploi réel offre davantage, car il peut également procurer un statut et une validation sociale, atténuer la marginalité si le climat de travail est respectueux, ainsi que faciliter la poursuite d'objectifs professionnels et personnels. La moitié des participants indiquent qu'à leurs yeux, le travail offre un statut social plus valorisant que celui de prestataire de la sécurité du revenu ou de malade, particulièrement si l'intégration est optimisée dans le milieu de travail. Plusieurs constatent que le travail constitue une obligation sociale à laquelle ils veulent répondre. À ce sujet, Rebeiro (2004a) indique que les personnes ne se perçoivent pas comme étant compétentes à la seule réalisation de leur projet ou d'une occupation : ce n'est qu'à travers le regard et les commentaires des autres, qu'elles adhèrent à une identité personnelle positive où s'expriment des compétences. Cette auteure propose le terme de confirmation pour désigner la rétroaction de l'environnement social face à l'activité et l'individu. Le statut n'existe qu'à travers le regard de l'autre et n'est pas le fruit d'un processus de valorisation

personnelle. Tout comme le suggèrent les résultats obtenus et d'autres études (Bond, Resnick et al., 2001b; Gahnstrom-Strandqvist et al., 2003), le levier de changement qui permet la redéfinition de la perception et du concept de soi, réside peut-être dans le changement de statut associé au rôle de travailleur.

Comme le soulignent McCrohan et al. (1994), les participants indiquent que le rôle de travailleur leur offre des possibilités d'intégration sociale et peut atténuer la marginalité induite par la maladie et la pauvreté, bien que des progrès restent à faire. Si les participants admettent que le travail ne se limite pas à l'accès à un salaire, il en constitue un indéniable avantage. Il offre une réponse aux besoins affectifs et donne accès à des conditions de vie plus décentes, comme le rapporte Van Niekerk (2004). Le travail constitue un véhicule qui permet davantage d'accéder à des relations sociales ainsi qu'à des ressources pour répondre à ses besoins et pour vaincre le chômage, l'inactivité et la pauvreté (Markowitz, 2005b; Marrone & Golowka, 1999). Or, il faut nuancer cette affirmation. Si les activités associées au travail permettent d'accéder à des ressources supplémentaires, chez les prestataires de l'aide financière de dernier recours, plusieurs participants soulignent qu'ils s'appauvrissent en s'engageant dans des emplois à temps partiel au salaire minimum. Si les travailleurs aux prises avec des troubles mentaux peuvent ressentir un plus grand degré d'appropriation du pouvoir d'agir, en dépit du fait que leurs revenus ne leur permettent pas de s'affranchir de la pauvreté. Linhorst (2006) allègue qu'une réappropriation objective du pouvoir d'agir s'avère impossible faute de ressources.

Quelques participants signalent que leur milieu de travail leur permet d'intégrer des réseaux sociaux où la maladie n'est pas prédominante, voire absente. Ainsi, l'emploi facilite l'intégration communautaire en augmentant le nombre des contacts sociaux (Gahnstrom-Strandqvist et al., 2003; Kennedy-Jones et al., 2005; Yuen & Fossey, 2003), qui, à leur tour, influencent positivement l'estime de soi des travailleurs aux prises avec des troubles mentaux (Bond, Resnick et al., 2001b; Gates, Akabas, & Oran-Sabia, 1998; Mank, Cioffi, & Yovanoff, 1997). Si Marrone et Golowska (1999) estiment que les travailleurs peuvent trouver au sein de leur milieu de travail un milieu d'appartenance, tissé de relations significatives, les expériences que décrivent les participants indiquent que ceci n'est possible que si la stigmatisation n'entache pas le climat de travail ou les mandats confiés.

En ce sens, Szymanski et Parker (1989) soutiennent que les milieux de travail qui accentuent la marginalisation ou qui perpétuent la pauvreté, ne peuvent être considérés comme des options suffisantes ou adéquates. Les trajectoires des participants indiquent que l'environnement doit paraître sécuritaire aux yeux de l'individu, autant physiquement qu'affectivement, afin que l'engagement dans une occupation soutienne le rétablissement, comme le souligne également Rebeiro (2001). Enfin, des participants œuvrant sur le marché régulier de l'emploi rapportent que l'activité productive au sein de laquelle ils s'investissent, constitue à leurs yeux une étape vers la réalisation de leurs buts professionnels.

L'examen des propos des participants indique que le sens accordé au bénévolat revêt les mêmes fonctions que celles relevées pour le travail en tant qu'occupation. Néanmoins, le bénévolat est associé à des avantages qui lui sont propres, comme une plus grande souplesse et des attentes moins élevées du milieu ainsi qu'un moyen d'accéder à des services.

Cependant, le soutien au rétablissement d'une activité productive est fonction du contexte. Douze participants soulignent que le travail peut ralentir ou suspendre le processus de rétablissement, particulièrement lorsque le travail ne revêt plus de sens, qu'il devient porteur d'aliénation, qu'il confirme une marginalité ou qu'il est susceptible de réactiver les traumatismes associés à la violence et à l'abus. Or ces phénomènes découlent souvent d'un contexte contre-productif où on note une faible congruence personne-emploi, des conditions difficiles de travail, des dynamiques d'abus ou de rejet ainsi que des barrières systémiques et des lourdeurs administratives. Si le niveau de défi excède les capacités de l'individu, l'occupation génère de l'anxiété. À l'inverse, lorsque l'occupation présente peu de défi, l'ennui risque de s'installer, comme l'indiquent les écrits émanant des sciences de l'occupation (Csikszentmihalyi, 2004; Emerson, 1998; Jacobs, 1994; Rebeiro & Polgar, 1999; Spencer et al., 1998). En l'absence de défi, le regard que jettent les participants sur leurs tâches dévalorise leur travail. Le contexte de travail peut donc contribuer à la détérioration de l'état de santé lorsque l'individu évolue dans un contexte hostile, fort critique ou surprotecteur (Krupa, 2004) ou lorsqu'il se limite au sous-emploi (Stuart, 2004). De plus, les conditions difficiles de travail créent pour certains participants

d'avantage d'obstacles et peuvent compromettre leurs efforts pour se rétablir. Comme l'indiquent des écrits portant sur les effets de l'inactivité professionnelle (Auerbach & Richardson, 2005; Van Niekerk, 2004), les participants soulignent que malgré d'importantes difficultés vécues au travail, un niveau de stress élevé, voire même des problèmes de santé, ils tendent à tolérer ces situations difficiles, car ils perçoivent que les périodes d'inactivité sont davantage négatives, destructives, chaotiques, marquées par la dépression et l'ennui.

6.6. Conclusion sur le rôle du travail

Le travail est profitable dans la mesure où ses effets positifs, tels que les aspects structurants, l'actualisation de son potentiel ou l'amélioration des revenus, ne sont pas anéantis par les effets négatifs comme le stress au travail ou la marginalisation. Pour soutenir le rétablissement, le travail doit s'effectuer dans des conditions de travail décentes, c'est-à-dire comporter des tâches raisonnables, un contexte sécuritaire, un traitement équitable et un climat de travail sain. Si s'engager dans des occupations significatives permet à l'individu de se reconstruire une vie à l'extérieur de la maladie (Davidson, 2003), l'expérience des participants souligne que celles-ci se doivent d'être plaisantes et présenter une juste part de défi, comme le reflètent les écrits portant sur les sciences de l'occupation (Csikszentmihalyi, 2004; Emerson, 1998; Jacobs, 1994; Rebeiro & Polgar, 1999; Stone, 2005). De même, Krupa (2004) insiste sur l'importance d'une congruence personne-emploi qui met en valeur les forces et capacités de l'individu. À l'instar des constats effectués par Hvalsoe et Josephsson (2003), les occupations les plus significatives pour les participants sont celles qui reflètent leurs valeurs et leurs préférences, où ils peuvent développer un sentiment d'appartenance, où leur contribution est valorisée et où la marginalisation est minimisée. Le rétablissement est soutenu également par l'acceptation d'autrui ainsi que par l'expérience du succès dans des activités significatives; en contrepartie, les préjugés, les échecs et les rejets freinent le processus, comme le soulignent d'autres auteurs (Davidson, 2003; Davidson, Sells et al., 2005).

Une des contributions particulières de cette étude réside dans le fait qu'elle distingue les apports du travail en tant qu'occupation de ceux qui découlent du rôle de travailleur. Alors que les bienfaits de l'occupation productive permettent d'atténuer l'impact dévastateur de l'inactivité, le rôle de travailleur s'avère nettement plus porteur. Les apports du rôle de travailleur sont davantage recensés parmi les participants qui œuvrent sur le marché régulier de l'emploi. Par conséquent, le travail peut soutenir le rétablissement d'abord en tant qu'occupation, puis en terme de rôle, lorsque le contexte apparaît propice. Ce constat appuie les écrits sur la réadaptation psychosociale, qui énoncent qu'un travail sur le marché de l'emploi régulier permet la consolidation de l'estime de soi et l'acquisition des compétences, davantage que ne peuvent le faire les milieux protégés (Bond, Resnick et al., 2001b; Mueser et al., 1997). Cette conclusion s'avère exacte dans la mesure où les conditions de travail sont décentes et sécuritaires et que le climat est exempt de discrimination et de violence. De plus, les témoignages des participants suggèrent que ces emplois n'offrent un meilleur statut que dans la mesure où le travail est valorisé et que la contribution est reconnue valable dans le milieu et la société.

Une deuxième contribution particulière découle de la démonstration, pour une fois, des conditions par lesquelles une activité productive associée au travail est susceptible de freiner le rétablissement. Cet angle n'a jamais, pour ainsi dire, été directement abordé dans les écrits recensés. S'il est entendu que le handicap est le résultat des interactions entre la personne et son environnement (Arthanat, Nochajski, & Stone, 2004; Ralph, 2005; Schneidert, Hurst, Miller, & Ustun, 2003; Ustun, Chatterji, Bickenbach, Kostanjsek, & Schneider, 2003), il existe une relation réciproque entre la réappropriation du pouvoir d'agir et l'environnement où évolue l'individu. Comme le souligne Linhorst (2006), l'expression du pouvoir d'agir dépend largement du contexte. Or, les résultats de nos travaux suggèrent qu'il en est de même pour le rétablissement. Par conséquent, une certaine prudence doit être observée face au fait que le travail soutienne le rétablissement; le contexte, les conditions et le climat de travail influencent significativement la teneur et la portée de cette activité productive. À la lumière des résultats obtenus, la suggestion de Davidson et al. (2005), à l'effet que les interventions doivent à la fois cibler l'individu et son environnement afin de promouvoir le rétablissement, apparaît fort indiquée.

Une troisième contribution significative de l'étude consiste à nuancer l'association travail-rétablissement. L'étude met en valeur que d'autres rôles peuvent s'avérer tout aussi significatifs et porteurs de rétablissement, même s'ils n'ont pas été autant recensés dans les écrits scientifiques sur le sujet. En effet, la moitié des participants s'appuient sur d'autres rôles que celui de travailleur pour se rétablir et cela peu importe la perception qu'ils ont du travail. À titre d'exemple, afin de se rétablir, les deux mères au sein de l'échantillon s'appuient sur leur rôle de parent davantage à tout autre. Or, être parent ne revêt pas le même statut social que le travail. Dans une perspective féministe, Oyserman, Mowbray et Zemencuk (1994) déplorent que les services de réadaptation accordent moins d'attention au rôle de parent (qui interpelle davantage les femmes) qu'au rôle de travailleur. Pourtant, l'expérience de la maternité est centrale dans l'existence des femmes et lui donne un sens et une direction (Farber, 2004; Magnus, 2001; Nicholson, Sweeney, & Geller, 1998; Sands, 1995). Plusieurs femmes jugent leur valeur personnelle à travers le prisme de la maternité (Farber, 2004; Unruh, 2004). Alors que les interventions en réadaptation psychosociale permettent aux personnes aux prises avec des troubles mentaux de participer socialement au sein de rôles qui leur sont significatifs, le rôle de parent demeure largement ignoré (Cogan, 1998; McKay, 2004; Mowbray, Oyserman, & Bybee, 2000; Mowbray, Oyserman, Bybee, MacFarlane, & Rueda-Riedle, 2001; Mowbray, Oyserman, Lutz, & Purnell, 1997; Nicholson, Biebel, Hinden, Henry, & Stier, 2001). En guise d'exemple, la définition opérationnelle du rétablissement qu'offrent de Liberman et ses collaborateurs (Liberman & Kopelowicz, 2005; Liberman et al., 2002) comprend une rémission des symptômes, la capacité d'entretenir son logis, l'investissement de liens d'amitié et un travail à temps plein ou partiel. Selon cette perspective, assumer principalement un rôle parental ne correspond pas aux manifestations objectives du rétablissement.

De la même façon que des femmes s'appuient davantage sur leur rôle de mère que sur celui de travailleuse dans leur rétablissement, des hommes se fixent comme but principal de s'établir avec leur conjointe et de s'investir dans leur vie conjugale et sexuelle, dans un contexte de réciprocité et d'intimité. Ces participants associent à des temps forts de leur rétablissement ces périodes où ils vivent une relation satisfaisante alors que les conflits

et les ruptures sont associés aux moments les plus difficiles. Des tabous semblent exister à l'égard du besoin d'intimité ou du désir d'assumer un rôle parental puisque ces rôles sont peu examinés dans des écrits sur le rétablissement.

6.7. Forces et limites de l'étude

Une des forces de cette étude réside dans la générosité des participants et la qualité des interactions qu'ils ont développées avec la chercheure-étudiante. Leur engagement dans le processus de la recherche et la capacité de la chercheure-étudiante à tirer du sens de leur vécu, alimentée par son expérience sur le terrain, ont permis d'accéder à des données plus riches, que celles initialement prévues. Cette étude a tenté de jeter un regard unique et de l'intérieur, sur le développement professionnel ainsi que sur les interactions dynamiques entre l'activité productive, le contexte de l'activité et le processus de rétablissement. La perspective des participants, sur leur expérience des phénomènes à l'étude, ne peut être confondue avec la réalité, telle qu'elle se présente : cependant, la somme de leurs perspectives tentent de s'en approcher (Poupart, 1997). Parce que nous avons tenté d'approfondir et de respecter le sens que donnent les participants à leur expérience, il y a tout lieu de croire que les résultats obtenus sont pertinents en regard de l'expérience de la population à l'étude (Hammell, 2004b). L'intégration de l'existence de cas négatifs au sein de l'échantillon a pu en accroître la plausibilité, la généralisation et son pouvoir explicatif (Strauss & Corbin, 1998).

Une autre force de cette étude repose sur la rigueur méthodologique manifestée lors de l'analyse des données, soutenue par une solide base en analyse qualitative, acquise au cours de la formation doctorale. Telle que documentée dans le journal méthodologique, l'application des principes de la théorisation ancrée a été rigoureusement appliquée. De façon soutenue, la chercheure-étudiante a manifesté le souci d'appliquer les règles propres à assurer la crédibilité, la validité référentielle et la fiabilité des résultats de ses analyses.

Le recours à des trames narratives explique comment les individus choisissent leurs occupations et comprennent leurs trajectoires de vie, tout en mettant en valeur leurs motivations (Goldstein, Kielhofner, & Paul-Ward, 2004; Helfrich, Kielhofner, & Mattingly,

1994; Jonsson & Josephsson, 2005; Persson et al., 2001). L'examen des trajectoires d'emploi reflète et alimente l'évolution de l'identité professionnelle (Gioia, 2005). En ce sens, ce choix méthodologique permet de confirmer, de réviser ou d'exposer les limites des théories existantes, ou même de révéler des relations jusqu'ici négligées entre des composantes d'un phénomène (Hammell, 2004b; Strauss & Corbin, 1998). C'est notamment le cas des conditions qui influencent le développement professionnel et le rétablissement de la population à l'étude, de la prévalence de dynamiques abusives durant les trajectoires d'emploi et de la nature des interactions entre le travail, l'occupation, les rôles et le rétablissement.

Par ailleurs, les approches narratives reposent sur le rappel d'expériences passées : ce processus peut s'avérer hautement sélectif. De plus, la nature même des troubles mentaux peut altérer la perspective de l'individu ou sa capacité à se remémorer des événements (Kennedy-Jones et al., 2005). La présence de certains symptômes, notamment des troubles de la pensée, a pu gêner l'expression cohérente de l'expérience pour certains participants. La chercheure-étudiante a reformulé sans cesse sa compréhension des faits auprès des participants et n'a pas tenu compte dans son analyse du contenu non validé laissant place à l'interprétation. Néanmoins, des erreurs de compréhension peuvent subsister.

Pour certains participants, les entrevues en profondeur peuvent s'avérer plus difficiles avec, comme conséquence possible, que leur témoignage n'en soit influencé (Ball et al., 2005). L'histoire racontée dépend grandement de la relation entre l'intervieweur et l'interviewé : il se peut que dans le contexte, les événements et les expériences soient idéalisées ou tronquées, lorsque racontées rétrospectivement (Clark et al., 1997; Kennedy-Jones et al., 2005)

La triangulation des sources de données nous a permis de mettre en lumière des inconsistances dans le temps sur le plan des antécédents d'emploi. En effet, des inconsistances ont fréquemment été relevées en ce qui a trait à l'année où les participants situent une expérience de travail, une hospitalisation ou un événement marquant. Par ailleurs, on note plus de congruence face à l'ordre des événements qui lui, varie peu. Grâce

à ces repères, la chercheure-étudiante demeure convaincue que ces difficultés n'ont pas affecté outre mesure l'analyse des données. Cependant, il importe de noter là une source d'erreurs potentielles. Cette difficulté à situer clairement les événements dans le temps, est rapportée dans d'autres études auprès de la même population (Suto, 2000).

La triangulation fut effectuée en contrastant de façon constante les trajectoires de vie des participants, les données émanant des différentes entrevues et diverses échelles. Cette triangulation s'appuie uniquement sur des perspectives subjectives émanant des participants. Même si les analyses s'avèrent concluantes, aucune source extérieure n'est venue corroborer la validité objective des informations recueillies.

Le devis de recherche ne permet pas de généraliser les résultats de l'étude à toutes les personnes aux prises avec des troubles mentaux graves. Comme le souligne Pires (1997a), les résultats ne peuvent couvrir toute la réalité des phénomènes à l'étude. Par exemple, certaines caractéristiques ont été sous-représentées lors du recrutement : les jeunes adultes (de moins de 25 ans), les personnes évoluant dans un contexte semi-urbain ou rural, les individus qui sont mobilisés dans une activité productive sans recevoir de services de soutien à l'insertion, ceux qui abordent une formation professionnelle ou ceux qui cherchent à assumer une activité associée au travail. Les résultats permettent cependant d'éclairer à partir des données empiriques, certaines dimensions du développement professionnel de cette population. Bien que des conclusions aient été tirées à l'effet que les personnes aux prises avec des troubles mentaux graves pouvaient présenter une immaturité professionnelle, aucune étude n'avait jusqu'ici approfondi la question.

7. Conclusion

Cette étude de théorisation ancrée a permis de documenter l'effet dévastateur que peut avoir l'apparition d'un trouble mental grave sur le développement professionnel. En effet, celle-ci a interrompu la formation d'une majorité de participants, limité l'accès à la formation professionnelle et jusqu'à un certain point, condamné l'individu à œuvrer dans le secteur secondaire de l'emploi où les postes sont précaires, sous-spécialisés et peu rémunérés. Malgré les besoins de formation définis par les participants, ces derniers démontrent de l'appréhension face à un éventuel retour aux études. L'ambivalence des participants semble s'expliquer en partie par leurs expériences scolaires antérieures, l'impact de la maladie sur ces expériences scolaires, la difficile conciliation des rôles, l'âge des participants et l'absence de mesures adaptées, telles l'accès à un soutien financier suffisant ou des programmes de formation à temps partiel. De plus, les parcours professionnels des participants se caractérisent par de longues périodes d'inactivité professionnelle qui s'expliquent par l'interférence de la maladie, mais aussi par de longues périodes de recherche d'emploi, par le choix de certains de se replier vers d'autres occupations ou par des événements de leur vie personnelle. Compte tenu des ressources limitées dont ils disposent, autant au plan individuel que des moyens mis à leur disposition, la conciliation du travail avec d'autres rôles ou projets de vie s'avère plus délicate.

L'accès au travail demeure difficile, à cause notamment des préjugés relatifs au potentiel professionnel des personnes aux prises avec des troubles mentaux. L'analyse longitudinale des trajectoires des participants permet de mettre en lumière qu'ils tentent de se maintenir dans des activités productives, tout en se confrontant aux préjugés des employeurs ou de leurs collègues, ainsi qu'aux prédictions négatives de certains intervenants ou de leurs proches. Les personnes aux prises avec des troubles mentaux peuvent avoir intériorisés ces préjugés, ce qui affecte leur sentiment d'efficacité personnelle, leur estime d'eux-mêmes, leur désir de se mobiliser, voire même leur recours aux services susceptibles de les appuyer.

Lorsqu'ils s'investissent dans des activités productives, les participants tendent à déléguer la recherche d'emploi à des intervenants, à s'appuyer sur les références d'un proche ou à saisir les opportunités au passage. Le dévoilement de l'expérience de la maladie prévaut au sein de l'échantillon, puisque celui-là demeure une condition préalable à l'obtention de mesures d'appui dont jouissent une majorité des participants. Au-delà de ces considérations, les participants réitèrent le besoin de savoir que leur maintien au sein de l'activité productive, leur intégration dans le milieu de travail ainsi que leur intégrité ne seront pas compromis par le dévoilement de leur situation.

L'étude met en lumière la pertinence de développer des mesures de soutien à l'éducation afin d'améliorer le potentiel de succès d'un retour aux études. Plusieurs études descriptives permettent de dégager des pratiques probantes en matière de soutien en éducation, que se soient l'établissement de programmes spécifiques dans des établissements post-secondaires ou à l'extérieur du réseau des établissements voués à l'éducation (Collins, Bybee, & Mowbray, 1998; Collins, Mowbray, & Bybee, 2000; Hemmingsson & Borell, 2000; Mowbray, Oyserman, Bybee, & MacFarlane, 2002; Mowbray, Bellamy, Megivern, & Szilvagy, 2001; Mowbray, Brown, Furlong-Norman, & Soydan, 2000; Mowbray, Collins, & Bybee, 1999; Mowbray et al., 2005; Shafer et al., 1998; Sullivan, Nicolellis, Danley, & MacDonald-Wilson, 1993). Bien que des exemples canadiens existent (Association Canadienne pour la Santé Mentale, 2004; Gilbert, Heximer, & Walker, 2002), la mise en œuvre de ces services demeure marginale au Québec et absente du récent Plan d'action en santé mentale (Ministère de la santé et des services sociaux, 2005).

Par ailleurs, la reprise d'une activité productive ne réactive pas automatiquement le processus de développement professionnel des participants. Ce constat s'explique par les conditions et le climat de travail, par le potentiel de croissance qu'offrent des activités ainsi que la perception des participants de ces activités. Les conditions de travail demeurent difficiles et précaires. Les participants œuvrent souvent dans le secteur secondaire de l'économie où les emplois sont peu rémunérés, revêtent un statut peu élevé, comportent peu de possibilités d'avancement, mais davantage de risques concernant la santé et la sécurité au travail. Les mesures de soutien aux employés, que ce soit de la formation ou des adaptations, demeurent rares. D'importantes contraintes réglementaires, administratives et

législatives nuisent à l'insertion professionnelle des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves et par conséquent, à leur développement professionnel. Les préjugés envers ces personnes sont bien enracinés, particulièrement face à leurs aptitudes à maintenir un emploi ou à contribuer à la société. Ceci entraîne une marginalisation pour plusieurs, autant financière que professionnelle, de même qu'une incidence élevée d'expériences où la discrimination, l'abus et l'exploitation sont manifestes aux yeux des participants.

Malgré ce sombre portrait, les témoignages des participants illustrent l'effet bénéfique d'un climat de travail sain et d'une bonne congruence personne-emploi sur la satisfaction et les avantages perçus de l'implication au travail. Le respect, la flexibilité et l'inclusion sociale caractérisent les milieux plus propices à une insertion réussie. Pour sa part, la congruence personne-emploi se manifeste de trois façons : l'emploi doit refléter les intérêts de l'individu, faciliter l'atteinte de buts professionnels et présenter un juste degré de défi. Lorsqu'elles sont souhaitées par le travailleur, des adaptations peuvent contribuer à l'obtention d'une meilleure congruence personne-emploi.

Les préférences professionnelles exprimées reposent davantage sur des caractéristiques du climat de travail ou sur ce que les participants ne veulent plus revivre. La moitié des participants indiquent que leurs préférences professionnelles ont été révisées de façon à tenir compte des limites qu'impose la maladie. Par ailleurs, les participants expriment également des préférences qui reposent sur des intérêts forts divers. La moitié des participants espèrent poursuivre la même trajectoire professionnelle qu'ils avaient initiée avant la maladie, quitte à diminuer leurs attentes. La plupart des participants éprouvent généralement des difficultés à définir leur identité professionnelle et offrent des descriptions génériques, peu en lien avec une profession. Une majorité d'entre eux incorporent à leur description des caractéristiques associées à la maladie avec laquelle ils transigent. Cette tendance s'avère plus marquée chez les personnes qui considèrent uniquement leur travail comme une occupation. Les variations observées au niveau de l'identité professionnelle s'expliquent par la force du concept de soi des participants et de leur perception du travail. Les décisions professionnelles exercées par les participants sont généralement peu orientées vers le choix d'une profession et l'élaboration de leur identité

professionnelle : les choix exprimés concernent principalement la décision d'investir ou de quitter une activité productive. Le degré d'influence de l'opinion d'un tiers sur la décision d'investir une activité productive varie considérablement au sein de l'échantillon, tout comme la capacité de faire preuve d'autodétermination.

Les résultats obtenus suggèrent qu'il est peu indiqué de s'appuyer sur les théories génériques du développement professionnel pour examiner celui de la population à l'étude. En effet, les expériences décrites par les participants, notamment les phénomènes de marginalisation, ne correspondent pas aux réalités de la classe moyenne sur lesquelles s'appuient ces théories (Baron & Salzer, 1999). Les essais théoriques sur le sujet tendent à occulter l'influence des variables culturelles et sociétales sur le développement professionnel (Conyers et al., 1998), alors qu'ils prédominent dans les trajectoires des participants. De plus, la majorité de ces théories développementales tendent à accorder une attention presque exclusive à l'individu et aux comportements qui témoignent de son développement, et négligent l'impact des trajectoires occupationnelles et l'évolution des activités productives associées au travail au fil du temps (Davis & Polatajko, 2006). Par ailleurs, les écrits provenant des sciences de l'occupation révèlent que le développement professionnel (comme tout développement occupationnel) résulte de caractéristiques individuelles, mais aussi des exigences associées au travail ainsi que des soutiens et des freins présents dans l'environnement (Association canadienne des ergothérapeutes, 1997; Davis & Polatajko, 2006; Edwards & Christiansen, 2005; Fourie, Galvaan, & Beeton, 2004). Enfin, le développement d'un individu ne peut qu'être affecté par l'absence d'opportunités où l'individu peut exercer un contrôle et assumer un rôle actif dans son cheminement (Davis & Polatajko, 2006).

Les résultats offrent également matière à réflexion concernant la justice occupationnelle. La justice occupationnelle aborde les enjeux liés à la différence et à l'inclusion sociale, tant au niveau individuel que collectif. Les injustices occupationnelles prennent plusieurs visages : la participation sociale pouvant être interdite, confinée, marginalisée, sous-développée, interrompue, aliénée, exploitée ou dévaluée de toute autre manière. L'injustice réside dans la valeur sociale et économique accordée aux occupations de certains et dans le manque d'accès aux occupations favorables à l'inclusion sociale

(Townsend & Whiteford, 2005). Les résultats reflètent principalement trois sources d'injustices occupationnelles, telles que définies par Townsend et Wilcock (2004), soit la privation occupationnelle, l'aliénation occupationnelle et la marginalisation occupationnelle. Les longues périodes d'inactivité ont entraîné des privations occupationnelles : les participants se voyaient non seulement privés des activités productives socialement attendues, mais confrontés aussi à un vide que pouvait envahir la maladie. L'aliénation occupationnelle est caractérisée par des occupations dénuées de sens ou de valeur : l'ennui, la dévaluation sociale ainsi que la marginalisation des activités productives recensées chez une majorité de participants au cours de leur trajectoire d'emploi, de même que l'hostilité à laquelle ils se sont heurtés, confirment la présence de cette source d'aliénation. Enfin, les participants manifestent clairement leur désir d'exercer des activités productives au sein de leur communauté plutôt que dans des contextes marginalisés. Ils désirent, tout comme cela a été noté dans d'autres études (Corrigan, 2003), obtenir de réelles opportunités de travail, tout autant désirables que celles offertes à la population générale. Des auteurs sensibles à cette question (Mee, Sumsion, & Craik, 2004; Stuart, 2004; Townsend & Whiteford, 2005) soutiennent que la privation et la marginalisation occupationnelle perpétuent la pauvreté, affaiblissent le sentiment d'efficacité personnelle et occasionnent davantage d'isolement, d'aliénation et de désespoir. Les résultats obtenus, quoique plus spécifiques aux occupations productives associées au travail, appuient cette affirmation. Or quelles interventions mettons-nous en œuvre pour atténuer les phénomènes de privation, de marginalisation et d'aliénation occupationnelle dont ont témoigné les participants?

L'ensemble de ces constats et ces questionnements nous amène à conclure qu'il faut considérer un changement de paradigme afin de soutenir le développement professionnel de cette population. Plutôt que d'œuvrer à faciliter les dimensions individuelles du processus, il serait souhaitable d'investir autant, sinon plus d'énergie, à infléchir les déterminants administratifs, sociologiques et environnementaux qui gênent le développement professionnel des personnes aux prises avec des troubles mentaux, en s'attardant peut-être davantage à leurs besoins de formation, à la justice et l'inclusion sociales ainsi qu'à la congruence personne-emploi.

Quant au rétablissement, les résultats mettent en évidence qu'il s'agit d'un processus certes unique, mais aussi multidimensionnel : les dimensions physique, affective, sociale et spirituelle sont largement perçues chez les participants, alors que certains soulèvent également des dimensions cognitive, économique et politique à leur expérience. De ce travail émerge un constat : le rétablissement ne peut être réduit à un processus principalement affectif et spirituel ou à un phénomène strictement individuel. Non seulement la dimension sociale est fortement soulignée par les participants, mais ils considèrent que la nature et la qualité du soutien reçu, qu'il émane de pairs, de proches ou d'intervenants, constitue la source externe de soutien la plus importante dans leur rétablissement, au-delà de la contribution du travail ou des occupations. Le rétablissement consiste donc largement à rétablir des liens avec ses ressources personnelles, son monde, sa communauté et à donner du sens à sa vie.

Le fait que le rétablissement comporte des dimensions sociales, économiques et politiques soulignent l'importance de ne pas seulement chercher à soutenir les facettes individuelles du processus, mais aussi d'influencer les conditions dans lesquelles les individus évoluent. Une philosophie d'intervention ou des politiques de santé mentale qui préconisent le rétablissement, doivent s'appuyer également sur des actions communautaires et environnementales. Le rétablissement ne s'effectue pas en vase clos, mais dans un contexte souvent difficile, oppressif, et contre-productif. Les freins au rétablissement soulevés par les participants, qu'ils soient de nature sociale ou sociétale ou qu'ils soient associés au traitement ainsi qu'aux conditions de vie des participants, appellent des interventions environnementales, voire systémiques à l'intérieur et au-delà des réseaux de santé mentale. Ces pistes de recherche, d'intervention et d'action doivent recevoir plus d'attention.

Quatre attitudes face à la maladie se dégagent des propos des participants et influencent le sens qu'ils donnent au rétablissement : il y a ceux qui offrent une explication alternative pour décrire leur expérience, ceux qui combattent la maladie, ceux qui l'acceptent et enfin ceux qui lient leur identité personnelle à la maladie. Il apparaît que l'attitude que la personne adopte à l'égard de la maladie influence non seulement ce qui lui semble significatif dans sa démarche, mais aussi le degré de pouvoir d'agir qu'elle exerce.

Les résultats obtenus indiquent que l'acceptation de la maladie ne constitue pas un pré requis au rétablissement. Sans conclure qu'une attitude est plus souhaitable qu'une autre, les résultats indiquent que les individus qui acceptent leur maladie au point de ne se définir qu'à travers elle, tendent à ne pas exercer autant leur pouvoir d'agir, à exprimer davantage d'inquiétudes face à leur avenir et leurs capacités et à adopter des stratégies adaptatives davantage axées sur l'évitement ou la distraction. À l'inverse, les personnes qui offrent une explication alternative pour décrire leur expérience manifestent avec conviction un plus grand désir d'exercer leur pouvoir d'agir. Il s'agit peut-être de deux pôles de réactions face à un même phénomène, celui de la stigmatisation. Les résultats suggèrent fortement que l'attitude adoptée par l'individu à l'égard de son expérience s'avère un concept porteur, susceptible de pousser plus loin la réflexion, et qui peut aussi, éventuellement, permettre l'élaboration d'interventions individuelles et environnementales spécifiques.

Enfin, les explications offertes sur la nature des difficultés paraissent être une variable centrale et capable, elle aussi, d'ouvrir la voie à l'élaboration d'interventions plus adaptées au caractère unique et individuel du rétablissement. En effet, celles-ci permettent de mieux anticiper les mesures de soutien qui seront valorisées, les stratégies adaptatives et les attitudes à adopter et les dimensions du rétablissement à explorer par un individu. D'autres dimensions du rétablissement sont intégrées, souvent dans une moindre mesure, dans le cheminement de l'individu. Néanmoins, cette piste mérite donc qu'on s'y attarde, autant dans l'accompagnement des individus que dans les recherches à venir. Par exemple, face à un individu réfractaire à une explication biomédicale de son expérience, saurons-nous entendre le sens qu'il y accorde ? Les résultats suggèrent qu'une attitude ouverte au dialogue pourrait paver la voie à une meilleure compréhension du processus dans lequel les personnes s'engagent et de ce qui peut leur paraître utile.

Avec un certain recul, il est intéressant de remarquer que l'ensemble de la démarche a été orientée d'abord vers la maladie, afin de mieux comprendre ultimement le processus de rétablissement. Or, cette perspective a comme effet d'occulter complètement la notion de santé. Ce passage de la maladie vers la santé pour aborder le rétablissement pourrait ouvrir des perspectives de recherche fort stimulantes.

La contribution du travail dans le processus de rétablissement repose sur le fait que le travail constitue d'abord pour tous ceux qui l'investissent, une occupation. Cette occupation permet aux personnes en rétablissement de combattre les symptômes, de se mobiliser, de structurer leur routine, d'apprécier leurs capacités tout en apprivoisant leurs limites, de développer leurs compétences et surtout, de reconstruire leur vie. Le travail comme occupation demeure un vecteur moins puissant sur le rétablissement que le rôle de travailleur. Les personnes qui œuvrent sur le marché régulier de l'emploi sont davantage susceptibles de reconnaître dans leur implication l'exercice du rôle de travailleur. En tant que rôle, le travail offre aux personnes en rétablissement un accès renouvelé à la citoyenneté et à un statut valorisé, des possibilités d'intégration sociale qui permettent d'atténuer la marginalité, une ouverture vers l'actualisation de leurs buts professionnels.

Toutefois, il apparaît clairement que le travail ne soutient plus le rétablissement lorsqu'il n'a plus de sens, qu'il devient porteur d'aliénation, qu'il confirme une marginalité ou qu'il est susceptible de réactiver les traumatismes associés à la violence et à l'abus. Or ces phénomènes découlent souvent d'un contexte où existent une faible congruence personne-emploi, des conditions difficiles de travail, des dynamiques d'abus ou de rejet, ainsi que des barrières systémiques associées à l'aide financière de dernier recours et des lourdeurs administratives. Contrairement à ce qui est recensé dans les écrits à cet effet, ce n'est pas tant le travail qui soutient le rétablissement, mais plutôt le fait de remplir un rôle valorisé et significatif, (ici, le travail). En effet, d'autres rôles peuvent s'avérer tout aussi significatifs et porteurs de rétablissement, même s'ils n'ont pas fait l'objet d'autant d'attention, notamment les rôles de parent ou de conjoint. Ainsi, certains individus ont exprimé des buts professionnels lors des entretiens, tout en insistant sur le fait que des buts personnels avaient préséance à leurs yeux. Cette nouvelle perspective invite à explorer la nature des relations et des dynamiques qui existent entre le rétablissement et les rôles sociaux, au-delà du travail rémunéré ou non rémunéré.

En conclusion, la contribution du travail au rétablissement repose sur l'interaction dynamique des caractéristiques de l'individu, de l'emploi et du milieu de travail, qu'il faudra mieux comprendre, évaluer et soutenir. De plus, il faudra développer des façons de faire qui maximisent la congruence personne-emploi, tout en considérant les attentes

dévolues aux autres rôles assumés par l'individu, qui peuvent s'avérer tout aussi importants. Les acteurs soucieux de soutenir le développement professionnel et le rétablissement des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves doivent donc œuvrer à l'établissement de milieux de travail et de formation professionnelle inclusifs, susceptibles d'offrir une réponse aux besoins d'acceptation et de sécurité des personnes qui les fréquentent, plutôt que d'entretenir des milieux caractérisés par la marginalisation. En ce sens, il importe aussi de faciliter les passages vers des emplois plus stimulants ou qui revêtent un plus grand statut. En définitive, comme le soulignaient déjà Szymanski et Parker en 1989, il faudrait accorder autant d'énergies aux interventions environnementales qu'à celles déployées pour développer l'employabilité des individus.

Bibliographie

- Alverson, H., Carpenter, E., & Drake, R. E. (2006). An ethnographic study of job seeking among people with severe mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30(1), 15-22.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Washington: American Psychiatric Association.
- Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand Journal Psychiatry*, 37(5), 586-594.
- Angell, B., Cooke, A., & Kovac, K. (2005). First-person accounts of stigma. In P. W. Corrigan (Ed.), *On the stigma of mental illness: practical strategies for research and social change* (pp. 69-98). Washington: American Psychological Association.
- Anthony, W. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Innovations & Research*, 2(3), 17-24.
- Anthony, W. A., & Blanch, A. (1987). Supported employment for people who are psychiatrically disabled: an historical and conceptual perspective. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(2), 5-23.
- Anthony, W. A., Cohen, M., Farkas, M., & Gagne, C. (2002). *Psychiatric Rehabilitation* (Second ed.). Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University.
- Anthony, W. A., Cohen, M. R., & Danley, K. S. (1988). The psychiatric rehabilitation model as applied to vocational rehabilitation. In J. A. Ciardello & M. D. Bell (Eds.), *Vocational rehabilitation of persons with prolonged psychiatric disorders* (pp. 59-80). Baltimore: John Hopkins University Press.
- Anthony, W. A., Howell, J., & Danley, K. S. (1984). Vocational rehabilitation of the psychiatrically disabled. In M. Mirabi (Ed.), *The chronically mentally ill: Research and services* (pp. 215-237). New-York: Spectrum Publications.
- Anthony, W. A., & Jansen, M. A. (1984). Predicting the vocational capacity of the chronically mentally ill. Research and policy implications. *American Psychologist*, 39(5), 537-544.

- Anthony, W. A., Rogers, E. S., Cohen, M., & Davies, R. R. (1995). Relationships between psychiatric symptomatology, work skills, and future vocational performance. *Psychiatric Services, 46*(4), 353-358.
- Apte, A., Kielhofner, G., Paul-Ward, A., & Braveman, B. (2005). Therapists' and clients' perceptions of the Occupational Performance History Interview. *Occupational Therapy in Health Care, 19*(1/2), 173-192.
- Arns, P., Rogers, E. S., Cook, J., & Mowbray, C. (2001). The IAPSRs toolkit: development, utility, and relation to other performance measurement systems. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 25*(1), 43-52.
- Arthanat, S., Nochajski, S. M., & Stone, J. (2004). The International Classification of Functioning, Disability and Health and its application to cognitive disorders. *Disability and Rehabilitation, 26*(4), 235-245.
- Association canadienne des ergothérapeutes. (1997). *Promouvoir l'occupation: une perspective de l'ergothérapie*. Ottawa: CAOT publications ACE.
- Association Canadienne pour la Santé Mentale. (2004). *Ton éducation, ton avenir : un guide à l'intention des étudiants des niveaux collégiaux et universitaires ayant des déficiences psychiques*. Toronto: Association Canadienne pour la Santé Mentale. (Document Number)
- Auerbach, E. S., & Richardson, P. (2005). The long-term work experiences of persons with severe and persistent mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 28*(3), 267-273.
- Bailey, E. L., Ricketts, S. K., Becker, D. R., Xie, H., & Drake, R. E. (1998). Do long-term day treatment clients benefit from supported employment? *Psychiatric Rehabilitation Journal, 22*(1), 24-29.
- Ball, J. S., Links, P. S., Strike, C., & Boydell, K. M. (2005). "It's overwhelming... everything seems to be too much:" a theory of crisis for individuals with severe persistent mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 29*(1), 10-17.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy : the exercise of control*. New-York: W.H. Freeman and Co.

- Banks, B., Charleston, S., Grossi, T., & Mank, D. (2001). Workplace supports, job performance, and integration outcomes for people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 24*(4), 389-396.
- Baron, R. C. (2000). Vocational Rehabilitation. In R. Hugues & D. Wenstein (Eds.), *Best practices in psychosocial rehabilitation* (pp. 245-263). Columbia: International Association of Psychosocial Rehabilitation Services.
- Baron, R. C., & Salzer, M. S. (1999). The career patterns of persons with serious mental illness: Generating new visions of lifetime careers for those in recovery. *Psychiatric rehabilitation skills, 4*, 136-157.
- Barris, R., Oakley, F., & Kielhofner, G. (1988). The Role Checklist. In B. J. Hemphill (Ed.), *Mental health assessment in occupational therapy: an integrative approach to the evaluative process* (pp. 73-91). Thorofare: Slack Inc.
- Barton, R. (1998). The rehabilitation-recovery paradigm : a statement of philosophy for a public health system. *Psychiatric Rehabilitation Skills, 2*(2), 171-187.
- Bassett, J., Lloyd, C., & Bassett, H. (2001). Work issues for young people with psychosis: barriers to employment. *British Journal of Occupational Therapy, 64*(2), 66-72.
- Bateman, M. (1997). The development of a statewide supported education program: assessing consumer and family needs. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 21*(1), 16-22.
- Baxter, E. A., & Diehl, S. (1998). Emotional stages: consumers and family members recovering from the trauma of mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 21*(4), 349-355.
- Beaulieu, A., Morin, P., Provencher, H., & Dorvil, H. (2002). Work as a social determinant of health for mental health services consumers [French]. *Sante Mentale Au Quebec, 27*(1), 177-193.
- Bebout, R. R., & Haris, M. (1995). Personal myths about work and mental illness. *Psychiatry, 58*, 401-404.
- Becker, D. R., Bebout, R. R., & Drake, R. E. (1998). Job preferences of people with severe mental illness: a replication. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 22*(1), 46-50.

- Becker, D. R., & Drake, R. D. (1993). *A working life: the Individual Placement and Support Program*. Dartmouth: New-Hampshire - Dartmouth Psychiatric Research Center.
- Becker, D. R., & Drake, R. E. (1994). Individual placement and support: a community mental health center approach to vocational rehabilitation. *Community Mental Health Journal, 30*(2), 193-206.
- Becker, D. R., Drake, R. E., Bond, G. R., Xie, H., Dain, B. J., & Harrison, K. (1998). Job terminations among persons with severe mental illness participating in supported employment. *Community Mental Health Journal, 34*(1), 71-82.
- Becker, D. R., Drake, R. E., Farabaugh, A., & Bond, G. R. (1996). Job preferences of clients with severe psychiatric disorders participating in supported employment programs. *Psychiatric Services, 47*(11), 1223-1226.
- Bedregal, L. E., O'Connell, M., & Davidson, L. (2006). The recovery knowledge inventory: assessment of mental health staff knowledge and attitudes about recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 30*(2), 96-103.
- Bejerholm, U., & Eklund, M. (2004). Time use and occupational performance among persons with schizophrenia. *Occupational Therapy in Mental Health, 20*(1), 27-47.
- Bell, M. D., & Lysaker, P. H. (1995). Psychiatric symptoms and work performance among persons with severe mental illness. *Psychiatric Services, 46*(5), 508-510.
- Bell, M. D., & Lysaker, P. H. (1996). Levels of expectations for work activity in schizophrenia: clinical and rehabilitation outcomes. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 19*(3), 71-76.
- Bingham, W. C. (1988). A vocational rehabilitation perspective on rehabilitation. In J. A. Ciardello & M. D. Bell (Eds.), *Vocational rehabilitation of persons with prolonged psychiatric disorders* (pp. 137-149). Baltimore: John Hopkins University Press.
- Blankertz, L., McKay, C., & Robinson, S. (1998). Work as a rehabilitative tool for individuals with dual diagnoses. *Journal of Vocational Rehabilitation, 11*, 113-123.
- Blankertz, L., & Robinson, S. (1996). Adding a vocational focus to mental health rehabilitation. *Psychiatric Services, 47*(11), 1216-1222.

- Bolton, B. (1988). Vocational assessment of persons with psychiatric disorders. In J. A. Ciardello & M. D. Bell (Eds.), *Vocational rehabilitation of persons with prolonged psychiatric disorders* (pp. 165-180). Baltimore: John Hopkins University Press.
- Bond, G. (1987). Supported work as a modification of the transitional employment model for clients with psychiatric disabilities. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(2), 55-73.
- Bond, G., Becker, D. R., Drake, R. D., Rapp, C. A., Meisler, N., Lehman, A. F., et al. (2001). Implementing supported employment as an evidence-based practice. *Psychiatric Services*, 52(3), 313-322.
- Bond, G., Becker, D. R., Drake, R. E., Rapp, C. A., Meisler, N., Lehman, A. F., et al. (2001). Implementing supported employment as an evidence-based practice. *Psychiatric Services*, 52(3), 313-322.
- Bond, G., & Boyer, D. (1988). The evaluation of vocational programs for the mentally ill : A review. In J. A. Ciardello & M. D. Bell (Eds.), *Vocational rehabilitation of persons with prolonged psychiatric disorders* (pp. 231-263). Baltimore: John Hopkins University Press.
- Bond, G., Drake, R. D., Becker, D. R., & Mueser, K. (1999). Effectiveness of psychiatric rehabilitation approaches for employment of people with severe mental illness. *Journal of disability policy studies*, 10(1), 18-52.
- Bond, G., Resnick, S. G., Drake, R. E., Xie, H., McHugo, G. J., & Bebout, R. R. (2001). Does competitive employment improve nonvocational outcomes for people with severe metal illness? *Journal of Consultant & Clinical Psychology*, 69(3), 489-501.
- Bond, G. R. (1998). Principles of the Individual Placement and Support model: empirical support. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(1), 11-23.
- Bond, G. R. (2004). Supported employment: evidence for an evidence-based practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 345-359.
- Bond, G. R., Dietzen, L. L., McGrew, J. H., & Miller, L. D. (1995). Accelerating entry into supported employment for persons with severe psychiatric disabilities. *Rehabilitation Psychology*, 40(2), 75-94.

- Bond, G. R., Drake, R. E., Mueser, K. T., & Becker, D. R. (1997). An update on supported employment for people with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 48(3), 335-346.
- Bond, G. R., & Meyer, P. S. (1999). The role of medications in the employment of people with schizophrenia. *Journal of Rehabilitation*, 65(4), 9-16.
- Bond, G. R., Resnick, S. G., Drake, R. E., Xie, H., McHugo, G. J., & Bebout, R. R. (2001). Does competitive employment improve nonvocational outcomes for people with severe mental illness? *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 69(3), 489-501.
- Boydell, K. M., Gladstone, B. M., & Volpe, T. (2003). Interpreting narratives of motivation and schizophrenia: a biopsychosocial understanding. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26(4), 422-426.
- Boydell, K. M., Goering, P., & Morrell-Bellai, T. L. (2000). Narratives of identity: representation of self in people who are homeless. *Qualitative Health Research*, 10(1), 26-38.
- Brooke, V., Revell, G., & Green, H. (1998). Long-term supports using an employee -- directed approach to supported employment. *Journal of Rehabilitation*, 64(2), 38-45.
- Brouillette, C., Hachey, R., & Mercier, C. (2003). Employment supports: perceptions of people with severe mental disorders [French]. *Sante Mentale Au Quebec*, 28(1), 169-192.
- Buchanan, H., & Hugson-Smith, C. (2004). Trauma, violence and occupation. In R. Watson & L. Swartz (Eds.), *Transformation through occupation* (pp. 219-232). London ; Philadelphia: Whurr.
- Buist, A. (1998). Mentally ill families: when are the children unsafe? *Australian Family Physician*, 27(4), 261-265.
- Bujold, C. (1989). *Choix professionnel et développement de carrière: théories et recherche*. Boucherville: Gaëtan Morin Éditeur.
- Burke, J. P. (2005). Measurement of occupational role. In M. Law, C. M. Baum & W. Dunn (Eds.), *Measuring occupational performance: supporting best practice in occupational therapy* (2 ed., pp. 277-285). Thorofare: Slack Inc.

- Byrne, M. M. (2001). Research corner. Evaluating the findings of qualitative research. *AORN Journal*, 73(3), 703-704.
- Calabrese, J. D., & Corrigan, P. W. (2005a). Beyond dementia praecox: findings from long-term follow-up studies of schizophrenia. In R. O. Ralph & P. W. Corrigan (Eds.), *Recovery in mental illness: broadening our understanding of wellness* (pp. 63-84). Washington: American Psychological Association.
- Calabrese, J. D., & Corrigan, P. W. (2005b). Beyond demetia praecox: findings from long-term follow-up studies of schizophrenia. In R. O. Ralph & P. W. Corrigan (Eds.), *Recovery in mental illness: broadening our understanding of wellness* (pp. 63-84). Washington: American Psychological Association.
- Campbell, J. (1997). How consumers/survivors are evaluating the quality of psychiatric care. *Evaluation Review*, 21(3), 357-363.
- Caporoso, R. A., & Kiselica, M. S. (2004). Career counseling with clients who have a severe mental illness. *Career Development Quarterly*, 52(3), 235-245.
- Carkhuff, R. R., Alexik, M., & Anderson, S. (1970). Do we have a theory of vocational choice? In R. M. Roth, D. B. Hersenson & T. Hilliard (Eds.), *The psychology of vocational development* (pp. 28-41). Boston: Allyn and Bacon Inc.
- Carling, P. J. (1995). *Return to community: Building support systems for people with psychiatric disabilities*. New-York: Guilford Press.
- Carpenter, C., & Hammell, K. W. (2000). Evaluating qualitative research. In K. W. Hammel & C. Carpenter (Eds.), *Using qualitative research: a practical introduction for occupational and physical therapists* (pp. 89-102). New-York: Churchill Livingstone.
- Carpenter, W. T., Jr., & Kirkpatrick, B. (1988). The heterogeneity of the long-term course of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 14, 645-652.
- Chamberlin, J. (1997). A working definition of empowerment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20(4), 43-46.
- Chandler, D., Levin, S., & Barry, P. (1999). The menu approach to employment services: philosophy and five-year outcomes. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23(1), 24-33.

- Chandler, D., Meisel, J., Hu, T., McGowen, M., & Madison, K. (1997). A capitated model for a cross-section of severely mentally ill clients: employment outcomes. *Community Mental Health Journal*, 33, 501-516.
- Charbonneau, C. (2002). Développer l'intégration au travail en santé mentale, une longue marche à travers des obstacles sociopolitiques. *Santé Mentale au Québec*, 27(1), 158-176.
- Charmaz, K. (1983). The grounded theory method: an explication and interpretation. In R. M. Emerson (Ed.), *Contemporary Field research: a collection of readings*. Boston: Little, Brown and Co.
- Chatfez, L. (1996). The experience of severe mental illness: A life history approach. *Archives of psychiatric nursing*, 10(1), 24-31.
- Chenitz, C. W. (1986). Getting started: the research proposal for a grounded theory study. In C. W. Chenitz & J. M. Swanson (Eds.), *From practice to grounded theory: qualitative research in nursing* (pp. 39-47). Mento Park: Addison-Wesley.
- Ciardello, J. A., & Bingham, W. C. (1982). The career maturity of schizophrenic clients. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 3-9.
- Ciardello, J. A., Klein, M. E., & Sobrowski, S. (1988). Ego functioning and vocational rehabilitation. In J. A. Ciardello & M. D. Bell (Eds.), *Vocational rehabilitation of persons with prolonged psychiatric disorders* (pp. 196-207). Baltimore: John Hopkins University Press.
- Ciampi, L. (1980). The natural story of schizophrenia in the long term. *British Journal of Psychiatry*, 413-420.
- Clark, F., Carlson, M., & Polkinghorne, D. (1997). The legitimacy of life history and narrative approaches in the study of occupation. *American Journal of Occupational Therapy*, 51(4), 313-317.
- Cogan, J. C. (1998). The consumer as expert: women with serious mental illness and their relationship-based needs. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(2), 142-154.
- Cole, M. B. (2005). Developmental approaches. In M. B. Cole (Ed.), *Group dynamics in occupational therapy: new theoretical basis and practice application of group intervention* (3 ed., pp. 203-232). Thorofare: Slack Inc.

- Collins, M. E., Bybee, D., & Mowbray, C. T. (1998). Effectiveness of supported education for individuals with psychiatric disabilities: results from an experimental study. *Community Mental Health Journal, 34*(6), 595-613.
- Collins, M. E., Mowbray, C. T., & Bybee, D. (2000). Characteristics predicting successful outcomes of participants with severe mental illness in supported education. *Psychiatric Services, 51*(6), 774-780.
- Comité de la santé mentale du Québec. (2005). *Le parcours pour favoriser l'intégration sociale et économique : pour un meilleur accès au travail*. Québec: Comité de la santé mentale du Québeco. Document Number)
- Connelly, L. M., Keele, B. S., Kleinbeck, S. V., Schneider, J. K., & Cobb, A. K. (1993). A place to be yourself: empowerment from the client's perspective. *Image Journal of Nursing Sch, 25*(4), 297-303.
- Conyers, L. M., Koch, L. C., & Szymanski, E. M. (1998). Life-span perspectives on disability and work: a qualitative study. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 42*(1), 51-74.
- Cook, J. A., & Razzano, L. (2000). Vocational rehabilitation for persons with schizophrenia: recent research and implications for practice.[comment]. *Schizophrenia Bulletin, 26*(1), 87-103.
- Corbière, M., Bordeleau, M., Provost, G., & Mercier, C. (2002). Barriers to socio-professional integration of people with severe mental disorders: empirical data and theoretical points of reference [French]. *Sante Mentale Au Quebec, 27*(1), 194-217.
- Corbière, M., Mercier, C., & Lesage, A. (2004). Perceptions of barriers to employment, coping efficacy, and career search efficacy in people with mental illness. *Journal of Career Assessment, 12*(4), 460-468.
- Corbière, M., Mercier, C., Lesage, A., & Villeneuve, K. (2005). L'insertion au travail de personnes souffrant d'une maladie mentale: analyse des caractéristiques de la personne. *Canadian Journal of Psychiatry - Revue Canadienne de Psychiatrie, 50*(11), 722-733.
- Corbin, J. (1986). Qualitative data analysis for grounded theory. In C. W. Chenitz & J. M. Swanson (Eds.), *From practice to grounded theory: qualitative research in nursing* (pp. 91-101). Menlo Park: Addison-Wesley.

- Corbin, J., & Strauss, A. (1990). Grounded theory research: Procedures, canons, and evaluative criteria. *Qualitative Sociology*, *13*(1), 3-21.
- Corrigan, P. W. (2003). Towards an integrated, structural model of psychiatric rehabilitation. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *26*(4), 346-358.
- Corrigan, P. W., Calabrese, J. D., Diwan, S. E., Keogh, C. B., Keck, L., & Mussey, C. (2002). Some recovery processes in mutual-help groups for persons with mental illness; I: qualitative analysis of program materials and testimonies. *Community Mental Health Journal*, *38*(4), 287-301.
- Corrigan, P. W., Giffort, D., Rashid, F., Leary, M., & Okeke, I. (1999). Recovery as a psychological construct. *Community Mental Health Journal*, *35*(3), 231-239.
- Corrigan, P. W., & McCracken, S. G. (2005). Place first, then train: an alternative to the medical model of psychiatric rehabilitation. *Social Work*, *50*(1), 31-39.
- Corrigan, P. W., & Phelan, S. M. (2004). Social support and recovery in people with serious mental illnesses. *Community Mental Health Journal*, *40*(6), 513-523.
- Corrigan, P. W., & Ralph, R. O. (2005). Introduction: recovery as consumer vision and research paradigm. In R. O. Ralph & P. W. Corrigan (Eds.), *Recovery in mental illness: broadening our understanding of wellness* (pp. 3-17). Washington: American Psychological Association.
- Coursey, R. D., Alford, J., & Safarjan, B. (1997). Significant advances in understanding and treating serious mental illness. *Professional Psychology, Research and Practice*, *28*(3), 205-216.
- Crane-Ross, D., Roth, D., & Lauber, B. G. (2000). Consumers' and case managers' perceptions of mental health and community support service needs. *Community Mental Health Journal*, *36*(161-178).
- Creswell, J. W. (1998). *Qualitative Inquiry and research design: Choosing among five traditions*. Thousand Oaks: Sage.
- Crossley, M. L. (2000). Narrative psychology, trauma and the study of self/ identity. *Theory & Psychology*, *10*(4), 527-546.
- Crowther, R., Marshall, M., Bond, G., & Huxley, P. (2001a). Helping people with severe mental illness to obtain work: systematic review. *British Medical Journal*, *322*(7280), 204-208.

- Crowther, R., Marshall, M., Bond, G., & Huxley, P. (2001b). Helping people with severe mental illness to obtain work: systematic review. *BMJ*, 322(7280), 204-208.
- Crowther, R., Marshall, M., Bond, G., & Huxley, P. (2001c). Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(2), CD003080.
- Csikszentmihalyi, M. (2004). *Vivre : la psychologie du bonheur*. Paris: Robert Laffont.
- Cunningham, K., Wolbert, R., & Brockmeier, M. B. (2000). Moving beyond the illness: factors contributing to gaining and maintaining employment. *American Journal of Community Psychology*, 28(4), 481-494.
- Cunningham, K., Wolbert, R., Graziano, A., & Slocum, J. (2005). Acceptance and change: the dialectic of recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29(2), 146-148.
- Davidson, L. (2003). *Living outside mental illness: qualitative studies of recovery in schizophrenia*. New-York: New-Tork University Press.
- Davidson, L., & McGlashan, T. H. (1997). The varied outcomes of schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42(1), 34-43.
- Davidson, L., O'Connell, M., Tondora, J., Lawless, M., & Evans, A. (2005). Recovery in serious mental illness: a new wine or just a new bottle? *Professional Psychiatry, Research and Practice*, 36(5), 480-487.
- Davidson, L., O'Connell, M., Tondora, J., Staeheli, M., & Evans, A. C. (2005). Recovery in serious mental illness: paradigm shift or Shibboleth? In L. Davidson, C. M. Harding & L. Spaniol (Eds.), *Recovery from severe mental illnesses: research evidence and implications for practice* (Vol. 1, pp. 5-26). Boston: Center for psychiatric rehabilitation, Boston University.
- Davidson, L., Sells, D., Sangster, S., & O'Connell, M. (2005). Qualitative studies of recovery: what can we learn from the person? In R. O. Ralph & P. W. Corrigan (Eds.), *Recovery in mental illness: broadening our understanding of wellness* (pp. 147-170). Washington: American Psychological Association.
- Davidson, L., & Strauss, J. S. (1992). Sense of self in recovery from severe mental illness. *British Journal of Medical Psychology*, 65(Pt 2), 131-145.

- Davis, J., & Polatajko, H. (2006). The occupational development of children. In S. Rodger & J. Ziviani (Eds.), *Occupational therapy with children: understanding children's occupations and enabling participation* (pp. 136-157). Oxford: Blackwell publishing.
- Deegan, P. (1996a, September 16, 1996). *Recovery and the conspiracy of hope*. Paper presented at the Sixth Annual Mental Health Services Conference of Australia and New Zealand, Brisbane, Australia.
- Deegan, P. (1996b). Recovery as a journey of the heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19(3), 91-97.
- Deegan, P. E. (1988). Recovery: the lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19.
- Deegan, P. E. (1992). The independent living movement and people with psychiatric disabilities: taking back control over our own lives. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 15(3), 3-19.
- Deegan, P. E. (1993). Recovering our sense of value after being labelled mentally ill. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 31(4), 7-11.
- Deegan, P. E. (1997). Recovery and empowerment for people with psychiatric disabilities. *Social Work in Health Care*, 25(3), 11-24.
- DeSisto, M., Harding, C. M., McCormick, R. V., Ashikaga, T., & Brooks, G. W. (1995a). The Maine and Vermont three-decade studies of serious mental illness. II. Longitudinal course comparisons. *British Journal of Psychiatry*, 167(3), 338-342.
- DeSisto, M., Harding, C. M., McCormick, R. V., Ashikaga, T., & Brooks, G. W. (1995b). The Maine and Vermont three-decade studies of serious mental illness: I. Matched comparison of cross-sectional outcome. *British Journal of Psychiatry*, 167, 331-342.
- Dey, I. (1999). *Grounding grounded theory*. San Diego: Academic Press.
- Diamond, H. (1998). Vocational decision making in a psychiatric outpatient program. *Occupational Therapy in Mental Health*, 14(3), 67-80.
- Diksa, E., & Rogers, E. S. (1996). Employer concerns about hiring persons with psychiatric disability: Results of the Employer Attitude Questionnaire. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 40(1), 31-44.

- Dorio, J. (2004). Tying it all together -- The PASS to Success: a comprehensive look at promoting job retention for workers with psychiatric disabilities in a supported employment program. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28(1), 32-39.
- Dorvil, H., Guttman, H. A., Ricard, N., & Villeneuve, A. (1997). *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale : pour une réponse efficace et efficiente aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves*. Québec: Comité de la santé mentale du Québec, Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Douthwaite, J. (1994). Unemployment: a challenge to occupational therapy. *British Journal of Occupational Therapy*, 57(11), 432-436.
- Drake, R. D., Becker, D. R., Xie, H., & Anthony, W. A. (1995). Barriers in the brokered model of supported employment for persons with psychiatric disabilities. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 5, 141-149.
- Drake, R. D., Fox, T. S., Leather, P. K., Becker, D. R., Musumeci, J. S., Ingram, W. F., et al. (1998). Regional variations in competitive employment for persons with severe mental illness. *Administration and Policy in Mental Health*, 25(5), 493-.
- Drake, R. E. (1998). A brief history of the individual placement and support model. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(1), 3-7.
- Drake, R. E., Becker, D. R., Biesanz, J. C., Torrey, W. C., McHugo, G. J., & Wyzik, P. F. (1994). Rehabilitative day treatment vs. supported employment I: vocational outcomes. *Community Mental Health Journal*, 30(5), 519-532.
- Drake, R. E., Becker, D. R., Biesanz, J. C., Wyzik, P. F., & Torrey, W. C. (1996). Day treatment versus supported employment for persons with severe mental illness: a replication study. *Psychiatric Services*, 47(10), 1125-1127.
- Drake, R. E., Becker, D. R., Clark, R. E., & Mueser, K. T. (1999). Research on the individual placement and support model of supported employment. *Psychiatric Quarterly*, 70(4), 289-301.
- Drake, R. E., McHugo, G. J., Bebout, R. R., Becker, D. R., Harris, M., Bond, G. R., et al. (1999). A randomized clinical trial of supported employment for inner-city patients with severe mental disorders. *Archives of General Psychiatry*, 56(7), 627-633.

- Drake, R. E., McHugo, G. J., Becker, D. R., Anthony, W. A., & Clark, R. E. (1996). The New Hampshire study of supported employment for people with severe mental illness. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 64*(2), 391-399.
- Drew, D., Drebing, C. E., Van Ormer, A., Losardo, M., Krebs, C., Penk, W., et al. (2001). Effects of disability compensation on participation in and outcomes of vocational rehabilitation. *Psychiatric Services, 52*(11), 1479-1484.
- Eden, D., & Aviram, A. (1993). Self-efficacy training to speed reemployment: helping people to help themselves. *Journal of Applied Psychology, 78*(3), 352-360.
- Edwards, D., & Christiansen, C. H. (2005). Occupational development. In C. H. Christiansen, C. Baum & J. Bass-Haugen (Eds.), *Occupational therapy : performance, participation and well-being* (3 ed., pp. 42-69). Thorofare: Slack inc.
- Eklund, M. (2006). Occupational factors and characteristics of the social network in people with persistent mental illness. *American Journal of Occupational Therapy, 60*(5), 587-594.
- Eklund, M. H., L.; Bejerholm, U. (2001). Relationships between satisfaction with occupational factors and health-related variables in schizophrenia outpatients. *Social Psychiatric and Psychiatric epidemiology, 36*, 79-85.
- Ellison, M. L., Russinova, Z., MacDonald-Wilson, K. L., & Lyass, A. (2003). Patterns and correlates of workplace disclosure among professionals and managers with psychiatric conditions. *Journal of Vocational Rehabilitation, 18*(1), 3-13.
- Emerson, H. (1998). Flow and occupation: a review of the literature. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 65*(1), 37-44.
- Enemer, W. G. (1991). An empowerment philosophy for rehabilitation in the 20th century. *Journal of Rehabilitation, 57*(4), 13-16.
- Estroff, S. E. (1989). Self, identity, and subjective experiences of schizophrenia: in search of the subject. *Schizophrenia Bulletin, 15*(2), 189-196.
- Evans, J., & Repper, J. (2000). Employment, social inclusion and mental health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 7*(1), 15-24.
- Evert, H., Harvey, C., Trauer, T., & Herman, H. (2003). The relationship between social networks and occupational and self-care functioning in people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 26*, 393-402.

- Ezzy, D. (1993). Unemployment and mental health: a critical review. *Social Science & Medicine*, 37(1), 41-52.
- Fabian, E. S. (2000). Social cognitive theory of careers and individuals with serious mental health disorders: implications for psychiatric rehabilitation programs. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23(3), 262-269.
- Fabian, E. S., & Waugh, C. (2001). A Job Development Efficacy Scale for rehabilitation professionals. *Journal of Rehabilitation*, 67(2), 42-47.
- Farber, R. S. (2004). Experience of mothers with disabilities: learning from their voice. In S. A. Esdaile & J. A. Olson (Eds.), *Mothering occupation: challenge, agency, and participation* (pp. 193-216). Philadelphia: F.A. Davis.
- Farkas, M. (1996). Recovery, rehabilitation, reintegration: words vs. meaning. *World Association for Psychosocial Rehabilitation Bulletin*, 8(4), 6-8.
- Farkas, M., & Vallée, C. (1996). De la réappropriation au pouvoir d'agir: la dimension discrète d'une réelle réadaptation. *Santé Mentale au Québec*, 21(2), 21-32.
- Farley, R. C., Bolton, B., & Parkerson, S. (1992). Effects of client involvement in assessment on vocational development. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 35(3), 146-153.
- Farley, R. C., Schriener, K. F., & Roessler, R. T. (1988). The impact of the occupational choice strategy on the career development of rehabilitation clients. *Rehabilitation Psychology*, 33(2), 121-125.
- Feder, J. (1998). Bridging the gap: integration of consumer needs into a psychiatric rehabilitation program. *Occupational Therapy in Mental Health*, 14(1/2), 89-95.
- Felton, B. J., Barr, A., Clark, G., & Tsemberis, S. J. (2006). ACT team members' responses to training in recovery-oriented practices. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30(2), 112-119.
- Fidler, G. S., & Velde, B. P. (1999). Codes of meaning: jobs and careers. In J. H. Bond (Ed.), *Activities: reality and symbol* (pp. 141-151). Thorofare: Slack Inc.
- Finfgeld, D. L. (2004). Empowerment of individuals with enduring mental health problems: results from concept analyses and qualitative investigations. *Advances in Nursing Science*, 27(1), 44-52.

- Fisher, D. B. (1994). Health care reform based on an empowerment models of recovery by people with psychiatric disabilities. *Hospital and Community Psychiatry, 45*(9), 913-914.
- Flum, H. (2001). Relational dimensions in career development. *Journal of vocational behavior, 59*(1), 1-16.
- Fourie, M., Galvaan, R., & Beeton, H. (2004). The impact of poverty: potential lost. In R. Watson & L. Swartz (Eds.), *Transformation through occupation* (pp. 69-84). London ; Philadelphia: Whurr.
- Freedman, R. I., & Fesko, S. L. (1996). The Meaning of work in the lives of people with significant disabilities: consumer and family perspectives. *Journal of Rehabilitation, 62*(3), 49-55.
- Frese, F. J., & Davis, W. W. (1997). The consumer-survivor movement, recovery and consumer professionals. *Professional Psychiatry, Research and Practice, 28*(3), 243-245.
- Frese, F. J., III, Stanley, J., Kress, K., & Vogel-Scibilia, S. (2001). Integrating evidence-based practices and the recovery model. *Psychiatric Services, 52*(11), 1462-1468.
- Gahnstrom-Strandqvist, K., Liukko, A., & Tham, K. (2003). The meaning of the working cooperative for persons with long-term mental illness: a phenomenological study. *American Journal of Occupational Therapy, 57*(3), 262-272.
- Garske, G. G., & Stewart, J. R. (1999). Stigmatic and mythical thinking: barriers to vocational rehabilitation services for persons with severe mental illness. *Journal of Rehabilitation, 65*(4), 4-8.
- Gates, L. B., Akabas, S. H., & Oran-Sabia, V. (1998). Relationship accommodations involving the work group: improving work prognosis for persons with mental health conditions. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 21*(3), 264-272.
- Gauthier, S., Gelinas, I., & Gauthier, L. (1997). Functional disability in Alzheimer's disease. *International Psychogeriatrics, 9 Suppl 1*, 163-165.
- Gervey, R., & Kowal, H. (2005). The job developer's presence in the job interview: it is helpful or harmful to persons with psychiatric disabilities seeking employment? *Psychiatric Rehabilitation Journal, 29*(2), 128-131.

- Gilbert, R., Heximer, S., & Walker, C. M. (2002). Perspective on supported education in Canada. In C. T. Mowbray, K. S. Brown, K. Furlong-Norman & A. S. Soydan (Eds.), *Supported education & psychiatric rehabilitation* (pp. 101-114). Linthicum: International Association for Psychiatric Rehabilitation.
- Gioia, D. (2005). Career development in schizophrenia: a heuristic framework. *Community Mental Health Journal, 41*(3), 307-325.
- Glaser, B. G. (1978). *Advances in the methodology of grounded theory: theoretical sensitivity*. Mill Valley: Sociology Press.
- Gold, J. M., Goldberg, R. W., McNary, S., Dixon, L. B., & Lehman, A. F. (2002). Cognitive correlates of job tenure among patients with severe mental illness. *American Journal of Psychiatry, 159*, 1395-1402.
- Goldberg, R. T. (1992). Toward model of vocational development of people with disabilities. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 35*(3), 161-173.
- Goldstein, K., Kielhofner, G., & Paul-Ward, A. (2004). Occupational narratives and the therapeutic process. *Australian Occupational Therapy Journal, 51*(3), 119-124.
- Gouvernement du Canada. (2006). *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada 2006*. Ottawa: Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. (ISBN 0-662-72356-2)
- Graham, J., & Shakow, D. (1990). Labor market segmentation and job-related risk: differences in risk and compensation. *American Journal of Economics and Sociology, 49*, 307-325.
- Granger, B. (2000). The role of psychiatric rehabilitation practitioners in assisting people in understanding how to best assert their ADA rights and arrange job accommodations. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 23*(3), 215-223.
- Green, M. F. (1996). What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia?[see comment]. *American Journal of Psychiatry, 153*(3), 321-330.
- Hachey, R., Jumoorty, J., & Mercier, C. (1995). Methodology for validating the translation of test measurement applied to occupational therapy. *Occupational Therapy International, 2*, 190-203.
- Hagner, D. (2000). Primary and secondary labor markets: implications for vocational rehabilitation. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 44*(1), 22-29.

- Hammell, K. W. (2004a). Dimensions of meaning in the occupations of daily life. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 71*(5), 296-305.
- Hammell, K. W. (2004b). Using qualitative evidence to inform theories of occupation. In K. W. Hammell & C. Carpenter (Eds.), *Qualitative research in evidence-based rehabilitation* (pp. 14-26). New-York: Churchill Livingstone.
- Hand, C., & Tryssenaar, J. (2006). Small business employers' views on hiring individuals with mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 29*(3), 166-173.
- Hansson, L., & Björkman, T. (2005). Empowerment in people with a mental illness: reliability and validity of the Swedish version of an empowerment scale. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 19*(1), 32-38.
- Harding, C. M. (2003). Changes in Schizophrenia across time: paradoxes, patterns and predictors. In C. I. Cohen (Ed.), *Schizophrenia into Later Life: Treatment, Research, and Policy*. (pp. 19-41): American Psychiatric Publishing.
- Harding, C. M., Strauss, J. S., Hafez, H., & Lieberman, P. B. (1987). Work and mental illness. I. Toward an integration of the rehabilitation process. *Journal of Nervous & Mental Disease, 175*(6), 317-326.
- Harding, C. M., & Zahniser, J. H. (1994). Empirical correction of seven myths about schizophrenia with implications for treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 90*(Supplement 384), 140-146.
- Harnois, G., & Gabriel, P. (2000). *Mental health and work: impact, issues, and good practices*. Geneva: World Health Organization and the International Labor Organization.
- Helfrich, C., Kielhofner, G., & Mattingly, C. (1994). Volition as narrative: Understanding motivation in chronic illness. *American Journal of Occupational Therapy, 48*, 311-317.
- Hemmingsson, H., & Borell, L. (2000). Accommodation needs and student-environment fit in upper secondary schools for students with severe physical disabilities. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 67*(3), 162-172.
- Henry, A. D., & Lucca, A. M. (2002). Contextual factors and participation in employment for people with serious mental illness... Proceedings of Habits 2 Conference. *Occupational Therapy Journal of Research, 22*, 83S-84S.

- Hoffmann, H., & Kupper, Z. (1997). Relationships between social competence, psychopathology and work performance and their predictive value for vocational rehabilitation of schizophrenic outpatients. *Schizophrenia Research*, 23(1), 69-79.
- Hoffmann, H., & Kupper, Z. (2002). Facilitators of psychosocial recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 14, 293-302.
- Holma, J., & Aaltonen, J. (1998). Narrative understanding in acute psychosis. *Contemporary Family Therapy*, 20(3), 253-263.
- Honey, A. (2000). Psychiatric vocational rehabilitation: where are the customers' views? *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23(3), 270-279.
- Hvalsoe, B., & Josephsson, S. (2003). Characteristics of meaningful occupations from the perspective of mentally ill people. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 10(2), 61-71.
- Hyde, J. (1998). Sheltered and supported employment in the 1990s: the experience of disabled workers in the UK. *Disability and Society*, 13(2), 199-215.
- International Association for Psychosocial Rehabilitation Services. (2000). *IAPSRPS PSR Toolkit, user's manual: Toolkit for measuring psychosocial rehabilitation outcomes - The Canadian version*. Toronto: Ontario Federation of Community Mental Health and Addiction Programs.
- Jacobs, K. (1994). Flow and the occupational therapy practitioner. *American Journal of Occupational Therapy*, 48(11), 989-996.
- Jacobson, N. (2001). Experiencing recovery: a dimensional analysis of recovery narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(3), 248-256.
- Jacobson, N. (2003). Defining recovery. *Network*, 18(3), 6-9.
- Jacobson, N., & Curtis, L. (2000). Recovery as policy in mental health services: strategies emerging from the states. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23(4), 333-341.
- Jacobson, N., & Greenley, D. (2001). What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatric Services*, 52(4), 482-485.
- Jakobsen, K. (2001). Employment and the reconstruction of self. A model of space for maintenance of identity by occupation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 8(1), 40-48.

- Jansen, M. A. (1988). The psychological and vocational problems of persons with chronic mental illness. In J. A. Ciardello & M. D. Bell (Eds.), *Vocational rehabilitation of persons with prolonged psychiatric disorders* (pp. 35-46). Baltimore: John Hopkins University Press.
- Jones, C. J., Perkins, D. V., & Born, D. L. (2001). Predicting work outcomes and service use in supported employment services for persons with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(1), 53-59.
- Jonsson, H., & Josephsson, S. (2005). Occupation and meaning. In C. H. Christiansen, C. Baum & J. Bass-Haugen (Eds.), *Occupational therapy : performance, participation and well-being* (pp. 117-132). Thorofare: Slack inc.
- Kannenbergh, K., & Boyer, D. (1997). Occupational therapy evaluation and intervention in an employment program for homeless youths. *Psychiatric Services*, 48(5), 631-633.
- Kennedy-Jones, M., Cooper, J., & Fossey, E. (2005). Developing a worker role : Stories of four people with mental illness. *Australian Journal of Occupational Therapy*, 52, 116-126.
- Kielhofner, G. (2002a). Dimensions of doing. In G. Kielhofner (Ed.), *Model of human occupation* (3 ed., pp. 124-144). Baltimore: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Kielhofner, G. (2002b). Doing and becoming: Occupational change and development. In G. Kielhofner (Ed.), *Model of human occupation* (3 ed., pp. 145-158). Baltimore: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Kielhofner, G., Borell, L., Freidheim, L., Goldstein, K., Helfrich, C., Jonnson, H., et al. (2002). Crafting occupational life. In G. Kielhofner (Ed.), *Model of human occupation* (pp. 124-144). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Kielhofner, G., & Mallinson, T. (1995). Gathering narrative data through interviews: empirical observations and suggested guidelines. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 2, 63-68.
- Kielhofner, G., Mallinson, T., Crawford, C., Nowak, M., Rigby, M., Henry, A., et al. (1998). *A user's manual for the Occupational Performance History Interview (version 2.0)*. Chicago: University of Illinois at Chicago.

- Killeen, M. B., & O'Day, B. L. (2004). Challenging expectations: how individuals with psychiatric disabilities find and keep work. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28(2), 157-163.
- Kirkpatrick, H., Landeen, J., Woodside, H., & Byrne, C. (2001). How people with schizophrenia build their hope. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 39(1), 46-55.
- Kirsh, B. (1996). Influences on the process of work integration: the consumer perspective. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 15(1), 21-37.
- Kirsh, B. (2000a). Factors associated with employment for mental health consumers. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(1), 13-21.
- Kirsh, B. (2000b). Work, workers, and workplaces: a qualitative analysis of narratives of mental health consumers. *Journal of Rehabilitation*, 66(4), 24-30.
- Kramer, P., & Gagne, C. (1997). Barriers to recovery and empowerment for people with psychiatric disabilities. In L. Spaniol, C. Gagne & M. Koehler (Eds.), *Psychosocial and social aspects of psychiatric disability* (pp. 467-476). Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University.
- Kravetz, S., Dellario, D., Granger, B., & Salzer, M. (2003). A two-faceted work participation approach to employment and career development as applied to persons with a psychiatric disability. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26(3), 278-289.
- Krupa, T. (2004). Employment, recovery, and schizophrenia: integrating health and disorder at work. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28(1), 8-15.
- Krupa, T., Gewurtz, R., Kirsh, B., & Cockburn, L. (2005a, October). *Breaking the cycle of workplace stigma*. Paper presented at the Making gains conference, Toronto.
- Krupa, T., Gewurtz, R., Kirsh, B., & Cockburn, L. (2005b, June 2 & 3). *The development of a substantive theory of stigma in the workplace to focus intervention campaigns*. Paper presented at the CIHR- INSPQ Workplace mental health research: a platform for action, Montréal.
- Krupa, T., McCourty, K., Bonner, D., Von Briesen, B., & Scott, R. (1999). Voices, Opportunities & Choices Employment Club: transforming sheltered workshops using an affirmative business approach. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 18(2), 87-98.

- Kumar, S. (2000). Client empowerment in psychiatry and the professional abuse of clients: where do we stand? *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 30(1), 61-70.
- Lafond, V. (1994). *Grieving mental illness: A guide for patients and their caregivers*. Toronto: University of Toronto Press.
- Lal, S., & Mercier, C. (2002). Thinking out of the box: an intersectoral model for vocational rehabilitation. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26(2), 145-153.
- Laperrière, A. (1997). La théorisation ancrée (grounded theory) : démarche analytique et comparaison avec d'autres approches apparentées. In J. Poupart, J. P. Deslauriers, L. H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer & A. P. Pires (Eds.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*. (pp. 309-340). Boucherville: Gaëtan Morin éditeur.
- Latimer, E. A. (2001). Economic impacts of supported employment for persons with severe mental illness.[see comment]. *Canadian Journal of Psychiatry - Revue Canadienne de Psychiatrie*, 46(6), 496-505.
- Latimer, E. A., & Lecomte, T. (2002). Le soutien à l'emploi de type "IPS" pour les personnes souffrant de troubles mentaux : une voie d'avenir pour le Québec ? *Santé Mentale au Québec*, 27(1), 241-267.
- Lauzon, G., & Lecomte, Y. (2002). Rétablissement et travail. *Santé Mentale au Québec*, 27(1), 7-34.
- Leete, E. (1988). A consumer perspective on psychosocial treatment. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 12(2), 45-52.
- Leete, E. (1989). How I perceive and manage my illness. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), 197-200.
- Lehman, A. F., Goldberg, R. T., Dixon, L. B., McNary, S., Postrado, L., Hackman, A., et al. (2002). Improving employment outcomes in persons with severe mental illnesses. *Archives of General Psychiatry*, 59(165-172).
- Lehman, A. F., Kernan, E., DeForge, B. R., & Dixon, L. (1995). Effects of homelessness on the quality of life of persons with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 46(9), 922-926.

- Lessard-Hébert, M., Goyette, G., & Boutin, G. (1990). *Recherche qualitative : fondements et pratiques*. Montréal: Agence d'ARC.
- Liberman, R. P. (2002). Future directions for research studies and clinical work on recovery from schizophrenia: questions with some answers. *International Review of Psychiatry, 14*, 337-342.
- Liberman, R. P., & Kopelowicz, A. (2005). Recovery from schizophrenia: a criterion-based definition. In R. O. Ralph & P. W. Corrigan (Eds.), *Recovery in mental illness: broadening our understanding of wellness* (pp. 101-129). Washington: American Psychological Association.
- Liberman, R. P., Kopelowicz, A., Ventura, J., & Gutkin, D. (2002). Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry, 14*, 256-272.
- Linhorst, D. M. (2006). *Empowering people with severe mental illness: a practical guide*. New-York: Oxford University Press.
- Link, B. G. (1987). Understanding labelling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejection. *American Sociological Review, 52*(1), 96-112.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (1995). Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of Health and Social Behavior, 39*, 80-94.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology, 27*, 363-385.
- Link, B. G., Phelan, J. C., Bresnahan, M., Stueve, A., & Pescosolido, B. A. (1999). Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *American Journal of Public Health, 89*(9), 1328-1333.
- Link, B. G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S., & Phelan, J. C. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatr Serv, 52*(12), 1621-1626.
- Lord, J., & Dufort, F. (1996). Power and oppression in mental health. *Canadian Journal of Community Mental Health, 15*(2), 5-11.

- Loughead, T. A., & Black, D. R. (1990). Selection criteria for a career development program for the mentally ill: Evaluation of the self-directed search. *Journal of Counseling and Development, 68*(3), 324-326.
- Lysaker, P. H., & Bell, M. D. (1995). Work performance over time for people with schizophrenia. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 18*(3), 141-145.
- Lysaker, P. H., Campbell, K., & Johannesen, J. K. (2005). Hope, awareness of illness, and coping in schizophrenia spectrum disorders: evidence of an interaction. *Journal of Nervous and Mental Disease, 193*(5), 287-292.
- Lysaker, P. H., Davis, L. W., Hunter, N. L., Nees, M. A., & Wickett, A. (2005). Personal narratives in schizophrenia: increases in coherence following 5 months of vocational rehabilitation. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 29*(1), 66-68.
- MacDonald-Wilson, K., Mancuso, L., Danley, K. S., & Anthony, W. A. (1989). Supported employment for people with psychiatric disability. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling, 20*(3), 50-57.
- MacDonald-Wilson, K., Rogers, E. S., & Anthony, W. A. (2001). Unique issues in assessing work function among individuals with psychiatric disabilities. *Journal of Occupational Rehabilitation, 11*(3), 217-232.
- MacDonald-Wilson, K., & Whitman, A. (1995). Encouraging disclosure of psychiatric disability: mental health consumer and service provider perspectives on what employers can do. *American Rehabilitation, 21*(1), 15-19.
- MacDonald-Wilson, K. L., Rogers, E. S., Massaro, J. M., Lyass, A., & Crean, T. (2002). An investigation of reasonable workplace accommodations for people with psychiatric disabilities: quantitative findings from a multi-site study. *Community Mental Health Journal, 38*(1), 35-50.
- Macias, C., Barreira, P., Alden, M., & Boyd, J. (2001). The ICCD benchmarks for clubhouses: a practical approach to quality improvement in psychiatric rehabilitation. *Psychiatric Services, 52*(2), 207-213.
- Macias, C., DeCarlo, L. T., Wang, Q., Frey, J., & Barreira, P. (2001). Work interest as a predictor of competitive employment: policy implications for psychiatric rehabilitation. *Administration and Policy in Mental Health, 28*(4), 279-297.

- Magnus, E. (2001). Everyday occupations and the process of redefinition: a study of how meaning in occupation influences redefinition of identity in women with a disability. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 8(3), 115-124.
- Mallinson, T., Kielhofner, G., & Mattingly, C. (1996). Metaphor and meaning in a clinical interview. *American Journal of Occupational Therapy*, 50(5), 338-346.
- Mancuso, L. (1990). Reasonable accommodation for workers with psychiatric disabilities. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 14(2), 3-19.
- Mank, D., Cioffi, A., & Yovanoff, P. (1997). Analysis of the typicalness of supported employment jobs, natural supports, and wage and integration outcomes. *Mental Retardation*, 35(3), 185-197.
- Markowitz, F. (2005a). Sociological models of mental illness stigma: progress and prospects. In P. W. Corrigan (Ed.), *On the stigma of mental illness: practical strategies for research and social change* (pp. 129-164). Washington: American Psychological Association.
- Markowitz, F. (2005). Sociological models of mental illness stigma: progress and prospects. In P. W. Corrigan (Ed.), *On the stigma of mental illness, practical strategies for research and social change* (pp. 129-164). Washington: American Psychology Association.
- Markowitz, F. (2005b). Sociological models of recovery. In R. O. Ralph & P. W. Corrigan (Eds.), *Recovery in mental illness: broadening our understanding of wellness* (pp. 85-99). Washington: American Psychological Association.
- Markowitz, F. E. (2001). Modeling processes in recovery from mental illness: relationships between symptoms, life satisfaction, and self-concept. *Journal of Health & Social Behavior*, 42(1), 64-79.
- Marrone, J., Gandolfo, C., Gold, M., & Hoff, D. (1998). Just doing it : Helping people with mental illness get good jobs. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 29(1), 37-48.
- Marrone, J., & Golowka, E. (1999). Speaking out. If work makes people with mental illness sick, what do unemployment, poverty, and social isolation cause? *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23(2), 187-193.

- McCrohan, N., Mowbray, C. T., Bybee, D., & Harris, S. (1994). Employment histories and expectations of persons with psychiatric disorders. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 38*(1), 59-71.
- McFarlane, W. R., Dushay, R. A., Deakins, S. M., Stastny, P., Lukens, E. P., Toran, J., et al. (2000). Employment outcomes in family-aided assertive community treatment. *American Journal of Orthopsychiatry, 70*(2), 203-214.
- McGurk, S. R., & Meltzer, H. Y. (2000). The role of cognition in vocational functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Research, 45*(3), 175-184.
- McHugo, G. J., Drake, R. E., & Becker, D. R. (1998). The durability of supported employment effects. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 22*(1), 55-61.
- McKay, C., Johnsen, M., & Stein, R. (2005). Employment outcomes in Massachusetts Clubhouses. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 29*(1), 25-33.
- McKay, E. A. (2004). Mother with mental illness: An occupation interrupted. In S. Eshleman & J. A. Olson (Eds.), *Mothering occupation : challenge, agency, and participation* (pp. 238-258). Philadelphia: F.A. Davis.
- McLean, A. (1995). Empowerment and the psychiatric consumer/ex-patient movement in the United States: contradictions, crisis and change. *Social Science & Medicine, 40*(8), 1053-1071.
- Mead, S., & Copeland, M. E. (2000). What recovery means to us: consumers' perspectives. *Community Mental Health Journal, 36*(3), 315-328.
- Mee, J., Sumsion, T., & Craik, C. (2004). Mental health clients confirm the value of occupation in building competence and self-identity. *British Journal of Occupational Therapy, 67*(5), 225-233.
- Mercier, C., Provost, G., Denis, G., & Vincelette, F. (1999). *Le développement de l'employabilité et de l'intégration au travail pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale. Rapport final de la recherche-action "Impact-Travail"*. Verdun: Centre de recherche psychosociale de l'Hôpital Douglaso. Document Number)
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2005). *Plan d'action en santé mentale : la force des liens 2005-2010*. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux. Document Number)

- Moll, S., Huff, J., & Detwiler, L. (2003). Supported employment: evidence for a best practice model in psychosocial rehabilitation. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 70*(5), 298-310.
- Morrell-Bellai, T., Goering, P. N., & Boydell, K. M. (2000). Becoming and remaining homeless: a qualitative investigation. *Issues in Mental Health Nursing, 21*(6), 581-604.
- Morrow, S. L., & Smith, M. L. (1995). Construction of survival and coping by women who have survived childhood sexual abuse. *Journal of Counseling Psychology, 42*(1), 24-33.
- Mowbray, C., Oyserman, D., Bybee, D., & MacFarlane, P. (2002). Parenting of mothers with a serious mental illness: differential effects of diagnosis, clinical history, and other mental health variables. *Social Work Research, 26*(4), 225-240.
- Mowbray, C. T., Bellamy, C. D., Megivern, D., & Szilvagy, S. (2001). Raising our sites: dissemination of supported education. *Journal of Behavioral Health Services & Research, 28*(4), 484-491.
- Mowbray, C. T., Brown, K. S., Furlong-Norman, K., & Soydan, A. S. (Eds.). (2000). *Supported education & psychiatric rehabilitation*. Linthicum: International Association for Psychiatric Rehabilitation.
- Mowbray, C. T., Bybee, D., Harris, S. N., & McCrohan, N. (1995). Predictors of work status and future work orientation in people with a psychiatric disability. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 19*(2), 17-28.
- Mowbray, C. T., Collins, M., & Bybee, D. (1999). Supported education for individuals with psychiatric disabilities: long-term outcomes from an experimental study. *Social Work Research, 23*(2), 89-100.
- Mowbray, C. T., Collins, M. E., Bellamy, C. D., Megivern, D. A., Bybee, D., & Szilvagy, S. (2005). Supported education for adults with psychiatric disabilities: an innovation for social work and psychosocial rehabilitation practice. *Social Work, 50*(1), 7-20.
- Mowbray, C. T., Oyserman, D., & Bybee, D. (2000). Mothers with serious mental illness. *New Directions for Mental Health Services*(88), 73-91.

- 1
- Mowbray, C. T., Oyserman, D., Bybee, D., MacFarlane, P., & Rueda-Riedle, A. (2001). Life circumstances of mothers with serious mental illnesses. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 25*(2), 114-123.
- Mowbray, C. T., Oyserman, D., Lutz, C., & Purnell, R. (1997). Women: the ignored majority. In L. Spaniol, C. Gagne & M. Koehler (Eds.), *Psychological and social aspects of psychiatric disability* (pp. 171-194). Boston: Center for psychiatric rehabilitation, Boston University.
- Mueser, K. T., Becker, D. R., Torrey, W. C., Xie, H., Bond, G. R., Drake, R. E., et al. (1997). Work and nonvocational domains of functioning in persons with severe mental illness: a longitudinal analysis. *Journal of Nervous & Mental Disease, 185*(7), 419-426.
- Mueser, K. T., Becker, D. R., & Wolfe, R. (2001). Supported employment, job preferences, job tenure and satisfaction. *Journal of mental health, 10*(4), 410-417.
- Mueser, K. T., Clark, R. E., Haines, M., Drake, R. D., McHugo, G. H., Bond, G. R., et al. (2004). The Hartford study of supported employment for persons with severe mental illness. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 72*.
- Mueser, K. T., Corrigan, P. W., Hilton, D. W., Tanzman, B., Schaub, A., Gingerich, S., et al. (2002). Illness management and recovery: a review of the research. *Psychiatric Services, 53*(10), 1272-1284.
- Mueser, K. T., & Liberman, R. P. (1988). Skills training in vocational rehabilitation. In J. A. Ciardello & M. D. Bell (Eds.), *Vocational rehabilitation of persons with prolonged psychiatric disorders* (pp. 81-103). Baltimore: John Hopkins University Press.
- Mueser, K. T., Salyers, M. P., & Mueser, P. R. (2001). A prospective analysis of work in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 27*, 281-296.
- Munetz, M. R., & Frese, F. J., 3rd. (2001). Getting ready for recovery: reconciling mandatory treatment with the recovery vision. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 25*(1), 35-42.
- Navin, S. L., & Myers, J. E. (1983). A model of career development for disabled adults. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling, 13*(2), 38-43.

- Neff, W. S. (1988). Vocational rehabilitation in perspective. In J. A. Ciardello & M. D. Bell (Eds.), *Vocational rehabilitation of persons with prolonged psychiatric disorders* (pp. 5-18). Baltimore: John Hopkins University Press.
- Nelson, G., Clarke, J., Febbraro, A., & Hatzipantelis, M. (2005). A narrative approach to the evaluation of supportive housing: stories of homeless people who have experienced severe mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29(2), 98-104.
- Nicholson, J., Biebel, K., Hinden, B., Henry, A., & Stier, L. (2001). *Critical issues for parents with mental illness and their families*. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Document Number)
- Nicholson, J., Sweeney, E. M., & Geller, J. L. (1998). Mothers with mental illness: I. The competing demands of parenting and living with mental illness. *Psychiatric Services*, 49(5), 635-642.
- Oakley, F., Kielhofner, G., & Barris, R. (1985). An occupational therapy approach to assessing psychiatric patients' adaptive functioning. *American Journal of Occupational Therapy*, 39(3), 147-154.
- Oakley, F., Kielhofner, G., Barris, R., & Reichler, R. K. (1986). The Role Checklist: Development and empirical assessment of reliability. *Occupational Therapy Journal of Research*, 6(3), 157-170.
- Olney, M. F., & Salomone, P. R. (1992). Empowerment and choice in supported employment: helping people to help themselves. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 23(3), 41-44.
- Opisow, S. M. (1983). *Theories of career development* (3 ed.). Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Ottati, V., Bodenhausen, G. V., & Newman, L. S. (2005). Social psychological models of mental illness stigma. In P. W. Corrigan (Ed.), *On the stigma of mental illness: practical strategies for research and social change* (pp. 99-128). Washington: American Psychological Association.
- Oxley, C. (1995). Work and work programmes for clients with mental health problems. *British Journal of Occupational Therapy*, 58(11), 465-468.
- Parent, W. (1996). Consumer choice and satisfaction in supported employment. *Journal of vocational behavior*, 6, 23-30.

- Peckman, J., & Muller, J. (1999). Employment and schizophrenia : Recommendations to improve employability for individuals with schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(4), 399-402.
- Persson, D., Erlandsson, L., Eklund, M., & Iwarsson, S. (2001). Value dimensions, meaning, and complexity in human occupation -- a tentative structure for analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 8(1), 7-18.
- Pickett-Schenk, S. A., Cook, J. A., Grey, D., Banghart, M., Rosenheck, R. A., & Randolph, F. (2002). Employment histories of homeless persons with mental illness. *Community Mental Health Journal*, 38(3), 199-211.
- Pietrofesa, J. J., & Splete, H. (1975). *Career development: theory and research*. New-York: Grune et Stratton.
- Pires, A. P. (1997a). De quelques enjeux épistémologiques d'une méthodologie générale pour les sciences sociales. In J. Poupart, J. P. Deslauriers, L. H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer & A. P. Pires (Eds.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*. (pp. 3-54). Boucherville: Gaëtan Morin éditeur.
- Pires, A. P. (1997b). Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. In J. Poupart, J. P. Deslauriers, L. H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer & A. P. Pires (Eds.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*. (pp. 113-169). Boucherville: Gaëtan Morin éditeur.
- Polak, P., & Warner, R. (1996). The economic life of seriously mentally ill people in the community. *Psychiatric Services*, 47(3), 270-274.
- Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques. In J. Poupart, J. P. Deslauriers, L. H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer & A. P. Pires (Eds.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*. (pp. 174-209). Boucherville: Gaëtan Morin éditeur.
- Provencher, H. L. (2002). L'expérience du rétablissement: perspectives théoriques. *Santé Mentale Au Québec*, 27(1), 35-64.

- Provencher, H. L., Gregg, R., Mead, S., & Mueser, K. T. (2002). The role of work in the recovery of persons with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26(2), 132-144.
- Ralph, R. O. (2000). Recovery. *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 4(3), 480-517.
- Ralph, R. O. (2002). The dynamics of disclosure: its impact on recovery and rehabilitation. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26(2), 165-172.
- Ralph, R. O. (2005). Verbal definitions and visual models of recovery: focus on the recovery model. In R. O. Ralph & P. W. Corrigan (Eds.), *Recovery in mental illness: broadening our understanding of wellness* (pp. 131-145). Washington: American Psychological Association.
- Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention : Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15(2), 121-148.
- Ratcliff, K. A., Shillito, L. S., & Poppe, B. J. (1996). The employer's role in the job success of people who are homeless. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19(3), 87-90.
- Rebeiro, K. L. (1999). The labyrinth of community mental health: in search of meaningful occupation. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23(2), 143-152.
- Rebeiro, K. L. (2004a). How qualitative research evidence can inform and challenge occupational therapy practice. In K. W. Hammell & C. Carpenter (Eds.), *Qualitative research in evidence-based rehabilitation* (pp. 89-102). New-York: Churchill Livingstone.
- Rebeiro, K. L. (2004b). Qualitative research evidence can inform and challenge occupational therapy practice. In K. W. Hammel & C. Carpenter (Eds.), *Qualitative research in evidence-based rehabilitation* (pp. 89-102). New-York: Churchill Livingstone.
- Rebeiro, K. L., & Allen, J. (1998). Voluntarism as occupation. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 65(5), 279-285.
- Rebeiro, K. L., & Polgar, J. M. (1999). Enabling occupational performance: optimal experiences in therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 66(1), 14-22.

- Resnick, S. G., & Bond, G. R. (2001). The Indiana Job Satisfaction Scale: job satisfaction in vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(1), 12-19.
- Resnick, S. G., Rosenheck, R. A., & Lehman, A. F. (2004). An exploratory analysis of correlates of recovery. *Psychiatric Services*, 55(5), 540-547.
- Ridgway, P. (2001). Re-storying psychiatric disability: learning from first person recovery narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(4), 335-343.
- Rimmerman, A., Botuck, S., & Levy, J. M. (1995). Job placement for individuals with psychiatric disabilities in supported employment... as compared to those with severe learning disabilities and mental retardation. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19(2), 37-43.
- Roe, D., Chopra, M., Wagner, B., Katz, G., & Rudnick, A. (2004). The emerging self in conceptualizing and treating mental illness. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 42(2), 32-40.
- Rogers, E. S., Anthony, W. A., Cohen, M., & Davies, R. R. (1997). Prediction of vocational outcome based on clinical and demographic indicators among vocationally ready clients. *Community Mental Health Journal*, 33(2), 99-112.
- Rogers, E. S., Chamberlin, J., Ellison, M. L., & Crean, T. (1997). A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatric Services*, 48(8), 1042-1047.
- Rogers, E. S., Farkas, M., & Anthony, W. A. (2005). Recovery from severe mental illnesses and evidence-based practice research. In R. A. Hayes & C. E. Stout (Eds.), *The evidence-based practice: Methods, models, and tools for mental health professional* (pp. 199-219). New-York: John Wiley & Sons.
- Rosenfield, S. (1997). Labelling mental illness: the effects of received services and perceived stigma on life satisfaction. *American Sociological Review*, 62(4), 660-672.
- Rüesch, P., Graf, J., Meyer, P. C., Rössler, W., & Hell, D. (2004). Occupation, social support and quality of life in persons with schizophrenia or affective disorders. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 39, 686-694.

- Rumrill, P. D., Jr., & Roessler, R. T. (1999). New directions in vocational rehabilitation: a "career development" perspective on "closure". *Journal of Rehabilitation, 65*(1), 26-30.
- Russert, M. G., & Frey, J. L. (1991). The PACT vocational model: A step into the future. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 14*(4), 7-18.
- Russinova, Z., Wewiorski, N. J., Lyass, A., Rogers, E. S., & Massaro, J. M. (2002). Correlates of vocational recovery for persons with schizophrenia. *International Review of Psychiatry, 14*, 303-311.
- Sakamoto, A., & Chen, M. (1991). Inequality and attainment in a dual labor market. *American Sociological Review, 56*, 295-308.
- Salzer, M. S. (1997). Consumer empowerment in mental health organizations: concept, benefits, and impediments. *Administration & Policy in Mental Health, 24*(5), 425-434.
- Sands, R. G. (1995). The parenting experience of low-income single women with serious mental disorders. *Families in society: The journal of contemporary human services, 86-96*.
- Scheid, T. L. (1993). An investigation of work and unemployment among psychiatric clients. *International journal of health services, 23*, 763-782.
- Scheid, T. L. (1999). Employment of individuals with mental disabilities: business response to the ADA's challenge. *Behavioral Sciences & the Law, 17*(1), 73-91.
- Scheid, T. L., & Anderson, C. (1995). Living with chronic mental illness: understanding the role of work. *Community Mental Health Journal, 31*(2), 163-176.
- Schneidert, M., Hurst, R., Miller, J., & Ustun, B. (2003). The role of environment in the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Disability & Rehabilitation, 25*(11-12), 588-595.
- Secker, J., Grove, B., & Seebom, P. (2001). Challenging barriers to employment, training and education for mental health users: the service user's perspective. *Journal of Mental Health, 10*(4), 395-404.
- Shafer, M. S., & Huang, H.-W. (1995). The utilization of survival analyses to evaluate supported employment services. *Journal of Vocational Rehabilitation, 5*(103-113).

- Shafer, M. S., Middaugh, A., Rubin, M., & Jones, R. (1998). *Best practices in the vocational rehabilitation of persons with serious mental illness*. St-Augustine: Training Resource Network.
- Shankar, J., & Collyer, F. (2002). Support needs of people with mental illness in vocational rehabilitation programs - the role of the social network. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 7, 15-28.
- Silverstein, M. L., Fogg, L., & Harrow, M. (1991). Prognostic significance of cerebral status: dimensions of clinical outcome. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 179(9), 534-539.
- Simmons, T. J., Selleck, V., Steele, R. B., & Sepetauc, F. (1993). Supports and rehabilitation for employment. In R. W. Flexer & P. Solomon, L. (Eds.), *Psychiatric rehabilitation practice* (pp. 119-135). Stoneham: Butterworth-Heinemann.
- Siu, A. M. H. (1997). Predicting employment outcomes for people with chronic psychiatric illness. *Occupational Therapy in Mental Health*, 13(4), 45-58.
- Smith, M. K. (2000). Recovery from a severe psychiatric disability: findings of a qualitative study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(2), 149-158.
- Solinski, S., Jackson, H. J., & Bell, R. C. (1992). Prediction of employability in schizophrenic patients. *Schizophrenia Research*, 7(2), 141-148.
- Spaniol, L. (2000). Cautions in implementing models of recovering. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23(3), 213-214.
- Spaniol, L., & Gagne, C. (1997). Coping with. Acceptance: some reflections... in the recovery process. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20(3), 75-77.
- Spaniol, L., Gagne, C., & Koehler, M. (1997). Recovery from serious mental illness: What it is and how to support people in their recovery. *Continuum*, 4(4), 3-15.
- Spaniol, L., Koehler, M., & Hutchinson, D. S. (1994). *The recovery workbook*. Boston: Center for psychiatric rehabilitation, Boston University.
- Spaniol, L., Wewiorski, N. J., Gagne, C., & Anthony, W. A. (2002). The process of recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 14, 327-336.
- Spencer, J., Davidson, H., & White, V. (1997). Helping clients develop hopes for the future. *American Journal of Occupational Therapy*, 51(3), 191-198.

- Spencer, J., Daybell, P. J., Eschenfelder, V., Khalaf, R., Pike, J. M., & Woods-Petitti, M. (1998). Contrasting perspectives on work: an exploratory qualitative study based on the concept of adaptation. *American Journal of Occupational Therapy, 52*(6), 474-484.
- Srebalus, D. J., Marinelli, R. P., & Messing, J. K. (1982). *Career development: concepts and procedures*. Monterey: Brooks/Cole Publishing Co.
- Stein, F., & Cutler, S. K. (2001). *Clinical research in occupational therapy* (Fourth edition ed.). Albany: Delmar.
- Stone, G. V. M. (2005). Personal and environmental influences on occupations. In C. H. Christiansen, C. Baum & J. Bass-Haugen (Eds.), *Occupational therapy : performance, participation and well-being* (3 ed., pp. 93-115). Thorofare: Slack inc.
- Stones, C. R. (1981). Research: Toward a phenomenological praxis. In D. Krueger (Ed.), *An introduction to phenomenological psychology* (pp. 113-119). Pittsburgh: Duquesne University Press.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1994). Grounded theory methodology : an overview. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 273-284). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Strauss, J. S. (1984). Assessment of treatment in outpatient settings. In M. Mirabi (Ed.), *The chronically mentally ill: Research and services* (pp. 83-91). New-York: Spectrum Publications.
- Strauss, J. S., Hafez, H., Lieberman, P., & Harding, C. M. (1985). The course of psychiatric disorder, III: Longitudinal principles. *American Journal of Psychiatry, 142*(3), 289-296.
- Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (1999). *Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Strong, S. (1998). Meaningful work in supportive environments: experiences with the recovery process. *American Journal of Occupational Therapy, 52*(1), 31-38.

- Struening, E. L., Perlick, D. A., Link, B. G., Hellman, F., Herman, D., & Sirey, J. A. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The extent to which caregivers believe most people devalue consumers and their families. *Psychiatric Services*, 52(12), 1633-1638.
- Stuart, H. (2003). Stigmatisation. Leçons tirées des programmes visant sa diminution. *Santé Mentale au Québec*, 28(1), 54-72.
- Stuart, H. (2004). Stigma and work. *Healthcare Papers*, 5(2), 100-111.
- Sturm, R., Gresenz, C. R., Pacula, R. L., & Wells, K. B. (1999). Datapoints: labor force participation by persons with mental illness. *Psychiatr Serv*, 50(11), 1407.
- Sullivan, A. P., Nicolellis, D. L., Danley, K. S., & MacDonald-Wilson, K. (1993). Choose-Get-Keep: A psychiatric rehabilitation approach to supported education. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 17(1), 55-68.
- Sullivan, W. P. (1994). A long and winding road: the process of recovery from severe mental illness. *Innovations & Research*, 3(3), 19-27.
- Super, D. E. (1957). *The psychology of careers*. New-York: Harper.
- Suto, M. (2000). Issues related to data collection. In K. W. Hammell & C. Carpenter (Eds.), *Using qualitative research: a practical introduction for occupational and physical therapists* (pp. 35-46). New-York: Churchill Livingstone.
- Swanson, J. M. (1986a). Analyzing data for categories and description. In C. W. Chenitz & J. M. Swanson (Eds.), *From practice to grounded theory: qualitative research in nursing* (pp. 121-132). Mento Park: Addison-Wesley.
- Swanson, J. M. (1986b). The formal qualitative interview for grounded theory. In C. W. Chenitz & J. M. Swanson (Eds.), *From practice to grounded theory: Qualitative research in nursing* (pp. 66-78). Menlo Park: Addison-Wesley.
- Szymanski, E. M. (1989). Supported employment in rehabilitation counseling: issues and practices. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 20(3), 65-72.
- Szymanski, E. M. (1999). Disability, job stress, the changing nature of careers and the career resilience portoflio. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 42(2), 279-289.
- Szymanski, E. M., & Hanley-Maxwell, C. (1996). Career development of people with developmental disabilities: an ecological model. *Journal of Rehabilitation*, 62(1), 48-55.

- Torgalsboen, A. K. (2001). Consumer satisfaction and attributions of improvement among fully recovered schizophrenics. *Scandinavian Journal of Psychology, 42*(1), 33-40.
- Torgalsboen, A. K. (2005). What is recovery from schizophrenia? In L. Davidson, C. M. Harding & L. Spaniol (Eds.), *Recovery from severe mental illnesses: research evidence and implications for practice* (Vol. 1, pp. 302-315). Boston: Center for psychiatric rehabilitation, Boston University.
- Torgalsboen, A. K., & Rund, B. R. (2002). Lessons learned from three studies of recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry, 14*, 312-317.
- Torrey, W. C., Bebout, R., Kline, J., Becker, D. R., Alverson, M., & Drake, R. E. (1998). Practice guidelines for clinicians working in programs providing integrated vocational and clinical services for persons with severe mental disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 21*(4), 388-393.
- Torrey, W. C., & Wyzik, P. (2000). The recovery vision as a service improvement guide for community mental health center providers. *Community Mental Health Journal, 36*(2), 209-216.
- Townsend, E., & Whiteford, G. (2005). A participatory occupational justice framework: population-based processes of practice. In F. Kronenberg, S. S. Algado & N. Pollard (Eds.), *Occupational therapy without borders: learning from the spirit of survivors* (pp. 110-126). Edinburgh: Elsevier Churchill Livingstone.
- Townsend, E., & Wilcock, A. A. (2004). Occupational justice and client-centered practice: a dialogue in progress. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 71*(2), 75-87.
- Trevino, B., & Szymanski, E. M. (1996). A qualitative study of the career development of hispanics with disabilities. *Journal of Rehabilitation, 62*(3), 5-13.
- Tsang, H., Lam, P., Ng, B., & Leung, O. (2000). Predictors of employment outcome for people with psychiatric disabilities: a review of the literature since the mid '80s. *Journal of Rehabilitation, 66*(2), 19-31.
- Tsang, H. W., Ng, B. F., & Chiu, F. P. (2002). Job profiles of people with severe mental illness: implications for rehabilitation. *International Journal of Rehabilitation Research, 25*(3), 189-196.

- Tse, S. S., & Walsh, A. E. S. (2001). How does work work for people with bipolar affective disorder? *Occupational Therapy International*, 8(3), 210-225.
- Twamley, E. W., Jeste, D. V., & Lehman, A. F. (2003). Vocational rehabilitation in schizophrenia and other psychotic disorders: a literature review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 191(8), 515-523.
- Ulin, P. R., Robinson, E. T., & Tolley, E. E. (2005). *Qualitative methods in public health: a field guide for applied research*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Unruh, A. M. (2004). Reflections on: "So... what do you do?" Occupation and the construction of identity. *Canadian Journal of Occupational Therapy - Revue Canadienne d'Ergotherapie*, 71(5), 290-295.
- Ustun, T. B., Chatterji, S., Bickenbach, J., Kostanjsek, N., & Schneider, M. (2003). The International Classification of Functioning, Disability and Health: a new tool for understanding disability and health. *Disability & Rehabilitation*, 25(11-12), 565-571.
- Van Dongen, C. J. (1996). Quality of life and self-esteem in working and nonworking persons with mental illness. *Community Mental Health Journal*, 32(6), 535-548.
- Van Niekerk, I. (2004). Psychiatric disability in the world of work: shift in attitude and service models. In R. Watson & L. Swartz (Eds.), *Transformation through occupation* (pp. 143-152). London ; Philadelphia: Whurr.
- Vézina, S. (2002). Perspective critique en intégration au travail des individus vivant des troubles mentaux graves et persistants. *Santé Mentale au Québec*, 27(1), 286-302.
- Vrkljan, B., & Miller-Polgar, J. (2001). Meaning of occupational engagement in life-threatening illness: a qualitative pilot project. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 68(4), 237-246.
- Waddoups, J., & Assane, D. (1997). Duration and mobility of young male workers in segmented labor market. *Applied Economics Letters*, 4, 173-176.
- Waghorn, G., Chant, D., & King, R. (2005). Work-related self-efficacy among community residents with psychiatric disability. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29(2), 105-113.

- Watson, A. C., & River, L. P. (2005). A social-cognitive model of personal response to stigma. In P. W. Corrigan (Ed.), *On the stigma of mental illness: practical strategies for research and social change* (pp. 145-164). Washington: American Psychological Association.
- Wehman, P. H. (1986). Supported competitive employment for persons with severe disabilities. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling, 17*, 24-29.
- Wehman, P. H., Revell, G., & Kregel, J. (1998). Supported employment: a decade of rapid growth and impact. *American Rehabilitation, 24*(1), 31-43.
- Wehman, P. H., Revell, W. G., Kregel, J., Kretzer, J. S., Callahan, M., & Banks, P. D. (1991). Supported employment: an alternative model for vocational rehabilitation of persons with severe neurologic, psychiatric, or physical disability. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 72*(2), 101-105.
- Wehmeyer, M. L. (2004). Self-determination and the empowerment of people with disabilities. *American Rehabilitation, 28*(1), 22-29.
- West, M. D., & Parent, W. S. (1992). Consumer choice and empowerment in supported employment services: Issues and strategies. *JASH, 17*(1), 47-52.
- Wewiorski, N. J., & Fabian, E. S. (2004). Association between demographic and diagnostic factors and employment outcomes for people with psychiatric disabilities: a synthesis of recent research. *Mental Health Services Research, 6*(1), 9-21.
- Whelley, T. A., Radtke, R., Burgstahler, S., & Christ, T. W. (2003). Mentors, advisers, role models, and peer supporters: career development relationships and individuals with disabilities. *American Rehabilitation, 27*(1), 42-49.
- Wilcock, A. A. (1998). Reflections on doing, being and becoming. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 65*(5), 248-257.
- Willig, C. (2001). *Introducing qualitative research in psychology: adventure in theory and method*. Buckingham: Open University Press.
- Wilson, S. (1996). Consumer empowerment in the mental health field. *Canadian Journal of Community Mental Health, 15*(2), 69-85.
- Woodside, H., Schell, L., & Allison-Hedges, J. (2006a). Listening for recovery: the vocational success of people living with mental illness. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 73*(1), 36-43.

- Woodside, H., Schell, L., & Allison-Hedges, J. (2006b). Listening for recovery: the vocational success of people living with mental illness. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 73*(1), 36-43.
- Wowra, S. A., & McCarter, R. (1999). Validation of the empowerment scale with an outpatient mental health population. *Psychiatric Services, 50*(7), 959-961.
- Xie, H., Dain, B. J., & Becker, D. R. (1997). Job tenure among persons with severe mental illness. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 40*, 230-239.
- Young, S. L., & Ensing, D. S. (1999). Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 22*(3), 219-231.
- Yuen, M. S. K., & Fossey, E. M. (2003). Working in a community recreation program: a study of consumer-staff perspectives. *Australian Occupational Therapy Journal, 50*(2), 54-63.
- Zimmerman, M. A. (1995). Psychological empowerment: issues and illustrations. *American Journal of Community Psychology, 23*(5), 581-599.
- Zimmerman, M. A., & Rappaport, J. (1988). Citizen participation, perceived control, and psychological empowerment. *American Journal of Community Psychology, 16*(5), 725-750.
- Zimmerman, M. A., & Warschausky, S. (1998). Empowerment theory for rehabilitation research: Conceptual and methodological issues. *Rehabilitation Psychology, 43*(1), 3-16.

Annexes

Annexe A : Copies des certificats du Comité d'éthique à la recherche (CER) de l'Hôpital Douglas

May 20th, 2003

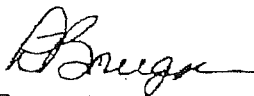
Dr. Céline Mercier
Lisette-Dupras Rehabilitation Centre
8000, Notre-Dame St. West
Lachine, Québec
H8R 1H2

Subject: *Protocol 03/07 Développement professionnel et rétablissement
chez les personnes aux prises avec des troubles mentaux graves :
approches théoriques et répercussions cliniques*
Response to REB Issues - New protocol

Dear Dr. Mercier,

Thank you for the response you submitted to Issues the REB had raised concerning the above protocol. At its meeting held on May 13, 2003, the REB examined your response and found it satisfactory. Your study was therefore approved by the REB since the changes made met REB requirements.

Sincerely yours,


for:
Serge Gauthier, M.D., F.R.C.P(c)
Chairperson
Research Ethics Board
/lb



Research Ethics Board

At a Meeting of the Douglas Hospital Research Ethics Board Held on *May 13, 2003*

A Committee consisting of:

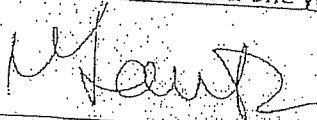
GAUTHIER, Serge, M.D., Chairperson	Neurologist
ARCHER, Jane, R.N.	Nurse Clinician
BRUCE, Kenneth, Ph.D.	Psychologist
CAPEK, Radan, M.D., Ph.D.	Psychopharmacologist
DE CHAZAL, Denis	Community representative
FORTIN, Lucie, Ph.D.	Psychologist
KING, Suzanne, Ph.D.	Psychologist
LAGEIX, Philippe, M.D.	Psychiatrist
TREMBLAY, Jacques, M.D.	General Practitioner
YELIN, Lawrence, B.A., B.C.L.	Lawyer

has confirmed the approval of the research protocol titled:

Développement professionnel et rétablissement chez les personnes aux prises avec des troubles mentaux graves : approches théoriques et répercussions cliniques.

as proposed by: Dr. Céline Mercier

This protocol is approved for a one year period



Serge Gauthier, M.D., F.R.C.P.(c) Chairperson
Douglas Hospital Research Ethics Board

Date: 13/05/03

EB #: 03/07

5275, boulevard LaSalle, Montréal (Québec) H4H 1R3 • Téléphone: (514) 761-6131 • Télécopieur: (514) 762-3038 • www.douglas.qc.ca



Hôpital d'enseignement de l'Université McGill
McGill University Teaching Hospital



Centre collaborateur OMS/OPS de Montréal pour la recherche et la formation en santé mentale
The Montreal WHO/PAHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health

Le 28 juillet, 2004

Dr. Céline Mercier, Ph.D.
Centre de recherche de l'Hôpital Douglas
Centre de réadaptation Lisette Dupras
8000, Notre-Dame Ouest
Lachine, Québec
H8R 1H2

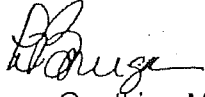
Objet: **Protocole 03/07 Développement professionnel et rétablissement
chez les personnes aux prises avec des troubles mentaux graves :
approches théoriques et répercussions cliniques
Renouvellement annuel**

Cher Dr Mercier;

Nous accusons réception du rapport annuel que vous avez soumis pour approbation pour le protocole cité en rubrique. À titre de Président du CÉR, j'ai examiné votre rapport et l'ai jugé satisfaisant. J'accorde donc une approbation accélérée à cette demande de renouvellement annuel puisque celle-ci est complète et rencontre les exigences du CÉR.

Cette étude est ré-approuvée pour une période d'une année.

Merci de votre collaboration.


Pour:
Serge Gauthier, M.D., F.R.C.P(c)
Président
Comité d'éthique de la recherche
de l'Hôpital Douglas
/lb

6875, boulevard LaSalle, Montréal (Québec) H4H 1R3 • Téléphone: (514) 761-6131 • www.douglas.qc.ca



Le 17 octobre, 2005

Dr Céline Mercier
Centre de réadaptation Lisette-Dupras
8000, rue Notre-Dame Ouest
Lachine, Québec
H8R 1H2

Objet: **Protocole 03/07 Développement professionnel et rétablissement
chez les personnes aux prises avec des troubles mentaux graves:
approches théoriques et répercussions cliniques**
Rapport de fin d'étude

Chère Dr Mercier;

Nous vous remercions pour le rapport de fin d'étude que vous avez soumis pour approbation pour l'étude citée en rubrique. J'ai examiné votre rapport, l'ai jugé satisfaisant et à titre de président, j'y accorde une approbation accélérée. Cette étude peut donc être considérée terminée.

Veuillez recevoir, Chère Dr Mercier, nos meilleures salutations.



pour:

Serge Gauthier, M.D.
Président
Comité d'éthique de la recherche
de l'Hôpital Douglas
/lb

Annexe B : Formulaire de consentement

Formulaire de consentement à la recherche : version française

À l'intention des personnes exerçant un emploi rémunéré ou non rémunéré et aux prises avec un trouble mental grave.

Le protocole a été accepté par le Comité d'éthique à la recherche : 0307

Il est important que vous compreniez bien toutes les informations contenues dans ce formulaire de consentement. N'hésitez pas à poser des questions si un mot ne vous est pas familier ou si une information n'est pas claire.

Titre de l'étude

Développement professionnel et rétablissement chez les personnes avec des troubles mentaux graves : Appuis théoriques et répercussions cliniques

Chercheurs principaux

Catherine Vallée, M.Sc., étudiante au doctorat en Sciences biomédicales;
Céline Mercier, Ph.D, chercheure associée, Centre de recherche de l'Hôpital Douglas;
Raymonde Hachey, M.Sc., codirectrice de la recherche, toutes deux à l'École de réadaptation, Université de Montréal.

Buts de l'étude

Vous êtes invités à participer à un projet qui consiste à mieux comprendre le cheminement professionnel des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves. Nous nous intéresserons également à votre processus de rétablissement puisque nous tenterons de comprendre comment votre rétablissement et votre cheminement professionnel s'influencent mutuellement. Nous espérons que les résultats de cette recherche pourront conduire à de meilleures interventions en réadaptation professionnelle puisque nous essaierons de comprendre comment votre travail et votre rétablissement affectent votre développement comme travailleur. Nous aimerions comprendre également ce qui facilite et ce qui nuit à ce développement, à partir du regard de ceux qui le vivent. Les résultats de nos travaux pourront donc être utiles non seulement aux différents intervenants œuvrant en réinsertion socioprofessionnelle (qu'ils soient issus du réseau de la santé, du réseau scolaire ou de l'emploi), mais également aux chercheurs, autant ceux issus du milieu de la réadaptation psychosociale que ceux du champ de conselling d'orientation.

Nous recherchons des personnes qui souffrent de schizophrénie ou de troubles schizo-affectifs, qui ont été invalidés par leur maladie depuis au moins deux ans, qui sont âgés entre 17 et 45 ans et qui maintenant travaillent ou font du bénévolat. Nous ne pourrions accepter les personnes aux prises avec une déficience intellectuelle ou une incapacité physique, ni celles qui viennent de déménager.

Description de la recherche et de votre rôle

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous devrez prévoir deux blocs de rencontre d'environ deux heures avec une étudiante au doctorat impliquée dans le projet de recherche. Ces rencontres auront lieu dans l'endroit de votre choix, dans la mesure où la confidentialité peut être assurée. Vous pourrez décider de diviser les deux blocs en période d'une heure, si vous le voulez. Les entrevues seront enregistrées et vous devrez signer un deuxième formulaire de consentement spécifique à cet égard.

Lors du premier bloc de rencontre, différentes questions sur votre vie professionnelle et votre cheminement professionnel vous seront demandées : nous parlerons de vos expériences, de votre formation, de vos buts professionnels, de vos intérêts, de vos forces et de votre vision du travail. Lors du second bloc, nous parlerons de votre démarche de rétablissement. Les questions porteront sur votre expérience de la maladie, sur votre vision de ce qu'est votre rétablissement, de ce qui vous aide à vous rétablir, des obstacles que vous rencontrez, des moyens que vous vous donnez pour les surmonter et l'impact du travail dans votre rétablissement. Vous remplirez aussi deux courts questionnaires. Si vous le désirez, une troisième rencontre pourrait avoir lieu afin que le chercheur vous fasse part de ce qu'il a retenu des deux entrevues et puisse vérifier avec vous s'il a bien compris votre expérience. Le chercheur vous présentera donc ce qu'elle a retenu de vos entrevues. Vous aurez donc l'occasion de commenter, de rectifier ou de compléter ce qui aura été retenu.

Préjudices possibles

À notre connaissance, votre participation à la recherche ne vous causera aucun préjudice (tort). Cependant, il peut exister des risques dont nous ignorons l'existence pour le moment. Du fait que nous parlerons de votre expérience, peut-être vous trouverez difficile d'aborder certains aspects de votre vie. Nous respecterons en tout temps votre désir de prendre une pause, de ne pas répondre à certaines questions ou même de mettre un terme à l'entrevue.

Avantages

Votre participation à la recherche ne vous profitera pas directement. Cependant, l'étude comporte le potentiel à long terme d'aider d'autres personnes comme vous en apprenant de votre expérience et votre cheminement. En effet, par une meilleure compréhension du cheminement professionnel et du processus de rétablissement des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves, il sera possible de développer des approches et des services de réadaptation professionnelle qui tiennent compte de votre expérience. Il permettra également à différents acteurs du réseau des services de la santé et du milieu du travail de mieux comprendre les besoins en matière d'insertion professionnelle. Un montant forfaitaire (20 dollars) vous sera remis après chacun des blocs d'entrevue (deux heures) afin de vous dédommager pour le temps et l'énergie que vous aurez investis dans le projet.

Confidentialité

La confidentialité sera respectée. Aucune information révélant votre identité ne sera diffusée ou publiée à moins que vous y ayez expressément consenti. Les informations que vous fournirez dans les entrevues ne seront utilisées que par l'équipe de chercheurs.

Aucune information ne sera transmise aux intervenants qui travaillent auprès de vous. Toutefois, si nous découvrons des informations que la loi nous oblige à divulguer (par exemple, la maltraitance d'un enfant, une menace imminente à la vie ou la sécurité d'autrui), nous ne pouvons garantir le respect de la confidentialité.

Lors de la saisie des entrevues et des questionnaires, un numéro sera utilisé à la place de votre nom. La liste maîtresse des noms sera conservée dans un endroit sécuritaire et sera utilisée seulement par les membres de l'équipe de recherche. Seuls les chercheurs de l'équipe sauront quel nom associer à quel numéro. Tous les documents en notre possession où figure votre nom seront détruits trois ans après l'étude. Tous les documents en notre possession où figurent votre nom seront détruits trois ans après la fin de l'étude ou au plus tard en décembre 2008.

Les enregistrements seront gardés sous clé et ils seront détruits un an après la fin du projet de recherche. Outre les membres de l'équipe de recherche, la bande sonore pourrait n'être disponible que pour une autre personne chargée des transcriptions (si nos budgets nous le permettent). Les responsables s'assureront des garanties de discrétion de la personne embauchée pour cette tâche et de son engagement à ne pas divulguer des informations. Lors de la transcription des entrevues, tous les indices qui permettent de vous identifier seront masqués.

Participation

Veillez noter que votre participation à cette étude doit être volontaire. Votre décision de participer ou non à ce projet n'affectera en aucune manière les services qui vous sont offerts. Par ailleurs, vous pouvez mettre un terme à votre participation à la recherche n'importe quand et cela, sans aucun préjudice (sans qu'il n'y ait de conséquences négatives pour vous). Dans le cadre des entrevues, vous êtes aussi libre de refuser de répondre à n'importe quelle question.

Consentement

En signant ci-dessous, vous acceptez de participer à cette recherche. Assurez-vous d'avoir bien lu le document, que toutes vos questions ont reçu une réponse claire et que vous comprenez très bien l'étude ainsi que votre rôle dans la recherche. Si en cours de route, vous désirez recevoir d'autres informations concernant le projet de recherche, vous pourrez rejoindre Céline Mercier au (514) 761-6131, poste 4344 ou Catherine Vallée au (613) 562-5800, poste 8547. Si vous avez des questions concernant vos droits comme participant à un projet de recherche, vous pouvez contacter l'ombudsman de l'Hôpital Douglas au (514) 761-6131, poste 4344. Ces personnes peuvent répondre à votre appel du lundi au vendredi, aux heures ouvrables.

Si vous décidez de participer à cette étude, une copie de ce document vous sera remise.

Votre signature indique que vous avez lu et compris les informations ci-dessus concernant les objectifs poursuivis par la recherche et le rôle que vous y jouez, et que vous consentez librement à participer au projet sur la base des renseignements qui vous ont été transmis.

Par ailleurs, en cochant la case suivante :

- J'accepte que l'entrevue soit enregistrée pour les fins de l'étude.**

Nom du participant en lettres moulées : _____

Signature du participant : _____

Date : _____

Nom du témoin en lettres moulées : _____

Signature du témoin : _____

Date : _____

Déclaration d'engagement du chercheur

Je certifie a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire de consentement; b) lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au présent projet.

Nom du chercheur – étudiant : Catherine Vallée

Nom du participant (en lettres moulées) : _____

Signature du chercheur-étudiant : _____

Signature du témoin : _____

Date : _____

Merci d'accepter de participer à ce projet de recherche !

Formulaire de consentement à la recherche : version anglaise

RESEARCH CONSENT FORM

Designed for people who are having currently a paid or a non-paid work experience and who have been experiencing a severe and persistent mental illness.

This research protocol have been accepted by the Research Ethical Committee: 0307

It is important that you understand well all the information included in this consent form. Don't hesitate to ask questions if a word(s), a sentence or any information remain unclear.

Title of the study

Professional development and recovery process amongst people experiencing severe and persistent mental illness: Theoretical considerations and clinical impacts.

Main researchers

Catherine Vallée, M.Sc., Doctorate student in biomedical sciences, school of rehabilitation, Université de Montréal;

Céline Mercier, Ph.D, associate researcher, Research Centre of Douglas Hospital; Raymonde Hachey, M.Sc., codirector, School of rehabilitation, Université de Montréal.

Purpose of the study

You are invited to participate in a study that will lead to the development of a conceptual model explaining the vocational development of people living with severe and persistent mental illness. This study will also take into account your recovery process. We hope that the results of this research will assist practitioners and clients involved in vocational rehabilitation, as we will understand better how recovery and work experience influence vocational development. We will also strive to understand what are the factors that facilitate or refrain people from integrating in the work force, from your perspective. The results of this study will be useful for practitioners working in vocational rehabilitation (within health services, school services or employment services) and for researchers involved in psychiatric rehabilitation or vocational counselling.

We are looking for individuals between the age of 17 and 45, who were diagnosed as suffering from schizophrenia or schizo-affective disorder, who have seen their level of functioning affected for at least two years and who are currently working or involved in a volunteer experience. We will not interview individuals challenged by a developmental or physical disability, nor those who recently moved.

Description of the research and your role within the research

Should you agree to participate in this study, you will be invited for two interview sessions (two hours each). These interviews will take place with a doctoral student and will

be held in a location of your choice, as long as confidentiality can be secured. You may choose to split each of the two-hour interviews into two one-hour sessions. The interviews will be audiotaped with your authorization.

During the two-hour interview session, we will explore your professional experience. We will ask you questions on the following subjects: work experiences, training opportunities, professional goals, work interests, your strengths and your vision of work. You will be invited to complete two short questionnaires.

During the second two-hour interview session, we will explore your journey towards recovery. We will ask you questions on the following subjects: your experience with your illness, your view regarding recovery, what assists you in recovering, the obstacles and challenges you face, the resources you use to overcome these hurdles and the impact of work in your recovery.

If you are interested, the researcher will invite you to an optional third meeting. This meeting will be helpful to verify if the researcher understood your experience correctly. She will highlight what she has retained from the interviews. You may use this opportunity to provide your comments and input.

Risks and inconvenient associated with your participation

To the best of our knowledge, your involvement in this project will not cause you any prejudice or harm. There may be some risks that we are unaware of for the moment. Since we will be talking of your experience, you may find certain aspects of your life more challenging to discuss. We will respect you need to rest at any time as well as your desire to refuse to answer specific questions or to adjourn the meeting.

Benefits in participating to this project

Your involvement in this project will not benefit you directly. Nonetheless, it is hoped that this study will assist people like you, as we will learn from your experience and your reflections. By increasing our understanding of the vocational development and the recovery process of people living with severe and persistent mental illness, we will be better able to devise appropriate interventions. This study will allow researchers and practitioners to better understand the needs underlying interventions and services in vocational rehabilitation. A symbolic compensation (20 dollars) will be given to you at the end of each two-hour interview session for the time and energy you invested in this study.

Confidentiality

Confidentiality will be respected at all times. No information that would reveal your identity will be communicated or published unless you explicitly consented to its release. The information contained in the interviews will be shared only within the research team: nothing will be communicated to the practitioners involved in the services you receive.

Nonetheless, if we become aware that one's integrity is in danger (for example, a child being abused, imminent threat to your life or the safety of someone else), we will be legally obliged to reveal what we know on the subject and will not be able to honour confidentiality.

To protect your confidentiality, during the transcription of the interviews or the analysis of the questionnaires, your name will not be used. Instead, you will be assigned a number. The master list containing the names and the assigned numbers will be kept in a locked filing cabinet and will be used only by the research team. All documents used in this research containing your name will be destroyed three years after the end of the study or at the latest, at the end of December 2008.

The tapes will be kept securely locked and will be destructed one year after the end of study. The tapes will be available only to the research team, including a person in charge of the transcription (if our budget allows us to do so). If it is the case, the research team will insure that the person hired for this task will be discrete and will commit herself to not reveal any information. During transcription, any cue that would allow your identity to be revealed will be masked.

Participation

Please note that your participation in this study is voluntary. Your decision to participate or not participate will not affect in any way the services you receive. You may cease your involvement in the study at any time, at no consequence to you. During the interviews, you have the right to refuse to answer any question.

Consent

By signing this consent form, you agree to participate in this study. Make sure that you have read all the document, that all your questions were answered in a satisfying way, and that you understand well the study and your role within this project. If you need further information on this project, you can communicate with Céline Mercier at (514) 761-6131, extension 4344 or Catherine Vallée at (613) 562-5800, extension 8547. If you have any questions concerning your rights as a research participant, you can contact the ombudsman of the Douglas Hospital at (514) 761-6131, extension 3287. These individuals can answer your call on Monday to Friday, during office hours. If you decide to participate in this study, a copy of this document will be given to you.

Your signature indicates that you have read and understood the information provided on the goals of the study and the role you will play. Your signature also indicates that you consent freely to participate to this project on the basis of the information provided.

In checking the following box:

- I agree for recording (on tape) the interviews needed in this research.**

Participant name (in block letters): _____

Participant signature: _____

Date: _____

Witness name (in block letters): _____

Witness signature: _____

Date: _____

Researcher's Commitment Declaration Form

I, hereby certify a) that I have explained to the participant the terms of this consent form; b) I have clearly indicated that he (she) could freely cease his participation in the study at all time without prejudice.

Name of the student-researcher: Catherine Vallée

Name of the participant (in block letters): _____

Signature of the student-researcher: _____

Signature of the witness: _____

Date: _____

Thank you for your participation!

Annexe C : Liste de variables pouvant influencer le développement professionnel

- Histoire narrative de la vie professionnelle de l'individu : expériences présentes et passées, ce qui a affecté, positivement ou négativement ces expériences.
- Impact des loisirs sur les choix occupationnels : diversité, investissement.
- Perception de ses atouts : perception qu'a le sujet de ses aptitudes, de ses intérêts et de ses valeurs. Impact de ceux-ci sur ces choix occupationnels.
- Perception du sujet des diverses possibilités qui s'offrent à lui; éléments facilitateurs et obstacles.
- Rôles des influences familiales sur les choix professionnels et les décisions importantes de l'individu.
- Les patrons de carrière : type de patrons de carrière (la séquence, la fréquence et la durée des emplois d'essais et stables), la constance des choix, le réalisme des choix, l'impact du statut socio-économique, l'impact des opportunités (ou du manque d'opportunités) auxquelles le sujet a été exposé.
- Impact des facteurs d'ordre économique (conditions du marché de l'emploi, coût et durée de la formation, transformations technologiques, mesures législatives)

Annexe D : Liste de variables pouvant influencer le rétablissement

- Les points tournants de sa vie : impact de la maladie, ce qui a constitué un déclic vers le rétablissement, ce qui l'a facilité.
- Rapport à la maladie : distinction entre soi et la maladie, connaissance de sa maladie, gestion des symptômes, connaissances de ce qui peut fragiliser son équilibre.
- Rapport au traitement : apport ou non de traitement au rétablissement, rôle de la médication.
- Les obstacles au rétablissement : étiquettes et préjugés; impact de ceux-ci; faire face à sa maladie au jour le jour; stratégies adaptatives développées par les individus pour y faire face.
- Perception de soi : perception de soi face à son avenir; conscience de ses possibilités, de ses atouts; perception et reconnaissance de ses succès.
- Les réseaux d'entraide : réseaux formels et informels, apport de l'entraide dans le rétablissement.
- Les autres réseaux de soutien : composition du réseau, fréquence des contacts, nature des liens significatifs, réciprocité des relations; accessibilité à diverses ressources (argent, lieux d'activités, information, services); formes de soutien communautaire.
- Sens du travail pour l'individu : apport du travail (ou, s'il y a lieu, de l'activité productive en cause) dans la vie de l'individu, ce qu'il représente, ce qu'il a permis d'atteindre ou d'obtenir.
- Impact de la spiritualité : sens donné à la maladie, à son existence, expression et/ou impact de cette spiritualité chez l'individu.

Annexe E : Grilles d'entrevues

Première grille d'entrevue : le développement professionnel (version française)

Date de l'entrevue :
Intervieweur :
(Décrivez brièvement le projet)

Questions :

- 1) Parlez-moi de votre cheminement professionnel (votre parcours en emploi)
 - a) Que faites-vous comme travail (expérience de bénévolat) actuellement ?
 - b) Où travaillez-vous ? Depuis quand ?
 - c) Quelles sont vos tâches ?
 - d) Décrivez-moi votre milieu de travail ?
 - e) Êtes-vous rémunéré pour votre travail ? Si oui, combien ?
 - f) Recevez-vous des avantages sociaux ?
 - g) Comment trouvez-vous ce travail ?

(Répéter ces questions afin d'obtenir l'histoire professionnelle de la personne)

- 2) Parlez-moi de comment vous avez trouvé ces expériences de travail ?
 - a) Quelles sont les expériences de travail qui vous ont marqué ?
 - i) Comment ?
 - ii) Pourquoi ?
- 3) Parlez-moi de votre formation professionnelle.
 - a) Quel est votre niveau de scolarité ?
 - b) Avez-vous déjà appris un métier ?
 - i) Lequel ?
 - ii) Durée de la formation ?
- 4) Avez-vous pu mettre à profit ce que vous avez appris lors de votre formation ?
 - i) Si oui, comment ?
 - ii) Si non, pourquoi ?

(Répéter la sous question c pour chaque expérience de formation professionnelle)

- 5) Avez-vous suivi des cours de perfectionnement ?
 - a) Si oui, quand ? Durée ?
- 6) Considérez-vous que ce que vous faites présentement soit en lien avec votre formation professionnelle ?
 - a) Pourquoi ?

- 7) Considérez-vous que votre formation vous ait bien préparé à faire le travail que vous faites maintenant ?
 - a) Comment ?

- 8) Parlez-moi de ce qui a influencé vos choix professionnels.
 - a) Comment avez-vous choisi vos emplois ?
 - b) Vos loisirs vous ont-ils influencé dans le choix de vos emplois ?
 - i) Si oui, comment ?
 - ii) Si non, pourquoi ?
 - c) Les opinions d'autrui ont-elles affecté vos choix ?
 - i) Si oui, comment ? Pourquoi ?
 - ii) Si non, pourquoi ?
 - d) À quelles professions aviez-vous rêvé ?
 - i) Pourquoi ?
 - e) Quels sont vos buts professionnels maintenant ?
 - i) Sont-ils satisfaisants ?
 - ii) Pourquoi ?

- 9) Quels types de travail aimez-vous ? Qu'aimez-vous faire ?
 - a) Pourquoi ?

- 10) Quelles sont les caractéristiques des emplois qui vous conviennent ?
- 11) Quelles sont vos caractéristiques comme travailleur ?
- 12) Quels sont les éléments qui ont facilité votre insertion sur le marché du travail ?
 - a) Comment ?

- 13) Quelles sont les barrières que vous avez rencontrées lors de votre insertion sur le marché du travail ?
 - a) Comment se sont-elles fait sentir ?
 - b) Avez-vous été en mesure de les surmonter ?
 - i) Si oui, comment ?
 - ii) Si non, pourquoi ?

- 14) Qu'est-ce que le travail représente pour vous ?

- 15) Comment votre santé mentale est-elle venue influencer votre cheminement professionnel ?

Compléter l'Empowerment scale, l'inventaire des rôles et le formulaire de données démographiques.

(Remerciez le participant pour l'entretien qu'il vous a accordé. Réitérez que ses réponses demeurent confidentielles et expliquez la prochaine rencontre)

Première grille d'entrevue : le développement professionnel (version anglaise)

Interview date:
 Interviewer :
 (Describe briefly the project)

Questions :

1. Please, describe how your professional life evolved (your work history)?
 - a. Describe your current job (volunteer involvement experience)?
 - b. Where do you work? Since when?
 - c. What are your tasks and responsibilities?
 - d. Describe your work environment?
 - e. Are you paid? How much?
 - f. Do you receive any benefits?
 - g. How do you find your job?

(Repeat those questions in order to complete the participant's professional history).

2. Tell me how were those work experiences for you?
 - a. Which of those experiences affected you positively or negatively?
 - b. How?
 - c. Why?
3. Please, describe your professional training.
 - a. What is the higher level of education you completed?
 - b. Have you ever learned a profession?
 - i. Which one?
 - c. How long was the training?
4. Did you have the opportunity to put in practice what you have learned during your training?
 - i. If yes, how?
 - ii. If not, why?

(Repeat the sub-question c for each professional training experience)

5. Have you ever had the opportunity to undertake continued education training or specialized training?
 - a. If yes, when? For how long?
6. Do you consider your current job to be related to your professional training (educational background)? Why?
7. Do you consider that your professional training prepared you well for your current job? How?

8. Describe what has been influencing your professional choices.
 - a. How did you select your jobs?
 - b. Did your leisure (activities or interests) influence you in the selection of your job?
 - i. If yes, how?
 - ii. If not, why?
 - c. Did opinions of others influence you in your professional choices?
 - i. If yes, how? Why?
 - ii. If not, why?
 - d. What are the professions (jobs) you dreamed of doing?
 - i. Why?
 - e. What are your current professional goals?
 - i. Are they satisfying?
 - ii. Why?
9. What kind of jobs do you like? What do you like to do?
 - a. Why?
10. What kinds of jobs are good for you? What characteristics are you looking for?
11. How would you describe yourself as a worker?
12. What are the elements that facilitated your involvement in the job market (in your community)? What made it easier for you in accessing, getting or keeping positions?
 - a. How?
13. What are the barriers you faced in you professional life? What has been challenging?
 - a. How did you become aware of those barriers? How did they affect you?
 - b. Have you been able to cope with them?
 - i. If yes, how?
 - ii. If not, why?
14. What does work represent for you? (Volunteering)
15. How did your mental health affect your professional history? Your professional development?

Complete Empowerment scale, Role checklist and IASPRS toolkit form on demographic data.

(Thank the participant for sharing his history with you. Insist on the fact that his answers will remain confidential within the research team and orient him to the next interview session)

Seconde grille d'entrevue : le rétablissement (version française)

Date de l'entrevue :

Intervieweur :

(Décrivez brièvement le projet)

Questions :

1. Parlez-moi de la maladie dont vous souffrez
 - a. Inciter le sujet à dessiner avec vous de façon schématique la trajectoire de sa vie en lien avec sa maladie (les hauts et les bas, les points marquants dans une perspective temporelle)
 - b. Si celui-ci est inconfortable avec cette façon de faire, demandez :
 - i. Quand avez-vous commencé à être malade ?
 - ii. Quel a été le cours de votre maladie ?
2. (Tentez d'établir la perspective du sujet sur l'évolution de sa maladie)
 - i. Quelles ont été les périodes difficiles pour vous ?
 1. Pourquoi étaient-elles difficiles ?
 2. Quand se sont-elles produites ?
 - ii. Quelles ont été les périodes encourageantes pour vous ?
 1. Pourquoi étaient-elles encourageantes ?
 2. Quand se sont-elles produites ?
3. Qu'est-ce qui a vous permis d'espérer de nouveau ?
4. Parlez-moi de l'impact de la maladie sur votre fonctionnement ?
 - a. Actuel :
 - b. Passé :
 - c. Comment la maladie a-t-elle modifié votre existence ?
 - d. Comment percevez-vous votre maladie aujourd'hui ?
 - e. Comment vous percevez-vous après ces expériences ?
 - f. Qu'avez-vous appris de vous-mêmes ?
 - g. Comment vous décririez-vous ?
 - h. Avez-vous appris à connaître ce qui vous rend plus vulnérable ?
 - i. Si oui, pouvez-vous m'en donner un exemple ?
 - ii. Si non, pourquoi ?
5. Qu'est-ce que le rétablissement suite à une maladie mentale représente pour vous ?

- a. Rechercher les différentes dimensions du rétablissement (santé, mieux-être, spirituel, social, économique, psychologique etc....) telles que perçues par l'utilisateur
 - b. Racontez-moi ce qu'a été votre expérience du rétablissement ?
 - c. Considérez-vous être en rétablissement ?
 - i. Si oui, pourquoi ?
 - ii. Sinon, pourquoi ?
 - d. Qu'avez-vous accompli en termes de rétablissement selon vous ?
 - e. Que vous reste-t-il à faire ?
6. Quelles sont les forces qui facilitent votre rétablissement ?
- a. Qu'est-ce qui vous aide à vous en sortir ?
 - b. Quels moyens avez-vous développés pour vous sentir mieux ?
 - c. Y a-t-il des personnes qui font une différence ?
 - i. Si oui, que font-elles ? Fréquence des contacts ?
 - ii. Sinon, qu'aimeriez-vous que les autres fassent ?
 - d. Y a-t-il des services ou des ressources qui font une différence ?
 - i. Si oui, que font-ils ? Fréquence des contacts ?
 - ii. Sinon, qu'aimeriez-vous qu'ils fassent ?
7. Quelles sont les forces qui nuisent à votre rétablissement ?
8. Quelles sont les barrières ?
- a. Qu'est-ce qui vous rend la route difficile ?
9. Comment le travail (ou l'absence de travail) a-t-il influencé votre rétablissement ?
10. Y a-t-il d'autres aspects de votre rétablissement dont nous n'avons pas discuté qui m'aiderait à comprendre votre expérience ?

(Remerciez le participant pour l'entretien qu'il vous a accordé. Réitérez que ses réponses demeurent confidentielles et expliquez la possibilité d'avoir une dernière rencontre afin de valider l'analyse)

Seconde grille d'entrevue : le rétablissement (version anglaise)

Interview date:

Interviewer:

(Describe again briefly the project)

Questions:

- 1) Tell me what your experience of your illness has been like.
 - a) Invite the participant to draw with you a line on a graph that would represent the ups/downs/ turning points of his life
 - b) If the participant is comfortable with this activity, ask :
 - i) When did you start to experience some symptoms of your illness?
 - ii) Describe what has been the course of your illness? How did it evolve?
- 2) (Tentez d'établir la perspective du sujet sur l'évolution de sa maladie)
 - i) What have been the times that have been hard or challenging?
 - (1) Why were they challenging?
 - (2) When did they occur?
 - ii) What have been the more encouraging times for you?
 - (1) Why were they uplifting or encouraging?
 - (2) When did they occur?
 - iii) What happened that allowed to be hopeful again?
- 3) Describe how your illness impacted on your functioning
 - a) Current:
 - b) In the past :
 - c) How did your illness affect your existence?
 - d) How do you perceive your illness today?
 - e) How do you perceive yourself after all these experiences?
 - f) What have you learned about yourself?
 - g) How would you describe yourself?
 - h) Did you learn to recognize things that make you feel more vulnerable?
 - i) If yes, can you give me an example?
 - ii) If not, why?
- 4) What does recovery means to you?
 - a) Explore the various dimensions of recovery (health, wellness, spirituality, social, economical, psychological etc...) as the participant perceives them...
 - b) Tell me what has been your experience of recovery?

- c) Do you consider yourself to be in recovery?
 - i) If yes, why?
 - ii) If not, why?
 - d) What did you accomplish in terms of your own recovery?
 - e) What would you wish to pursue / have to pursue in terms of recovery?
 - f) What is left to do?
- 5) What are the strengths and resources facilitating your recovery?
- a) What is assisting you?
 - b) What are the resources you have developed to feel better? What are the strategies you adopted to feel better?
 - c) Are there people who are making a difference?
 - i) If yes, what are they doing? How often do you talk/see them?
 - ii) If not, what would you like to see people doing?
 - d) What are the services /resources that have made a difference?
 - i) If yes, what are they doing? How often are you in contact with them?
 - ii) If not, what would you like to see them do?
- 6) What are the forces /challenges to recovery?
- 7) What are the barriers? What is making your journey difficult?
- 8) How did your work (or absence of work) influence your recovery?
- 9) Is there anything about your recovery that we did not discuss and that would allow me to understand better your experience?

(Thank the participant for sharing his history with you. Insist on the fact that his answers will remain confidential within the research team and orient him to the possibility of a last interview to validate your understanding and analysis)

Annexe F : Outils de mesures quantitatives

Ensemble d'outils permettant de mesurer les résultats de la réadaptation psychosociale : collecte de données démographiques (IAPSR)

DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES (1/4)

(Veuillez écrire en lettres moulées dans les espaces prévus à cet effet)

Informations requises

Numéro d'identification : _____ Date de la collecte initiale (ms/jr/an) : ____/____/____

Prénom de l'utilisateur : _____ Nom de l'utilisateur : _____

Date de naissance : (ms/jr/an) ____/____/____ Genre : Inconnu Masculin Féminin

Comment l'utilisateur décrit-il sa race ou sa couleur ?

(Ne noircissez qu'une seule case)

- Inconnu
- Autochtone
- Noire
- Caucasienne
- Est-asiatique
- Latino-américaine
- Moyen-Orient
- Sud-asiatique
- Ouest-asiatique
- Métis
- Autre
- Préfère ne pas répondre

NAS : _____

Comment l'utilisateur décrit-il sa culture d'origine ?

(Ne noircissez qu'une seule case)

- Inconnu
- Autochtone
- Africaine
- Américaine
- Australienne/Néozélandaise
- Canadienne
- Canadienne-française
- Caraïbe
- Latino-américaine (Ex. mexicaine, guatémaltèque, etc.)
- Est-asiatique (Ex. chinoise, philippine, thaïlandaise, etc.)
- Européenne (Ex. français, russe, suédoise, etc.)
- Moyen-Orient (Ex. égyptienne, israélienne, etc.)
- Sud-américaine (Ex. brésilienne, chilienne, etc.)
- Sud-asiatique (indienne, pakistanaise, etc.)
- Ouest-asiatique (Ex. arménienne, iranienne, etc.)
- Autre
- Préfère ne pas répondre

Informations concernant l'admission et le congé

Programme : _____ Date d'admission : ____/____/____

Intervenant primaire : _____ Date de congé : ____/____/____
(ms/jr/an) (ms/jr/an)

Statut de l'utilisateur à l'évaluation :

- Inconnu
 - Nouveau
 - Renouvellement
 - Continu
 - Semi-actif
 - Inactif
 - Abandon
 - Déménagé
 - Gradué
- Première Admission

Coordonnées

Adresse de l'utilisateur : _____

Ville : _____ Province _____ Code postal _____

Téléphone (Domicile)

(____) _____

Téléphone (Travail)

(____) _____

DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES (2/4)

(Veuillez écrire en lettres moulées dans les espaces prévus à cet effet)

Contact en cas d'urgence

Prénom de la personne-contact _____ Nom de la personne-contact _____

Lien de résidence de la personne-contact

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Informations additionnelles

Statut civil Inconnu Séparé Conjoint de fait
 Célibataire Divorcé Séparé d'un conjoint de fait
 Marié Veuf Veuf d'un conjoint de fait

Langue maternelle Inconnu Espagnol Italien Persan
 (Ne noircissez qu'une seule case) Anglais Japonais Russe Arabe
 Français Chinois Allemand Autre

Langue(s) d'usage Inconnu Espagnol Italien Persan
 (Ne noircissez qu'une seule case) Anglais Japonais Russe Arabe
 Français Chinois Allemand Autre

Niveau de scolarisation : Inconnu Niveau collégial complété ou DEC
 Aucune scolarisation Partie d'un programme universitaire
 Moins de la septième année Baccalauréat universitaire obtenu
 Entre la 7^{ème} et la 9^{ème} année Études supérieures
 Une partie du secondaire complétée Études post-graduées
 Secondaire complété ou DES École commerciale
 Une partie d'un programme collégial

Religion : Inconnu Jaïn
 Tradition spirituelle des Premières Nations Juive
 Agnostique Musulmane
 Athée Sikh
 Bahá'í Sorcellerie
 Bouddhiste Zoroastrienne
 Chrétienne (Anglicane, catholique, protestante, etc.) Autre
 Hindou Préfère ne pas répondre

DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES (3/4)

(Veuillez écrire en lettres moulées dans les espaces prévus à cet effet)

Diagnostic et autres informations

Diagnostic principal (Ne noircissez qu'une seule case)

- Aucun Troubles de l'humeur Troubles anxieux Troubles organiques Déficience intellectuelle
 Schizophrénies et troubles psychotiques Troubles liés à une substance Troubles de la personnalité
 Troubles diagnostiqués à l'enfance ou l'adolescence Autre trouble Inconnu

Noircissez la ou les case(s) si applicable

- Diagnostic concomitant (santé mentale et abus de substances)
 Double diagnostic (santé mentale et déficience intellectuelle)

Age lors de la première hospitalisation psychiatrique (en années) _____ (Inscrire 99 si NA)

Age lors du premier épisode de la maladie _____

Commentaires :

Citoyenneté : Citoyen canadien Immigrant reçu Réfugié Résident sans papier Autre

Année de résidence permanente : _____



Baseline Demographics/Client Records (p2 of 3)

(Please print using BLOCK letters and numbers inside boxes)

XCV

EMERGENCY CONTACT INFO

Contact's First Name

Contact's Last Name

Contact's City

Prov

Postal Code

Contact's Phone Number

Shade circles like this:



Not like this:



ADDITIONAL INFORMATION

Marital Status:

- Unknown
- Single
- Married
- Separated
- Divorced
- Widowed
- Domestic Partner
- Separated Domestic Partner
- Widowed Domestic Partner

Primary Conversational Language:

- Unknown
- English
- French
- Spanish
- Japanese
- Chinese
- Italian
- Russian
- German
- Farsi
- Arabic
- Other

Preferred Language:

- Unknown
- English
- French
- Spanish
- Japanese
- Chinese
- Italian
- Russian
- German
- Farsi
- Arabic
- Other

Highest Level of Education:

- Unknown
- No Formal Education
- Less than 7th Grade
- 7th-9th Grade
- Partial High School
- High School or GED
- Some College
- College Graduate
- Some University
- University Graduate
- Graduate School
- Post Graduate
- Trade School

Religion:

- Unknown
- Aboriginal Spiritual Tradition
- Agnostic
- Atheist
- Bahai
- Buddhist
- Christian (Catholic, Anglican, etc.)
- Hindu
- Jain
- Jewish
- Muslim
- Sikh
- Wiccan
- Zoroastrian
- Other
- Preferred not to answer

DIAGNOSTIC & OTHER INFORMATION

Primary Diagnostic Category:

- Unknown
- Mood Disorder
- Anxiety Disorder
- Organic Disorder
- Developmental Handicap
- Schizophrenic Disorder
- Substance Related Disorder
- Personality Disorder
- Spec. Dis. of Childhood/Adolescence
- Other

Shade either or both if applicable:

- Concurrent Disorder (Mental Illness and Substance Abuse)
- Dual Diagnosis (Mental Illness and Developmental Handicap)

Age at first psychiatric hosp. (in yrs):

Age at onset of Mental Illness:

(Enter 99 if never)

Notes:

Canadian citizenship status:

- Citizen
- Landed Immigrant
- Refugee
- Undocumented Resident
- Other

Year of Permanent Residence:

PSR Toolkit
Canadian Version
October 1999

13339



FORMULAIRE DE COLLECTE DE DONNÉES ET AVIS DE CHANGEMENT

xcvi

Numéro d'identification : _____

Prénom de l'utilisateur : _____ Nom de l'utilisateur : _____

Un changement a été observé dans le (les) domaine(s) suivant(s) : Aspect professionnel
 Aspect éducatif

Aspect professionnel

- Emploi compétitif effectué de façon indépendante
- Emploi compétitif effectué avec soutien
- Emploi avec l'accompagnement d'un intervenant
- Emploi transitoire en milieu compétitif
- Emploi transitoire rémunéré par un programme
- Emploi transitoire au sein d'un programme
- Plateau de travail dans une entreprise
- Emploi sporadique ou ponctuel ("Jobines")
- Ateliers protégés
- Bénévolat
- Aucun emploi
- Inconnu

Date du changement : ____ / ____ / ____ (ms/jr/an)

Taux horaire : \$ ____ • ____ Nombre moyen d'heures/sem. : ____ L'employeur paie des bénéfices

Nom de l'employeur : _____

Date d'entrée en poste : ____ / ____ / ____ Date de départ du poste : ____ / ____ / ____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : ____ Code postal : _____

Téléphone : (____) _____ Montant : \$ ____ • ____

Commentaires :

Aspect éducatif

- Inconnu
- École secondaire
- Éducation aux adultes
- Collège communautaire
- Centre de formation professionnelle
- Institut technique
- Université
- Autre
- N'est pas aux études

Date du changement : ____ / ____ / ____ (ms/jr/añ)

Détails : Nom de l'établissement : _____ Nombre moyen d'heures/sem. : ____

Commentaires :



54154

PSR Toolkit Domain Status/Changes

xcvii

ID:

Consumer's First Name

Consumer's Last Name

A change has occurred in the following domain(s):

- Employment Status
- Education Status

Employment Status

- Independent. Competitive Model
- Assisted Competitive Model
- Job Coach Model
- Transitional Employment Model
- Agency Paid. Transitional Employment Model
- In-house Transitional Employment Model
- Work Crew Model
- Sporadic or Casual Employment
- Sheltered Workshop
- Non-Paid Work Experience
- No Employment of any kind
- Unknown

As of: / /

(mm/dd/yy - date status changed OR Baseline date)

Hourly Wage: \$

Average Hrs/wk:

Employer paid Health Benefits

Employer Name

Employment Start Date / /

Employment End Date / /

Address

City

Prov

Postal Code

Comments

Education Status

- Unknown
- Secondary (High School)
- Adult Education
- Community College
- Vocational/Training Centre
- Trade School
- University
- Other
- Not in school

As of: / / (Baseline date OR date status changed)

Details: Educational Facility Name

Average Classroom Hrs/wk:

Comments

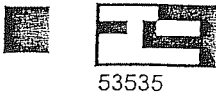
Shade circles like this:

Not like this:

PSR Toolkit
Canadian Version
October 1999

54154

Empowerment scale : prendre des décisions



53535

MAKING DECISIONS

© 1991 trustees of Boston University, Center for psychiatric rehabilitation, Sciarappa & Rogers
(Version française : Cathernie Vallée et Division psychosociale - Centre de Recherche de l'Hôpital Dougla.

xcix

Usager ID

Date (jj/mm/aaaa)

Intervieweur

Code

Indiquer la période : Temps 0 (T0) Temps 1 (T1) Temps 2 (T2) Temps 3 (T3) Temps 4 (T4) Temps 5

Instructions : Les phrases qui suivent portent sur votre façon de voir la vie et de prendre des décisions. Veuillez INSCRIRE UN "X" DANS LA CASE CORRESPONDANT à la réponse qui est la plus près de ce que vous pensez. Répondez selon ce que vous ressentez maintenant. La première impression est souvent la meilleure. Ne prenez pas beaucoup de temps pour répondre aux questions. Soyez honnête avec vous-même pour que vos réponses reflètent vraiment vos sentiments.

**VEUILLEZ RÉPONDRE À TOUTES LES
QUESTIONS EN INSCRIVANT UN "X"
DANS LA CASE QUI DÉCRIT LE MIEUX CE
QUE VOUS RESSENTEZ.**

	Tout à fait d'accord	En accord	En désaccord	Complètement en désaccord
1. J'ai une bonne idée de ce qui va m'arriver dans la vie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. On est limité par ce que l'on croit être possible.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. On a plus de pouvoir lorsqu'on s'unit en groupe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Cela ne mène jamais à rien de se fâcher pour quelque chose.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. J'ai une attitude positive face à moi-même.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. J'ai généralement confiance en mes décisions.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. On n'a pas le droit de se fâcher juste parce qu'on n'aime pas quelque chose.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. La plupart des événements malheureux qui me sont arrivés sont dûs à la malchance.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Je me perçois comme une personne capable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Faire des vagues ne mène nulle part.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



53535

MAKING DECISIONS

© 1991 trustees of Boston University, Center for psychiatric rehabilitation, Sciarappa & Roge.
 (Version française : Cathernie Vallée et Division psychosociale - Centre de Recherche de l'Hôpital Do.

 Usager ID

--	--

c

VEUILLEZ INSCRIRE UN "X" DANS LA
 CASE QUI DÉCRIT LE MIEUX CE QUE
 VOUS RESSENTEZ.

	Tout à fait d'accord	En accord	En désaccord	Complètement en désaccord
11. Quand les gens travaillent ensemble, ils peuvent avoir un effet sur leur milieu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Je suis souvent capable de surmonter les difficultés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Je suis généralement optimiste face à l'avenir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Quand je fais des plans, je suis presque certain(e) que ça va fonctionner.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Se fâcher à propos de quelque chose est souvent le premier pas pour que ça change.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. D'habitude, je me sens seul(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Les experts sont les mieux placés pour décider ce que les gens devraient faire ou apprendre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la plupart des gens.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Généralement, je peux accomplir ce que j'entreprends.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. On devrait essayer de vivre notre vie comme on le veut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Ça ne donne rien de se battre contre les gouvernements.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Je me sens démuni(e) la plupart du temps.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Je trouve que j'ai une certaine valeur, au moins autant que les autres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Quand je ne suis pas sûr(e) à propos de quelque chose, d'habitude je fais comme les autres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Les gens ont le droit de prendre leurs propres décisions, même si elles sont mauvaises.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Je pense que j'ai plusieurs qualités.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Très souvent on peut régler un problème en agissant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Travailler avec les autres dans mon milieu peut aider à améliorer les choses.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



59192

MAKING DECISIONS

© 1991 trustees of Boston University, Center for psychiatric rehabilitation, Sciarappa & Rogers

ci

Client ID

Five empty boxes for Client ID

Date (dd/mm/yyyy)

Two boxes for day, slash, two boxes for month, slash, four boxes for year

Rater

Long empty box for Rater name

Code

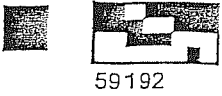
Small box for Code

Indicate period: Baseline (T0) Follow-up 1 (T1) Follow-up 2 (T2) Follow-up 3 (T3) Follow-up 4 (T4) Follow-up 5 (T5)

Instructions : Below are several statements relating to one's perspective on life and with having to make decisions. Please WRITE AN "X" IN THE BOX CORRESPONDING to the response that is closest to how you feel about the statement. Indicate how you feel now. First impressions are usually best. Do not spend a lot of time on any one question. Please be honest with yourself so that your answers reflect your true feelings.

PLEASE ANSWER ALL QUESTIONS BY WRITING AN "X" IN THE BOX THAT BEST DESCRIBES HOW YOU FEEL.

	Strongly Agree	Agree	Disagree	Strongly Disagree
1. I can pretty much determine what will happen in my life.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. People are only limited by what they think is possible.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. People have more power if they join together as a group.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Getting angry about something never helps.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. I have a positive attitude toward myself.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. I am usually confident about the decisions I make.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. People have no right to get angry just because they don't like something.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Most of the misfortunes in my life were due to bad luck.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. I see myself as a capable person.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Making waves never gets you anywhere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



59192

MAKING DECISIONS

© 1991 trustees of Boston University, Center for psychiatric rehabilitation, Sciarappa & Roger.

cii

Client ID

□ □ □ □ □ □

PLEASE WRITE AN "X" IN THE BOX THAT BEST DESCRIBES HOW YOU FEEL.

	Strongly Agree	Agree	Disagree	Strongly Disagree
11. People working together can have an effect on their community.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. I am often able to overcome barriers.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. I am generally optimistic about the future.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. When I make plans, I am almost certain to make them work.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Getting angry about something is often the first step toward changing it.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Usually I feel alone.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Experts are in the best position to decide what people should do or learn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. I am able to do things as well as most other people.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. I generally accomplish what I set out to do.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. People should try to live their lives the way they want to.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. You can't fight city hall.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. I feel powerless most of the time.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. When I am unsure about something, I usually go along with the rest of the group.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. I feel I am a person of worth, at least on an equal basis with others.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. People have the right to make their own decisions, even if they are bad ones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. I feel I have a number of good qualities.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Very often a problem can be solved by taking action.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Working with others in my community can help to change things for the better.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inventaires des rôles

INVENTAIRE DES ROLES*

civ

NOM _____ AGE _____ DATE _____

SEXE: homme femme ETES-VOUS RETRAITÉ: oui non

STATUT CIVIL: célibataire marié séparé divorcé veuf

Le but de cet inventaire est d'identifier les principaux rôles dans votre vie. L'inventaire, qui est divisé en deux pa. présente 10 rôles et définit chacun.

PARTIE I

A côté de chaque rôle, indiquez en cochant dans la colonne appropriée, si vous avez rempli ce rôle dans le passé, si vous remplissez ce rôle présentement et si vous planifiez remplir ce rôle dans le futur. Vous pouvez cocher plus d'une colonne pour chaque rôle. Par exemple, si vous faisiez du bénévolat dans le passé et que vous n'en faites plus présentement, mais que vous vous planifiez en refaire dans le futur, vous devriez cocher les colonnes "passé" et "futur".

ROLE	PASSÉ	PRÉSENT	FUTUR
ÉTUDIANT(E) : Fréquenter l'école à temps partiel ou à plein temps.			
TRAVAILLEUR(SE) : Occuper un emploi payé à temps partiel ou à plein temps			
BÉNÉVOLE : Offrir ses services, au moins une fois par semaine, dans un hôpital, une école, la communauté, une campagne électorale, etc.			
SOIGNANT NATUREL: Etre responsable, au moins une fois par semaine, des soins à une personne comme un enfant, un conjoint, un parent ou un ami.			
RESPONSABLE DE L'ENTRETIEN: Etre responsable, au moins une fois par semaine, pour l'entretien de la maison comme le ménage ou l'entretien du terrain.			
AMI(E): Passer du temps ou faire quelque chose, au moins une fois par semaine, avec un(e) ami(e).			
MEMBRE DE LA FAMILLE: Passer du temps ou faire quelque chose, au moins une fois par semaine, avec un membre de la famille comme un enfant, un conjoint, un père ou une mère, ou un autre membre de la famille.			
PARTICIPANT A UN GROUPE RELIGIEUX: S'impliquer, au moins une fois par semaine, dans des groupes ou activités associés à sa religion (excluant la messe).			
PASSE-TEMPS/AMATEUR: S'impliquer, au moins une fois par semaine, dans un passe-temps ou une activité amateur comme la couture, la pratique d'un instrument de musique, le travail du bois, les sports, le théâtre, ou participation à un club ou une équipe.			
PARTICIPANT DANS DES ORGANISATIONS: S'impliquer, au moins une fois par semaine, dans des organisations comme le Club optimiste, les Chevaliers de Colomb, l'Association des parents seuls, les "Weight Watchers", etc.			
AUTRE : _____ Un rôle non-mentionné dans cette liste que vous avez déjà rempli, ou que			

PARTIE 2

CV

Les mêmes rôles sont mentionnés ci-dessous. A côté de chaque rôle, cochez dans la colonne qui indique le mieux, la valeur ou l'importance que vous accordez à ce rôle. Donnez une réponse pour chaque rôle, même si vous n'avez jamais rempli ce rôle.

ROLE	PAS VALORISÉ	UN PEU VALORISÉ	TRES VALORISÉ
ÉTUDIANT(E) : Fréquenter l'école à temps partiel ou à plein temps.			
TRAVAILLEUR(SE) : Occuper un emploi payé à temps partiel ou à plein temps			
BÉNÉVOLE : Offrir ses services, au moins une fois par semaine, dans un hôpital, une école, la communauté, une campagne électorale, etc.			
SOIGNANT NATUREL : Etre responsable, au moins une fois par semaine, des soins à une personne comme un enfant, un conjoint, un parent ou un ami.			
RESPONSABLE DE L'ENTRETIEN : Etre responsable, au moins une fois par semaine, pour l'entretien de la maison comme le ménage ou l'entretien du terrain.			
AMI(E) : Passer du temps ou faire quelque chose, au moins une fois par semaine, avec un(e) ami(e).			
MEMBRE DE LA FAMILLE : Passer du temps ou faire quelque chose, au moins une fois par semaine, avec un membre de la famille comme un enfant, un conjoint, un père ou une mère, ou un autre membre de la famille.			
PARTICIPANT A UN GROUPE RELIGIEUX : S'impliquer, au moins une fois par semaine, dans des groupes ou activités associés à sa religion (excluant la messe).			
PASSE-TEMPS/AMATEUR : S'impliquer, au moins une fois par semaine, dans un passe-temps ou une activité amateur comme la couture, la pratique d'un instrument de musique, le travail du bois, les sports, le théâtre, ou participation à un club ou une équipe.			
PARTICIPANT DANS DES ORGANISATIONS : S'impliquer, au moins une fois par semaine, dans des organisations comme le Club optimiste, les Chevaliers de Colomb, l'Association des parents seuls, les "Weight Watchers", etc.			
AUTRE : Un rôle non-mentionné dans cette liste que vous avez déjà rempli, ou que vous remplissez présentement, ou que vous planifiez remplir. Écrivez ce rôle sur la ligne ci-dessus et cochez la ou les colonnes appropriées.			

* Traduit en français dans le cadre d'une étude de validation par Hachey, R., Jumoorty, J. et Mercier, C. avec la permission des auteurs : Oakley, F., Kielhofner, G., et Barris, R. (1986). The role checklist : Development of an empirical assessment of reliability. *The Occupational Therapy Journal of Research*, 6, 157-170.

Annexe G : Exemples d'arborescences de codes

Exemple d'une arborescence : Insertion professionnelle

(7) Histoire professionnelle

(7 3) /Histoire professionnelle/Insertion professionnelle

(7 3 2) /Facilitateurs face à l'emploi

(7 3 2 1) /Médication

(7 3 2 2) /Adaptations

(7 3 2 3) /Scolarité

(7 3 2 4) / Attentes _contraintes

(7 3 2 5) /Modèles

(7 3 2 6) /Impact de la rémunération

(7 3 2 7) /Réseau de soutien

(7 3 2 8) /Droit à l'erreur

(7 3 2 9) /Acceptation

(7 3 2 10) /Attitudes du travailleur

(7 3 2 11) /Respect de ses limites

(7 3 2 12) /Passe d'autobus

(7 3 2 13) /Statut

(7 3 2 14) /Foi

(7 3 2 15) /Employeur

(7 3 2 16) /En lien avec intérêts

(7 3 2 17) /Services de réinsertion

(7 3 2 18) /Juste niveau de défi

(7 3 2 19) /Subvention

(7 3 2 20) /Accessibilité

(7 3 2 21) /Accès à l'information ~études~

(7 3 3) /Freins à l'emploi

(7 3 3 1) /Discrimination

(7 3 3 2) /Préjugés

(7 3 3 3) /Répondre aux questions

(7 3 3 4) / Peurs

(7 3 3 5) /Symptômes

(7 3 3 6) /Manque d'adaptations

(7 3 3 7) /Manque de formation

(7 3 3 8) /Rechutes

(7 3 3 9) /Difficultés à se mobiliser _ Soi

(7 3 3 10) /Attitude du travailleur

(7 3 3 11) /Manque de moyens

(7 3 3 12) /Vie personnelle

(7 3 3 13) /Bilinguisme

(7 3 3 14) /Manque de services

(7 3 3 15) /Pauvre réseau de soutien

- (7 3 3 16) / Absence de buts
- (7 3 3 17) / Conflits
- (7 3 3 18) / Abus
- (7 3 3 19) / Effets secondaires RX
- (7 3 3 20) / Attitudes du réseau de soutien
- (7 3 3 21) / Accessibilité
- (7 3 3 22) / Attentes élevées
- (7 3 3 23) / Non-respect des limites
- (7 3 3 24) / Conditions de travail
- (7 3 3 25) / Ennui
- (7 3 4) / Recherche emploi
 - (7 3 4 1) / Entrevues
- (7 3 6) / Accès à l'emploi
 - (7 3 6 1) / Accès au milieu compétitif
 - (7 3 6 1 1) / Opportunités
 - (7 3 6 1 2) / Placement
 - (7 3 6 1 3) / Réponse à une annonce
 - (7 3 6 1 4) / Négociation
 - (7 3 6 1 5) / Connexion
 - (7 3 6 5) / Accès à d'autres types d'emploi
 - (7 3 6 5 1) / Opportunités
 - (7 3 6 5 2) / Placement
 - (7 3 6 5 3) / Connexion
 - (7 3 6 5 4) / En réponse en une annonce

Exemple d'une arborescence : Rétablissement

- (9) /Rétablissement
 - (9 1) /Dimension
 - (9 1 1) /Dimension cognitive
 - (9 1 2) /Dimension politique
 - (9 1 3) /Dimension sociale
 - (9 1 4) /Dimension spirituelle
 - (9 1 4 5) /Espoir
 - (9 1 5) /Dimension affective_psychologique
 - (9 1 5 1) /Affirmation de soi
 - (9 1 5 2) /Conquérir ses peurs
 - (9 1 5 3) /Faire face à l'adversité
 - (9 1 5 4) /Se prendre en main
 - (9 1 5 5) /Normaliser son humeur
 - (9 1 5 6) /Assimiler la maladie
 - (9 1 5 7) /Affronter l'inconnu
 - (9 1 5 8) /Reconnaître ses forces
 - (9 1 5 9) /Faire ses deuil
 - (9 1 5 10) /Faire confiance
 - (9 1 5 11) /Exprimer ses émotions
 - (9 1 5 12) /Transformation de son identité
 - (9 1 5 13) /Reconnaître ses besoins~désirs
 - (9 1 5 14) /Régler les problèmes à mesure
 - (9 1 6) /Dimension économique
 - (9 1 7) /Dimension santé
 - (9 1 8) /Dimension physique
 - (9 2) /Stratégies adaptatives
 - (9 2 1) / Temps pour soi
 - (9 2 2) /Prendre soin de soi
 - (9 2 3) /Respect des limites
 - (9 2 4) /Hygiène de sommeil
 - (9 2 5) /Se distraire
 - (9 2 5 1) /Lire
 - (9 2 5 2) /Écrire
 - (9 2 5 3) /Télévision
 - (9 2 5 4) /Musique
 - (9 2 5 5) /Internet
 - (9 2 5 6) /Sommeil
 - (9 2 5 7) /Manger
 - (9 2 5 8) /S'occuper
 - (9 2 6) /Se retirer

- (9 2 7) /Café
- (9 2 8) /Faire avec d'autres
- (9 2 9) /Prendre ses distances
- (9 2 10) /S'affirmer
- (9 2 11) /Éviter
- (9 2 12) /Apprendre des autres~ conseils
- (9 2 13) /Entraide
- (9 2 14) /Se rassurer
- (9 2 15) /Reconnaitre les signes précurseurs
- (9 2 16) /Contrôler ses pensées irrationnelles
- (9 2 17) /Tenir un journal
- (9 2 18) / Spécifiques aux hallucinations
- (9 2 19) /Fumer
- (9 2 20) /Se reposer
- (9 2 21) /Penser aux anges
- (9 2 23) Sortir de chez soi
- (9 3) /Propriétés
 - (9 3 1) /Processus unique
 - (9 3 2) /Processus actif
 - (9 3 3) /Processus continu
 - (9 3 4) /Processus de responsabilisation
 - (9 3 5) /Prise de conscience
 - (9 3 6) /Processus adaptatif
 - (9 3 7) /Reconstruire
 - (9 3 8) /Processus complété
 - (9 3 9) /Absence de rétablissement
- (9 4) /Deuils
- (9 5) /Apprentissage
- (9 6) /Attitudes_ rétablissement
 - (9 6 1) /Acceptation
 - (9 6 2) /Combattre
 - (9 6 3) /Relativiser
 - (9 6 4) /Se juger
 - (9 6 5) /Un jour à la fois
 - (9 6 6) /Courage
 - (9 6 7) /Se centrer sur les pensées positives
 - (9 6 8) /Résister aux tentations
 - (9 6 9) /Se réengager
 - (9 6 10) /Petits pas
 - (9 6 11) /Etre à l'écoute de soi
 - (9 6 12) /Laisser-aller
 - (9 6 13) /Ne pas écouter la colère
 - (9 6 14) /Pardoner
 - (9 6 15) /Faire les choses par plaisir ~ Obligation
 - (9 6 16) /Souplesse
- (9 7) /Facteurs qui fragilisent

- (9 7 1) /Pornographie
- (9 7 2) Gestes personnellement amoraux
- (9 7 3) /Arrêt de la médication
- (9 7 4) /Frontières interpersonnelles
- (9 7 5) /Drogues
- (9 7 6) /Conflits
- (9 7 7) /Émotions intenses
- 9 7 8) /Rejet
- (9 7 9) /Non-respect de ses limites
- (9 7 10) /Sexualité
- (9 7 11) /Misère économique
- (9 7 12) /Nouveauté
- (9 7 13) /Internet
- (9 7 14) /Isolement
- (9 7 15) /Côtoyer des personnes fragiles
- (9 7 16) /Appétit ~ Alimentation
- (9 7 17) /Questionnement spirituel
- (9 7 18) Deuil
- (9 7 19) /Échecs
- (9 7 20) / /Déménagement
- (9 7 21) /Insomnie
- (9 7 22) /Actualités
- (9 7 23) /Surcharge ~ conciliation des rôles
- (9 7 24) /Stresseurs
- (9 7 25) /Accident
- (9 8) /Freins au rétablissement
 - (9 8 1) /Penser négativement
 - (9 8 2) /Manque de services adéquats
 - (9 8 3) /Relations malsaines
 - (9 8 4) /Effets secondaires
 - (9 8 5) /Prédictions négatives des autres
 - (9 8 6) /Stigmates
 - (9 8 7) /Abus
 - (9 8 8) /Conjoint
 - (9 8 9) /Isolement
 - (9 8 10) /Pauvreté
 - (9 8 11) /Routine
 - (9 8 12) /Rejet
 - (9 8 13) /Conditions de vie
 - (9 8 14) /Contraintes bureaucratiques
- (9 9) /Quête de sens
- (9 10) /Impact travail_rétablissement
- (9 11) /Soutiens au rétablissement
 - (9 11 1) /Médication
 - (9 11 2) /Foi
 - (9 11 3) /Activité structurante ~ Routine

- (9 11 4) /Occupation
- (9 11 5) /Modèles
- (9 11 6) /Vivre des contraintes
- (9 11 7) /Pouvoir ventiler
- (9 11 8) /Méditation
- (9 11 9) /Rôles
- (9 11 10) /Acceptation d'autrui
- (9 11 11) /Structure
- (9 11 12) /Ressources
- (9 11 13) /Accès à l'information

Exemple d'une arborescence : Sens du travail

- (10) /Sens de travail
 - (10 1) /Sens de travail/Actualiser son potentiel
 - (10 2) /Sens de travail/Reconnaissance
 - (10 3) /Sens de travail/Statut
 - (10 4) /Sens de travail/Sécurité
 - (10 5) /Sens de travail/Valorisation
 - (10 6) /Sens de travail/Structure
 - (10 7) /Sens de travail/Routine
 - (10 8) /Sens de travail/Opportunités d'apprentissage
 - (10 9) /Sens de travail/Source de confiance en soi
 - (10 10) /Sens de travail/Source de motivation
 - (10 11) /Sens de travail/Sens à son quotidien
 - (10 12) /Sens de travail/Source de revenus
 - (10 13) /Sens de travail/Manque de sens
 - (10 14) /Sens de travail/Validation
 - (10 15) /Sens de travail/Source de constance
 - (10 16) /Sens de travail/Obligation sociale
 - (10 17) /Sens de travail/Façon de contribuer
 - (10 18) /Sens de travail/Opportunités d'intégration
 - (10 19) /Sens de travail/Passage vers un réel emploi
 - (10 20) /Sens de travail/Rompre l'isolement
 - (10 21) /Sens de travail/Échange de services
 - (10 22) /Sens de travail/S'évader
 - (10 23) /Sens de travail/Source de plaisir
 - (10 24) /Sens de travail/Liberté~ moins de stress
 - (10 25) /Sens de travail/Garder la forme
 - (10 26) /Sens de travail/Source d'indépendance
 - (10 27) /Sens de travail/Source d'espoir
 - (10 28) /Sens de travail/Respect

Annexe H : Brèves vignettes présentant les caractéristiques des participants

Alex

Alex est un homme célibataire, anglophone, qui était âgé de 39 ans au moment des entretiens. Il est aux prises avec la schizophrénie, probablement de type paranoïde. Il aurait aimé poursuivre ses études, mais a dû interrompre son programme universitaire, la maladie étant trop envahissante. Il a été admis à l'hôpital pour la première fois à l'âge de 23 ans. Alex compte six expériences de travail et n'a occupé que deux emplois sur le marché régulier de l'emploi, dont une dans l'usine où était employé son père. À la suite de l'apparition de la maladie, Alex a presque toujours œuvré dans des ateliers protégés ou a participé à des mesures de développement de l'employabilité. De longues périodes d'inactivité ponctuent son parcours professionnel. Il vit en appartement supervisé depuis peu.

Annette

Annette est une femme anglophone, qui était âgée de 39 ans au moment des entretiens. Elle est divorcée, mais vit en appartement avec son futur époux, qu'elle mariera deux mois plus tard. Elle s'identifie clairement à la religion catholique. Annette a interrompu ses études alors qu'elle effectuait une formation professionnelle collégiale. Le premier épisode a eu lieu selon elle en 1998, mais elle a été admise à l'hôpital en 1999, à 33 ans où elle a reçu un diagnostic de schizophrénie. Cependant, d'après les propos d'Annette, il y a lieu de croire que la maladie s'était manifestée dans sa vie depuis quelque temps déjà. Annette a occupé plus d'une vingtaine d'emplois, principalement dans le milieu compétitif, dans le secteur manufacturier dans des bureaux, ainsi que dans le domaine de la restauration et de la vente au détail. À ces nombreux emplois, s'ajoutent quelques expériences non rémunérées dans des organismes communautaires.

Betty

Betty est une femme divorcée, qui était âgée de 40 ans au moment des entrevues. Elle a vécu d'abord dans le sud de l'Inde, dans une région rurale et montagneuse. Sa langue maternelle est le tamil et sa langue d'usage est l'anglais. Peu de temps après qu'elle ait obtenu son diplôme d'études secondaires, elle est hospitalisée pour la première fois. Le diagnostic alors posé est la schizophrénie. Elle avait alors 34 ans. Cependant, au fil de son histoire, Betty indique que les premiers symptômes de la maladie sont probablement apparus plus tôt. Betty a occupé sept emplois, principalement à titre de femme de ménage, et dans les secteurs industriels et manufacturiers, dont deux en milieu protégé. Elle vit dans un foyer de groupe. Elle maintient un lien avec son ex-époux, chez lequel elle va périodiquement faire le ménage.

Jean

Jean est le plus jeune participant : il a 26 ans. Il s'exprime en français. Célibataire, il vit seul en appartement. Jean se définit d'abord comme un musicien et se produit régulièrement sur la scène professionnelle. Néanmoins, il occupe un poste au sein de la fonction publique pour subvenir à ses besoins de base et jouit d'un salaire et d'avantages sociaux, ce qui n'est pas le cas pour les autres participants. Il est aux prises avec la schizophrénie depuis trois ans. L'apparition de la maladie coïncide avec ses premiers échecs professionnels dans son secteur d'études. Jean a terminé une formation professionnelle collégiale et a eu sept emplois sur le marché régulier de l'emploi.

Jim

Jim est un homme célibataire s'exprimant en anglais, qui était âgé de 30 ans au moment des entretiens. Négligé à l'enfance, il a été placé en foyer d'accueil à quatre ans et adopté à l'âge de huit ans. À la suite à sa première hospitalisation à 17 ans, il a reçu plusieurs diagnostics : trouble d'apprentissage avec déficit de l'attention, trouble bipolaire. Jim dit ne pas avoir vécu de dépression, mais a plutôt connu des épisodes de manie. Sa vie est marquée par la consommation, la sienne et celle dans son milieu familial. Jim est élevé

en Ontario, et s'est installé par la suite au Québec avec son père. C'est à ce moment qu'il vit ses premiers épisodes. Il n'a pas terminé ses études secondaires. Il a occupé neuf emplois, dont cinq avant l'apparition de la maladie. Jim a généralement été actif sur le marché régulier de l'emploi. Il y a accompli des tâches qui ont fait appel à ses capacités physiques, dans divers secteurs. Jim vit dans des conditions précaires de logement. Il n'a pas de domicile fixe, et va d'un foyer de dépannage à l'autre, des abris et surtout, et dort sur le divan chez des amis.

Lucy

Lucy est une femme célibataire, qui était âgée de 31 ans au moment des entretiens. Issue d'une famille où dont des membres avaient déjà des troubles mentaux, Lucy vit avec un trouble schizo-affectif depuis l'âge de 15 ans. Malgré des troubles d'apprentissage, elle a amorcé des études universitaires. Lucy fréquente régulièrement plusieurs programmes de santé mentale communautaires où elle fait aussi du bénévolat. Si elle n'a jamais été rémunérée pour son travail, elle continue de se chercher un emploi rémunéré. Elle œuvre actuellement à titre de bénévole dans trois programmes et compte plus de quinze expériences de bénévolat, certaines s'échelonnant sur des années. Ses expériences se concentrent dans des organismes communautaires, dans l'entraide, l'animation et les tâches de bureau. Elle tire beaucoup de fierté de vivre de façon autonome en appartement.

Malcolm

Malcolm est un homme célibataire, qui était âgé de 28 ans au moment des entretiens. D'origine caraïbe, il s'exprime en anglais. Malcolm surmonte courageusement la schizophrénie depuis cinq ans. Il poursuit ses études à temps partiel tout en étant actif sur le marché régulier de l'emploi. Malcolm a exercé sept emplois, dont trois non rémunérés et deux en milieu protégé. Ses expériences de travail se concentrent dans le secteur du commerce du détail ou de l'entretien alors qu'il s'intéresse à la gestion. Aujourd'hui, Malcolm vit seul dans l'appartement qu'il partageait avant avec sa mère.

Mario

Mario est un homme célibataire, qui était âgé de 35 ans au moment des entretiens. Bien qu'il soit né ici, il est issu de parents italiens. Toutefois, il renie la culture italienne pour s'afficher clairement comme un Québécois et un Canadien. Notons que les attentes que ces parents lui ont imposées sur le plan culturel a influencé le cours de sa vie. Bien que sa langue maternelle soit l'italien, il dit se servir autant de l'anglais que du français comme langue d'usage. Il a éprouvé ses premières difficultés psychologiques dès l'âge de 11 ans et connaît de multiples déboires scolaires, et ce, jusqu'au niveau collégial. Il a reçu un diagnostic de trouble affectif bipolaire, complexifié par la concomitance de deux autres diagnostics en axe II. Il a exercé dix emplois, principalement dans le secteur industriel, ainsi que dans celui de la restauration, des transports et de l'entretien ménager. De plus, il s'est investi dans deux expériences de travail non rémunéré. Aujourd'hui, il est actif sur le marché régulier de l'emploi et partage son appartement avec d'autres personnes qui sont aux prises avec des troubles mentaux.

Marcel

Marcel est un homme célibataire, qui était âgé de 42 ans au moment des entretiens. Il s'exprime en français et vit seul en chambre. Il a reçu un diagnostic de schizophrénie à l'âge de 18 ans, peu après avoir obtenu son diplôme d'études secondaires. Son parcours professionnel est constitué de plusieurs emplois sporadiques et de bénévolat. Avant l'apparition de la maladie, il a eu six emplois à titre de journalier, de livreur ou de plongeur. Par la suite, il a évolué davantage dans des ateliers protégés et des postes d'entretien ménager. Il a occupé treize postes, dont plusieurs avait un statut précaire ou s'effectuait en milieu protégé. Cependant, il est maintenant actif sur le marché régulier de l'emploi et continue de rendre régulièrement des services à sa mère ou des connaissances.

Mary

Mary est une femme divorcée, qui était âgée de 41 ans au moment des entretiens. Elle assume la garde de son fils aîné d'âge presque majeur alors que le benjamin reste avec

son père. Elle a grandi au Moyen-Orient et vit au Canada depuis 1988. Elle s'exprime en anglais. Pour des raisons personnelles et douloureuses, elle renie sa culture d'origine et insiste sur le fait qu'elle est Canadienne. Elle souligne aussi qu'elle a abandonné l'Islam pour se convertir au catholicisme. Elle a connu sa première psychose à l'âge de 12 ans et a reçu depuis un diagnostic de schizophrénie. Après ses études secondaires, Mary a fait des études techniques en mode, qu'elle a abandonnées après avoir éprouvé de nombreuses difficultés. Au début de sa carrière, Mary a travaillé dans l'entreprise familiale, pour ensuite travailler dans des manufactures, des ateliers protégés et des commerces au détail. Elle a eu six emplois rémunérés et deux emplois non rémunérés.

Michel

Michel est un homme célibataire, qui était âgé de 38 ans au moment des entretiens. Il a été en mesure d'amorcer des études universitaires. Il partage actuellement son logement avec d'autres hommes qui sont aux prises avec des troubles mentaux graves et reçoit l'appui d'un programme de soutien au logement. Issu d'une famille où les parents avaient des problèmes de santé mentale, il a connu ses premiers épisodes à l'âge de 16 ans. Michel raconte avoir passé sa vingtaine entre la communauté et les hôpitaux, où il a vécu un des événements les plus troublants et marquants de sa vie. Gagnant d'un gros lot alors qu'il était enfant, il a longtemps cru ne jamais devoir travailler. Il a donc longtemps abordé le travail comme une occupation. Son parcours est tracé par l'actualisation de ses intérêts artistiques et son désir de contribuer à la société et de s'occuper. Michel indique qu'à ses yeux toute activité se fait avec rigueur et toute obligation s'apparente au travail. Il a vécu huit expériences de travail, dont deux dans des agences de travail, ce qui lui a permis d'occuper divers postes. Michel s'est aussi investi dans quelques emplois non rémunérés.

Nathalie

Nathalie est une femme divorcée, parlant le français, qui était âgée de 45 ans au moment des entretiens. Elle a reçu un diagnostic de trouble schizo-affectif à l'âge de 23 ans et a appris à vivre dans l'abstinence. Elle a mis un terme à ses études alors qu'elle faisait sa propédeutique en enseignement de la danse. Nathalie s'est retirée du milieu professionnel

après une longue carrière de vingt ans en danse et comme suppléante dans les écoles pour mieux se consacrer à son rôle de mère. Ses enfants dont elle partage la garde fréquentent l'école primaire. Depuis qu'elle a décidé de se préoccuper avant tout de son rôle de mère, elle accepte d'accomplir des activités bénévoles et réalise des projets personnels comme l'écriture d'un livre.

Paolo

Paolo est un homme célibataire vivant seul au Québec depuis 16 ans, qui était âgé de 36 ans au moment des entretiens. Originaire du Nicaragua, il dit tenir beaucoup aux mœurs du Guatemala, où il a vécu plus longtemps. Sa langue maternelle est l'espagnol, qu'il prend plaisir à parler davantage. Sa langue d'usage est l'anglais. Il n'a jamais été hospitalisé. Il a reçu un diagnostic de schizophrénie en 2000, bien qu'il soit convaincu que sa maladie s'est installée dès 1991. Paolo a peu d'antécédents professionnels, qui s'explique surtout par le fait qu'il s'est davantage investi le domaine de la formation. Il a suivi trois formations techniques professionnelles et a fait des études universitaires. Paolo démontre un net intérêt pour l'entrepreneuriat, et tous ses efforts s'articulent autour de son projet de diriger un jour son entreprise d'usinage. Il a travaillé brièvement dans son domaine d'études et a aidé bénévolement les nouveaux arrivants pendant longtemps. Il partage actuellement son logis avec d'autres hommes qui sont aux prises avec des troubles mentaux et bénéficie d'un programme de soutien au logement.

Sylvain

Sylvain est un homme célibataire, qui était âgé de 32 ans au moment des entretiens. Il parle le français. Sylvain a été hospitalisé les premières fois alors qu'il était jeune adulte, mais ne peut spécifier l'âge où cela est arrivé. Il a reçu un diagnostic de schizophrénie. Sylvain n'a jamais suivi un programme de formation professionnelle et n'a pas terminé ses études secondaires. Sylvain est assujéti à une curatelle aux biens, mais a fréquemment participé à des recherche portant sur le travail. Il est contraint par les conditions d'un mandat de dépôt à vivre sans enthousiasme dans le foyer de groupe où il habite actuellement. Il n'a eu que des emplois sporadiques ou protégés (sans compter le travail au

noir), dans lesquelles il n'était pas toujours heureux. Il n'a jamais pris part au marché régulier de l'emploi. Il a obtenu la plupart de ses emplois après avoir été recommandé par quelqu'un ou avoir été placé.

Annexe I : Exemples de parcours narratifs

