

NOÉMIE CHARLES

« TRAVAILLER, C'EST TROP DUR »?
La santé mentale et le rétablissement,
quand le travail s'en mêle.

Mémoire présenté
à la Faculté des études supérieures de l'Université Laval
dans le cadre du programme de service social
pour l'obtention du grade de maîtrise (M. Serv. Soc.)

ÉCOLE DE SERVICE SOCIAL
FACULTÉ DES SCIENCES SOCIALES
UNIVERSITÉ LAVAL
QUÉBEC

2009

Résumé

Objectif : Selon neuf Québécois francophones âgés de 26 à 55 ans ayant un trouble mental, comment le travail compétitif est lié au rétablissement.

Méthodologie : Étude qualitative descriptive. Entrevues individuelles semi structurées portant sur le travail, le rétablissement, la perception du Soi, le trouble mental, la conciliation travail-trouble mental, le soutien formel et informel reçu. Traduction maison du *Recovery Assessment Scale* de Giffort, Schmook, Woody, Vollendorf et Gervain (1995) pour situer les participants par rapport à leur processus de rétablissement. Analyse de contenu menant à quatre modèles-types répondant sommairement à la question de recherche.

Résultats : Le rétablissement est une guérison (vision stricte), le rétablissement est possible malgré les symptômes et les risques de rechute (vision modérée). Le travail aide ou nuit au rétablissement (vision arrêtée), la contribution du travail au rétablissement dépend du contexte (vision contextuelle). Deux facteurs modulent le lien travail-rétablissement : le stress professionnel et l'équilibre des domaines de vie.

Mots-clés : Santé mentale, rétablissement, réadaptation psychosociale, réinsertion socioprofessionnelle, travail compétitif, trouble mental, estime de soi, appropriation du pouvoir, travail social.

Abstract

Objective: According to nine French-speaking persons from province of Quebec (26-55 years) dealing with a mental disorder, how competitive employment participates in recovery.

Design: A descriptive qualitative study. Individual semi-structured interviews on work, recovery, self, mental disorder, conciliating work and recovery, support formal / informal have been conducted. A translation of Recovery Assessment Scale by Giffort, Schmook, Woody, Vollendorf and Gervain (1995) has been used to compare participants to each others about their recovery. A content analysis led to the development of four standard models which answer to the main question of this study.

Results: Recovery means healing (strict vision) or recovery is possible despite the symptoms and risks of relapse (moderate vision). Work helps or hinders recovery (fixed vision) or it depends on the context (contextual vision). Two factors should be considered in the correlation between work and recovery : professional stress and balance of domains of life.

Key words: Mental health, recovery, vocational rehabilitation, competitive employment, mental disorder, self-esteem, empowerment, social work.

Remerciements

Merci à tous les Héros du rétablissement qui ont inspiré directement ou indirectement ce mémoire. Un merci tout particulier à Doris et René, des exemples de résilience, de volonté, de courage, d'originalité et de persévérance. Merci d'être qui vous êtes. Merci également aux participants et aux participantes pour leur implication et leur générosité. Enfin, merci à tous ceux et celles qui ont contribué de près ou de loin à cette expérience académique, professionnelle et personnelle fort signifiante.

Table des matières

Résumé.....	iii
Abstract.....	iv
Remerciements.....	v
Table des matières.....	vi
Liste des tableaux.....	viii
Liste des figures.....	ix
1. Introduction	10
2. Problématique	11
2.1 <u>LE TRAVAIL ET LA SANTÉ MENTALE</u>	11
2.2 <u>UN BREF HISTORIQUE</u>	12
2.3 <u>QUELQUES STATISTIQUES</u>	21
2.4 <u>LE NON EMPLOI</u>	22
3. Recension des écrits	23
3.1 <u>LA DÉMARCHE DOCUMENTAIRE</u>	23
3.2 <u>LE POTENTIEL À OCCUPER UN EMPLOI DES PERSONNES AYANT UN TROUBLE MENTAL</u>	24
3.3 <u>LE RÉTABLISSEMENT</u>	25
3.4 <u>LE RÉTABLISSEMENT ET LE TRAVAIL</u>	27
3.5 <u>LES LIMITES DES ÉTUDES RECENSÉES SUR LE PLAN MÉTHODOLOGIQUE</u>	31
4. Pertinence de la présente étude	33
4.1 <u>LA PERTINENCE SOCIALE</u>	33
4.2 <u>LA PERTINENCE SCIENTIFIQUE</u>	33
5. Cadre conceptuel	34
5.1 <u>LE TRAVAIL</u>	34
5.2 <u>LE RÉTABLISSEMENT</u>	34
5.3 <u>LE TROUBLE MENTAL</u>	35
5.4 <u>LE PARADIGME</u>	36
6. Méthodologie	38
6.1 <u>LA PROCÉDURE ET LES CRITÈRES DE SÉLECTION</u>	38
6.2 <u>L'ANALYSE DES DONNÉES OBTENUES</u>	40
6.3 <u>LE MATÉRIEL</u>	41
6.4 <u>LE RECRUTEMENT DES PARTICIPANTS</u>	42
7. Résultats	46
7.1 <u>LES RÉSULTATS AU TEST <i>RECOVERY ASSESSMENT SCALE (RAS)</i></u>	46

7.2 <u>LES PROFILS SPÉCIFIQUES DES PARTICIPANTS QUANT À LEUR PERCEPTION DU LIEN ENTRE LE TRAVAIL ET LE RÉTABLISSMENT</u>	53
7.2.1. Une corrélation positive entre le travail et le rétablissement	56
<u>SIMONE : UN DÉFAUT DE FABRICATION</u>	56
<u>ÉRIKA : COURIR APRÈS SA QUEUE</u>	59
<u>CARL : UN CHÂTEAU À DÉFEND</u>	60
7.2.2. Une corrélation négative entre le travail et le rétablissement	65
<u>DAVID : UN ÉTAT D'ÊTRE</u>	65
<u>FABIEN : UN SOULAGEMENT</u>	68
7.2.3. Une corrélation contextuelle (positive et négative) entre le travail et le rétablissement	72
<u>YVES : DES PALIERS DE VENT</u>	72
<u>SYLVIE : UN « WAKE UP CALL »</u>	75
<u>ANDRÉE : UN SALUT</u>	78
<u>ÉLISA : REPRENDRE LE FLAMBEAU</u>	81
7.3 <u>LES SIMILITUDES ENTRE LES PARTICIPANTS SELON LEURS RÉPONSES À L'ENTREVUE</u>	85
7.4 <u>LES MODÈLES ÉMERGEANTS</u>	86
7.4.1 <u>Les liens entre les cotes au RAS et les six thèmes à l'étude</u>	87
7.4.2 <u>La mise en relation du cadre conceptuel et des six thèmes de l'étude</u>	88
7.4.3 <u>L'analyse des thèmes de l'étude</u>	90
7.4.4 <u>Les modèles-types de l'étude</u>	93
8. Discussion	95
8.1 <u>LES THÈMES RÉCURRENTS</u>	95
8.2 <u>LES LIMITES DE LA PRÉSENTE ÉTUDE</u>	108
8.3 <u>LA PORTÉE DE LA PRÉSENTE ÉTUDE</u>	109
8.4 <u>LES PISTES DE RECHERCHE</u>	110
8.5 <u>LES RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE DU TRAVAIL SOCIAL</u>	111
9. Conclusion	113
9.1 <u>LES OBJECTIFS DE LA PRÉSENTE ÉTUDE</u>	113
9.2 <u>« TRAVAILLER, C'EST TROP DUR » ?</u>	114
9.3 <u>LE RÉTABLISSMENT : QUAND LE TRAVAIL S'EN MÊLE</u>	115
Bibliographie	117
Annexe 1 : Formulaire de consentement	124
Annexe 2 : Questionnaire d'entrevue individuelle	126
Annexe 3 : Questionnaire sociodémographique	130
Annexe 4 : Traduction maison du RAS	133
Annexe 5 : Annonce de recrutement	137

Liste des tableaux

Tableau 1. Données sociodémographiques.....	44
Tableau 2. Données sociodémographiques (suite).....	45
Tableau 3. Résultats des participants au test <i>Recovery assessment scale</i> (RAS).....	47
Tableau 4. Table de vérité de Becker.....	92

Liste des figures

Figure 1. Thèmes les plus fréquents.....	104
---	------------

1. Introduction

Le marché de l'emploi a subi de profondes transformations à la suite de la mondialisation. Dans cette optique, l'insertion et la réinsertion professionnelle se sont complexifiées, que les gens vivent avec ou sans incapacités. Le travail serait une partie intégrante du processus de rétablissement pour les personnes affectées par des troubles mentaux que ce soit dans le cas d'un premier emploi ou dans celui d'un retour au travail. Pour les individus ayant une problématique psychiatrique, l'emploi permet d'éviter la stigmatisation et l'isolement souvent inhérents à leur situation parce qu'ils peuvent ainsi jouer des rôles significatifs dans la communauté (Becker et Drake, 2004). D'après une étude d'Uttaro et Mechanic (1994), la restauration des rôles sociaux, entre autres par l'emploi, serait un des besoins les plus souvent négligés chez les gens aux prises avec des problèmes psychiatriques (dans St-Onge et Tessier, 2004). Selon certains groupes, le travail atténuerait même les symptômes des troubles mentaux par son caractère normalisant car il permettrait aux personnes ayant un trouble mental d'être considérées au même titre que celles qui n'en ont pas. D'autres bénéfices reliés au travail peuvent aussi être considérés : le fait d'aider à surmonter la souffrance, d'obtenir une reconnaissance favorisant l'estime de soi et le sentiment de compétence et ainsi de participer à la reconquête de la santé (Cook et Razzano, 2000 ; Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 2000 ; Saint-Arnaud et l'équipe de Recherche sur les impacts psychologiques, organisationnels et structurels du travail (RIPOST), 2004). Il représente également un outil indéniable face aux difficultés d'orientation dans le temps et dans l'espace qu'éprouvent certains individus aux prises avec un trouble mental étant donné qu'il implique de se conformer à des horaires et à des tâches spécifiques (Dorvil, Guttman, Ricard et Villeneuve, 1997 ; Wallot, 1998).

C'est de ces personnes dont il s'agit dans la présente étude. Plus précisément, je me suis intéressée à des Québécois francophones ayant des troubles mentaux, qui occupent un emploi sur le marché régulier du travail et qui vivent un processus de rétablissement de leur incapacité psychiatrique. Je désire savoir dans quelle mesure, selon eux, le travail est lié à

leur rétablissement. À cette fin, j'exposerai en quoi les individus rencontrés se ressemblent et se distinguent par rapport à leurs perceptions du travail, du rétablissement, d'eux-mêmes, de leur trouble mental, de la façon dont ils concilient leur emploi et leur trouble mental et du soutien formel et informel dont ils disposent. Outre cela, je présenterai comment ces individus conçoivent la présence ou l'absence de lien entre le travail et le rétablissement. D'ailleurs, je décrirai les paramètres qui font que le travail est aidant ou pas selon le point de vue de ces personnes. Cette démarche permettra d'évaluer les assertions suivantes :

- 1) Le travail compétitif est lié au rétablissement d'un trouble mental ;
- 2) Le travail compétitif alimente l'espoir ;
- 3) L'occupation d'un travail compétitif par des gens aux prises avec une problématique psychiatrique est possible entre autres grâce au soutien de la part de leur entourage.

Dans un premier temps, je présenterai la problématique à l'étude. J'expliquerai comment le travail a été utilisé en lien avec les troubles mentaux à travers les siècles au Québec tout en survolant brièvement ce qui se fait en matière de réadaptation psychosociale auprès des personnes aux prises avec un trouble mental. Je poursuivrai avec les définitions des principaux concepts à l'étude ainsi que le cadre d'analyse choisi. Je présenterai ensuite une recension des écrits portant sur le potentiel à occuper un emploi des personnes aux prises avec un trouble mental ainsi que sur le rétablissement en santé mentale en lien avec le travail. Suivra une critique des études utilisées puis, je démontrerai la pertinence de la présente recherche. Par la suite, j'expliquerai la procédure utilisée pour mener à bien cette étude et comment les considérations éthiques reliées à la recherche ont été respectées. Je poursuivrai avec les résultats obtenus. Ces derniers seront au centre de la discussion subséquente. Enfin, je conclurai et je présenterai la bibliographie.

2. Problématique

2.1 LE TRAVAIL ET LA SANTÉ MENTALE

L'emploi, en plus d'être un droit fondamental, semble être la voie privilégiée de l'intégration sociale (Kates et Nikolaou, 1997) aussi bien pour les personnes ayant des troubles mentaux que pour la population en général. Le travail est considéré comme un déterminant de la santé et du bien-être des individus, comme une des façons les plus

effectives de promouvoir la santé mentale et l'inclusion sociale (Lehtinen, Riikonen et Lehtinen, 1998 ; Perkins et Rinaldi, 2002). Pourtant, encore aujourd'hui, de nombreuses gens pensent que le travail, particulièrement sur le marché régulier de l'emploi, est hors de portée des personnes aux prises avec des troubles mentaux. Le travail est souvent perçu comme une source importante de stress qui peut être insupportable ou ingérable pour des gens qui sont considérés comme vulnérables, défaillants, incompetents et nécessitant une protection (Bond, Becker, Drake, Rapp, Meisler, Lehman et al., 2003 dans Becker et Drake, 2003 ; Mallette, 2003). La vulnérabilité au stress ou les difficultés à le gérer n'est pourtant pas exclusive à ces personnes. Cette vision est un des vestiges de la psychiatrie traditionnelle promouvant un modèle paternaliste de traitement. Pourtant, certaines situations de travail peuvent être pathogènes pour l'ensemble des travailleurs (tâches monotones et répétitives, rapports hiérarchiques et de communication perturbés, épuisement professionnel dans la relation d'aide, etc.). Par ailleurs, l'état de santé préalable à l'intégration de l'emploi est une des caractéristiques qui influencent la santé mentale liée au travail. Il est toutefois nécessaire de souligner que de bonnes stratégies personnelles d'adaptation autant sur le plan cognitif, affectif que comportemental, en interaction avec la création de milieux favorables et le renforcement de la solidarité des travailleurs sont quelques éléments permettant de pallier plusieurs difficultés ou d'aider les personnes à s'intégrer au marché du travail (Vézina, Cousineau, Mergler et Vinet, 1992). Par ailleurs, de nos jours, on considère de plus en plus les individus aux prises avec des troubles mentaux comme étant des citoyens à part entière et les premiers juges à évaluer si pour eux, «travailler, c'est trop dur».

2.2 UN BREF HISTORIQUE

Au Québec, le travail, en lien avec les troubles mentaux, a été utilisé à toutes sortes de fins au cours des époques. Au XVII^{ème} siècle, le «fou», ou «infirmes de l'esprit», est celui auprès de qui il est jugé opportun d'intervenir puisque son jugement est altéré et qu'il est considéré comme dangereux pour lui-même ou pour autrui (Cellard, 1991 ; Wallot, 1998). Ces individus doivent travailler pour s'assurer que la communauté les prenne en charge. Leur engagement social les rend plus acceptables aux yeux du reste de la

population. Ils sont logés dans des maisons de type *workhouse* et travaillent pour ce que nous appellerions aujourd'hui les premières entreprises sociales d'insertion (Charbonneau, 2004). Toutefois, à cette période, le travail est considéré comme «curatif» et non pas comme un moyen de réinsertion, c'est-à-dire qu'on y a recours pour éloigner les personnes de l'oisiveté, du vice et des mauvaises pensées (Wallot, 1998). Les individus qui sont jugés improductifs ou «trop lourds» sont emprisonnés, exécutés ou retournés en Europe : il n'y a aucune charité pour ces gens qui font peur, qui dérangent (Boudreau, 2003 ; Charbonneau, 2004 ; Wallot, 1998).

Au XVIII^{ème} siècle, on assiste à un tournant économique, politique, social et culturel dans l'histoire du Québec. Une nouvelle élite, qui détermine la norme, monte au pouvoir (Wallot, 1998). De nombreux dénominatifs sont utilisés pour qualifier le «fou» (dément, imbécile, faible d'esprit, etc.). Selon Cellard (1991), cela démontre l'incertitude vécue quant à la folie. Pour ce qui est de la prise en charge des «insensés», les familles et les communautés religieuses ne sont plus nécessairement en mesure de le faire étant donné les changements socio-économiques qui fragilisent les modes d'entraide (industrialisation, essor du capitalisme, ralentissement économique, développement des villes et exode rural, chômage, précarité de la nouvelle colonie, etc.) (Wallot, 1998). De plus, selon cet auteur, les «fous» nuisent à la nouvelle image inhérente aux tentatives d'urbanisation. On procède donc à leur enfermement dans le milieu hospitalier qui se situe en dehors des murs de la ville. Pour survivre, les institutions psychiatriques doivent profiter du travail des personnes internées pour maintenir leur fragile équilibre et s'auto-suffire (Charbonneau, 2004). Toujours dans les années 1700, le travail est également utilisé comme sanction pénale peu coûteuse, voire même rentable, pour les «fous furieux» : l'objectif officiel est de corriger en profondeur le comportement, le travail n'est ainsi plus garant de liberté (Wallot, 1998).

Ensuite, dans les années 1800, on assiste à la médicalisation de la folie. On convient qu'il est possible de communiquer avec le «fou», il existe donc une certaine emprise thérapeutique (Wallot, 1998). Sous l'influence de Pinel en France et de Tuke en Angleterre, il y a également une tentative plus scientifique de comprendre les différents cas

d'«aliénation mentale», d'instaurer un cadre médical et de créer des lieux spécialisés, les asiles¹, toujours à bonne distance des cités (Wallot, 1998). Ces circonstances permettent un déplacement progressif des «insensés» incarcérés vers des lieux spécifiques, ces «indésirables» dont les conditions de vie étaient fort discutables. À cette époque, on prescrit le travail afin de stimuler les facultés mentales des «aliénés», de les détourner de leurs pensées morbides et de procéder à une réforme morale de ces individus pour les rendre sociables et productifs (Wallot, 1998). Mais dans les faits, l'asile permet d'isoler ceux que l'on considère improductifs selon les critères imposés par le capitalisme. Selon Foucault (dans Cellard, 1991), la création des asiles découle d'ailleurs de la crainte de la contagion par la folie. Encore à cette époque, on ne peut pas se passer de la force de travail des personnes internées afin que les institutions psychiatriques puissent s'auto-financer (Charbonneau, 2004 ; Wallot, 1998). Ce dernier auteur souligne que l'État prend même en considération le travail accompli par les «bons patients», dans le cadre de la thérapie par le travail, dans le calcul des subventions données aux établissements gérés par les communautés religieuses. Ils deviennent de la main-d'œuvre bon marché. On considère que c'est une chance pour eux car cela permet la normalisation de leur vie sociale sans toutefois les soumettre à la compétitivité et à l'agitation de la «vraie vie». Le travail représente aussi le seul moyen de libération selon Charbonneau (2004) et Pagé (1961). Cette libération ne survient que si l'individu obtient une promesse d'embauche de la part d'un employeur régulier. Si tel n'est pas le cas, la personne devient une «malade chronique» et ne peut plus espérer en une quelconque réhabilitation.

Au début des années 1900, l'asile est transformé selon le modèle hospitalier universitaire, ceci permet le développement et la diffusion du savoir concernant la maladie mentale (Wallot, 1998). L'«aliénation mentale» est expliquée comme étant temporaire, universelle et d'origine sociogénétique, ce qui n'empêche en rien le fait que, sous la Loi de la curatelle publique de 1945, dès qu'ils sont hospitalisés, les «malades mentaux» perdent tous leurs droits et même leur identité (tous le même uniforme blanc, dépossédés de tout

¹ Au Québec, le premier asile fût l'Asile provisoire de Beauport en 1845. Il devint le Quebec Lunatic Asylum en 1850 puis, l'Asile des aliénés de Québec en 1865. Avant d'être dénommé le Centre hospitalier Robert-Giffard en 1976, il porte le nom de Saint-Michel-Archange (Lambert, 1995). Depuis environ deux ans, ce centre hospitalier est devenu l'Institut universitaire de santé mentale de Québec.

effet personnel, etc.). D'ailleurs, selon Wallot (1998), jusqu'en 1960, l'accroissement de la population psychiatrique hospitalisée est deux fois plus rapide que celui de la population en général. Pendant cette même période, en ce qui concerne le traitement des personnes internées, on mise d'abord sur la thérapie électroconvulsive, vient ensuite la lobotomie puis apparaissent les antipsychotiques au début des années 1950. Bien que ces événements représentent les prémises de la première vague de désinstitutionalisation, il est fréquent que des patients soient hospitalisés jusqu'à la fin de leurs jours (Wallot, 1998). Charbonneau (2004) souligne qu'à partir des années 1950, on met l'accent sur l'analgésie de la souffrance et la pharmacologie. Les patients sont ainsi trop «assommés» pour pouvoir travailler. Toutefois, Wallot (1998) prétend que les antipsychotiques ont permis aux «pensionnaires» d'actualiser leur potentiel, de se réadapter et de se réinsérer socialement. Cela s'explique par le fait que les «malades mentaux» deviennent ainsi plus réceptifs aux diverses thérapies psychologiques et sociales, dont les travaux en atelier (principalement à la ferme, au jardin et à l'entretien de l'établissement) (Wallot, 1998). Quoiqu'il en soit, les «patients» représentent toujours une contribution économique avantageuse selon plusieurs auteurs (Boudreau, 2003 ; Charbonneau, 2004 ; Wallot, 1998). Par exemple, Boudreau (2003) mentionne qu'à cette époque, 7.4% des revenus des hôpitaux psychiatriques proviennent du travail des «pensionnaires» ce qui représente davantage que la contribution du gouvernement fédéral et celui du Québec réunis (respectivement 2.3% et 4.5%).

En 1961, le livre « Les fous crient au secours » de M. Jean-Charles Pagé, un ex-patient de l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu (désormais dénommé Louis-Hyppolite-Lafontaine), est publié. Il dénonce, dans ce document, les conditions de vie des «malades mentaux» en institution. Il y mentionne entre autres que le travail des «psychiatisés» (buanderie, cordonnerie, reliure, menuiserie, artisanat, cuisine, etc.) dans les institutions religieuses est obligatoire pour tous, peu importe leurs goûts ou leurs besoins et que les exigences de ce travail sont aussi élevées que celles des emplois sur le marché compétitif (ponctualité, performance, etc.). Toutefois, les salaires sont beaucoup moindres, le salaire de ces gens étant 100 fois moins élevé qu'un travailleur régulier (0.50\$ à 0.75\$ par semaine comparativement à 50\$ à 60\$ hebdomadairement). Le travail est d'abord perçu en tant que

source de profits plutôt qu'en tant que thérapie occupationnelle (Pagé, 1961). L'auteur relate également les difficultés reliées à une hospitalisation en psychiatrie dans une démarche de réinsertion socioprofessionnelle. La publication de ce livre ne serait pas étrangère à la commission Bédard de 1962 qui décrie également la situation des «internés» (Wallot, 1998). Dans ce rapport, la « maladie mentale » y est présentée comme étant curable. Une autre innovation des travaux de cette commission demeure son souci de voir le travail comme un outil normalisant de socialisation entre les sexes et comme une occupation thérapeutique en lien avec les troubles mentaux (Wallot, 1998). La commission Bédard recommande même l'apprentissage de métiers simples, productifs, rémunérateurs, en lien avec les aptitudes et l'état mental des «patients» par la création d'ateliers protégés (Wallot, 1998). On parle alors de réadaptation psychosociale qui tend vers un meilleur fonctionnement social et le développement d'habiletés au travail des personnes vivant avec une incapacité. Ce mouvement préconise entre autres l'utilisation maximale des capacités humaines, l'autodétermination ainsi que la normalisation et l'intégration sociale par le travail (Tessier et Clément, 1992). Toutefois, dans les faits, les projets d'intégration socioprofessionnelle en santé mentale ne se concrétisent que rarement (Boudreau, 2003).

Le rapport Bédard insiste pour que le travail soit reconnu comme un droit fondamental, qui s'il est lésé à long terme, peut conduire à la « maladie mentale » (Bédard, Lazure et Roberts, 1962, dans Wallot, 1998). En matière de droit, le recours à la Loi sur la curatelle publique est désormais réservé aux cas d'exception. On doit maintenant prouver que l'individu interné n'est pas compétent à gérer ses biens et sa personne. Selon Dorvil et ses collaborateurs (1997), les travaux de la commission Bédard représenteraient un des coups d'envoi de la première vague de désinstitutionalisation (1962-1970).

À la suite des conclusions de cette Commission, dans les années 1970, on assiste à des changements importants sur le plan des pratiques qui se spécialisent et se professionnalisent ; le Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ) est créé ; les conclusions de la commission Castonguay-Nepveu mènent au développement de nouvelles structures de services (CLSC, DSC, CRSSS, CHSLD, etc.) ; les dépenses en santé sont plus

rapides que la croissance de la richesse collective ; la « maladie mentale » n'est plus considérée différemment des autres maladies, on parle plutôt de «santé mentale», de «bénéficiaires de services de santé et de services sociaux» ou de «consommateurs de services» (démédicalisation des termes) ; le courant bio-psycho-social se déploie ; on proteste contre la psychiatrie institutionnelle ; les services se désinstitutionnalisent et se communautarisent ; etc. mais, encore là, les services d'intégration sociale sont négligés (Boudreau, 2003 ; Dorvil et al., 1997). Pour ce qui est de la psychiatrie, selon Wallot (1998), les soins s'orientent davantage vers l'efficacité plutôt que la qualité car on présume qu'ils améliorent le rendement social. Le retour au travail devient un mot d'ordre bien que la sécurité du revenu demeure un droit. On considère la maladie, la mortalité prématurée, la pauvreté et la mauvaise distribution des revenus (souvent en lien avec les problèmes psychiatriques) comme un handicap à l'économie de marché (Wallot, 1998). On crée, en 1977, l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) qui promeut désormais l'exercice des droits des personnes aux prises avec des troubles mentaux.

Dans les années 1980, du point de vue économique, c'est la crise. On assiste à la diminution de la taille des familles, à l'affaiblissement de la solidarité, à la montée de l'individualisme et à l'effritement du tissu social : le travail devient donc le principal lieu de socialisation. Par contre, les contraintes qui y sont liées sont de plus en plus exigeantes (stress, abrutissement, compétitivité, augmentation des standards, précarité et instabilité, chômage, etc.) ce qui, selon Wallot (1998), causent une augmentation de la demande de services psychologiques et psychiatriques. Chose certaine, ces circonstances influencent l'intégration socioprofessionnelle des personnes aux prises avec des troubles mentaux. La crise économique fait en sorte qu'on coupe dans les coûts des services de santé et des services sociaux et qu'on clame la responsabilisation et l'autonomie des individus. Le travail est perçu comme pouvant diminuer les coûts de réhospitalisation ainsi que comme un moyen de transformer les «bénéficiaires» en citoyens contribuant à la vie économique (Dorvil et al., 1997). En 1987, la commission Rochon met en lumière certaines constatations au regard du système sociosanitaire québécois : discontinuité des soins, concurrence improductive entre les services, groupes d'intérêt qui prennent trop de place, non

reconnaissance de l'importance des ressources communautaires et sous-financement de celles-ci (Dorvil et al., 1997). En 1989, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) donne des pistes en matière d'insertion professionnelle et inclut des éléments de réadaptation à sa politique de santé mentale. Les conclusions de cette Politique ont pour leitmotiv en ce qui a trait aux individus ayant des troubles mentaux : «je suis une personne, pas une maladie» (Dorvil et al., 1997 ; Lauzon et Lecomte, 2002 ; Wallot, 1998). Cette Politique, qui reprend les grandes lignes du rapport Harnois (Wallot, 1998), vise l'amélioration des mesures de soutien dans la communauté pour les gens aux prises avec des problèmes de santé mentale (Perron, 2005). Elle suggère également au CSMQ d'étudier les relations entre la pauvreté, le travail et la santé mentale de la population (Wallot, 1998). Toujours en 1989, le paysage québécois de la réinsertion socioprofessionnelle se modifie: le PAVOIS est créé (Programme d'Actions Valorisantes Offrant Interactions et Soutien). Il s'inspire du modèle états-unien *Fountain House*² reconnu pour son efficacité dans plusieurs pays. Il s'agit d'un endroit sécurisant où il est possible de se familiariser avec tout ce qu'implique un retour au travail pour les personnes affectées par des troubles mentaux. Ce programme a pour but la réinsertion sociale et l'intégration au marché du travail et couvre les principales étapes de la réintégration socioprofessionnelle. Il favorise le développement du potentiel et de l'autonomie des individus, il améliore leur confiance en eux ainsi que leur estime, il permet de créer des liens sociaux et un sentiment d'appartenance en plus de responsabiliser la personne dans ses démarches de réadaptation (Boivin, Bourassa, Gilbert, Mercier, White et Harvey, 2001). Plus précisément, le PAVOIS offre des activités d'initiation aux habiletés sociales et professionnelles de base, de la formation, des activités de préparation au stage et d'intégration directe au marché du travail en plus de quatre entreprises sociales. Bien qu'il

² Contrairement au PAVOIS, *Fountain House* offre entre autres des programmes d'hébergement, de défense de droits, de bourses d'étude, d'éducation et de sensibilisation (policiers, ambulanciers, pompiers, futurs médecins, futurs travailleurs sociaux, population en général, employeurs potentiels, etc.), des programmes pour les gens vivant la concomitance trouble mental-toxicomanie (50% de la clientèle), etc. De plus, les membres font partie intégrante de tous les palliers de services et de tous les programmes (prestation de services, administration, embauche du personnel, etc.). Enfin, 40% de la clientèle a déjà vécu une problématique d'itinérance.

y ait des preuves de son efficacité, ce type d'approche représente toutefois le risque de confiner des personnes utilisatrices aux emplois hors du marché compétitif (Shaheen, Williams et Dennis, 2003).

En 1991, la Loi sur les services de santé et les services sociaux spécifie que le système sociosanitaire devrait viser l'action sur les déterminants de la santé, le recouvrement de la santé et du bien-être, l'intégration et la réintégration sociales des individus en plus de la diminution de l'impact des problèmes compromettant entre autres l'autonomie des personnes. Ces actions influencent évidemment la situation des individus ayant une incapacité psychiatrique au regard du travail. Toutefois, en 1997, le MSSS présente le Bilan d'implantation de la Politique de santé mentale où la faiblesse des services socioprofessionnels est soulignée et attribuée au manque d'action intersectorielle (Potvin, 1997). En ce qui a trait à la désinstitutionalisation, elle figure toujours parmi les priorités gouvernementales dans le cadre du virage ambulatoire. Plus tard, le MSSS lance les plans d'action en santé mentale pour 1998-2002 et 2005-2010. À chaque fois, on fait le même constat : l'intégration à l'emploi figure parmi les priorités mais on dénote une insuffisance des moyens de réadaptation dans le domaine (Breton et al., 2005 ; Charbonneau, 2002) bien que persiste la reconnaissance du travail comme un déterminant de la santé et du bien-être ainsi que comme un outil de prédilection pour la réadaptation psychosociale (Bibeau, 2000 dans Mallette, 2003 ; Lasvergnas et Gagné, 2000). Il est à noter qu'en 1998, le gouvernement officialise l'intersectorialité en tant que clé de l'intégration au travail des «personnes utilisatrices de services en santé mentale» par son Plan d'action pour la transformation des services en santé mentale. Toutefois, l'année suivante est très mouvementée : crise à Emploi-Québec (difficultés d'accès aux centres locaux d'emploi, remise en question de l'accessibilité des personnes « non prêtes à l'emploi », remise en question des moyens pris pour prioriser de la clientèle, etc.), réévaluation des programmes de l'OPHQ, etc. (Boivin et al., 2001) ce qui nuit à la mise en place de collaborations intersectorielles. En 2001, un rapport du CSMQ sur l'intersectorialité et l'intégration au travail des personnes vivant avec des problèmes mentaux fait état de la situation. Selon les auteurs, l'exclusion des individus aux prises avec un trouble mental du marché du travail est un problème systémique, c'est-à-dire qu'elle dépasse les secteurs de la santé et de

l'emploi. De plus, on convient de la nécessité de tenir compte de la dynamique entre la personne et son environnement dans notre conception du monde car ce lien influence la santé et le bien-être des individus. Ainsi, l'intersectorialité représente la solution. Aujourd'hui, on remarque qu'il reste du chemin à faire. Par exemple, pour une personne aux prises avec un trouble mental qui vit de l'assistance-emploi, il est difficile de choisir d'aller travailler quand il est probable que ce soit dans des conditions précaires qui assurent à peine plus que cette assistance en plus de perdre la couverture de l'achat de médicaments.

En matière de réadaptation psychosociale des personnes aux prises avec un trouble mental, une approche est de plus en plus populaire au Canada (à l'hôpital Douglas de Montréal, par exemple), c'est le soutien individualisé à l'emploi (*Individual Placement and Support*, IPS) qui est de type placement-entraînement (Shaheen, Williams et Dennis, 2003), c'est-à-dire qu'on trouve d'abord un emploi à la personne et ensuite, on lui enseigne à développer les habiletés requises. Le soutien individualisé en emploi représente une tentative de standardisation de nombreuses approches de soutien à l'emploi qui considèrent le travail comme un outil permettant de reconnaître les acquis et qui misent sur les besoins et les intérêts réels des participants. C'est en réaction aux approches traditionnelles de développement de l'employabilité comme on le fait au PAVOIS (entraînement-placement : on forme la personne avant qu'elle obtienne un emploi) qu'ils ont été élaborés. On reproche aux programmes dit transitionnels de contribuer à faire perdre la motivation aux participants, de ne pas correspondre à leurs aptitudes et leurs préférences, de ne pas enseigner les habiletés réellement requises pour un emploi compétitif et, finalement, de ne pas démontrer hors de tout doute qu'ils facilitent le passage au marché du travail régulier (Becker et Drake, 2004). Le soutien individualisé en emploi remédierait à la situation. Il se base sur six principes : 1) l'accès est fondé sur le choix du client ; 2) le soutien à l'emploi s'intègre au traitement en santé mentale ; 3) l'objectif est de trouver un emploi compétitif ; 4) la recherche d'emploi est rapide ; 5) la recherche d'emploi est personnalisée ; 6) les suivis de soutien sont continus (Becker et Drake, 2004). Toujours selon les auteurs, le soutien individualisé au travail facilite l'obtention et le maintien en emploi, il permet une diminution des symptômes, il augmente la satisfaction et la qualité de vie des individus en

plus d'être moins coûteux. Évidemment, le soutien individualisé en emploi n'est pas une panacée car les personnes aux prises avec un trouble mental constituent une population hétérogène ayant des besoins très diversifiés (Tessier et Clément, 1992). Par conséquent, certaines personnes évolueront mieux avec des approches traditionnelles (ateliers et stages en emploi) ou, encore, avec des méthodes concernant l'occupation en général (bénévolat, loisirs) plutôt que l'emploi en milieu compétitif.

2.3 QUELQUES STATISTIQUES

Toutes les bonnes intentions pour faciliter la réadaptation psychosociale des personnes aux prises avec un trouble mental n'empêchent pas que 90% d'entre elles ayant la motivation et la capacité de travailler, sont exclues du marché compétitif de l'emploi (Lauzon, Charbonneau et Provost, 2001 ; OMS, 2001) bien que l'accès au travail, en tant que ressource valorisée, soit une question de justice sociale (Nelson, Lord et Ochocka, 2001). De plus, 450 millions d'individus dans le monde souffrent de troubles mentaux selon l'OMS (2001) et un Québécois sur cinq aura, au cours de son existence, un problème de santé mentale (MSSS, 2000). Il va sans dire que l'ensemble de la population est touché par les problématiques psychiatriques et que les conséquences actuelles inhérentes à ces dernières représentent d'énormes coûts pour la population canadienne : 7 331 milliards de dollars en 1993 (Santé Canada, 2002). Nous sommes donc en droit de penser que l'intégration des personnes ayant des troubles mentaux est une problématique sociale qui nécessite réflexion et action.

Le présent mémoire participe à cette réflexion du fait qu'il vise à déterminer dans quelle mesure le travail est lié au rétablissement, ceci à partir des propos de Québécois francophones aux prises avec un trouble mental qui travaillent sur le marché compétitif. Les résultats de cette recherche, en plus de vérifier la relation présumée entre l'emploi et le rétablissement, permettront d'évaluer comment le travail alimente l'espoir et comment le soutien de l'entourage contribue à l'occupation d'un emploi sur le marché régulier par des personnes aux prises avec un trouble mental.

2.4 LE NON EMPLOI

Un nombre croissant de recherches présentent le non emploi comme une situation pouvant aggraver la détresse psychologique des personnes qui la vivent (Fryer, 1994; Henderson, Thornicroft et Glover, 1998). La non participation au marché du travail menacerait la santé mentale des individus en les privant du soutien psychologique que l'emploi représente. En effet, le travail permet, entre autres, de structurer le temps, d'être en contact avec autrui, de partager des expériences, de jouer un rôle dans l'aventure humaine, de s'accomplir personnellement, de donner un sens qui dépasse sa propre existence en plus d'offrir un statut et une identité sociale (Dorvil et al., 1997 ; Honey, 2004 ; Perkins et Rinaldi, 2002 ; Wallot, 1998). Le non emploi accentue les risques de pauvreté et d'exclusion sociale. Robichaud, Guay, Colin et Pothier (1994) spécifient que la pauvreté blesse la personne dans sa dignité, entraîne un sentiment d'incompétence personnelle et met à rude épreuve le moral. Selon des témoignages recueillis par Blais et Guay (1991) et Senécal (1986) (dans Robichaud et al., 1994), le fardeau quotidien de certaines personnes en situation de pauvreté serait caractérisé par ce qui suit :

- ◆ L'insécurité ;
- ◆ La honte et la culpabilité ;
- ◆ Le stress ;
- ◆ La privation et la frustration ;
- ◆ L'humiliation et la dévalorisation de soi ;
- ◆ La désespérance et la révolte ;
- ◆ La folie, les idées suicidaires et la dépression.

D'autres études démontrent que l'emploi contribue à la santé mentale des individus présentant des problèmes mentaux en les distrayant de leurs symptômes (Axelsson et Ejlertsson, 2002 ; Cook et Razzano, 2000 ; Van Dongen, 1996 ; Winefield, Winefield, Tiggemann et Goldney, 1991). En effet, occuper un emploi implique de se concentrer sur des tâches, sur des devoirs et des obligations, de mettre de côté son monde intérieur (du moins, temporairement) afin de s'ancrer dans la réalité, etc. Becker et Drake (2003) soulignent qu'il n'existe pas d'éléments prouvant que les personnes aux prises avec un trouble mental qui occupent un emploi présentent un plus haut taux de rechutes ou d'autres conséquences négatives découlant du fait qu'elles travaillent. De plus, plusieurs études démontrent que le développement d'habiletés (par le travail par exemple) améliore la

réadaptation des personnes vivant une incapacité psychiatrique (Lehman, 1995 ; Lehman, Carpenter, Goldman et Steinwachs, 1995 ; Lehman, Thompson, Dixon et Scott, 1995 ; Scott et Dixon, 1995). Notons au passage que la réadaptation promeut l'optimisme au regard du potentiel professionnel des individus aux prises avec un trouble mental.

3. Recension des écrits

La recension des écrits est divisée selon les thèmes suivants : le potentiel des personnes présentant une affection psychiatrique à occuper un emploi, le rétablissement et le travail.

3.1 LA DÉMARCHE DOCUMENTAIRE

Tout d'abord, une démarche documentaire a été nécessaire à l'élaboration de ma recension des écrits. Pour ce faire, j'ai consulté les banques de données suivantes : Repère, Francis, *PsycInfo*, *Social Work Abstract*, *Community of Scholars*, *SAGE Education*, *Health Sciences*, *SAGE Psychology*, *Social Services Abstracts* et *Current Contents*. Les mots clés utilisés pour la première sont : travail, rétablissement, trouble de personnalité et les différentes combinaisons possibles. Pour les trois autres, j'ai utilisé les vocables suivants : *personality disorder*, *mental disorder*, *mental health*, *self-esteem*, *recovery*, *motivat**, *work*, *social work*, *social casework*, *occupational therapy*, *vocational rehabilitation*, *vocational integration*, *vocational recovery*, *employ**, *unemploy**, *rehabilitation counseling bulletin* et les divers agencements possibles. Pour *Current Contents*, j'ai cherché dans les catégories suivantes : *social and behavioral science*, *rehabilitation*, *psychiatry* et *psychology*. J'ai continué mes recherches parmi des revues s'intitulant : *Psychiatric Journal of Rehabilitation*, *Journal of Rehabilitation*, *International Journal of Rehabilitation Research*, *American Journal of Occupational Therapy*, *International Journal of Social Psychiatry*, *Journal of Psychiatry Research*, *American Journal of Psychology*, *Journal of Employment and Counseling*, *Journal of Occupational and Organisational Psychology* et *Travail Humain*.

3.2 LE POTENTIEL À OCCUPER UN EMPLOI DES PERSONNES AYANT UN TROUBLE MENTAL

L'intégration au travail des personnes aux prises avec une problématique psychiatrique demeure peu étudiée. Une des raisons possibles est que le potentiel à occuper un emploi des individus ayant des troubles mentaux est mis en doute ou n'est pas très bien reconnu. Pourtant, de plus en plus de recherches confirment que ces personnes, avec le soutien approprié et continu, sont aptes à intégrer le marché régulier du travail (Bond, Drake, Mueser et Becker, 1997 ; Crowther, Marshall, Bond et Huxley, 2001 ; Perkins et Rinaldi, 2002 ; Russinova, Wewiorski, Lyass, Rogers et Massaro, 2002). Crowther et ses collaborateurs (2001) ont recensé cinq recherches qui comportent des échantillons composés de vingt-deux à quatre-vingt personnes aux prises avec des troubles mentaux, qui occupent un poste sur le marché régulier de l'emploi bénéficiant d'un soutien approprié et continu. Les études ont été choisies du fait qu'elles étaient expérimentales, qu'elles portaient sur certains troubles mentaux en particulier (schizophrénie, trouble bipolaire, dépression majeure avec éléments psychotiques), qu'elles utilisaient des méthodes d'assignation bien décrites qui limitaient les biais de mesure et, enfin, qu'elles étaient longitudinales (jusqu'à vingt-quatre mois). Les résultats des recherches recensées démontrent que le soutien à l'emploi assure un meilleur maintien en emploi même après deux ans, comparativement aux méthodes traditionnelles (ex : ateliers et stages en emploi). Une autre étude porte sur le rétablissement relié à l'emploi de 109 personnes aux prises avec un trouble de schizophrénie (Russinova et al., 2002). Les données ont été recueillies par sondage écrit (questionnaire). Les participants ont été choisis selon leur succès à maintenir un emploi et la présence d'un trouble mental au long cours. Le premier critère implique de travailler au moins dix heures par semaine, d'avoir travaillé au moins douze mois au cours des deux dernières années et d'avoir été sur le marché du travail pendant au moins six mois consécutifs au cours de sa vie. Quant au deuxième critère, il implique un ou plusieurs des éléments suivants : avoir bénéficié de l'assistance sociale en raison d'une incapacité psychiatrique, avoir vécu au moins une hospitalisation, ou encore, avoir subi des conséquences négatives ou une interruption du travail subséquentes au trouble mental. Les personnes interviewées, recrutées par la méthode boule de neige et dédommées pour leur participation, ont bénéficié d'une entrevue de suivi douze mois après le début de l'étude. Cette dernière démontre que malgré un pronostic sombre, ces individus sont capables

d'occuper et de maintenir des emplois compétitifs, à temps partiel ou à temps plein, de postes exigeant peu d'habiletés jusqu'à des postes de gestion ou à l'administration et ce, de façon continue pendant plus de deux ans pour la majorité des participants (64%). Qui plus est, 60% d'entre eux travaillent à temps plein (un minimum de trente-cinq heures par semaine), 71% avaient un emploi avant l'apparition des premiers symptômes de la maladie et seulement 17% des participants ont eu recours à des services d'aide à l'emploi pour obtenir leur travail actuel.

3.3 LE RÉTABLISSEMENT

Mancini, Hardimann et Lawson (2005) ont conduit une étude auprès de quinze pairs-aidants dispensateurs de services en santé mentale (défense de droits, entraide, counseling, recherche, etc.), ces pairs-aidants sont des leaders établis dans leur domaine, qui se considèrent en rétablissement de sérieuses incapacités psychiatriques (schizophrénie, trouble bipolaire, dépression majeure ou trouble schizo-affectif rapporté par les participants eux-mêmes). Chacun d'eux a subi au moins une hospitalisation en lien avec le diagnostic qu'ils ont reçu. Ils ont procédé à des entrevues en profondeur et semi-structurées qu'ils ont analysées en recourant à la théorisation ancrée. L'interactionnisme symbolique était leur cadre de référence afin de comprendre comment les facteurs identifiés par les participants comme étant importants pour leur rétablissement interagissent pour faciliter ou nuire au processus en question. Ils arrivent à la conclusion que la démarche identitaire est au cœur du processus de rétablissement qui découle tant de facteurs personnels qu'environnementaux. Plus précisément, ils mentionnent le passage d'une identité dominée par la maladie à une identité marquée par le sens et le bien-être. C'est en fait par la redécouverte et la reconstruction d'un sens de soi durable et compétent que le processus s'opère. Cette situation engendrerait plus de confiance pour s'engager dans des activités saines, ce qui créerait un processus autorégulateur de développement (Mancini et al., 2005). Il est à noter que ce processus se produirait au sein d'une interaction entre des activités significatives, des outils de bien-être (comme la médication, les traitements alternatifs, un environnement adéquat) et des relations de soutien. Selon Mancini et ses collaborateurs

(2005), les activités significatives (dont le travail) permettent de contrer les messages négatifs intériorisés par les personnes. Conséquemment, une identité saine émergerait, permettant à l'individu de croire qu'il peut vivre une vie satisfaisante et productive.

Une étude d'Onken, Dumont, Ridgeway, Dornan et Ralph (2003), qui ont eu recours à des entrevues de groupes auprès de 115 survivants/utilisateurs de services en santé mentale³, procure des éléments de réponse à savoir ce qui aide et ce qui nuit au rétablissement de ces personnes. Onken et ses collaborateurs (2003) visaient plus particulièrement à élaborer un instrument de mesure permettant de vérifier le degré d'aide au rétablissement qu'un système de soins en santé mentale peut procurer. Parmi les facteurs facilitant le processus de rétablissement, on remarque entre autres les ressources de base (comme un revenu viable), une attitude positive (croire au rétablissement), des activités significatives (comme le travail) et l'accès à des services de santé orientés vers la personne en tant que partenaire dans son rétablissement. Quant à ce qui nuit au processus dont il est question, nous retrouvons la stigmatisation, la discrimination, les abus et traumatismes vécus ainsi que la persistance du trouble mental. Onken et ses collaborateurs (2003) suggèrent, dans leur conclusion, de tenir compte des considérations ethniques et culturelles en plus d'individualiser les services et les adapter à la diversité des nouvelles réalités (immigration, métissage, etc.). Ils soutiennent également l'établissement de partenariats ainsi qu'une collaboration entre les diverses instances et les utilisateurs de services en santé mentale. Enfin, ils prônent la primauté de la personne et le libre choix en ce qui a trait à la prise de décisions au regard de tout ce qui la concerne (traitement, suivi, travail, etc.).

³ Les survivants/utilisateurs de services se considèrent comme ayant survécu au système de soins psychiatriques qu'ils ont expérimenté comme un trauma (hospitalisations forcées, mises en contention, etc.). Plusieurs d'entre eux continuent de militer au sein d'associations de défense des droits par l'intervention, la recherche, la défense de droit, la promotion de la santé mentale, etc.

3.4 LE RÉTABLISSEMENT ET LE TRAVAIL

Ochocka, Nelson et Janzen (2005), quant à eux, proposent un modèle schématisant certains thèmes principaux du processus de rétablissement ainsi que leurs interactions. Leur théorisation est basée sur une étude longitudinale initiée par des survivants/utilisateurs de services en santé mentale basée sur une méthodologie mixte, c'est-à-dire à la fois qualitative et quantitative. Ils ont interviewé vingt-huit participants à trois reprises (suivi après neuf et dix-huit mois) au sujet de leurs expériences en santé mentale : première expérience, services et soutien, changements personnels. Les résultats montrent que le rétablissement provient d'une énergie qui pousse les gens à aller de l'avant, qu'il résulte d'une négociation constante entre la perception du Soi et les circonstances externes dans une perspective écologique, qu'il inclut des succès (changements positifs) et diverses difficultés (changements négatifs). Un changement positif peut être l'augmentation de l'engagement dans la communauté, notamment par le travail, alors que des difficultés financières constituent un exemple de changement négatif. Ainsi, à l'instar d'autres recherches empiriques (Krupa, 2004 ; Mancini, Hardiman et Lawson, 2005 ; Mee et Sumsion, 2001 ; Provencher, Gregg, Mead et Mueser, 2002 ; Rebeiro et Cook, 1999 ; Scheid et Anderson, 1995 ; Young et Ensing, 1999). Ochocka et ses collaborateurs (2005) démontrent que le travail facilite le rétablissement et le mieux être. Les causes varieraient parce que l'emploi offre des occasions de se développer et de grandir (Mancini et al., 2005) ou parce qu'il joue un rôle dans la quête de sens et d'actualisation de soi (Provencher et al., 2002 ; Rebeiro et Cook, 1999). Selon Mee et Sumsion (2001), c'est parce que le travail restaure la santé et le bien-être des gens aux prises avec des troubles mentaux qu'il contribue au rétablissement. Tandis que pour Scheid et Anderson (1995), c'est qu'il fournit des possibilités de soutien social et de référence positive à un groupe. D'après Young et Ensing (1999), l'emploi est le moyen le plus efficace d'éviter que la maladie ne prenne toute la place car il oblige l'individu à se centrer sur autre chose que ses symptômes et sur les autres conséquences de son trouble mental. Il fait également partie de deux des cinq éléments de leur modélisation du rétablissement. Ce dernier, selon eux, serait un processus de : 1) dépassement de la stagnation (c'est-à-dire le fait de se résigner uniquement au rôle de « malade ») ; 2) découverte de la réappropriation du pouvoir ; 3) redéfinition de soi ; 4) retour à un fonctionnement de base ; 5) et d'amélioration de la qualité de vie. L'emploi

permet l'atteinte des deux dernières phases. L'ensemble du processus requiert la reconnaissance et l'acceptation du trouble mental. Ceci permettrait à l'individu de reprendre du contrôle sur sa vie en plus de découvrir de nouvelles facettes de sa personnalité. Tout cela entraînerait l'acquisition d'un sentiment de bien-être général et de «normalité» (St-Onge et Tessier, 2004). Young et Ensing (1999) en sont arrivés à cette modélisation à la suite d'une analyse de contenu, basée sur la théorisation ancrée, de deux entrevues de groupe et d'entrevues individuelles semi-structurées menées auprès de dix-huit personnes aux prises avec un trouble mental qui vivent dans la communauté de façon indépendante. Ils ont élaboré leur guide questionnaire à partir d'une recension des écrits et des propos d'utilisateurs de services en santé mentale et de professionnels experts dans le domaine du rétablissement. De là, les auteurs ont conçu des questions permettant d'évaluer dans quelle mesure et de quelle façon les participants se considèrent en processus de rétablissement.

Quant à Rebeiro et Cook (1999), elles ont élaboré un modèle conceptuel des retombées reliées à l'emploi (*Occupational Spin-off*) à partir d'observations participantes et non participantes de onze femmes et d'entrevues en profondeur (huit femmes) menées auprès d'un groupe de femmes en recherche d'emploi qui sont aux prises avec une problématique psychiatrique, qui ont subi au moins une hospitalisation, qui sont suivies en externe et auprès de qui les thérapies traditionnelles ne fonctionnent pas. Les auteures stipulent que la participation continue à une occupation (incluant le travail) contribue à maintenir un soi actualisé et un sentiment de bien-être. Plus concrètement, le fait d'occuper un emploi permettrait à une personne de confirmer certaines de ses compétences en plus d'acquérir un sentiment d'appartenance. Ainsi, son Soi s'actualiserait étant donné l'augmentation préalable du sentiment de bien-être et de confiance. Par la suite, l'individu tend à s'engager davantage dans son travail car il entretient l'espoir de maintenir son sentiment de bien-être. Ce processus itératif encouragerait la productivité.

D'autres auteurs soulignent que le travail serait la pierre angulaire du processus identitaire (Scheid et Anderson, 1995). Ces derniers ont mené des entrevues en profondeur auprès de dix individus aux prises avec un trouble mental (schizophrénie pour la plupart), âgés de trente à cinquante-six ans, qui fréquentent une ressource de type *clubhouse* (comme le PAVOIS) pour se préparer à travailler, qui ont subi au moins une hospitalisation et qui ont un historique professionnel instable. Ils désiraient comprendre comment le travail peut devenir une expérience de succès. Ils ont procédé à l'élaboration de lignes de temps, c'est-à-dire la schématisation chronologique des événements majeurs de la vie d'un individu pour identifier ces événements vécus par les participants ainsi que les relations entre le travail et des facteurs tels que le stress et le soutien social. Des questions au sujet de leur expérience subjective du trouble mental ont également été posées aux participants. Scheid et Anderson (1995) ont ensuite procédé à une entrevue de suivi plus standardisée, c'est-à-dire six mois après la première rencontre. Ils précisent que l'emploi, fournissant une position sociale valorisée, peut procurer une identité (rôle) ayant un impact positif sur les relations avec les autres et les autres rôles en améliorant l'estime de soi, le bien-être et le sens de l'identité. Ce dernier serait d'ailleurs central au bien-être (Mee et Sumsion, 2001 ; Rebeiro et Cook, 1999 ; Scheid et Anderson, 1995). Selon Mee et Sumsion (2001), le travail permet de développer l'identité car il mène à la création d'un sens de soi.

Krupa (2004) a mené une étude auprès de deux hommes et une femme âgés entre vingt-cinq et cinquante-cinq ans aux prises avec un trouble de schizophrénie, qui ont un suivi avec un professionnel de la santé mentale, qui ont subi plusieurs hospitalisations et qui vivent dans la communauté. Deux d'entre elles travaillent depuis plus d'une dizaine d'années sans l'aide d'un programme d'employabilité. L'autre n'avait pas travaillé depuis au moins deux ans. À partir d'entrevues en profondeur, Krupa (2004) désirait comprendre comment on peut rester en santé au travail malgré la schizophrénie. Elle a également utilisé comme source d'informations des membres du réseau social des participants et l'analyse de documents divers (rapports médicaux, articles de journaux, évaluations de performance au travail, etc.). Pour assurer plus de fidélité, les participants ont révisé les descriptions des résultats et les analyses. Les résultats démontrent que l'intégration du trouble dans le

contexte du travail se fait en deux phases : 1) assumer son contrôle sur ses symptômes psychiatriques (une vie non dominée par le trouble mental est possible) ; 2) concilier la santé et le trouble mental au travail (ex : distinguer les conséquences des symptômes de celles des problèmes propres au travail). Elle en arrive à la conclusion que l'objectif fondamental de l'emploi dans le rétablissement est de développer une identité positive de soi, ce qui pourrait encourager la collaboration active dans certains traitements de la schizophrénie en offrant un point de comparaison entre le soi «efficace» et le soi submergé par le trouble.

Plusieurs auteurs associent également le travail à l'acquisition d'un sens, de buts, d'une orientation dans la vie (Krupa, 2004 ; Mancini et al., 2005 ; Provencher et al., 2002 ; Rebeiro et Cook, 1999 ; Young et Ensing, 1999). Provencher et ses collaborateurs (2002) ont mené une étude auprès de quatorze personnes aux prises avec des troubles mentaux afin de déceler comment le travail modélise le rétablissement. Les participants, dont l'âge moyen était de quarante-quatre ans, ont été recrutés au sein de centres communautaires en santé mentale et de centres d'entraide entre pairs du New Hampshire. Ils présentent des diagnostics de schizophrénie, de trouble bipolaire, de stress post-traumatique ou de dépression et ont vécu au moins une hospitalisation. Tous ont occupé au moins un emploi sur le marché compétitif du travail dans les cinq années précédant la recherche sans recourir à un programme de soutien à l'emploi. Ceux qui travaillent le font depuis au moins six mois et pendant un minimum de sept heures par semaine. Ils ont été rémunérés pour leur participation à la recherche. Les entrevues semi structurées, analysées dans le but de construire empiriquement une théorie dans un cadre écologique, portaient sur des sujets tels que l'identité, le sentiment de compétence personnelle et la signification du travail. L'attention était axée sur les forces des participants. Le guide d'entrevue était entre autres basé sur les propos de quatre experts en rétablissement dont une personne aux prises avec un trouble mental. Les auteurs ressortent trois profils permettant de comprendre le retrait ou la participation au monde du travail : le rétablissement comme étant incertain (sentiment de vulnérabilité et d'instabilité des symptômes), le rétablissement vu comme un moyen de se réapproprier du pouvoir (indépendance, espoir, sens de soi plus actif) et le rétablissement perçu comme un défi (définition de l'identité en dehors de la maladie et incluant les divers

rôles exercés tels que le rôle de parent, de travailleur, d'ami, etc.). Ils stipulent que l'emploi contribue de façon importante au processus de rétablissement en faisant la promotion de deux éléments qui donnent du sens à l'existence : la réappropriation du pouvoir et l'actualisation de soi. Enfin, ils considèrent le rétablissement comme un processus autant personnel que politique (influence de la nature de la société et des valeurs qu'elle véhicule).

Finalement, plusieurs auteurs associent le travail à la motivation (Krupa, 2004 ; Mee et Sumsion, 2001 ; Scheid et Anderson, 1995). Mee et Sumsion (2001) affirment que l'emploi génère de la motivation car il donne un but et organise le temps. Il répond au besoin de s'engager dans quelque chose de signifiant en plus de construire le sentiment de compétence. D'après l'étude menée par Scheid et Anderson (1995), le travail est lié à la motivation en ce qu'il permet un revenu, une activité régulière, de se distraire des problèmes et de se sentir productif. Il permettrait ainsi de conserver la motivation à agir, à demeurer actif. Enfin, Krupa (2004) stipule que la signification accordée aux rôles sociaux, dont celui de travailleur, facilite la motivation à affronter les événements de l'existence. L'emploi devient donc un moteur important de l'action.

3.5 LES LIMITES DES ÉTUDES RECENSÉES SUR LE PLAN MÉTHODOLOGIQUE

Certaines études recensées présentent les personnes aux prises avec des troubles mentaux comme pouvant occuper un emploi sur le marché régulier du travail. D'autres suggèrent que le travail est utile, voire nécessaire au processus identitaire, au fait de donner un sens à sa vie, à la motivation et, enfin, au rétablissement. Ces recherches ne spécifient toutefois pas si le poste occupé doit correspondre à certains critères. Par exemple, des tâches exclusivement manuelles imposées à une personne ayant des habiletés intellectuelles portent-elles tout de même un sens et de la motivation pour cette personne? Les études recensées ne tiennent pas compte non plus du fait que certaines professions sont davantage valorisées que d'autres par la majorité de la population générale. De plus, les auteurs consultés ne mentionnent aucunement le fait que le travail porte son lot de problèmes, que ce soit le surmenage, les divers types de harcèlement, les conflits ou encore, les effets néfastes de la mondialisation. Pensons, par exemple, à l'élévation constante des standards

de productivité, à la précarisation des emplois, aux contraintes de flexibilité des travailleurs ainsi que de leurs conditions de travail et aux difficultés croissantes de conciliation travail-famille. Ces circonstances sont difficiles pour l'ensemble de la population.

Par ailleurs, certaines critiques peuvent être faites au sujet de la méthodologie des études recensées. Par exemple, dans l'étude de Russinova et ses collaborateurs (2002), bien que les auteurs aient eu recours à un échantillon appréciable ($n = 109$), ils nous mettent en garde qu'il ne représente tout de même pas la population en raison de certains critères ayant permis de le constituer. En effet, il regroupe seulement des personnes qui ont réussi au plan de l'emploi ; on pourrait mettre en doute la généralisation à l'ensemble des personnes aux prises avec un diagnostic de schizophrénie ou même à tous les individus ayant ce diagnostic qui maintiennent un emploi. Les études d'Ochocka et al. (2005), de Onken et al. (2003), de Rebeiro et Cook (1999) et de Scheid et Anderson (1995) présentent également des échantillons non représentatifs, par exemple parce qu'ils ne sont constitués que de femmes ou encore, uniquement de personnes se disant survivantes / utilisatrices de services en santé mentale.

Ensuite, certaines études peuvent être difficiles à contextualiser étant donné le manque de détails au sujet de leur méthodologie. C'est le cas, entre autres, de la recherche d'Onken et ses collaborateurs (2003). De plus, bon nombre de recherches recensées ne donnent pas de définition du concept de rétablissement. Ainsi, on peut difficilement prétendre qu'elles portent toutes exactement sur la même compréhension du phénomène. Quelques auteurs ont toutefois eu recours à des experts en rétablissement pour définir ce concept. Provencher et ses collaborateurs (2002) ainsi que Young et Ensing (1999) ont même eu recours à des personnes utilisatrices de services en santé mentale à cette fin.

4. Pertinence de la présente étude

4.1 LA PERTINENCE SOCIALE

La présente étude cherche à démystifier des tabous entourant les troubles mentaux en réaffirmant le potentiel des individus chez qui ils sévissent. En effet, encore aujourd'hui, les préjugés et la stigmatisation survivent à toutes les bonnes intentions. Certains résultats de mon mémoire peuvent procurer un appui supplémentaire aux organismes et aux programmes en santé mentale qui sont reliés à l'emploi et aux intentions de joindre les services de traitement thérapeutique des troubles mentaux aux services de soutien à l'emploi. De plus, ils peuvent démontrer aux praticiens l'importance du travail dans le processus de rétablissement en y réaffirmant sa place en plus de contribuer à mieux comprendre son influence. Ceci peut être pertinent pour l'amélioration de services de réadaptation qui tiennent compte de la personne dans sa globalité. Certains résultats peuvent également inspirer des individus aux prises avec des incapacités en démontrant que le marché régulier de l'emploi leur est accessible, ce qui peut les encourager à envisager le travail comme un des outils permettant de prendre une part active à la vie citoyenne en plus d'améliorer leurs conditions de vie.

4.2 LA PERTINENCE SCIENTIFIQUE

Cette recherche peut ajouter aux connaissances scientifiques au sujet de l'emploi compétitif et du rétablissement étant donné qu'il y a encore peu d'études s'y consacrant. Elle peut aussi donner des pistes qui améliorent la compréhension des facteurs faisant en sorte que le travail participe au rétablissement. J'espère également qu'elle aide à faire ressortir de nouvelles hypothèses pour des études ultérieures. Enfin, d'après la recension que j'ai effectuée, aucune étude, à ma connaissance, s'intéressant à l'emploi compétitif comme outil du rétablissement à partir du point de vue des personnes aux prises avec un trouble mental n'a été menée en milieu francophone ou québécois.

5. Cadre conceptuel

5.1 LE TRAVAIL

Selon Parker (1983, dans Wilcock, 1998), le travail est une condition de base allant de soi avec notre état d'êtres humains. Selon Bennett (1975, dans Perkins et Rinaldi, 2002), le travail consiste en la performance d'une tâche qui lie l'individu à la société. Il est réglementé par un «autre» qui instaure des limites, prescrit des objectifs, juge et récompense. Il est plus spécialisé que l'occupation qui inclut tout ce qui concerne les soins personnels, les loisirs et la productivité (Townsend, 1997). En ce qui a trait à la présente étude, la définition du travail de Wilcock (1998), une ergothérapeute souvent citée dans des recherches en lien avec l'occupation (incluant le travail), a été retenue, c'est-à-dire une activité professionnelle, régulière et rémunérée.

5.2 LE RÉTABLISSEMENT

Le processus de rétablissement a été maintes fois défini par des praticiens, des chercheurs, des utilisateurs de services, etc. Anthony (1993), un des pionniers dans le domaine, le théorise comme étant « un processus unique et très personnel de transformation de ses attitudes, de ses perceptions, de ses valeurs, de ses habiletés, de ses rôles et de ses sentiments » (Anthony, 1993, traduction libre, p.15). Toutefois, pour les fins de cette recherche, la définition de Provencher (2002), une des spécialistes du rétablissement au Québec, a été préférée. Le rétablissement représente « la transcendance des symptômes, des limites fonctionnelles et des handicaps sociaux rattachés au trouble mental » (p.39). Selon Fisher (2005), un psychiatre qui se considère lui-même comme un survivant/utilisateur de services, le rétablissement se caractérise par sept éléments:

- 1) L'auto-détermination : les personnes en processus de rétablissement sont capables de prendre leurs propres décisions ;
- 2) Les sources de soutien : elles ont un réseau de soutien principalement constitué d'amis ;
- 3) L'identité : elles se définissent par différents rôles tels que ceux d'ami, de parent, de travailleur, etc. ;
- 4) La médication : elles considèrent la médication comme étant un outil parmi d'autres ;
- 5) L'intelligence émotionnelle : les personnes savent vivre et gérer leurs émotions par elles-mêmes ;

- 6) Le fonctionnement global : elles obtiennent une cote de 61 ou plus à l'échelle de fonctionnement global ;
- 7) Le concept du *self* : elles entretiennent un sens d'elles-mêmes fort, défini à travers et par les interactions avec les pairs.

5.3 LE TROUBLE MENTAL

En ce qui concerne le trouble mental, il est associé à un degré d'incapacité qui interfère de façon significative dans les relations interpersonnelles, les compétences sociales de base et la capacité fonctionnelle dans la production d'une tâche (MSSS, 1989). Cette notion fait référence à une symptomatologie qui déstabilise et désorganise un individu dans plusieurs sphères de sa vie et de façon récurrente (Dew et Alan, 2005; Dorvil et al., 1997 ; Lecomte, Cyr et Lesage, 1997 ; Vézina, 2002). Selon l'*American Psychiatric Association* (1994) : «un trouble mental se définit en partie par des difficultés fonctionnelles au regard de ce qui est culturellement prescrit pour un rôle donné» (traduction libre, dans Becker et Drake, 2003, p.18). Les auteurs ajoutent qu'un trouble mental entraîne souvent la stigmatisation, la ségrégation, l'acculturation, la diminution de l'estime de soi et l'institutionnalisation. Ils soulignent que les incapacités vécues ne sont pas inhérentes aux troubles eux-mêmes. Elles sont plutôt des conséquences prenant source dans la façon qu'a une société d'y répondre. Plus récemment, en 2006, le gouvernement du Canada a publié un rapport qui présente des nuances fort intéressantes entre les termes « santé mentale », « problème de santé mentale », « maladie mentale » et « trouble mental ». Le comité de rédaction était constitué de chercheurs et de décideurs de l'Agence de santé publique du Canada, de la Société pour les troubles de l'humeur du Canada, de Santé Canada, de Statistique Canada et de l'Institut canadien d'information sur la santé. Il est précisé que la substitution des expressions mentionnées ci-haut ne rend pas une image exacte de la réalité. Par exemple, la santé mentale et la maladie mentale ne font pas partie d'un même continuum étant donné que la santé est plus que l'absence de la maladie. Aussi, un problème de santé mentale désigne un écart par rapport à l'état de bien-être psychologique ou mental. Toujours selon le rapport du gouvernement canadien, les termes « trouble » et « maladie » désignent des affections reconnues cliniquement et impliquent soit une détresse significative, soit un dysfonctionnement, soit un risque tangible de conséquences néfastes ou indésirables. Cette définition englobe particulièrement les

troubles de personnalité, les troubles psychotiques, les troubles de l'humeur ainsi que les troubles anxieux. Dans le présent mémoire, les termes « trouble mental » et « incapacité psychiatrique » seront utilisés dans le respect de cette définition.

5.4 LE PARADIGME DU RÉTABLISSEMENT

L'approche du rétablissement implique de respecter certains principes afin de nous l'approprier. Selon Jacobson et Greenley (2001), le rétablissement résulte de l'interaction entre des conditions internes (attitudes, expériences, processus de changement) et des conditions externes (circonstances, événements, politiques et pratiques facilitant le rétablissement). Plus précisément, les quatre conditions internes consistent en :

- 1) l'espoir : croire que le rétablissement est possible, se centrer sur ses forces et sur l'avenir, ce qui implique la reconnaissance du trouble mental par la personne ;
- 2) le sens donné à la guérison : qui signifie la définition de soi en dehors de la maladie plutôt que le retour à l'état antérieur, ce qui permet de confronter et de surmonter la stigmatisation sociale intériorisée. Cet élément implique également la notion de contrôle : celui de sa propre vie et celui des symptômes et des conséquences du trouble mental ;
- 3) l'appropriation de son pouvoir : c'est-à-dire l'autonomie, la volonté de prendre des risques et la responsabilité envers ses obligations et les conséquences de ses choix ;
- 4) la relation : qui consiste en la capacité de nouer des liens avec les autres, le rétablissement étant un processus fondamentalement social.

Quant aux trois conditions externes, elles consistent en :

- 1) le respect des droits humains : c'est-à-dire l'adoption d'une vision de la société selon laquelle les ressources et le pouvoir sont distribués de façon équitable, ce qui implique entre autres l'offre d'occasions équitables dans le domaine de l'emploi. Ce principe permet également la réduction de la stigmatisation et de la discrimination envers les individus aux prises avec un trouble mental ;
- 2) une culture positive du processus de guérison : ceci suppose un environnement à l'écoute et empreint de tolérance, de compassion, d'empathie, de respect, de sécurité, de confiance, de diversité et de reconnaissance de la compétence culturelle. Celle-ci se caractérise par la collaboration entre les personnes vivant une problématique psychiatrique et les dispensateurs de services dans l'élaboration des plans, la prise de décisions et la négociation;
- 3) des services de soins orientés vers le rétablissement : qui visent à pallier les impacts négatifs des troubles mentaux tels que les symptômes.

Depuis 2004, le *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMHSA), une agence fédérale responsable de la santé mentale aux États-Unis, décrit le nouveau paradigme en santé mentale que représente le rétablissement. À la suite d'un consensus de 110 experts (utilisateurs de services, familles, pourvoyeurs de services, intervenants, chercheurs, militants, élus de divers paliers gouvernementaux, etc.), dix principes, sur lesquels reposent les programmes et organisations axés sur le rétablissement, sont ressortis. Il s'agit de :

- 1) L'autodétermination : la personne détermine elle-même son processus de rétablissement qui optimise l'autonomie, l'indépendance et le contrôle des ressources par celle-ci ;
- 2) Un processus individualisé et centré sur la personne : le processus de rétablissement origine des préférences, des besoins, des expériences et de la capacité de résilience de l'individu ;
- 3) Un processus basé sur le pouvoir d'agir (empowerment) : la personne possède l'autorité de choisir parmi diverses options et détient un contrôle sur sa destinée qui permet d'influencer la structure organisationnelle et sociétale dans laquelle elle vit ;
- 4) Une vision holistique : le rétablissement s'étend sur l'entièreté de l'individu (corps, esprit, communauté, spiritualité) et sur tous les aspects de sa vie (habitation, emploi, loisir, relations d'amitié, etc.). Son environnement (famille, organisations, société, intervenants, services de santé, réseau social, etc.) crée et maintient des occasions réelles permettant l'accès au soutien ;
- 5) Un processus non linéaire : le processus de rétablissement est continu et les revers occasionnels font partie de cette démarche qui débute par une prise de conscience que des changements sont possibles ;
- 6) Un processus axé sur les forces : la démarche consiste à valoriser et à construire à partir des capacités et de la valeur inhérente à chaque personne qui, ainsi, avance en jouant différents rôles et en vivant des relations de soutien et de confiance avec les autres ;
- 7) L'entraide entre pairs : le soutien mutuel (partage de connaissances, d'habiletés d'apprentissage social et d'expériences) procure un sentiment d'appartenance, des relations de soutien, des rôles sociaux valorisés et un accès à la communauté ;
- 8) Le respect : la participation de l'environnement de la personne (systèmes, communauté, etc.) est cruciale dans le processus de rétablissement dans le but qu'elle s'accepte et qu'elle retrouve l'estime d'elle-même. Ceci assure l'inclusion et la participation active de la personne dans tous les aspects de sa vie ;
- 9) La responsabilité de son rétablissement : l'individu détient la responsabilité de sa propre démarche et de s'occuper de lui-même ;
- 10) L'espoir : l'entourage de la personne peut stimuler et alimenter son espoir qui est le catalyseur du processus de rétablissement.

6. Méthodologie

6.1 LA PROCÉDURE ET LES CRITÈRES DE SÉLECTION

Certaines études antérieures, pour la plupart exploratoires, ont permis d'identifier une relation entre le travail et le rétablissement. Ma recherche, quant à elle, est de type descriptif. Elle se veut représentative du vécu et des expériences qui caractérisent des personnes aux prises avec des troubles mentaux afin de comprendre en quoi leur situation d'emploi sur le marché régulier participe à leur rétablissement (Fortin, Taggart, Kérouac et Normand, 1988 dans Saint-Jacques, 2005). En ce sens, la présente étude s'inscrit dans une perspective qualitative puisque l'accent est mis sur les propos et les réflexions des participants.

Les données ont été recueillies lors d'entrevues semi-structurées à questions ouvertes afin de bien circonscrire les perceptions qu'ont les participants (Mayer, Ouellet, Saint-Jacques et Turcotte, 2000) de la façon dont leur emploi leur permet ou non de se rétablir. Il est à noter que j'ai pris garde aux termes utilisés pour interviewer les participants afin de ne pas teinter ou diriger leurs propos. Le temps moyen des entrevues est d'une heure, la plus longue ayant duré 1 heure 51 minutes et la plus courte, 29 minutes.

Étant donné que j'ai fait appel à des sujets humains, pour des préoccupations éthiques, cette recherche a reçu l'approbation (#2007-069) du Comité d'éthique de la recherche de l'Université Laval (CÉRUL). J'ai respecté la dignité humaine puisque j'ai protégé les intérêts des personnes en leur demandant de signer un formulaire de consentement libre et éclairé (voir l'**Annexe 1**) par lequel je les ai informées en détails de la procédure ainsi que des objectifs de l'étude. J'ai également porté attention au respect de la vie privée, de la confidentialité des données et de l'anonymat des participants invités. À cette fin, j'ai attribué un code et un prénom fictif à chaque participant et je n'ai inscrit aucune information qui pourrait permettre de les identifier. De plus, deux ans après le dépôt final de mon mémoire, je détruirai les enregistrements de la transcription du verbatim qui, entre-temps, sont gardés sous clé. Enfin, j'ai remis les coordonnées de ma

superviseure de maîtrise et de l'ombudsman de l'Université Laval afin de permettre aux participants d'avoir des recours s'ils se sentent lésés au cours de la procédure.

Lors de mon étude, je prévoyais faire face à certaines difficultés. Par exemple, le recrutement aurait pu être ardu s'il est exact que les gens vivant avec un trouble mental sont peu nombreux sur le marché compétitif de l'emploi. Au total, j'ai reçu 27 appels de participants potentiels. Pour plusieurs d'entre eux, les délais de recrutement étaient largement dépassés. De ce nombre, six individus ne répondaient pas aux critères de sélection suivants :

- 1) Être âgé entre 25 et 65 ans ;
- 2) Avoir un diagnostic de trouble bipolaire, de schizophrénie, de dépression majeure ou de trouble de personnalité ;
- 3) Bénéficier ou avoir bénéficié d'un suivi en psychiatrie ;
- 4) Avoir vécu au moins une hospitalisation ou avoir subi des conséquences négatives ou une interruption du travail à cause du trouble mental ;
- 5) Avoir occupé un emploi régulier à temps partiel (minimum 10 heures/semaine) ou à temps plein pendant au moins six mois consécutifs dans les deux dernières années.

Ces critères reflètent ce qui se retrouve dans les écrits scientifiques (ex : Russinova et al., 2002). Étant donné les recommandations de l'École de service social de l'Université Laval (l'augmentation du nombre de participants représente une charge de travail inappropriée pour un diplôme de maîtrise), j'ai limité mon échantillon à dix personnes, tel que prévu. Précisons que parmi les 27 participants potentiels, 16 d'entre eux ont proposé leur participation pendant la période prévue de recrutement. De ce nombre, six personnes ne correspondaient pas aux critères de sélection. Aussi, 11 individus ont proposé leur participation alors que l'auteure de ce mémoire avait entamé l'analyse des données, la période de recrutement était donc largement dépassée. Les 27 personnes ont été recontactées. Celles n'ayant pas été choisies pour la présente étude ont été remerciées et le refus de leur recrutement leur a été expliqué. Les individus recrutés ont reçu davantage d'informations sur cette recherche afin d'assurer un consentement éclairé. Ils ont ensuite été rencontrés pour la lecture et la signature du formulaire de consentement ainsi que pour l'entrevue. Quant aux limites à l'utilisation des données, elles sont principalement en lien

avec l'échantillon. Étant donné les critères de sélection utilisés, les participants ne sont évidemment pas représentatifs de la population entière des personnes aux prises avec un trouble mental qui occupent un emploi régulier. De plus, deux participants occupent un emploi sur le marché compétitif dont un des critères d'embauche est d'être aux prises avec un trouble mental. Pour des raisons de confidentialité et d'anonymat, ces deux participants ne seront pas identifiés comme tel dans cette étude. Une dernière difficulté réside dans le désistement tardif d'un des participants : pour des motifs personnels, nous n'avons pas pu terminer l'entrevue (un peu moins de la moitié du questionnaire a été répondu). J'ai dû retravailler mes données et me baser sur les propos de neuf participants.

6.2 L'ANALYSE DES DONNÉES OBTENUES

Afin de traiter les données recueillies, j'ai procédé à une analyse de contenu qui m'a permis de définir les éléments constitutifs du phénomène étudié (Mayer et al., 2000). J'ai ensuite élaboré des modèles-types à partir des données empiriques afin de répondre aux questions de recherche de départ sur la nature des liens existant entre ces modèles (Dorais, 1993). Plus spécifiquement, j'ai procédé à un codage ouvert (similitudes et distinctions), à un codage axial (relations entre les thèmes/catégories/concepts) et un codage sélectif (trouver les scénarios-types) [Glaser et Strauss, dans Dorais, 1993]. J'ai également utilisé six schèmes d'analyse (Dorais, 1993) ayant pour thèmes la nature du phénomène (quelles sont les circonstances qui interagissent avec le travail lorsque celui-ci favorise et lorsqu'il nuit au rétablissement ?) ; comment ce processus est vécu de l'intérieur (quelle perception la personne a de l'effet de son emploi sur son rétablissement ; de l'incidence de son trouble mental sur le choix de son emploi actuel ?) ; la fonction du travail (comment le travail joue-t-il un rôle pour l'individu ; quels sont ces rôles ; quelle est l'utilité du travail dans son processus de rétablissement ?) ; la signification que le participant attribue au rétablissement (quels sens donne-t-il à son rétablissement et à son trouble mental ?) ; et les termes utilisés (quels mots la personne utilise-t-elle pour parler de son rétablissement ainsi que de son trouble mental ?).

6.3 LE MATÉRIEL

Les 29 questions de l'entrevue semi-structurée (voir l'**Annexe 2**), préalablement définies, étaient divisées en six thèmes : 1) la perception du travail (neuf questions) ; 2) la perception du rétablissement (deux questions) ; 3) la perception de soi (trois questions) ; 4) la perception du trouble mental (six questions) ; 5) la conciliation travail – trouble mental (cinq questions) ; 6) le soutien formel et informel reçu (quatre questions). J'ai terminé chaque rencontre en demandant aux personnes interviewées si elles avaient des commentaires ou des questions. Avant de les remercier de leur générosité et de leur implication, j'ai remis à chacune d'entre elles une liste d'organismes d'écoute et de soutien si jamais les sujets abordés leur faisaient revivre des moments difficiles. Les entrevues ont été enregistrées sur magnétophone et j'ai procédé à la transcription verbatim de leur contenu. Préalablement à cela, j'ai procédé à des entrevues téléphoniques de sélection pour obtenir les données sociodémographiques (voir l'**Annexe 3**) et pour évaluer si les participants étaient en processus de rétablissement au moment de la recherche. À cette fin, j'ai eu recours à un instrument de mesure validé, le *Recovery Assessment Scale* (RAS) de Giffort, Schmook, Woody, Vollendorf et Gervain (1995, dans Campbell-Orde, Chamberlin, Carpenter et Leff, 2005). Une traduction maison a été utilisée (voir l'**Annexe 4**). Le RAS porte une attention particulière aux notions d'espoir et d'autodétermination qui sont cruciales lorsqu'il s'agit de rétablissement. Ce dernier est considéré comme étant un processus par les auteurs du RAS, par conséquent, ce test détermine si des individus sont en processus de rétablissement ou non plutôt que s'ils sont rétablis ou non. Le RAS a été développé avec la contribution d'utilisateurs de services en santé mentale. Il est constitué de quarante-et-un énoncés et nécessite environ vingt minutes pour y répondre. Cet outil possède de bonnes qualités métrologiques : le coefficient de Cronbach a été évalué et montre une très bonne cohérence interne (alpha de 0.93); la fidélité test-retest est très bonne (coefficient de corrélation de Pearson à 0.88). Des analyses factorielles auprès de 1 750 participants ont révélé que le RAS mesure cinq facteurs : la confiance en soi et l'espoir (neuf énoncés) ; la capacité de demander de l'aide (trois énoncés) ; les buts et les succès (cinq énoncés) ; la confiance aux autres (quatre énoncés) ; et la non domination par les

symptômes (trois énoncés). L'outil en question détient donc une bonne fidélité et une bonne validité (Campbell-Orde, Chamberlin, Carpenter et Leff, 2005). Les limites du RAS tiendraient du fait que la sensibilité au changement chez les utilisateurs n'a pas été établie.

6.4 LE RECRUTEMENT DES PARTICIPANTS

Pour ce qui est de l'échantillonnage, il est non probabiliste et intentionnel (Mayer et al., 2000). Les personnes ont été choisies précisément selon les caractéristiques suivantes : des adultes âgés de vingt-cinq à soixante ans qui ont un diagnostic de trouble bipolaire, de schizophrénie, de dépression majeure ou de trouble de personnalité ; ils bénéficient ou ont bénéficié d'un suivi en psychiatrie et ont vécu au moins une hospitalisation ; ils ont occupé un emploi régulier à temps partiel (minimum dix heures par semaine) ou à temps plein pendant au moins six mois consécutifs dans les deux dernières années.

Au départ, deux organismes communautaires avaient été ciblés pour recruter des participants (voir l'Annexe 4). Premièrement, l'APUR (l'Association de personnes utilisatrices de services en santé mentale de la région de Québec) qui est une association de type par et pour, c'est-à-dire gérée par des personnes utilisatrices de services en santé mentale et dédiée à cette même catégorie d'individus, qui a pour mission la défense des intérêts des personnes utilisatrices de services en santé mentale. Ses employés et certains de ses membres répondent aux critères énumérés précédemment. Il est à noter que l'auteure de ce mémoire est actuellement présidente du conseil d'administration de cette association. Deuxièmement, ÉquiTravail qui est un organisme de soutien à l'emploi pour des personnes aux prises avec un trouble mental. Les intervenants leur offrent un accompagnement pour intégrer le marché de l'emploi régulier. Dans les faits, à part un individu, les personnes faisant partie de l'échantillon ont été recrutées par la méthode boule de neige, c'est-à-dire par le bouche à oreille (Dorais, 2006), parmi mon réseau professionnel et social. Ainsi, les possibles conséquences de ma position de présidente du conseil d'administration de l'APUR sur le consentement des individus recrutés ont été réduites au minimum. Tel que mentionné précédemment, les dix premiers individus correspondant aux critères de sélection qui ont démontré leur intérêt à participer à cette étude ont été contactés.

Puisqu'une femme s'est désistée avant la réalisation de l'entrevue, une onzième personne a été recrutée. Au total, cinq hommes et cinq femmes ont été interviewés. Toutefois, tel que mentionné précédemment, un des participants s'est désisté en cours de rédaction de ce mémoire pour des raisons personnelles. L'entrevue n'ayant pas été complétée, ses réponses n'ont pas été prises en considération dans cette étude. Les caractéristiques des participants sont illustrées au **Tableau 1** et au **Tableau 2** et des moyennes ou des pourcentages ont été calculés pour chacune de ces caractéristiques. Il est à noter que le revenu annuel brut peut sembler insuffisant pour quelques participants. C'est que certains d'entre eux, en cours d'année, ont changé d'emploi, ont travaillé à temps partiel ou ont vécu une période de chômage ou d'invalidité.

Tableau 1. Données sociodémographiques des participantes et des participants à la recherche (n = 9).

<i>Noms fictifs, âge</i>	Diagnostic	Nombre d'hospitalisations	Ethnie	Statut civil	Nombre d'enfant(s)
Yves, 32 ans	Trouble bipolaire	1	Caucasienne	Séparé et conjoint de fait	Aucun
Simone, 47 ans	Schizophrénie	15	Caucasienne	Conjoint de fait	2
Sylvie, 39 ans	Dépression majeure et anxiété généralisée	1	Caucasienne	Conjoint de fait	Aucun
Érika, 55 ans	Trouble bipolaire	6	Caucasienne	Divorcée	Aucun
Andrée, 48 ans	Trouble bipolaire	4	Caucasienne	Divorcée et conjoint de fait	1
Élisa, 41 ans	Trouble bipolaire	4	Caucasienne	Conjoint de fait	1
David, 42 ans	Trouble bipolaire	6	Caucasienne	Conjoint de fait	1
Carl, 30 ans	Trouble bipolaire	5	Arabo-québécoise	Célibataire	Aucun
Fabien, 26 ans	Trouble de personnalité limite	4	Caucasienne	Célibataire	Aucun

Tableau 2. Données sociodémographiques des participantes et des participants à la recherche (n = 9) (suite).

<i>Noms fictifs</i>	Diplôme	Poste, heures travaillées par semaine	Ancienneté (en année)	Revenu brut en 2006 (en milliers de \$)	Résidence
Yves	Bacc. psychologie	Chargé de projets, 35 heures	0.5	]10\$-20\$[	Appartement
<i>Simone</i>	D.E.S.	Gestionnaire, 40 heures	1	]30\$-40\$[	Propriétaire d'une maison
<i>Sylvie</i>	Médecine vétérinaire	Vétérinaire consultante, 35 heures	1	]20\$-30\$[	Propriétaire d'une maison
<i>Érika</i>	Bacc. sciences sociales	Intervenante, 35 heures	3	]40\$-50\$[	Appartement
<i>Andrée</i>	Bacc. récréologie	Agente de programme, 35 heures	0.5	]20\$-30\$[	Propriétaire d'un condo.
<i>Élisa</i>	Bacc. service social	Intervenante, 35 heures	1	< 10\$	Propriétaire d'une maison
<i>David</i>	D.E.C. général	Menuisier, 40 heures	1	]50\$-60\$[	Propriétaire d'une maison
<i>Carl</i>	D.E.S.	Chauffeur de taxi, 40 heures	5	]10\$-20\$[	Appartement
<i>Fabien</i>	Bacc. sciences infirmières	Infirmier clinicien, 35 heures	7	]40\$-50\$[	Locataire d'une maison (chez sa mère)

Les neuf participants ont en moyenne 40 ans ; 89% sont caucasiens ; 56% sont des femmes ; 67% ont un diagnostic de trouble bipolaire ; ils ont vécu en moyenne cinq hospitalisations ; 67% sont conjoints de fait ; 56% n'ont pas d'enfant ; 67% ont complété des études universitaires ; ils travaillent tous à temps plein et en moyenne 37 heures par semaine ; la durée moyenne de l'ancienneté est de deux ans ; le salaire annuel moyen est de 30 000\$; enfin, 56% d'entre eux sont propriétaires d'une maison unifamiliale.

7. Résultats

Voyons maintenant les résultats de cette étude. Tout d'abord, les résultats au RAS seront explorés. Ensuite, nous verrons les similitudes et les spécificités des résultats entre les participants. Puis des modèles émergents sont proposés à la suite de la mise en relation des résultats au RAS, des six thèmes du questionnaire d'entrevue et du cadre conceptuel.

7.1 LES RÉSULTATS AU TEST *RECOVERY ASSESSMENT SCALE* (RAS)

Selon Giffort et ses collaborateurs (1995), les personnes obtenant une cote moyenne de trois ou plus au RAS, qui constitue le seuil, sont en processus de rétablissement. Pour calculer la cote globale de chaque individu, il suffit d'additionner les réponses « fortement en désaccord » qui valent un point, « en désaccord » qui valent deux points, « incertain » qui valent trois points, « en accord » qui valent quatre points et « fortement en accord » qui valent cinq points. Il n'y a aucun énoncé à inverser. Selon ce calcul, les neuf participants de cette étude sont en processus de rétablissement. Une cote moyenne plus près de cinq indique que la personne est plus avancée dans son processus de rétablissement, au moment de la passation du test, qu'une autre ayant obtenu une cote moyenne plus près de trois. En effet, les réponses données aux questions du RAS peuvent différer d'une époque de vie à une autre, d'où la perception du rétablissement par les auteurs de ce test comme étant un processus et non un but à atteindre. Les résultats des participants à chacune des questions du RAS sont exposés au **Tableau 3**.

- ◆ Cote moyenne de 3.8 : Érika et Carl ;
- ◆ Cote moyenne de 4 : Yves, Sylvie, Andrée, David et Fabien ;
- ◆ Cote moyenne de 4.9 : Simone ; et de 4.8 : Élisabeth.

Tableau 3. Résultats des participants au test *Recovery Assessment Scale* (RAS).

	Fortement en désaccord	En désaccord	Incertain	En accord	Fortement en accord
1. Je désire réussir	0	0	0	Érika, David.	Yves, Simone, Sylvie, Andrée, Élisabeth, Carl, Fabien.
2. J'ai mon propre plan pour préserver mon bien-être ou aller mieux	0	0	0	Yves, Sylvie, Érika, Andrée, David, Carl, Fabien.	Élisabeth, Simone.
3. J'ai des buts dans la vie que je veux atteindre	0	0	0	Sylvie, Érika, Élisabeth.	Yves, Simone, Andrée, David, Carl, Fabien.
4. Je crois que je peux atteindre mes objectifs actuels	0	0	Fabien.	Yves, Sylvie, Érika, Carl.	Simone, Andrée, Élisabeth, David.
5. J'ai une raison d'être dans la vie	0	0	Fabien.	Sylvie, Érika.	Yves, Simone, Andrée, Élisabeth, David, Carl.
6. Même quand je ne me soucie pas de moi, d'autres le font à ma place	0	Carl.	0	Sylvie, Érika, David, Fabien.	Yves, Simone, Andrée, Élisabeth.
7. Je comprends comment contrôler les symptômes de mon trouble mental	0	0	Andrée.	Yves, Sylvie, Érika, David, Carl, Fabien.	Simone, Élisabeth

	Fortement en désaccord	En désaccord	Incertain	En accord	Fortement en accord
8. Je peux me débrouiller si je redeviens malade	Carl	0	0	Yves, Sylvie, Érika, Andrée, Fabien.	Simone, Élisabeth, David.
9. Je peux identifier ce qui déclenche les symptômes de mon trouble mental	0	0	Andrée.	Érika, David, Carl.	Yves, Simone, Sylvie, Élisabeth, Fabien.
10. Je peux faire en sorte de devenir meilleur	0	0	0	Yves, Érika, David, Fabien.	Simone, Sylvie, Andrée, Élisabeth, Carl.
11. La peur ne m'empêche pas de vivre comme je le veux	0	Érika.	Yves, Sylvie, Fabien.	Élisabeth, David, Carl.	Simone, Andrée.
12. Je sais qu'il existe des services en santé mentale qui peuvent m'aider	0	0	0	Yves, Sylvie, Érika, David, Carl.	Simone, Andrée, Élisabeth, Fabien.
13. Il y a des choses que je peux faire pour m'aider à composer avec les symptômes non désirés	0	0	0	Yves, Sylvie, Érika, Andrée, David, Carl.	Simone, Élisabeth, Fabien.
14. Je peux composer avec ce qui arrive dans ma vie	0	0	0	Yves, Sylvie, Érika, Andrée, Carl, Fabien.	Simone, Élisabeth, David.
15. Je m'apprécie	0	0	Érika, Fabien.	Yves, Élisabeth.	Simone, Sylvie, Andrée, David, Carl.

	Fortement en désaccord	En désaccord	Incertain	En accord	Fortement en accord
16. Si les autres me connaissaient vraiment, ils m'aimeraient	0	0	Andrée, David.	Sylvie, Érika, Carl, Fabien.	Yves, Simone, Éliisa.
17. Je suis une meilleure personne qu'avant mon expérience du trouble de santé mentale	0	Carl.	Éliisa.	Érika.	Yves, Simone, Sylvie, Andrée, David, Fabien.
18. Même si mes symptômes empirent, je peux composer avec eux	Carl.	0	Yves, Érika, Andrée, Fabien.	Sylvie, David.	Simone, Éliisa.
19. Si je continue de faire des efforts, je continuerai à mieux me porter	0	0	David.	Sylvie, Érika, Carl.	Yves, Simone, Andrée, Éliisa, Fabien.
20. J'ai une idée de qui j'aimerais devenir	0	0	David.	Yves, Sylvie, Érika, Andrée, Carl, Fabien.	Simone, Éliisa.
21. Les choses arrivent pour une raison	Yves, Carl.	0	Simone, Érika, Éliisa.	Andrée, David.	Sylvie, Fabien.
22. Éventuellement, quelque chose de bon surviendra	Andrée, Carl.	0	Érika, David, Fabien.	Yves, Sylvie, Éliisa.	Simone.
23. Je suis la personne la plus responsable de mon amélioration	0	Érika.	Simone, David.	Carl, Fabien.	Yves, Sylvie, Andrée, Éliisa.
24. J'ai espoir en mon avenir	0	0	Fabien.	Yves, Sylvie, Érika, Carl.	Simone, Andrée, Éliisa, David.

	Fortement en désaccord	En désaccord	Incertain	En accord	Fortement en accord
25. Je continue de développer de nouveaux intérêts	0	0	Érika.	Yves, Sylvie, Carl, Fabien.	Simone, Andrée, Élisabeth, David.
26. C'est important d'avoir du plaisir	0	0	0	Sylvie, Érika, Carl, Fabien.	Yves, Simone, Andrée, Élisabeth, David.
27. Composer avec mon trouble mental n'est plus le centre de ma vie	0	Érika, Fabien.	Carl.	Yves, Sylvie, Élisabeth, David.	Simone, Andrée.
28. Mes symptômes interfèrent de moins en moins avec ma vie	0	0	0	Yves, Sylvie, Érika, Andrée, Carl, Fabien.	Simone, Élisabeth, David.
29. Mes symptômes semblent être un problème pendant une plus courte période chaque fois qu'ils se produisent	0	0	Andrée.	Sylvie, Érika, David, Carl, Fabien.	Yves, Simone, Élisabeth.
30. Je sais quand demander de l'aide	0	0	Yves, Andrée.	Sylvie, Érika, David, Carl.	Simone, Élisabeth, Fabien.
31. Je suis prêt à demander de l'aide	0	0	0	Yves, Sylvie, Érika, Andrée, David, Carl.	Simone, Élisabeth, Fabien.
32. Je demande de l'aide quand j'en ai besoin	0	Yves.	David.	Sylvie, Érika, Carl.	Simone, Andrée, Élisabeth, Fabien.

	Fortement en désaccord	En désaccord	Incertain	En accord	Fortement en accord
33. Être capable de travailler est important pour moi	0	0	0	Simone.	Yves, Sylvie, Érika, Andrée, Élisabeth, David, Carl, Fabien.
34. Je sais ce qui m'aide à me sentir mieux	0	0	David, Fabien.	Yves, Sylvie, Érika.	Simone, Andrée, Élisabeth, Carl.
35. Je peux apprendre de mes erreurs	0	0	0	Sylvie, Érika, David, Carl, Fabien.	Yves, Simone, Andrée, Élisabeth.
36. Je peux composer avec le stress	0	Yves.	Sylvie, Fabien.	Érika, Andrée, Élisabeth, David, Carl.	Simone.
37. Je connais des gens sur qui je peux compter	0	0	0	Sylvie, Érika, Carl, Fabien.	Yves, Simone, Andrée, Élisabeth, David.
38. Je peux identifier les signes précurseurs de mon trouble mental	0	Andrée.	0	Yves, Sylvie, Érika, David, Carl, Fabien.	Simone, Élisabeth.
39. Même quand je ne crois pas en moi, d'autres le font à ma place	0	0	David, Carl.	Sylvie, Érika, Andrée, Fabien.	Yves, Simone, Élisabeth.
40. Il est important d'avoir une variété d'amis	Andrée.	0	0	Yves, Sylvie, Érika, Carl.	Simone, Élisabeth, David, Fabien.

	Fortement en désaccord	En désaccord	Incertain	En accord	Fortement en accord
41. Il est important d'avoir des habitudes de vie saines	0	0	0	Sylvie, David, Fabien.	Yves, Simone, Érika, Andrée, Éliisa, Carl.

D'après ce tableau, il semble que quelques participants éprouvent des doutes par rapport à certains aspects de leur propre processus de rétablissement. Par exemple, à partir des résultats au RAS, Érika et Fabien considèrent que leur trouble mental est encore au centre de leur vie. En ce sens, Fabien affirme accorder énormément d'énergie et d'heures par semaine pour des thérapies individuelles, de groupe, les groupes d'entraide, etc. afin d'être en mesure de contrôler ses symptômes et améliorer sa santé mentale. Ce n'est que vers la fin de ses démarches thérapeutiques qu'il aura l'accord de son psychiatre pour son retour au travail. Quant à Érika, elle verbalise le stress régulier relié au fait qu'elle désire faire oublier qu'elle est aux prises avec un trouble mental. Par conséquent, elle se sent souvent obligée de performer en tout temps, peu importe les circonstances. Ou encore, Andrée a répondu par la négative à l'item #38 et exprime effectivement, lors de l'entrevue individuelle, que : « j'ai toujours la sensation qu'il y a quelque chose d'externe à [son trouble bipolaire] sur lequel je n'ai pas de contrôle [lorsqu'il s'agit des déclencheurs du trouble]. Le dernier épisode [...] j'ne voyais pas de raisons réelles [ayant causé sa survenue]. ». Elle ajoute ne pas se connaître suffisamment par rapport à sa problématique de santé mentale pour pouvoir identifier de façon certaine les facteurs qui déclenchent ou aggravent les manifestations psychiatriques de son trouble bipolaire. Considérons un dernier exemple, celui d'Yves qui a exprimé son désaccord par rapport à l'item #32 et qui a donné une réponse semblable en entrevue individuelle : « [quand j'ai besoin d'aide] j'ai tendance à vouloir m'en sortir tout seul. ».

7.2 LES PROFILS SPÉCIFIQUES DES PARTICIPANTS QUANT À LEUR PERCEPTION DU LIEN ENTRE LE TRAVAIL ET LE RÉTABLISSEMENT

Poursuivons avec ce qui caractérise les participants. Deux thèmes principaux semblent ressortir davantage des résultats, ou être plus significatifs, par rapport aux réponses des neuf personnes interviewées. En effet, la perception du rétablissement, la perception du lien entre le travail et le rétablissement ainsi que les facteurs favorisant ce processus et ce lien semblent permettre de diviser les participants selon des catégories ou des modèles-types. Ainsi, il est possible de s'approcher d'une réponse à la question fondamentale de cette étude : à partir du vécu de personnes aux prises avec un trouble mental, comment le travail compétitif participe à leur rétablissement ?

1) Quant à la perception du rétablissement :

- Six participants expriment être en processus de rétablissement malgré la présence de symptômes et de risques de rechute : Yves, Simone, Sylvie, Andrée, David, Fabien ;
- Un individu interviewé juge ne pas être actuellement en processus de rétablissement : Érika ;
- Deux participants croient être rétablis malgré la persistance de symptômes et de risques de rechute : Élisabeth, Carl ;
- Deux participants perçoivent le rétablissement comme étant une guérison du trouble mental : Érika, Fabien ;
- Cinq participants pensent qu'ils ne seront jamais rétablis à 100% : Yves, Sylvie, Érika, Andrée, David ;
- Une personne interviewée exprime que le rétablissement n'est pas un processus mais un état de conscience : Carl ;
- Cinq individus rencontrés considèrent leur incapacité psychiatrique comme étant une maladie (Yves, Érika, Andrée, Élisabeth, Carl) alors que quatre participants n'utilisent pas le mot maladie lorsqu'ils s'expriment au sujet de leur trouble mental (Simone, Sylvie, David, Fabien).

1.1. Au sujet des facteurs favorisant le rétablissement :

- Sept participants jugent que le soutien de la part de leur entourage favorise le rétablissement : Yves, Simone, Sylvie, Andrée, Élisabeth, David, Fabien ;
- Trois personnes interviewées admettent que l'hygiène de vie, la routine quotidienne et la discipline de vie contribuent à ce processus : Yves, Érika, Carl ;
- Quatre participants mentionnent que vivre dans un environnement sain aide au rétablissement : Simone, Sylvie, Élisabeth, David ;

- Deux participantes croient que la vigilance par rapport aux symptômes favorise ce processus : Sylvie, Éliisa ;
- Deux individus rencontrés pensent que le fait d'aider autrui contribue au rétablissement : Érika, Fabien ;
- Deux participantes considèrent que la gestion du stress et des émotions participe à ce processus : Andrée, Éliisa ;
- Deux participants expriment que prendre de la médication et se tenir informé au sujet du trouble mental favorisent le rétablissement : David, Carl ;
- Quatre personnes interviewées identifient chacune des facteurs favorisant ce processus qui n'ont pas été mentionnés par d'autres participants : Yves (le sens donné à nos difficultés, éviter de sentir que nous sommes victimes de notre trouble mental), Andrée (la qualité de vie, une vie affective satisfaisante et du temps pour se ressourcer), Éliisa (l'équilibre des différents domaines de vie), Carl (les acquis du passé qui deviennent des points de repère dans le présent).

2) Quant à la perception du lien entre le travail et le rétablissement :

- Sept participants jugent que le travail améliore la santé mentale : Yves, Simone, Sylvie, Érika, Andrée, Éliisa, Carl ;
- Deux individus interviewés expriment que le travail nuit à la santé mentale : David, Fabien ;
- Quatre participants admettent qu'il faut être vigilants quant aux sources de stress pour que le travail favorise la santé mentale : Yves, Sylvie, Andrée, Éliisa ;
- Six personnes rencontrées croient qu'il faut être vigilants quant à l'équilibre des divers domaines de vie pour que le travail favorise la santé mentale ou d'éviter qu'il soit nuisible : Simone, Érika, Andrée, David, Carl, Fabien.

2.2. Au sujet des facteurs favorisant le lien entre le travail et le rétablissement :

- Trois participants pensent que le fait de pouvoir prouver ses capacités professionnelles favorise la contribution du travail au rétablissement : Yves, Érika, Carl ;
- Deux personnes interviewées expriment que leur emploi favorise ce processus car il leur permet de penser à autre chose qu'à leur trouble mental : Simone, Sylvie ;
- Deux participants considèrent qu'aucun facteur ne favorise le lien entre le travail et le rétablissement : David, Fabien ;

- Six individus rencontrés identifient des facteurs qu'aucun autre participant n'a mentionnés : Yves (occuper un emploi diminue le sentiment d'oppression en permettant de reprendre du pouvoir sur sa vie), Simone (l'emploi permet d'obtenir une meilleure qualité de vie), Sylvie (pour que l'emploi participe au rétablissement, il faut connaître ses limites), Érika (l'emploi permet de vivre des relations interpersonnelles gratifiantes), Élisabeth (l'emploi assure une sécurité financière, il entraîne une routine quotidienne, il permet de se fixer des objectifs de vie et donne de la satisfaction), Carl (l'emploi implique d'assumer des responsabilités et ainsi, il participe à la valorisation de soi).

Il semble que les neuf individus peuvent être classés selon leur perception du lien entre le travail sur le marché régulier de l'emploi et le rétablissement d'un trouble mental.

Trois types de perceptions ressortent :

- ◆ Un lien positif entre le travail et le rétablissement : de façon générale, le travail peut améliorer la santé mentale (Simone, Érika, Carl) ;
- ◆ Un lien négatif entre le travail et le rétablissement : dans la majorité du temps, le travail risque de nuire à la santé mentale (David, Fabien) ;
- ◆ Un lien contextuel entre le travail et le rétablissement : le travail peut généralement améliorer la santé mentale mais certains contextes peuvent faire en sorte qu'il nuise à la santé mentale (Yves, Sylvie, Andrée, Élisabeth).

Voyons maintenant plus en détails les profils spécifiques des participants selon qu'ils perçoivent un lien positif, un lien négatif ou un lien contextuel entre le travail sur le marché compétitif et le rétablissement d'un trouble mental.

7.2.1. Un lien positif entre le travail et le rétablissement

SIMONE : UN DÉFAUT DE FABRICATION

La perception du travail

Simone, âgée de 47 ans, juge que son emploi de gestionnaire d'un organisme communautaire est routinier, c'est-à-dire que son travail implique une liste de tâches clairement définies à l'avance qui ne changent pas tellement avec le temps, et cette situation lui plaît ainsi. Elle décrit ainsi une journée-type : « c'est faire la gestion de l'organisme, faire la gestion du personnel, faire la gestion des bénévoles. Également planifier des activités en lien avec les orientations de l'organisme donc actualiser les orientations, le côté pragmatique, si on veut. ». Ce poste correspond à l'idéal professionnel de cette participante car il lui permet d'apprendre, de s'accomplir, de reprendre le pouvoir sur sa vie et de mettre à profit sa créativité ainsi que ses habilités sociales. Toutefois, ses objectifs de vie ne sont pas en lien avec le travail mais plutôt d'ordre personnel comme voyager, acheter une maison, profiter de la vie avec son entourage, etc. Simone croit que son emploi améliore sa santé mentale car elle peut ainsi penser à autre chose qu'à sa condition psychiatrique en plus d'améliorer sa qualité de vie. Selon elle, tant que sa vie est équilibrée, son occupation professionnelle ne risque pas de nuire à sa santé mentale.

La perception du rétablissement

Cette participante, ayant obtenu la cote moyenne la plus élevée au RAS (4.9), se considère effectivement en processus de rétablissement malgré la présence de symptômes et la crainte toujours présente de rechuter. Pour elle, être en rétablissement consiste à : « avoir une paix intérieure, d'arriver à avoir une quiétude et de [ne] pas sentir cette souffrance qui t'habite à l'intérieur de toi [...] malgré que de temps en temps [elle] vient faire une p'tite visite. ». Elle nomme aussi l'importance du soutien de son entourage pour l'accompagner dans le processus en plus de la qualité des différents milieux dans lesquels elle vit. En effet, bien qu'elle considère avoir le premier rôle quant à son rétablissement, elle souligne que : « la santé mentale, c'est vraiment bio-psycho-social ». Selon ses dires,

elle assume la responsabilité de ce processus en allant chercher de l'aide auprès de gens en qui elle a confiance et en mettant en pratique leurs conseils, même si elle ne les comprend pas toujours.

La perception de soi

Simone nomme sans hésitation ses qualités en tant qu'employée : le dévouement, la ponctualité, l'honnêteté, le fait d'être au service d'autrui et l'aptitude à prendre sa place sans rien enlever aux autres. Elle ajoute que : « réussir à rassembler des gens qui ont des opinions diverses, pour moi c'est une grande réussite [professionnelle] ». Lorsqu'elle est questionnée au sujet de ses limites, elle situe ces dernières davantage sur le plan de ses attributs personnels (impatience).

La perception du trouble mental

« [Un trouble mental] c'est tellement complexe, tellement large... J'ai envie de te dire un défaut de fabrication. ». C'est de cette façon que Simone image son incapacité psychiatrique. Pour ce qui est du sens qu'elle donne à cette partie de sa vie, elle affirme le chercher encore. Elle ajoute ensuite que : « j'suis profondément convaincue que si je suis heureuse aujourd'hui, c'est parce que j'ai eu un trouble mental et parce que j'ai traversé [les étapes de] la réadaptation en psychiatrie. ». Selon Simone, le fait de réussir à transcender son incapacité psychiatrique lui permet d'augmenter sa capacité de tolérer les difficultés de façon générale (frustrations, stress, etc.). Bien qu'elle considère que vivre l'enfer des troubles mentaux est la pire chose qui puisse arriver dans une existence, cette expérience l'a habilitée à réviser ses priorités de vie. Par exemple, elle ne veut plus accorder d'importance à un plan de carrière quelconque au détriment de sa vie de couple. Parmi les déclencheurs et les facteurs aggravant ses symptômes psychiatriques, elle identifie les situations de rejet, un environnement bruyant et les excès d'alcool. Ces trois éléments tendent à la fatiguer plus rapidement et à exacerber son hypersensibilité sur le plan émotif par rapport aux stimuli environnants et aux réactions de son entourage. Ainsi, elle croit exercer un pouvoir sur ses symptômes en évitant certains contextes et circonstances ainsi que la consommation excessive d'alcool.

La conciliation travail-trouble mental

Ayant occupé plus d'une trentaine d'emplois compétitifs différents, être aux prises avec un trouble mental a réorienté la carrière de Simone. Ses collègues et son employeur actuels sont au courant du fait qu'elle est aux prises avec un trouble mental, ceci n'ayant pas été le cas pour l'ensemble de ses emplois. La sensation d'être inutile, le manque de reconnaissance de ses compétences et de ses réussites ainsi que le manque de valorisation de soi représentent les principaux obstacles à la conciliation travail-trouble mental. Les mesures d'accommodement qui lui sont offertes dans son emploi actuel se situent sur le plan de la diversité des tâches et de la possibilité d'ajuster son horaire selon ses besoins. Bien que certains de ses collègues soient aussi aux prises avec des problématiques psychiatriques, elle spécifie qu'elle expérimente fréquemment de l'incompréhension de leur part. D'ailleurs, elle constate que les individus vivant avec un trouble mental entretiennent parfois des préjugés les uns par rapport aux autres. Il est à noter que cette participante ne prend aucune médication actuellement car elle juge que cela nuit énormément à sa qualité de vie. Les effets secondaires l'empêchaient entre autres de travailler. Elle affirme avoir trouvé des « exutoires comme souper avec des amis et une bonne bouteille de vin le samedi soir. ».

Le soutien formel et informel

Cette participante bénéficie d'un suivi ponctuel en psychiatrie qui, selon ses dires, contribue parmi d'autres éléments à éviter d'être hospitalisée, de subir un licenciement, de perdre son conjoint, etc. Il y a aussi un groupe de gens proches d'elle qui lui servent en quelque sorte de remparts. Ces personnes, en qui elle a vraiment confiance, lui signalent l'apparition de symptômes si jamais Simone ne s'en rend pas compte par elle-même. Elle précise que les membres de sa famille ne font pas partie de cette catégorie d'individus. Elle a compris qu'elle ne devait pas les mettre au courant des détails de son vécu pour éviter les mésententes. Donc quand elle a un problème, elle contacte les gens qu'elle a préalablement identifiés, des professionnels pour la plupart. Du reste, elle a conservé des liens avec les intervenants de certaines ressources qui peuvent la recevoir très rapidement en situation de crise. Enfin, elle affirme que : « [en cas de problèmes] les dispositifs de l'employeur c'est

de tout mettre en œuvre dans la mesure du possible pour l'équilibre mental de tout le monde. ». Par exemple, au besoin, un employé en crise pourra être accompagné par un collègue vers la ressource d'aide de son choix (hôpital, centre de crise, famille, etc.) sans subir de conséquences négatives au travail (pas de note portant sur cette crise au dossier de cet employé, pas de réprimande par rapport à la situation de crise, etc.).

ÉRIKA : COURIR APRÈS SA QUEUE

La perception du travail

Érika, une intervenante âgée de 55 ans, pratique actuellement son travail idéal qui lui permet de vivre une routine professionnelle confortable, c'est-à-dire qu'elle connaît bien les tâches qu'elle a à accomplir chaque jour. Elle décrit ainsi une journée-type : « On a deux entrevues l'matin, deux entrevues l'après-midi. Ça c'est une période de temps qu'on prend plus le temps de s'asseoir avec le client. ». Elle n'entretient pas d'autres objectifs de vie que de garder son présent poste et maintenir sa situation actuelle (un appartement confortable, des vacances annuelles, des loisirs, etc.) étant donné que cela va au-delà de ses espérances, selon ses dires. De plus, son travail lui amène du plaisir et de la satisfaction, un sentiment d'appartenance, une diminution du stress envers l'avenir, du respect de la part de son entourage et une paix intérieure. Elle considère que son emploi améliore sa santé mentale, tant que l'équilibre règne parmi les diverses sphères de sa vie, car elle y vit des relations interpersonnelles de qualité et elle y prouve ses capacités.

La perception du rétablissement

Cette participante fait partie de ceux ayant obtenu la plus faible cote moyenne au RAS (3.8). Les auteurs du RAS considèrent que cette cote signifie que le répondant est en processus de rétablissement. Érika n'est pas de cet avis puisqu'elle ne se considère pas en rétablissement. Elle croit aussi qu'elle ne pourra jamais être complètement rétablie. Selon elle, le rétablissement est un processus qui implique de ne plus vivre de rechutes liées à son trouble mental, de demeurer plus tolérante au stress, d'accepter son vécu psychiatrique et, finalement, de guérir de sa « maladie⁴ » mentale. À cette fin, elle doit maintenir une bonne hygiène de vie (incluant la discipline et la routine de vie), aider les autres ainsi qu'éviter les stress. Les sources majeures de stress, selon ses dires, sont le sentiment d'être obligée de performer en tout temps et en toute occasion ainsi que l'impression qu'elle doit en faire plus que ses collègues pour que soit oublié le fait qu'elle est aux prises avec un trouble mental.

La perception de soi

Érika s'attribue spontanément plusieurs qualités en tant qu'intervenante. En ce sens, elle affirme « être un bon soldat solidaire [et] être diplomate aussi ». Sa réussite professionnelle consiste à être appréciée par tous ses collègues et par son employeur. Lorsqu'elle est questionnée au sujet de ses limites, elle mentionne qu'elles sont de l'ordre de ses attributs personnels (selon elle, elle n'a pas de solution ni d'opinion sur tout).

La perception du trouble mental

« [Le] trouble mental, y a des fois que j'ai été tellement en colère contre lui [...] c'est le cercle, la maladie, c'est ça [...] j'vas tu courir après ma queue longtemps [...] ou ben m'occuper de mon ego... ». Ce sont les mots utilisés par Érika pour imaginer son affection psychiatrique qui lui engendre plusieurs limitations sur le plan professionnel. La survenue du trouble bipolaire l'a forcée à se réorienter et à détourner ses projets professionnels, déterminant ainsi l'emploi qu'elle occupe actuellement. Ce changement de cap, selon elle, a été tout à son avantage. Elle identifie les relations amoureuses (qui ont toujours été difficiles pour elle) et la toxicomanie comme des déclencheurs ou des facteurs aggravant

⁴ Terme utilisé par le participant.

ses symptômes psychiatriques. C'est que ces deux éléments tendent à diminuer sa tolérance au stress et à augmenter sa fatigue, la rapprochant ainsi d'une rechute et de l'incapacité à continuer à vivre comme elle le veut. Elle juge donc détenir un pouvoir sur les manifestations de son trouble mental.

La conciliation travail-trouble mental

Érika affirme qu'un moyen de concilier son travail et son trouble mental est de : « ne pas oublier la maladie, à ne pas me faire une amie de la maladie » et de conserver une hygiène de vie adéquate. Au contraire, le stress, la pression et les demandes à l'excès (de par leur nombre ou leur nature, si elles dépassent les capacités d'Érika) nuisent réellement à concilier ces deux aspects. Ses collègues et son employeur, au courant de sa problématique, n'ont eu aucune réaction négative par rapport au fait qu'Érika est aux prises avec un trouble mental. Ils l'ont acceptée telle qu'elle est et se sont intéressés à son vécu psychiatrique (ils lui ont posé des questions au sujet de ses expériences du trouble bipolaire, ils ont reconnu l'expertise découlant de ce type d'expériences ainsi que l'utilité de cette expertise sur le plan professionnel, etc.). À titre d'accommodements, elle jouit du soutien régulier d'un mentor et d'une exemption par rapport à certaines tâches (la garde de nuit, par exemple). Érika considère que sa médication n'influence en rien son travail, elle ne l'aide pas à assumer les tâches liées à son emploi mais elle ne nuit pas non plus à l'accomplissement de ces tâches. Elle ajoute que son emploi l'aide en fait à gérer les effets secondaires de ses médicaments dans la mesure où il lui assure la capacité de travailler et, conséquemment, un entourage soutenant et l'accès facile à des médecins et des psychiatres. Ainsi, elle se sent en sécurité car elle se retrouve entourée de collègues qui sauront la prévenir, selon elle, si des symptômes psychiatriques apparaissent à son insu.

Le soutien formel et informel

Cette participante tire profit d'un soutien thérapeutique ponctuel afin de maintenir son pouvoir sur les manifestations de son trouble mental. Elle bénéficie également du soutien de quelques amis qui ont traversé des épreuves semblables aux siennes. Tout comme Simone, elle évite de discuter de son vécu psychiatrique avec sa famille pour

préserver une bonne entente. Finalement, elle ne connaît pas les recours disponibles en cas de problèmes à son travail (par exemple, des mesures d'accommodement comme un retour progressif au travail à la suite d'un congé de maladie, une assurance-salaire en cas d'invalidité ou l'accès à un programme d'aide aux employés), mais elle préfère de loin utiliser ses propres ressources (ses amis et des professionnels qu'elle connaît déjà depuis longtemps). Elle affirme d'ailleurs recourir à son « intervenant principal » dès qu'elle a un problème.

CARL : UN CHÂTEAU À DÉFENDRE

La perception du travail

Carl, âgé de 30 ans, perçoit son travail de chauffeur de taxi comme étant routinier car il implique des tâches très simples et répétitives (se rendre du point A au point B est la description de sa journée-type), ce qui lui déplaît un peu. Selon lui, il n'atteindra jamais son emploi idéal (psychologue dans l'armée) en raison de son trouble mental et des risques de rechutes qui persistent malgré les traitements. Il entretient des objectifs de vie autres que professionnels comme se marier, avoir des enfants, acheter une maison, etc. Il estime que son emploi actuel lui permet tout de même de s'accomplir, de contrôler ses symptômes, de gérer son temps, de réfléchir à la vie en général, de se recentrer sur lui-même, d'oublier ses mauvais épisodes de vie, de ressentir du plaisir et de la satisfaction, de préserver son autonomie, d'améliorer sa confiance et son estime de lui-même, d'assumer des responsabilités, de se changer les idées, de faire preuve de leadership, de se trouver des modèles à imiter et d'obtenir des encouragements de la part de son entourage. Il juge également que son emploi améliore sa santé mentale étant donné qu'il peut y prouver ses capacités. Il spécifie que le maintien de l'équilibre entre ses divers domaines de vie est essentiel.

La perception du rétablissement

À l'instar d'Érika, ce participant a obtenu une cote moyenne de 3.8 sur cinq au RAS. Par contre, il se considère totalement rétabli. Il est intéressant de souligner qu'il n'utilise pas le terme « processus » pour décrire le rétablissement, contrairement à certains autres participants. Il affirme que le rétablissement consiste en un passage, une prise de conscience et une amélioration quant à son jugement critique face à son trouble mental dont il parle comme une maladie. Il juge que le maintien de sa routine, la prise de sa médication, se tenir informé à propos de son affection psychiatrique en plus d'utiliser ses acquis du passé comme « des points de repère » dans le présent représentent les moyens de jouer le premier rôle en ce qui a trait à son rétablissement.

La perception de soi

Ce participant se reconnaît spontanément plusieurs qualités en tant qu'employé telles que son leadership, ses aptitudes en gestion et son sens des responsabilités. « Moi j'suis fier quand mon client est arrivé chez-lui pis [qu'il me dise] un bon merci. [...] Moï j'suis fier de ça pis ça m'permet d'aller chercher un autre client pis de recommencer. ». C'est ainsi qu'il explique sa réussite professionnelle. Lorsqu'il est questionné au sujet de ses limites, il mentionne qu'elles concernent ses attributs personnels (il se fatigue rapidement). Il attribue également des limites à son contexte de travail (des tâches simples et répétitives).

La perception du trouble mental

« [Ma vie] j'le vois comme un château [...] Pis dans chaque pièce, j'aurais un objectif de vie [...] Pis ma maladie, tout c'que elle voudrait, ce s'rait de rentrer dans les pièces pis de faire en sorte que mon objectif de vie [ne] soit pas réalisable ou [...] de m'faire croire [qu'il ne] s'ra pas réalisable. ». C'est de cette manière que Carl image son incapacité psychiatrique. Il clame ensuite l'adage disant que tout ce qui ne nous tue pas nous rend plus fort. Il se sent en confiance et en pleine possession de ses moyens face à son trouble bipolaire qui : « [lui] permet d'être encore plus conscient de la valeur [...] de la vie humaine [...] d'être plus conscient que [mon patron] me permet de travailler [...] même si j'suis maniaco-dépressif. Ça m'permet d'apprécier l'travail encore mieux. De m'dire ben merci

bon Dieu, on m'a fait encore confiance. Ça m'a permis de m'apprécier moi-même puis d'apprécier la vie encore plus. ». Un psychiatre lui a dit que la manie est un mécanisme de survie défaillant pour contrer les idées suicidaires : ce système de sauvetage irait malheureusement au-delà de ce qui est nécessaire. Cette explication donne un sens supplémentaire à ce qu'il vit. De plus, il affirme que son trouble mental, qui lui accorde un plus haut degré de conscience ou de lucidité, se déclenche ou s'aggrave à la suite d'une accumulation de frustrations. Pour empêcher cela, il n'a qu'à reconnaître son état de colère et ses émotions, ne pas les encourager et éviter certaines situations de violence (verbale, psychologique ou physique) ou celles où quelqu'un tente de le contrôler.

La conciliation travail-trouble mental

Le vécu psychiatrique de Carl détermine son emploi actuel étant donné les nombreuses limitations que cela a entraînées (exemple : interruptions récurrentes de ses études). À l'instar des autres participants, il constate que le soutien de son entourage est essentiel à la conciliation travail-trouble mental. Ses collègues et son employeur sont au courant qu'il est aux prises avec un trouble mental : ils le soutiennent dans cette situation et l'encouragent à persévérer par rapport à son travail et à ses objectifs de vie. À titre d'accommodements, ce participant bénéficie d'un horaire souple qui s'adapte à ses besoins. L'utilisation de sa médication participe à son bon rendement au travail du fait que cela stabilise son humeur et favorise son sommeil. Il n'a qu'à boire beaucoup d'eau pour gérer les effets secondaires. Toujours selon ses dires, il juge ne rien avoir à concilier lorsqu'il est question de son trouble bipolaire et de son travail.

Le soutien formel et informel

Actuellement, Carl n'utilise aucun service en santé mentale disant craindre de se voir en l'autre, c'est-à-dire « quand on s'voit dans un autre maniaco-dépressif, on a comme peur [...] on prend conscience de l'attitude que l'autre a pis de celle qu'on peut avoir sans le vouloir pis qui fait que les autres ont peur de nous. [...] c'est bizarre. ». Par ailleurs, il mentionne ne pas avoir le temps ou ne pas être informé des ressources d'aide et de soutien qui existent. Cependant, il a prévu un plan en cas de crise avec son employeur. S'il ressent

des symptômes psychiatriques et qu'il ne se sent pas en mesure de les gérer seul, Carl doit ramener la voiture immédiatement à son patron et lui remettre l'argent qu'il a reçu pendant son quart de travail pour éviter de dépenser à mauvais escient sa part ou le pourcentage qui revient à son patron (exemple : pour consommer de l'alcool de façon abusive ou pour faire des achats de façon compulsive ou excessive pendant un épisode de manie). Contacter sa famille, en qui il a pleinement confiance, fait également partie du plan de Carl. Étant donné que ce participant connaît bien sa problématique psychiatrique, cette procédure est suffisante pour contrer les effets néfastes d'une rechute de son trouble bipolaire sur son emploi. Lorsque le problème s'aggrave : « J'appelle ma mère en premier. J'appelle mon médecin [psychiatre], j'demande un rendez-vous. Ou j'me rends à l'hôpital tout simplement. ».

7.2.2. Un lien négatif entre le travail et le rétablissement

DAVID : UN ÉTAT D'ÊTRE

La perception du travail

David, âgé de 42 ans, occupe actuellement son emploi idéal, qui est source d'imprévus continuels, et entretient des objectifs autres que professionnels tels que la construction de sa maison et de son propre bateau. Travailler en tant que menuisier lui permet de s'accomplir, d'éprouver du plaisir et de la satisfaction, de gagner un salaire qui lui convient, de ressentir de la fierté, de réaliser ses rêves et ses projets, d'être stimulé et suffisamment épuisé pour ne pas souffrir d'insomnie, rapporte-t-il. Sa journée-type commence par une rencontre de « set up » pendant laquelle son patron informe les employés des contrats qu'il y a à compléter dans la journée. Ensuite, il prend son camion et embarque cinq à sept manœuvres puis se rend au chantier. Il répète que chaque journée peut être imprévue. Il ajoute que : « moi, comme j'suis un des plus vieux [sans être le plus ancien] souvent, sans l'avoir voulu, j'mène le chantier mais je l'mène en faisant attention pour pas être celui qui l'mène. ». Il explique que c'est important pour tout le monde, incluant lui-même, de respecter l'autorité et la hiérarchie tout en s'assurant que les meilleures idées soient mises à profit. Il juge que son emploi n'a aucun effet positif sur sa santé mentale.

Au contraire, il verbalise que son travail aurait plutôt tendance à lui nuire lorsqu'il n'adopte pas une existence équilibrée (par exemple, s'il travaillait trop d'heures par semaine et qu'il n'avait plus le temps de voir sa famille et ses amis, de vaquer à ses loisirs, etc.).

La perception du rétablissement

David a obtenu une cote moyenne de quatre sur cinq au RAS et il se considère en processus de rétablissement malgré la persistance de certains symptômes. Il précise être tout à fait normal et il affirme que : « autant qu'un moment donné dans les débuts de ma maladie, j'ai pas aimé être traité pis tout le kit, parce que j'avais peur de devenir une personne fade, autant [maintenant] j'suis pas inquiet pantoute parce que j'ai appris à être normal ». Il juge toutefois qu'il ne sera jamais complètement rétabli étant donné que cela implique pour lui de ne plus vivre de rechutes. Il souligne l'importance de l'équilibre des différentes sphères de sa vie, d'un environnement sain et soutenant, de prendre sa médication et de se tenir informé au sujet de son trouble mental qu'il précise ne pas considérer comme une maladie, bien qu'il utilise ce terme pour en parler. À ce sujet, il affirme que : « [son trouble bipolaire est] un état d'être que j'peux reconnaître dans [...] chacune des personnes parce que tout l'monde, en quelque part, est un peu malade mental parce que, malade mental, ça dépend quand est-ce que tu prends la photo ! ».

La perception de soi

David se reconnaît d'emblée plusieurs qualités professionnelles : constant, modéré, efficace, plus performant que ses collègues, rapide, le sens de l'initiative, avec beaucoup d'expériences diversifiées et plein de capacités. Ses réussites professionnelles résident dans le fait qu'il sait motiver ses collègues, qu'il trouve facilement des solutions aux complications qui se présentent sur le chantier et qu'il atteint le plus souvent les objectifs de construction qu'il s'est fixés. Lorsqu'il est interrogé au sujet de ses limites en tant que menuisier, ce participant ne s'en attribue aucune. Il souligne toutefois qu'il met ses limites à son employeur pour ce qui est de la durée d'une journée de travail. En temps normal, il ne veut pas travailler plus de 8h30 par jour, à part certaines exceptions (exemple : retards importants par rapport aux échéanciers).

La perception du trouble mental

« [Mon trouble bipolaire est] une étiquette parce que un, j'suis né d'même [alors] c'est pas une si grande tare que ça [...] j'pense que c'est un grand domaine inexpliqué [...] c't'un état, un état d'être, [...] c'est moi, [j'suis] d'même. ». C'est ainsi que David image sa condition psychiatrique. Il la considère parfois amusante, parfois embarrassante, tout dépendant à qui il en parle, ajoute-t-il. Les vagues et les pics qu'elle lui fait vivre lui donnent l'impression qu'il fonce d'un pôle à l'autre étant donné qu'il ne veut pas en choisir un seul. La seule incidence sur sa vie qu'il attribue à ses expériences psychiatriques est les nombreuses et considérables pertes financières qu'il a subies : « Parce que quand tu fais une crise, souvent t'as fait des abus [monétaires] avant, pis quand tu t'ramasses deux ou trois mois à l'hôpital pis que tu ressors [...] avant de te r'trouver bon pour aller travailler ben là, ça décale beaucoup monétairement [alors] c'est vraiment plus ça qui est dur. ». Il admet que l'accumulation de frustrations et le combat perpétuel qu'il a l'impression de livrer contre lui-même et contre le reste du monde déclenchent ou aggravent ses symptômes. Il juge que le contrôle de son trouble bipolaire n'est pas une question de pouvoir mais qu'il faut plutôt « cheminer sur le chemin de soi-même ».

La conciliation travail-trouble mental

David n'envisage aucun besoin de conciliation de son travail de menuisier et de son trouble bipolaire. Il affirme qu'il n'a qu'à prendre les bonnes décisions en ce qui a trait au nombre d'heures qu'il travaille par semaine, au nombre de consommations qu'il prend par jour, au temps qu'il accorde à son entourage, etc. Le seul inconvénient est l'horaire de ses rendez-vous médicaux qui l'oblige souvent à s'absenter du travail pour une journée complète et, conséquemment, à perdre une centaine de dollars. Il poursuit en signifiant que ses collègues et son employeur le trouvent bizarre mais qu'ils ne savent pas qu'il vit avec un trouble mental. Ce participant affirme que l'occasion de leur révéler ne s'est tout simplement pas présentée et il revendique « le droit d'être fou ». Il précise que la médication n'influence pas du tout son travail et que les meilleurs moyens qu'il a trouvés

pour gérer les effets secondaires, c'est d'arrêter la médication, d'en modifier le dosage ou d'essayer un autre type de médicament. À cette fin, il a recours à l'assistance de son psychiatre.

Le soutien formel et informel

David bénéficie de services de psychiatrie réguliers dans le but d'éviter les rechutes et les hospitalisations, de gérer sa médication et de maintenir sa santé globale. Il peut également compter sur son entourage en entier (conjointe, frères, belles-sœurs, amis, etc.) pour le soutenir. Il juge n'avoir aucune difficulté à se confier à qui que ce soit ni à demander de l'aide quand il en ressent le besoin. Il spécifie par contre, avec humour, que : « quand j'veux que ce soit un secret, ben je l'dis à personne. On [ne] peut se fier à personne pour ça. ». Il termine en expliquant qu'il n'y a pas de recours en cas de problèmes à son travail (aucun programme d'aide aux employés, aucune mesure d'accommodement, etc.) et que de toute façon, il est suffisamment vigilant pour prévenir le coup et prendre congé avant que son état ne se dégrade.

FABIEN : UN SOULAGEMENT

La perception du travail

Fabien, qui est âgé de 26 ans, considère que son emploi d'infirmier clinicien à l'urgence d'un centre hospitalier est source d'une multitude d'imprévus étant donné l'attribution de quarts de travail et de postes en rotation. Ainsi, il peut y avoir le triage (déterminer les priorités selon lesquelles les patients devront être vus par le médecin), des tâches d'intubation ou de soutien cardiaque, faire des pansements, poser des solutés, stabiliser l'état de patients aux soins intensifs, s'occuper des ordonnances médicales et des concertations cliniques avec les divers spécialistes, etc. Cet emploi ne correspond pas à son idéal mais il le satisfait pour l'instant. Il est confiant qu'un jour, il atteindra son objectif professionnel principal et deviendra assistant infirmier-chef. Tout ce qui lui manque, c'est un nombre d'années d'expérience suffisant. Un autre objectif de vie qu'il vise est de venir en aide aux gens qui, comme lui, vivent avec un trouble de personnalité limite. Son poste actuel lui procure tout de même des occasions de s'accomplir, d'améliorer sa confiance et

son estime de lui-même, d'éviter la solitude, de voir les choses sous un autre angle et de se définir. Il affirme que dans son cas, le travail n'est pas lié à une meilleure santé mentale étant donné qu'il tend à exagérer son engagement dans ce domaine et que sa vie se déséquilibre alors rapidement. D'ailleurs, il est actuellement en congé de maladie pour épuisement professionnel (« mon emploi était ma raison de vivre. C'est ce qui me définissait entièrement. ») et à cause des difficultés relationnelles importantes qu'il a vécues au travail (conflit avec la majorité des membres de son équipe de travail, trahisons et médisance de la part de ses collègues envers lui, perte de confiance de ses collègues envers lui, rupture amoureuse avec une collègue, méfiance envers son équipe de travail, etc.).

La perception du rétablissement

Fabien, qui a obtenu une cote moyenne de quatre sur cinq au RAS, considère vivre un processus de rétablissement malgré la persistance de certains symptômes. Il juge qu'il sera « guéri », terme qu'il utilise comme synonyme du rétablissement, lorsqu'il ne vivra plus de rechutes, qu'il n'éprouvera plus de difficultés en lien avec ses relations interpersonnelles, qu'il cessera sa médication et qu'il mettra fin à son congé de maladie pour retourner au travail. Il convoite l'accomplissement de son rétablissement pour très bientôt et le fait d'être soutenu par sa famille et par des professionnels ainsi que la possibilité d'aider autrui y contribuent grandement.

La perception de soi

Sans hésitation, Fabien reconnaît sa minutie, son perfectionnisme, sa joie de vivre, son cœur d'enfant, sa compassion, son empathie, son altruisme et sa grande imagination à titre de qualités professionnelles. Il affirme qu'en fait, ce sont : « toutes les qualités qui peuvent devenir un défaut dans le trouble de personnalité. Quand c'est contrôlé, ça peut devenir des qualités. ». Ses réussites professionnelles sont l'obtention de son baccalauréat en sciences infirmières et le fait d'occuper son poste actuel malgré son jeune âge. Lorsqu'il est interrogé au sujet de ses limites en tant qu'infirmier clinicien, il verbalise les attribuer à son trouble mental (hypersensibilité émotionnelle) et à son contexte de travail (stress et pression constants).

La perception du trouble mental

« [Mon trouble mental] avant je l'considérais comme une nuisance [mais après avoir eu mon diagnostic, je le percevais comme] un très grand soulagement parce que là j'savais pourquoi j'me sentais différent. ». C'est en ces termes que ce participant image son vécu psychiatrique. Il ajoute qu'à partir de ce moment, il s'est dit qu'il n'avait qu'à se prendre en main maintenant qu'il savait sur quoi travailler. Son trouble de personnalité limite a laissé place à une réorientation de sa vision de la vie, à une redécouverte de lui-même et, tout compte fait, « cette tonne de briques » lui a été fort utile. La principale limitation professionnelle qu'il envisage pour son retour au travail est sa grande sensibilité envers les individus ayant tenté de se suicider. Il craint que son propre vécu entre en jeu lorsqu'il aura à traiter ces personnes. Il appréhende aussi les conflits interpersonnels et les problèmes de santé physique (il est en rémission d'un cancer depuis deux ans environ), qu'il identifie d'ailleurs comme des déclencheurs ou des facteurs aggravant son trouble mental. Il envisage la prise de pouvoir par rapport à ses symptômes par le travail sur les distorsions cognitives qu'il a tendance à présenter et sa capacité de « freiner son état mental » (exemple : lorsque les idées et les émotions s'emballent en lui et qu'il a l'impression d'avoir un trop-plein d'énergie difficile à gérer, il arrive à le contrôler en rationalisant et en dédramatisant les situations).

La conciliation travail-trouble mental

Fabien affirme que jusqu'à maintenant, sa condition psychiatrique n'a eu aucune incidence sur le choix de son emploi. Il a quitté le centre hospitalier pour lequel il travaillait et sera réaffecté à un autre hôpital lorsqu'il sera prêt à reprendre ses fonctions professionnelles. Il poursuit en expliquant la dualité vécue entre son besoin de soutien de la part de sa prochaine équipe de travail, pour assurer la conciliation de son emploi et de son trouble mental, et son appréhension de développer des liens de proximité avec ses futurs collègues. L'impulsivité, l'hypersensibilité, les symptômes persistants et les risques de rechutes entravent également cette conciliation. Ses ex-collègues et son ancien employeur connaissent une partie seulement de son vécu psychiatrique (il leur a parlé des symptômes dépressifs mais pas de son diagnostic de trouble de personnalité limite) car d'une part, il

craint les préjugés, le rejet ainsi que les risques de perdre des promotions ou une permanence et, d'autre part, son réseau professionnel de soutien lui a fortement suggéré de garder le secret au sujet de son diagnostic réel. Il prétend que les accommodements pour les individus éprouvant des problèmes au travail (comme l'accès rapide et gratuit à un programme d'aide aux employés et les paiements rapides et réguliers de l'assurance-salaire en cas d'invalidité) sont prévus en théorie, mais qu'il serait très compliqué de les obtenir. Actuellement, ce participant vit une période de sevrage de sa médication car celle-ci l'empêchait de travailler, particulièrement la nuit, et parce que cela lui a fait prendre énormément de poids. Le seul moyen découvert pour gérer les effets secondaires a été l'arrêt de la médication. Il est intéressant de noter qu'il semble hiérarchiser les troubles mentaux (exemple : la schizophrénie est pire que le trouble bipolaire et ces deux problématiques sont pires qu'un trouble de personnalité limite).

Le soutien formel et informel

Ce participant tire profit de nombreux services en santé mentale (psychiatre, psychothérapeute, travailleuse sociale, etc.) pour du soutien en vue de son retour au travail, pour éviter le licenciement, pour apprendre de ses expériences ainsi que de celles des autres, rapporte-t-il. Bien que son milieu professionnel offre un programme d'aide aux employés, Fabien avoue préférer le recours à ses propres ressources, soient sa mère, ses oncles et ses tantes ainsi que son réseau professionnel d'aide. Il aurait davantage confiance en ces gens qu'aux professionnels qui pourraient lui être suggérés par son ancien employeur. Quand il a besoin d'aide, il essaie : « [...] de régler ça par moi-même avant parce que le but du traitement d'un trouble de personnalité, c'est d'acquérir de l'autonomie, d'arrêter de vouloir se donner en spectacle. [...] la dernière étape, c'est d'appeler les centres spécialisés et l'urgence quand ça devient dangereux pour moi ou pour les autres. ».

7.2.3. Un lien contextuel entre le travail et le rétablissement

YVES : DES PALIERS DE VENT

La perception du travail

Yves, un chargé de projets âgé de 32 ans, considère que son emploi est une source d'imprévus continuels : « c'est ponctuel [alors] t'es sur des projets [...] Souvent, j'arrive pis j'me fais une liste des choses que j'ai à faire [et je regarde] mes courriels [...] j'essaie d'effectuer les tâches plus difficiles le matin parce que [...] j'ai plus d'énergie. Quand c'est possible, j'essaie d'évaluer le temps [que chaque tâche] peut prendre. Après ça, bon, ça continue tout l'reste de la journée. ». Son poste actuel ne correspond pas à son idéal mais il le satisfait pour l'instant étant donné qu'il lui permet d'apprendre, d'être autonome, d'exercer un certain leadership, de se fixer des objectifs quotidiens et d'entretenir des relations avec des modèles à imiter. « L'emploi idéal serait plus structuré avec une plus grande équipe de travail [de meilleures] conditions de travail et un meilleur revenu » et consisterait à devenir agent de recherche. Yves juge avoir accès un jour à ses objectifs professionnels s'il continue d'utiliser les ressources d'aide à l'emploi, de mieux choisir les contrats de travail qui lui sont offerts (accepter ceux qui lui donneront davantage d'expérience en recherche plutôt qu'en développement de projets) et de compléter une maîtrise. Son trouble bipolaire et l'inconstance dans l'effort seraient les principaux obstacles à l'atteinte de cet idéal professionnel. Il relie le fait d'occuper un emploi à l'amélioration de sa santé mentale dans la mesure où cela diminue son sentiment d'oppression en augmentant sa sensation de pouvoir sur sa vie et l'enhardi à constater qu'il a encore des capacités. Par contre, éprouver un trop grand stress et trop de pression de façon continue (le stress d'avoir l'impression de devoir performer constamment, peu importe les circonstances, ou le stress et la pression liés à une surcharge de travail, à des échéanciers très courts, etc.) pourrait nuire à sa santé mentale.

La perception du rétablissement

Yves, qui a obtenu une cote moyenne de quatre sur cinq au RAS, considère le rétablissement comme un processus qu'il vit actuellement. Il précise que pour lui, le rétablissement ne représente pas une guérison car nous ne pouvons jamais l'atteindre à

100%. Ce processus nécessite une bonne connaissance de soi et de ses symptômes, un pouvoir sur les manifestations de son trouble mental et la capacité de vivre une vie satisfaisante (jouer plusieurs rôles sociaux valorisés par soi-même et par la société en général) malgré la présence du trouble. Lorsque nous nous rétablissons, toujours selon Yves, la « maladie⁵ » n'est plus le centre de notre vie et nous reconnaissons nos limites de façon réaliste. Pour nous rétablir, il est aussi nécessaire d'avoir le soutien de notre entourage, de maintenir une bonne hygiène de vie et d'interpréter autrement nos difficultés (exemple : éviter de nous considérer comme victime de notre trouble mental, comme étant impuissant face à celui-ci, comme n'ayant pas d'autre choix que de subir ce qui nous arrive).

La perception de soi

Yves se reconnaît des qualités en tant qu'employé avec une certaine difficulté. Il hésite et affirme enfin être méthodique, structuré en plus d'aimer mener à bien les projets dont il est chargé. En ce qui a trait aux réussites professionnelles, il s'en reconnaît plusieurs mais n'en nomme qu'une seule : « [le fait] de m'être aperçu d'une réalité [problématique dans un organisme] pis de proposer un moyen pour palier [cette] difficulté [...] ça a complètement changé le cours des [choses en plus de permettre] à plein de gens de prendre leur essor [de s'affirmer et de prendre la place qui leur revient] ». Lorsqu'il est interrogé au sujet de ses limites au travail, il en associe une spécifiquement à son trouble mental (l'inconsistance dans l'effort), une autre à son environnement professionnel (la pression, le stress) et d'autres encore à ses attributs personnels (son manque de confiance en lui, son perfectionnisme, ses propres standards de qualité qui sont plus ou moins réalistes, etc.).

La perception du trouble mental

« [Mon trouble mental est comme] des paliers de vent. C'est que c'est différent tout le temps. C'est ça qui est difficile, [alors] ça demande beaucoup beaucoup d'énergie. ». C'est en ces termes qu'Yves image son vécu psychiatrique. Il spécifie également que cette perception peut varier selon la place qu'il accorde à son trouble bipolaire dans sa vie. Il

5 Il est à noter que tous les participants parlent de leur trouble mental fréquemment comme une maladie bien que certains d'entre eux insistent sur le fait que les affections psychiatriques ne sont pas une maladie.

considère que cette problématique de santé mentale, qui est en fait l'expression d'un mal-être ou d'un surplus d'émotions négatives, voire un exutoire (pendant un épisode maniaque, il a osé dire tout haut ce qu'il se répétait continuellement à l'intérieur de lui-même, il s'est défoulé), a rendu possible une réorientation de carrière, une découverte de son identité réelle et l'occasion de se centrer sur lui-même plutôt qu'exclusivement sur autrui. Il a aussi travaillé longuement sur lui-même, ce qui lui a permis de développer davantage sa confiance en lui. Par contre, il précise que son trouble mental lui impose des limitations fonctionnelles sur le plan professionnel. Il éprouve, par exemple, de la difficulté avec le regard des autres sur sa performance au travail. Puis il identifie le stress et la pression ainsi que les difficultés relationnelles qu'il rencontre parfois au travail comme étant des déclencheurs ou des facteurs aggravant ses symptômes. À savoir s'il a l'impression d'avoir un pouvoir sur les manifestations de sa condition psychiatrique, il répond : « Y a des fois que j'trouve que j'suis trop assailli pis que j'ai pas de contrôle sur ce que je vis. Mais c'est ça, c'est en me dotant d'habitudes saines, d'un réseau social de soutien, pis là j'peux faire en sorte que ce soit plus facile [de gérer mon trouble bipolaire]. ».

La conciliation travail-trouble mental

Le trouble mental de ce participant aurait déterminé le choix de son domaine d'études (psychologie) et, conséquemment, de son emploi actuel. Il affirme : « [...] moi, j'me sers de cette difficulté là. Moi, ça m'est arrivé dans ma vie pis j'deviens militant à ce niveau là. ». Encore une fois, le soutien de son entourage revient comme facteur déterminant pour être fonctionnel dans sa vie en général. Il avoue avoir besoin de « remparts de sécurité et de stabilité » dans la conciliation travail-trouble mental. Les excès de stress et de pression ainsi que les problèmes relationnels influencent négativement cette conciliation. Ses collègues et son employeur savent qu'il est aux prises avec une problématique psychiatrique. Il considère qu'ils semblent sous-estimer la souffrance qu'il ressent étant donné qu'il en parle peu et qu'il la vit de façon plus intériorisée. Il n'y aurait aucun accommodement prévu pour sa situation. S'il en avait la chance, il leur suggérerait d'encadrer davantage les travailleurs qui vivent avec un trouble mental, de leur offrir un milieu plus structurant, d'augmenter le nombre de congés de maladie, d'être plus souples en

ce qui a trait aux horaires de travail et de faciliter l'accès à du soutien ponctuel extérieur au milieu d'emploi. En ce qui concerne la médication, il n'en utilise plus car il considère pouvoir gérer les manifestations de son trouble sans cet outil.

Le soutien formel et informel

Yves bénéficie d'un suivi mensuel avec un psychiatre et de soutien de la part de son entourage (conjoint, père, amis, certains collègues, etc.). Ces personnes-clés, en qui il a pleinement confiance, lui procurent plus d'assurance en ce qui a trait à l'observation et au contrôle de ses symptômes. Les coûts d'un soutien psychologique au privé sont trop élevés pour lui permettre d'en profiter. Alors lorsqu'il vit un problème, il doit d'abord admettre son besoin d'aide et, ensuite, il verbalise le problème et écrit ce qu'il vit par rapport à cette situation. Si le problème persiste, il utilise des lignes d'écoute. Le fait de s'être doté d'objectifs de vie l'aide à prévenir les rechutes en l'amenant à canaliser ses énergies sur autre chose que son trouble mental et en alimentant son espoir. Il termine en spécifiant qu'il n'y a aucun mécanisme formel de recours en cas de problèmes dans son milieu travail (par exemple, aucune assurance-salaire en cas d'invalidité) et que de toute façon, il tend plutôt à essayer de régler ses difficultés d'abord par lui-même.

SYLVIE : UN « WAKE UP CALL »

La perception du travail

Sylvie, âgée de 39 ans, perçoit son travail de vétérinaire consultante comme lui procurant une routine confortable, c'est-à-dire qu'elle connaît bien les tâches qu'elle a à faire. Elle décrit une journée-type comme suit : « [prendre] nos courriels et les demandes qu'on a reçues de notre supérieur. Ensuite, je regarde la revue d'presse [...] les dossiers chauds [...] pour en aviser les supérieurs. [...] C'est souvent d'écrire des lettres, répondre à des courriels, composer des textes, monter des projets, élaborer [des] guides, les réunions, les comités, répondre au téléphone. ». Outre cela, elle croit qu'elle ne pourra jamais avoir accès à son emploi idéal qui consisterait à exercer la médecine vétérinaire en pleine faune, sans aucun contact avec le public. Selon elle, ce genre d'emploi exige trop de compromis (insécurité financière, pertes des avantages sociaux de son emploi actuel, manque de

subventions gouvernementales pour des projets fauniques, etc.). Elle entretient des objectifs bien personnels comme changer ses façons de penser et d'agir qui nuisent à son processus de rétablissement (elle ne donne pas plus de détails à ce sujet). Son poste actuel, sans être idéal, lui convient parfaitement car il lui permet tout de même de s'accomplir et de relever des défis, ce qui améliore son estime et sa confiance en elle. Elle y trouve aussi du plaisir et de la satisfaction, des façons supplémentaires d'envisager la vie, une occasion de se fixer d'autres objectifs de vie, une gestion plus appropriée de son temps ainsi que la possibilité que d'autres portes s'ouvrent à elle. Du reste, le salaire qu'elle reçoit lui permet de réaliser des rêves et des projets comme s'acheter une maison. Sylvie croit que son emploi lui offre l'occasion de ne plus penser à sa problématique psychiatrique et, du même coup, améliore sa santé mentale. Elle reconnaît qu'un stress trop intense, la pression qu'elle s'inflige par son grand désir de performer et son perfectionnisme peuvent nuire à sa santé s'ils sont ressentis de façon persistante et récurrente.

La perception du rétablissement

Sylvie, qui a obtenu une cote moyenne de quatre sur cinq au RAS, se considère effectivement en rétablissement mais ajoute que nous ne pouvons jamais nous rétablir totalement. Elle définit le rétablissement comme étant un processus qui nécessite d'apprendre à vivre avec son trouble mental, de maintenir une bonne santé physique et d'être de nouveau capable de faire ce qu'on faisait avant l'incapacité psychiatrique. Elle poursuit en spécifiant qu'elle détient le premier rôle quant à son rétablissement (« C'est moi qui me connaît ! ») bien qu'un environnement sain et un entourage soutenant soient essentiels. Elle souligne également l'importance d'être vigilante devant ses symptômes et de respecter ses limites.

La perception de soi

Sylvie a éprouvé quelques difficultés à se reconnaître des qualités en tant qu'employée. Elle finit par dire qu'elle est ponctuelle, responsable, organisée et efficace. Quant à sa réussite professionnelle, elle consiste à avoir pris en charge le club social de son milieu de travail et avoir organisé des activités agréables pour occuper les temps de pause,

ceci, malgré sa grande crainte de parler en public (qu'elle identifie comme étant sa limite principale en tant qu'employée lorsqu'elle est questionnée à ce sujet).

La perception du trouble mental

« C'est vraiment comme des vagues ou des montagnes russes. [...] Avant, j'voyais ça comme épouvantable, comme si j'avais perdu la moitié de ma vie. ». C'est ainsi que Sylvie image son vécu psychiatrique. Elle l'associe à son cycle hormonal qui détermine la quantité d'activités qu'elle peut accepter de faire ou pas pendant la semaine. Ayant été surprotégée la majeure partie de sa vie, elle attribue l'augmentation de sa tolérance à autrui au « wake up call » que la vie lui a imposé. C'est que sa problématique de santé mentale lui a ouvert les yeux sur la souffrance humaine qui nous entoure et ainsi, a diminué ses préjugés envers les personnes qui vivent cette souffrance. Elle serait désormais plus compréhensive et compatissante au malheur d'autrui. Puis elle identifie son cycle hormonal et la fatigue physique comme étant des déclencheurs ou des facteurs aggravant ses symptômes psychiatriques. Sylvie considère donc détenir un pouvoir sur ses symptômes. Par exemple, en relaxant, en prenant de l'air et du soleil, en ne « faisant rien » de particulier pendant la fin de semaine, bref, en prenant soin d'elle-même, elle croit pouvoir éviter les rechutes.

La conciliation travail-trouble mental

La dépression majeure et le trouble d'anxiété généralisée de la participante ont eu une incidence directe sur le choix de son emploi. Elle juge désormais essentiel de bénéficier de nombreux congés de maladie et de vacances, d'un horaire variable et de tâches diversifiées, d'autonomie. Toujours selon elle, il est hors de question que ses collègues et que son employeur apprennent qu'elle est aux prises avec un trouble mental. Elle croit que cela risque d'anéantir ses chances d'obtenir une permanence ou une promotion en plus de subir les préjugés des membres de son milieu de travail. Devoir garder le secret à propos de son affection psychiatrique et travailler cinq jours par semaine, selon elle, nuisent à cette conciliation. Si Sylvie était prête à dévoiler le fait qu'elle vit avec un trouble mental dans le but de bénéficier de mesures d'accommodement, elle demanderait que l'horaire de quatre

jours par semaine ou des postes à temps partiel soient possibles. Elle proposerait aussi de maintenir la souplesse concernant les tâches et les horaires ainsi que de diminuer le nombre de déplacements à l'extérieur de sa ville de résidence. Sylvie prend de la médication qui l'aide à fonctionner professionnellement dans la mesure où cela stabilise son humeur et améliore sa concentration. Elle spécifie qu'elle doit toutefois adopter certaines stratégies pour compenser les effets secondaires des médicaments (sommolence, bouche sèche, etc.).

Le soutien formel et informel

Cette participante bénéficie d'un suivi psychiatrique ponctuel. Elle se réfère principalement à son conjoint lorsqu'elle éprouve le besoin de verbaliser. Son réseau social demeure restreint bien qu'elle tente de remédier à la situation. Quand elle a besoin d'aide : « j' pense qu'en parler, ça aide beaucoup. J'vais m'reposer, j'vais prendre congé. Pis si j'ai des questions, j'vais en parler avec le psychiatre. ». Enfin, elle ignore s'il y a des recours d'aide à son travail (exemple : possibilité d'un retour progressif après un congé de maladie).

ANDRÉE : UNE PLANCHE DE SALUT

La perception du travail

Andrée, âgée de 48 ans, occupe son emploi idéal qui est source de nombreux imprévus. Elle a de la difficulté à décrire une journée-type. En général, elle s'occupe de diriger la clientèle vers les organismes communautaires ou les établissements de santé et de services sociaux appropriés, elle s'assure de la qualité de l'accueil reçu par les personnes référées et de la collaboration entre les réseaux communautaire, privé et public afin que la population desservie reçoive des services continus et de qualité. Elle croit que son poste d'agent de programme est idéal, pour l'instant, car il lui apporte un salaire qui lui convient, un équilibre de vie global, du plaisir et de la satisfaction, une manière de s'accomplir, une possibilité de stimulation, davantage de portes qui s'ouvrent à elle, des occasions de partager et de grandir, la chance de saisir le moment présent, la cohérence avec ses valeurs ainsi que des stress positifs (et aussi négatifs). Elle est convaincu que son emploi actuel l'amènera vers un autre défi professionnel qui deviendra lui aussi un emploi idéal, et ainsi de suite. Elle n'entretient aucun objectif professionnel mais en cultive d'autres plus

personnels: vivre des expériences variées, entretenir sa qualité de vie affective et sociale, se sentir utile. Elle juge que sa profession contribue au maintien de sa santé mentale en autant que cet emploi ne lui fasse pas vivre un stress trop intense et continu.

La perception du rétablissement

Andrée, qui a obtenu une cote moyenne de quatre sur cinq au RAS, se perçoit effectivement dans un processus de rétablissement qui durera aussi longtemps qu'elle ne démontrera plus de signes de rechute. Bien que cette participante pense ne jamais se rétablir complètement, elle croit cheminer en ce sens par l'acceptation de son affection psychiatrique, par le fait d'affronter les expériences que lui impose son trouble bipolaire et par la stabilisation de sa situation de vie générale. Elle mentionne l'importance du soutien de la part de son entourage, de la gestion du stress, d'une vie affective riche et comblée ainsi que du temps pour se ressourcer comme moyens de vivre son rétablissement.

La perception de soi

Andrée se reconnaît spontanément de nombreuses qualités professionnelles : l'amour du partage, la préoccupation de maintenir de bonnes relations interpersonnelles, son côté structuré, sa grande autonomie, sa connaissance d'elle-même et de ses fonctions d'emploi ainsi que sa capacité d'adaptation. En ce qui a trait à ses réussites en tant qu'employée, elle nomme qu'elles résident dans les petits gestes du quotidien : les rencontres interpersonnelles, les témoignages de satisfaction de ses clients, le plaisir de bavarder avec autrui, etc. Lorsqu'elle est interrogée quant à ses limites, Andrée mentionne que certaines sont spécifiques à son trouble mental (« emballement » ou hypomanie), d'autres sont liées à son milieu professionnel (stress, pression) et d'autres encore s'apparentent à ses attributs personnels (difficulté à dire non).

La perception du trouble mental

« [...] près d'la crise, c'est un plongeon qui casse [...] ça devient une planche de salut pour moi après un certain temps. [Lors d'épisodes dépressifs] c'est le conflit de valeurs pour moi [...] j'vois pus d'sens. ». C'est en ces termes qu'Andrée image son vécu

psychiatrique. Elle ajoute que ce dernier représente un mal nécessaire, une étape de vie utile qui, bien qu'il paraisse parfois insurmontable, est la source de moult richesses. Elle juge que d'une part, son trouble mental l'a détournée de ses projets et de ses priorités et, d'autre part, que cela détermine l'emploi qu'elle occupe présentement. À part le stress, cette participante se montre incapable de nommer des déclencheurs ou des facteurs aggravant ses symptômes. Elle a l'impression qu'un élément externe à elle-même, sur lequel elle n'a aucun contrôle, entre en jeu dans ses rechutes du trouble bipolaire. Elle spécifie qu'elle croit ne pas détenir de pouvoir sur ses symptômes étant donné qu'elle a très peu d'expérience de son trouble mental (environ deux épisodes actifs en dix ans).

La conciliation travail-trouble mental

Andrée affirme que son expérience psychiatrique lui sert au travail. Elle croit que cela lui permet de créer des liens plus facilement avec ses partenaires et avec la clientèle en plus de démystifier les troubles mentaux (elle devient un exemple convaincant d'une personne fonctionnelle malgré le vécu d'un trouble mental). Tout son entourage professionnel est au courant qu'Andrée est aux prises avec une affection psychiatrique. Elle s'affiche d'ailleurs ouvertement. Cela n'a suscité aucune réaction particulière de la part de son entourage professionnel. Ainsi, elle considère n'avoir absolument rien à concilier. Il suffit d'éviter les excès de stress, de pression et la surcharge de travail. Si elle suggérait des mesures d'accommodement à son employeur, ce serait d'augmenter le nombre de congés et de vacances en plus de permettre des horaires variables. Enfin, la médication qu'elle prend n'a aucune incidence sur sa vie professionnelle en plus de ne lui occasionner aucun effet secondaire.

Le soutien formel et informel

Andrée ne profite d'aucun soutien professionnel en ce moment. Son réseau personnel suffit amplement (conjoint, amis de longue date, famille, etc., des gens en qui elle a pleinement confiance). D'ailleurs, quand elle a besoin d'aide, c'est vers eux qu'elle se tourne pour en parler. Elle ne sait pas s'il y a des recours ou des mesures d'accommodement en cas de problèmes à son travail.

La perception du travail

Élisa, une intervenante âgée de 41 ans, occupe actuellement son emploi idéal qui est source d'imprévus continuels. Une journée-type dépend des services qui sont demandés : il y a du dépannage alimentaire, des évaluations de la situation financière des personnes utilisatrices, des évaluations psychosociales de la clientèle à desservir, l'organisation et la planification d'activités, des entrevues ponctuelles de relation d'aide, de la comptabilité, de la supervision de stagiaires et du jardinage (elle s'occupe du jardin communautaire de l'organisme qui l'emploie). Ses objectifs professionnels consistent à monter par elle-même des ateliers de croissance personnelle et conserver son poste actuel qui lui apporte énormément : un salaire convenable, des défis, la confiance et l'estime de soi, moins de solitude, des responsabilités, la cohérence avec ses valeurs, une façon de se définir, l'autonomie et un affranchissement financier par rapport à son conjoint. Depuis son retour sur le marché régulier de l'emploi, elle se considère en meilleure santé mentale vu l'amélioration de sa sécurité financière, l'établissement et l'atteinte d'objectifs de vie, le sentiment de satisfaction et l'adoption d'une saine routine de vie. Toutefois, elle croit que le travail pourrait donner l'effet inverse s'il implique qu'elle aille à l'encontre de ses valeurs, qu'elle vive un stress trop intense ou si les tâches ne lui conviennent pas. Elle précise qu'avoir eu un enfant lui fait découvrir une nouvelle source de sens à sa vie (en plus du travail).

La perception du rétablissement

Bien qu'elle vive des rechutes et la persistance de certains symptômes, Élisa, qui a obtenu la deuxième cote la plus élevée au RAS (4.8), se considère rétablie (et non en processus, contrairement à d'autres participants) : « dans le sens que j'me connais mieux, que j'identifie plus mes symptômes ». L'important n'est donc pas « d'être à l'abri » mais plutôt de bien se connaître, de bien connaître et de contrôler les manifestations du trouble bipolaire en plus de les diminuer, d'acquérir du pouvoir sur ses crises et verbaliser au lieu de fantasmer ou d'agir ses pensées et ses émotions. Elle affirme avoir le rôle principal par

rapport à son rétablissement bien qu'un environnement approprié et soutenant soit essentiel. Elle ajoute l'importance de la vigilance face aux symptômes ainsi que par rapport à la gestion du stress et de ses émotions comme moyens de prévenir les rechutes.

La perception de soi

Élisa reconnaît d'emblée, en tant qu'employée, être assidue, loyale, souple, fiable, claire, intègre et capable de mettre ses limites. Ses réussites professionnelles sont d'avoir repris à pied levé la comptabilité de l'organisme qui l'emploie actuellement et d'avoir remplacé temporairement et avec succès un membre de la direction. Lorsqu'elle est questionnée au sujet de ses limites en tant qu'employée, elle nomme en attribuer à son trouble mental (rigidité par rapport à ses pensées et ses croyances) et à ses attributs personnels (manque de confiance et d'estime, non ponctuelle).

La perception du trouble mental

« [Mon trouble mental a] quasiment tout l'temps été un complexe là pour moi [...] J'me suis [...] beaucoup définie à travers lui [...] [Je ressentais toujours] le besoin de prouver que j'étais normale. ». C'est ainsi que cette participante image son expérience psychiatrique. Elle relate la lourdeur que ce « poids », cette « tare », lui impose de porter. Elle ajoute qu'en pensant à son grand-père maternel, qui vivait également avec le trouble bipolaire, elle prend conscience que c'est un « mal nécessaire », un « moyen symbolique de reprendre le flambeau pour aller plus loin que lui » avait pu se rendre, à l'époque, vers son mieux-être. Il est intéressant de mentionner qu'Élisa, à l'instar de Fabien, semble hiérarchiser les différents troubles mentaux. Par exemple, elle se considère chanceuse d'être aux prises avec un trouble bipolaire étant donné que vivre avec une schizophrénie ou un trouble anxieux lui semble beaucoup plus envahissant et difficile à gérer. Tout comme Yves, Élisa accorde à son trouble mental la signification de l'expression d'un surplus, d'un mal-être qui lui impose des limitations professionnelles (par exemple, éviter certains types de clientèles pour réduire les risques de confondre son vécu psychiatrique avec le leur lors de ses interventions). Elle identifie les déclencheurs et les facteurs aggravants suivants : l'accumulation de fatigue, le stress et la pression intenses, des tâches qui ne lui conviennent

pas, l'incohérence entre ses valeurs et ce qu'elle vit ainsi que le sentiment d'impuissance (par rapport à sa vie, à son travail ou à sa problématique de santé mentale). Elle reconnaît le pouvoir qu'elle possède sur ses symptômes étant donné son aptitude à les identifier précocement et sa participation active dans le choix des traitements.

La conciliation travail-trouble mental

Élisa admet que son vécu psychiatrique a déterminé son choix professionnel. Elle souligne qu'elle a d'abord opté pour l'intervention psychosociale en réaction à sa première hospitalisation. Elle se disait qu'un de ces jours, elle serait du côté des professionnels de l'équipe soignante plutôt que de celui des patients puisqu'elle en avait les capacités. Après quelques années de pratique en intervention, perdant petit à petit le besoin de se prouver qu'elle est capable d'être plus qu'une « patiente » ou qu'une « malade », elle avait remis en question cette profession. Après un changement drastique de carrière (travail à la chaîne dans une usine), elle est retournée au service social enrichie d'une nouvelle manière de le pratiquer (davantage en responsabilisant les personnes rencontrées). Selon elle, les éléments aidant la conciliation travail-trouble mental sont la cohérence, l'authenticité, porter attention aux signes précurseurs de rechutes et éviter la surcharge de travail. Qui plus est, puisqu'elle croit que vivre avec sa problématique psychiatrique n'influence en rien ses performances et ses capacités professionnelles (pas plus que le fait d'être diabétique, dit-elle), elle n'a pas mis ses collègues et son employeur au courant qu'elle est aux prises avec un trouble mental. Elle ajoute que l'occasion de leur en parler ne s'est pas encore présentée et, qu'en plus, ses mauvaises expériences antérieures suscitent son hésitation. Par exemple, une des équipes de travail précédentes avait changé d'attitude envers elle après qu'elle leur ait révélé avoir un trouble bipolaire. Ses collègues de l'époque lui faisaient moins confiance, ils remettaient ouvertement en doute ses compétences professionnelles, ils contestaient son autorité en tant que directrice générale de l'établissement, etc. Elle a dû démissionner devant autant de préjugés et de pression. De nos jours, si elle demandait des accommodements à son employeur, elle les demanderait en fonction d'améliorer les conditions de travail de l'ensemble des employés et non sous prétexte qu'elle est aux prises avec un trouble mental. Enfin, elle mentionne que sa médication l'aide à travailler car cela

la sécurise par rapport à une éventuelle rechute et favorise son équilibre. Elle possède d'ailleurs des trucs pour diminuer les effets secondaires des médicaments : prendre des doses minimales, s'informer avant d'accepter un médicament, écouter son corps, diminuer ses portions de nourriture.

Le soutien formel et informel

Élisa bénéficie d'un soutien communautaire ponctuel afin d'éviter les rechutes et les hospitalisations, de maintenir la vigilance face aux symptômes, de contrôler la prise de médication et de vérifier sa santé globale. Sa famille représente une source de soutien considérable comparativement à une certaine époque à laquelle elle ne leur faisait pas confiance. Son réseau d'aide étant étendu et diversifié, elle se permet de choisir auprès de qui verbaliser ses émotions en fonction de ses besoins. Par exemple, si un problème persiste, ou si elle considère avoir besoin d'un regard extérieur à la situation, elle appelle une ressource dont le personnel la soutient depuis plus d'une décennie. Enfin, le recours en cas de problèmes dans son milieu de travail qu'elle identifie spontanément est la discussion avec la directrice de l'établissement.

Passons maintenant à la description de ce que les participants ont en commun à partir de leurs réponses à l'entrevue pour ensuite traiter des spécificités de chacun d'eux quant à leur perception du lien entre le travail et le rétablissement.

7.3 LES SIMILITUDES ENTRE LES PARTICIPANTS SELON LEURS RÉPONSES À L'ENTREVUE

- ◆ Tous les participants ont cumulé de nombreux emplois compétitifs (de deux à 30 emplois sur une période de 10 à 40 ans) autant avant qu'après l'établissement d'un diagnostic de trouble mental ;
- ◆ Aucun d'eux n'a bénéficié de mesures spéciales d'employabilité en lien avec leur trouble mental ;
- ◆ L'emploi que chacun d'eux occupe actuellement correspond à leurs intérêts, à leurs habiletés, à leurs capacités, à leur personnalité, etc. ;
- ◆ Ils considèrent tous l'emploi comme une source de valorisation de soi ;
- ◆ Toutes les personnes interviewées perçoivent leur travail comme une occasion de vivre des relations interpersonnelles gratifiantes ;
- ◆ Étant donné qu'elles considèrent toutes que leurs opinions professionnelles sont prises en considération par leurs collègues et par leurs employeurs, ces personnes ont le sentiment de détenir un pouvoir à leur travail ;
- ◆ Elles ont pris le temps de réfléchir à leur vécu psychiatrique et sont ainsi en mesure d'attribuer un ou plusieurs sens à ce vécu. Ce ou ces sens semblent évoluer selon les périodes de leur vie (voir la sous-section des profils spécifiques pour plus de détails) ;
- ◆ D'ailleurs, elles sont unanimes à affirmer que leur trouble mental a eu des effets positifs sur elles-mêmes ou, du moins, qu'il a eu une utilité dans leur vie. Par exemple, Yves affirme que : « J pense que [mon trouble mental] m'a permis de changer, de m'découvrir, de voir que finalement j'étais la personne la plus importante pour moi, que j'étais beaucoup beaucoup centré sur les autres », ce qui se retrouve aussi dans les propos d'Élisa et de Fabien. Pour Carl, son incapacité psychiatrique lui a été utile : « parce que je suis conscient de beaucoup de choses [par rapport à sa vie et à lui-même] pis ça, ça m'fait du bien ». Andrée affirme que : « Pour moi, [mon trouble mental a] été une belle planche de salut. Quelque chose qui fait en sorte que j'rencontre des gens, on discute, on partage, pis on vit la résilience⁶. [...] ça c't'une grande richesse qui peut arriver », ce qui s'est révélé vrai pour Érika, Simone et Sylvie également. Enfin, David considère que son trouble mental lui évite de vivre une vie monotone sans « high » ni « down », qu'il lui permet de ne pas avoir à choisir entre « l'enfer » (les épisodes dépressifs) et « le paradis » (les épisodes maniaques) car « un moment donné, c'est de redevenir souple qui est intéressant ! », souligne-t-il ;
- ◆ Tous les participants sont aptes à nommer au moins un déclencheur ou un facteur aggravant leurs symptômes psychiatriques (voir la sous-section des profils spécifiques pour plus de détails) ;

⁶ La résilience est définie par Sillamy (1999) comme étant la « capacité de vivre et de se développer en dépit de circonstances défavorables, voire désastreuses. » (p. 226). Le SAMHSA (2004) inclut, tel que mentionné précédemment, la résilience en tant qu'une des bases du processus de rétablissement. Notons au passage qu'aucune des études consultées ne fait mention du phénomène de résilience.

- ◆ Ils accordent également une grande importance au soutien dont ils bénéficient. En ce sens, ils s'entendent tous pour dire, à l'instar de Yves, que : « C'est sécurisant de savoir qu'il y a quelqu'un qui est là pis qui peut évaluer les symptômes de l'extérieur » ;
- ◆ Ils ont tous prévu des procédures en cas de problèmes au travail (voir la sous-section des profils spécifiques pour plus de détails) ;
- ◆ Peu importe la place que prend leur vécu psychiatrique dans leur vie, ils ont tous l'impression de détenir un pouvoir sur leur trouble mental. Par exemple, Carl mentionne : « J'ai un plus sur la maladie parce que je suis conscient de beaucoup d'choses pis ça, ça m'fait du bien. ». Dans le même sens, Éliisa affirme que : « Alors je voyais que j'étais capable de prendre plus d'emprise sur ma maladie... j'ai de plus en plus de contrôle pis j'ai plus envie d'en avoir aussi [du contrôle sur son trouble mental]. ». Quant à Andrée, elle verbalise ainsi le pouvoir qu'elle détient sur son trouble mental : « à part quand j'prends ma médication le matin pis l'soir, il n'y a pas rien qui me rattache à cette maladie... »;
- ◆ Aucune des personnes interviewées n'utilisent spontanément le terme rétablissement pour parler de leur processus de mieux-être bien qu'elles aient toutes été aptes à définir ce concept de façon bien personnelle (voir la sous-section des profils spécifiques pour plus de détails).

7.4 LES MODÈLES ÉMERGEANTS

À partir des cotes au RAS de chacun des neuf participants, il est possible de supposer que, théoriquement, ils ont tous amorcé leur processus de rétablissement et sont plus ou moins avancés les uns par rapport aux autres quant à leur cheminement vers un mieux-être. Souvenons-nous que, selon le RAS, pour être considéré en processus de rétablissement, il faut obtenir une cote moyenne de trois sur cinq, ce qui est le cas pour les neuf participants à l'étude. Vérifions de plus près les informations obtenues par les liens entre ces cotes et les thèmes de la présente étude.

7.4.1 Les liens entre les cotes au RAS et les six thèmes à l'étude

D'entrée de jeu, il ne semble pas y avoir de lien entre les cotes au RAS et les six thèmes à l'étude. Rappelons-nous d'abord que le RAS mesure la confiance en soi et l'espoir, la capacité et la volonté de demander de l'aide, les objectifs fixés et les succès perçus, la confiance portée à autrui et la non-domination par les symptômes. Quant aux six thèmes de l'étude, ils consistent en la perception du travail, la perception du rétablissement, la perception du Soi, la perception du trouble mental, la conciliation travail-trouble mental et le soutien formel et informel reçu. Utilisons les exemples suivants pour illustrer l'absence présumée de liens entre les résultats au RAS et les réponses données par les participants au questionnaire d'entrevue individuelle :

- ◆ Carl et Érika ont eu la plus faible cote au RAS (3.8) :
 - Érika verbalise occuper son emploi idéal alors que ce n'est pas le cas pour Carl ;
 - Érika ne se considère pas en rétablissement alors que Carl se juge rétabli.
- ◆ Simone a eu la plus haute cote au RAS (4.9) et, à l'instar d'Érika :
 - Elle entretient une image positive d'elle-même (exemple : elle se reconnaît spontanément des qualités) ;
 - Elle a trouvé un sens à son vécu psychiatrique et lui confère même une utilité ;
 - Son trouble mental détermine son emploi actuel, ses collègues et son employeur sont au courant et elle bénéficie de mesures d'accommodement mais contrairement à Érika, elle n'utilise pas le mot maladie pour parler de son affection psychiatrique ;
 - Enfin, les deux femmes bénéficient de sources variées de soutien formel et informel.

Quant à la question à l'étude (dans quelle mesure, selon des personnes aux prises avec un trouble mental qui occupent un emploi sur le marché régulier, le travail est lié à leur rétablissement), à première vue, il ne semble pas exister de lien entre les réponses des neuf participants et leurs cotes au RAS. Par exemple, Yves et David, qui ont obtenu une cote de quatre au RAS, ne partagent pas la même opinion : Yves juge que la contribution du travail au rétablissement dépend du contexte alors que David croit qu'occuper un emploi nuit au rétablissement. Autre exemple, Simone et Érika expriment toutes les deux que le travail aide au rétablissement malgré des cotes au RAS différentes. Cependant, il est

intéressant de mentionner que tous les participants, d'après leurs résultats au RAS, sont en processus de rétablissement, ceci se révélant aussi dans leurs propos lorsqu'ils sont mis en relation avec les caractéristiques de ce processus présentées précédemment.

Cette absence présumée de lien entre les cotes au RAS et les thèmes du questionnaire d'entrevue individuelle peut être expliquée par le fait que les questions de l'entrevue ne sont pas du tout abordées de la même manière que les facettes du rétablissement évaluées par le RAS. En fait, ces questions sont traitées de façon plus détaillée que les énoncés de ce test. Par exemple, le questionnaire d'entrevue individuelle permet des sous-questions pour que les participants approfondissent leurs réponses. Il est probable que le RAS permette des réponses plus objectives que celles obtenues en entrevue individuelle étant donné que les énoncés de ce test sont présentés de manière totalement standardisée, c'est-à-dire qu'elles ont été posées de la même façon pour tous les participants, alors que certaines sous-questions ont été ajoutées au besoin lors de l'entrevue individuelle pour une meilleure compréhension de certaines questions par les personnes interviewées. Enfin, l'absence présumée de lien entre les cotes au RAS et les thèmes du questionnaire d'entrevue individuelle peut être expliquée par le fait que ces deux outils d'évaluation du rétablissement n'abordent tout simplement pas exactement les mêmes facettes de ce processus. Par exemple, les individus rencontrés en entrevue individuelle sont questionnés au sujet du sens qu'ils attribuent à leur trouble mental alors que le RAS n'aborde pas ce sujet.

7.4.2 La mise en relation du cadre conceptuel et des six thèmes de l'étude

À partir des déterminants du rétablissement mentionnés dans la section sur le cadre conceptuel (Fisher, 2005, Jacobson et Greenley, 2001, SAMHSA, 2004) et des six thèmes à l'étude, la supposition théorique que tous les participants sont en rétablissement est possible. Vérifions les constats suivants :

- ◆ Ces personnes prennent leurs propres décisions (l'importance de l'auto-détermination dans le processus de rétablissement) ;
- ◆ Elles bénéficient du soutien provenant de divers types de relations et de différents milieux de vie (la primauté du soutien, de l'entraide, du respect et d'une culture positive du processus de rétablissement) ;
- ◆ Elles se définissent par d'autres rôles sociaux que celui de « malade » et entretiennent une image généralement positive d'elles-mêmes ;
- ◆ Elles considèrent détenir un pouvoir sur leur vie, sur leur emploi, sur leur trouble mental et font preuve d'autonomie (l'importance de l'appropriation du pouvoir) ;
- ◆ Elles ont identifié des moyens pour gérer leurs émotions et leurs difficultés (l'intelligence émotionnelle) ;
- ◆ Elles exercent leur droit de choisir leur emploi et leurs objectifs de vie (qui participent à leur rétablissement) à partir de leurs intérêts, de leur personnalité, de leurs expériences, etc. (le rétablissement est un processus individualisé, centré sur la personne et axé sur ses forces) ;
- ◆ Plusieurs d'entre elles conçoivent que les rechutes font partie du processus de rétablissement sans le remettre en cause (le rétablissement est un processus non linéaire) ;
- ◆ Elles considèrent jouer un grand rôle dans leur processus de rétablissement (l'importance de la responsabilité de la personne) ;
- ◆ Elles jugent que leur rétablissement ne passe pas seulement par un aspect de leur vie. Ainsi, elles pensent que leurs relations interpersonnelles gratifiantes, que leur emploi, que leurs loisirs, que la médication, etc. sont des outils parmi d'autres contribuant à leur rétablissement (percevoir la médication comme un outil de rétablissement parmi d'autres, entretenir une vision holistique du rétablissement) ;
- ◆ Elles utilisent des services de santé pour pallier les impacts négatifs de leur trouble mental (l'importance de l'accessibilité à des services de soins orientés vers le rétablissement) ;
- ◆ Elles entretiennent de l'espoir par les objectifs de vie qu'elles se fixent et elles croient au rétablissement.

Il n'y a que la condition externe du respect des droits humains (croire que la société actuelle distribue le pouvoir et les ressources de façon équitable), mentionnée par Jacobson et Greenley (2001), qui n'a pas été illustrée clairement dans les propos des participants ni abordée à travers les thèmes du questionnaire de cette étude.

7.4.3 L'analyse des thèmes de l'étude

Existe-t-il des liens entre les réalités suivantes : le fait que les participants se perçoivent de façon relativement favorable, qu'ils tirent profit d'un réseau de soutien fiable et diversifié, qu'ils réussissent à vivre une vie fonctionnelle et productive malgré leur expérience en psychiatrie, qu'ils se sentent en pleine possession de leurs moyens par rapport à leur trouble mental et à leur vie en général et qu'ils aient trouvé un sens et une utilité à leur vie et à ce qui leur arrive (incluant leur trouble mental) ? À première vue, nous pourrions nous en laisser convaincre puisque l'estime de soi, le sentiment d'être soutenu (aimé ou accepté), la capacité de résilience et l'appropriation du pouvoir ne sont pas étrangers au mieux-être, au rétablissement, tant en théorie que dans la vie concrète. Tout d'abord, pour ce qui est de la théorie, souvenons-nous que le SAMHSA (2004) identifie l'estime de soi, le soutien, la résilience et l'appropriation du pouvoir comme des composantes essentielles au processus de rétablissement. Ensuite, concernant la réalité vécue par certaines gens, pensons, par exemple, à la vie et aux écrits de l'éthologue et psychanalyste Boris Cyrulnik, au cheminement personnel et professionnel du psychologue existentialiste Victor Frankl ou encore, à l'existence et aux œuvres de l'écrivain Martin Gray, pour ne nommer que ceux-ci. Ces trois hommes ont démontré qu'il est possible de mener une vie très productive (jouer des rôles sociaux diversifiés et valorisés par eux-mêmes et par la société en général) malgré le vécu d'obstacles très éprouvants ; ils ont survécu aux camps de concentration nazis. À l'instar de ces trois individus, les gens en résilience réussissent à trouver du soutien parmi leurs pairs et autres partenaires. Ils savent préserver leur valeur personnelle (confiance et estime de soi) malgré l'humiliation, la discrimination, la ségrégation, les préjugés, la contention, l'oppression, etc. (des expériences vécues par bien des gens aux prises avec un trouble mental). Ils donnent un sens à leur souffrance pour en tirer des leçons de vie et des éléments positifs porteurs

d'espoir. Ils se réapproprient le pouvoir sur leur vie et ils se rétablissent de leurs divers problèmes (effectivement, le rétablissement n'est pas exclusif aux troubles mentaux). Dans la section suivante, nous nous attarderons brièvement sur les différences conceptuelles entre le rétablissement et la résilience à partir d'un article de Bonanno (2004).

Référons nous à présent au **Tableau 4** qui illustre une table de vérité de Becker (Dorais, 2006) qui a été élaborée à partir de l'analyse des données de la présente étude. Cette table permet en fait d'illustrer de façon exhaustive et synthétisée les possibilités théoriques tirées des résultats d'une étude (Dorais, 2006). Elle vise ici à démontrer les modèles émergeant des résultats obtenus auprès des neuf individus interviewés. Les liens qui y sont mis en lumière entre les perceptions du rétablissement et du rapport unissant de façon générale le travail et le rétablissement permettent l'ébauche très sommaire d'une typologie du rétablissement selon la participation à un emploi compétitif. Pour situer les personnes interviewées selon leurs réponses, la première lettre ou les deux premières lettres de leur prénom fictif sont inscrites à l'endroit approprié.

Tableau 4. Table de vérité de Becker.

<u>LIEN TRAVAIL-RÉTABLISSMENT /</u> <u>Définition du</u> <u>rétablissement (facteurs</u> <u>aidant au rétablissement)</u>	<u>LE TRAVAIL PARTICIPE OU PEUT</u> <u>PARTICIPER POSITIVEMENT AU</u> <u>RÉTABLISSMENT : COMMENT ?</u> <u>(facteurs aidants)</u>	<u>LE TRAVAIL PARTICIPE NÉGATIVEMENT</u> <u>AU RÉTABLISSMENT : COMMENT ?</u> <u>(facteurs nuisibles)</u>
<p><u>Le rétablissement est une</u> <u>guérison du trouble mental</u></p> <p>Aider les autres (Ér., F.) Être soutenu par son entourage (F.) Maintenir une bonne hygiène de vie (Ér.)</p>	<p>Prouver ses capacités et vivre des relations gratifiantes (Ér.) Il faut s'assurer de préserver l'équilibre entre les divers domaines de vie (Ér.)</p>	<p>Le travail entraîne le déséquilibre des domaines de vie (F.)</p>
<p><u>Le rétablissement est</u> <u>possible malgré la</u> <u>persistance de symptômes</u> <u>et de risques de rechute</u></p> <p>Être soutenu par son entourage (A., D., ÉL., Y., Si., Sy.) Vivre dans un environnement sain (D., ÉL., Si., Sy.) Prendre de la médication (C., D.) Se tenir informé au sujet de son trouble mental (C., D.) Gérer son stress ou ses émotions (A., ÉL.) Être vigilant par rapport à ses symptômes (ÉL., Sy.) Maintenir une bonne hygiène de vie (C., Y.)</p>	<p>Prouver ses capacités (C., Y.) Se distraire du trouble mental (Si., Sy.) Acquérir un équilibre global des domaines de vie (A.) Assurer une sécurité financière, une routine de vie, se fixer des objectifs, éprouver de la satisfaction (ÉL.) Se sentir moins oppressé étant donné qu'on reprend du pouvoir sur sa vie (Y.) Assumer des responsabilités et se sentir valorisé (C.) Avoir une meilleure qualité de vie (Si.) Il faut s'assurer de préserver l'équilibre entre les divers domaines de vie (C., Si.) Il faut être vigilant quant à l'incidence d'un stress continu et récurrent (A., ÉL., Y., Sy.)</p>	<p>Le travail entraîne le déséquilibre des domaines de vie (D.)</p>

Source : Dorais, M. (2006). *Méthodes de recherche qualitative*. Notes de cours SVS-63083.

7.4.4 Les modèles-types de l'étude

Donc, à partir des propos de neuf participants aux prises avec un trouble mental qui occupent un emploi sur le marché compétitif, deux facteurs fondamentaux semblent moduler le lien entre le travail et le rétablissement : la persistance d'un stress professionnel et la notion d'équilibre des sphères de vie. Il semble également y avoir deux interprétations possibles à ce lien : une vision arrêtée (le travail nuit ou le travail aide au rétablissement) et une vision contextuelle (le travail aide, mais selon certains contextes, il peut nuire au rétablissement). Puis deux visions du rétablissement ressortent : une vision stricte (le rétablissement est une guérison) et une vision modérée (le rétablissement est possible malgré les symptômes et les risques de rechute persistants). Deux principaux facteurs aidant à ce processus ressortent également : le soutien de la part de l'entourage et le maintien d'une bonne hygiène de vie. Ainsi, à l'intérieur des limites de la présente étude, trois modèles-types de la contribution du travail compétitif au rétablissement émergent et sont explicités ci-dessous :

- ◆ Une vision contextuelle et modérée : un contexte de stress professionnel continu et récurrent est déterminant quant au type de contribution du travail compétitif au rétablissement en tant que processus n'excluant pas la persistance de symptômes et de risques de rechute (Andrée, Éliisa, Yves, Sylvie) ;
- ◆ Une vision arrêtée et stricte : la notion d'équilibre est déterminante en ce qui a trait au type de contribution du travail compétitif au rétablissement en tant que guérison. Ainsi, soit que le maintien de l'équilibre des domaines de vie fait en sorte qu'un emploi sur le marché régulier aide à la guérison d'un trouble mental, soit qu'un travail compétitif tend à mener au déséquilibre des sphères de vie et de cette façon, il nuit à cette guérison (Érika, Fabien) ;
- ◆ Une vision arrêtée et modérée : la notion d'équilibre est déterminante en ce qui a trait au type de contribution du travail compétitif au rétablissement en tant que processus n'excluant pas la persistance de symptômes et de risques de rechutes. Ainsi, soit que le maintien de l'équilibre des domaines de vie fait en sorte qu'un emploi sur le marché régulier aide à ce processus, soit que l'occupation d'un travail compétitif tend à mener au déséquilibre des sphères de vie et ainsi, il nuit au rétablissement (Carl, David, Simone).

Il semble que la majorité des participants envisagent le rétablissement de façon modérée (sept personnes sur neuf) et davantage de participants entretiennent une vision arrêtée par rapport à la participation du travail au rétablissement (cinq individus sur neuf).

Toutefois, plus de participants adoptent la combinaison de visions contextuelle et modérée (quatre sur neuf) alors que respectivement trois participants et deux participants adoptent la vision modérée et arrêtée ainsi que stricte et arrêtée. Le soutien de la part de l'entourage (nommé par sept individus) et le maintien d'une bonne hygiène de vie (nommé par trois participants) sont les facteurs aidant au rétablissement qui reviennent le plus souvent, peu importe la vision du rétablissement ou celle du lien entre le travail et le rétablissement à laquelle ils adhèrent. Les quatre personnes ayant une vision modérée et contextuelle semblent privilégier le soutien comme facteur aidant au rétablissement et l'incidence du stress comme déterminant du lien entre le travail et le rétablissement. Quant aux visions stricte et arrêtée ainsi que modérée et arrêtée, le soutien (trois individus sur cinq) et l'hygiène de vie (deux individus sur cinq) sont reconnus comme déterminants du rétablissement et c'est la notion d'équilibre (cinq individus sur cinq) qui module le lien entre le travail et le rétablissement. Dans chacun des trois modèles-types, le caractère aidant de pouvoir prouver ses capacités au travail revient chez un participant (Érika, Carl, Yves).

Est-ce que des résultats semblables auraient pu être obtenus chez des personnes n'étant pas aux prises avec un trouble mental ? Ce questionnement vient de deux constats. Premièrement, le soutien de l'entourage, des relations interpersonnelles saines, l'hygiène et l'équilibre de vie ainsi que l'estime de soi et la confiance en ses capacités sont des déterminants du rétablissement mais aussi de la santé en général (Charbonneau, 2004 ; MSSS, 1997 ; Santé Canada, 2002). Deuxièmement, le déséquilibre des domaines de vie, les problèmes relationnels et de communication ainsi que le stress continu et récurrent sont des réalités professionnelles pathogènes pour tout individu. Nous discuterons plus amplement de certaines de ces circonstances dans la prochaine section.

8. Discussion

Dans la présente section, les thèmes récurrents de cette étude seront décrits et mis en relation avec les thèmes des recherches antérieures mentionnés dans la recension des écrits. Puis les limites et la portée des résultats obtenus seront présentées. Nous verrons également des pistes pour de nouvelles recherches et des recommandations pour la pratique.

8.1 LES THÈMES RÉCURRENTS

Tout d'abord, dans les limites de la présente étude, l'assertion selon laquelle le travail compétitif est lié au rétablissement d'un trouble mental est vérifiée. C'est-à-dire que les propos de l'ensemble des participants révèlent qu'un emploi sur le marché régulier contribue au rétablissement de façon positive (trois individus), de manière négative (deux individus) ou selon le contexte de travail (quatre individus). De plus, les réponses de certains participants appuient l'assertion à l'effet que le travail compétitif alimente l'espoir. Souvenons-nous, par exemple, que plusieurs des personnes rencontrées ont mentionné que leur emploi leur permettait de se fixer des objectifs de vie ou de réaliser des rêves et des projets. Enfin, l'assertion voulant que les gens aux prises avec un trouble mental peuvent occuper un emploi compétitif du fait qu'elles sont soutenues par leur entourage semble également vraie. En effet, tous les participants à cette étude bénéficient de sources de soutien multiples et variées et ils jugent que ceci aide à la conciliation de leur travail et de leur trouble mental. Évidemment, il serait impératif de vérifier ces résultats auprès d'un plus grand nombre d'individus vivant une problématique psychiatrique.

Poursuivons avec la liste des thèmes qui reviennent fréquemment dans les propos des personnes interviewées (mais non chez l'ensemble) et qui n'ont pas été abordés dans les études recensées. Par exemple :

- ◆ Des horaires souples et des tâches variées afin que l'emploi contribue positivement au rétablissement ;
- ◆ La correspondance de l'emploi avec les intérêts, les capacités, la personnalité, etc. ;
- ◆ Le rôle de l'hygiène de vie incluant la discipline et la routine quotidiennes ;

- ◆ L'influence du trouble mental sur le choix de l'emploi occupé et sur la vie en général ;
- ◆ Le fait de révéler ou non à son milieu professionnel son vécu psychiatrique ;
- ◆ La perception du trouble mental en tant que « maladie » ou non ;
- ◆ La définition du rétablissement en tant que guérison ou en tant que processus n'excluant pas la persistance des symptômes et des risques de rechute ;
- ◆ Le concept de normalité par rapport au fait de vivre des expériences psychiatriques ;
- ◆ L'aspect grisant ou agréable de certains symptômes ;
- ◆ Le besoin de se prouver ou de prouver à autrui ses capacités pour normaliser sa situation et son vécu ;
- ◆ Le plaisir et la satisfaction ;
- ◆ Le stress relié au désir de faire oublier son trouble mental qui pousse à vouloir performer peu importe les circonstances ;
- ◆ La hiérarchisation des divers diagnostics psychiatriques et les préjugés que peuvent entretenir les gens aux prises avec des troubles mentaux les uns envers les autres ;
- ◆ Le fait qu'aucun individu rencontré n'utilise le terme rétablissement pour s'exprimer au sujet de son cheminement vers un mieux-être mais qu'ils démontrent tous l'habileté à définir ce concept de façon bien personnelle ;
- ◆ Il y a également la résilience qui est mentionnée par un seul participant mais qui est identifiée comme une composante du rétablissement dans la section du cadre théorique. La résilience n'est abordée dans aucune des études recensées.

Les auteurs consultés dans le cadre du présent mémoire ne mentionnent pas l'incidence du fait d'avoir un trouble mental, que ce soit sur le travail, sur la vie familiale, sur les rêves et les projets, etc. Pourtant, c'est un aspect incontournable dans la mesure où vivre avec une problématique psychiatrique bouleverse souvent radicalement l'existence des personnes atteintes et celle de leur entourage. Souvenons-nous, par exemple, que deux des participants à cette étude ont mentionné ne pas parler de cette partie de leur vécu à leur famille pour maintenir la bonne entente avec elle. Et d'autres encore se sentent obligés de préserver le secret au sujet de leur diagnostic de peur d'être victimes de préjugés et de discrimination entre autres au travail. Enfin, plusieurs participants ont souligné le changement de cap et la redéfinition d'eux-mêmes et de leurs priorités comme des conséquences de leur trouble mental.

En ce qui a trait au fait de révéler ou non son vécu psychiatrique à son employeur et à ses collègues, une étude états-unienne de Ellison, Russinova, MacDonald-Wilson et Lyass (2003) démontre que 87% des 231 participants qu'ils ont rencontrés ont osé « sortir du placard » dans leur milieu professionnel. Environ 30% l'ont fait dans des conditions favorables :

- ◆ La permanence de leur emploi était assurée ;
- ◆ Ils avaient confiance en leur employeur et en leurs collègues ;
- ◆ Ils jugeaient détenir un pouvoir sur leur travail ;
- ◆ Ils étaient en processus de rétablissement ;
- ◆ Ils se sentaient respectés, soutenus et appréciés de leur entourage professionnel.

Environ 50% des participants de cette étude ont révélé être aux prises avec un trouble mental à leur employeur car ils ont dû être hospitalisés pendant qu'ils étaient en emploi ou que leurs symptômes étaient trop apparents au travail, ceci étant jugé par Ellison et ses collaborateurs comme des circonstances défavorables. Des 184 personnes ayant révélé leur expérience psychiatrique, environ 60% d'entre elles ne le regrettent pas étant donné qu'elles n'ont vécu aucune répercussion négative en lien avec cette révélation. Parmi les 231 participants, 47 affirment qu'ils ne révéleront jamais leur réalité psychiatrique à leur employeur et à leurs collègues puisqu'ils sont convaincus que des conséquences négatives en découleront (perte d'emploi, évaluation biaisée de leur rendement et de leurs comportements, préjugés, changement d'attitude des collègues envers eux, perte de confiance de leur milieu professionnel envers eux, etc.). Bien que les auteurs affirment qu'il existe des liens entre le fait de révéler sa réalité psychiatrique à son milieu professionnel et le processus de rétablissement, aucun outil d'évaluation du rétablissement n'a été utilisé. Du reste, des analyses multivariées démontrent un lien très faible entre le fait d'avoir appris à contrôler ses symptômes et à vivre une vie satisfaisante malgré un trouble mental (ceci pouvant représenter des éléments du processus de rétablissement) et la divulgation de son vécu psychiatrique à son employeur et à ses collègues.

Dans le cadre de la présente étude, rappelons-nous que trois participants sont convaincus qu'ils ne doivent pas révéler leur diagnostic à leur employeur et à leurs collègues s'ils veulent éviter une perte d'emploi, la perte d'une promotion ou un changement

d'attitude de la part de leur entourage au travail. Un d'entre eux a d'ailleurs vécu des répercussions semblables dans le cadre de son emploi précédent. Un individu n'a pas parlé de son diagnostic étant donné que la situation ne s'est pas présentée. Les cinq autres personnes interviewées s'affichent plus ou moins ouvertement de façon générale et leur employeur ainsi que leurs collègues connaissent leur condition psychiatrique. Aucun d'entre eux n'a vécu des conséquences négatives directement en lien avec le fait que leur milieu professionnel soit au courant de leur diagnostic. D'ailleurs, selon MacDonald-Wilson et Whitman (1995), il serait préférable de parler de sa réalité psychiatrique à son employeur afin de pouvoir solliciter des mesures d'accommodement favorisant le maintien en emploi.

En ce qui concerne le fait de percevoir les troubles mentaux comme étant des maladies, il règne de la discorde au sein même de l'ensemble des membres du mouvement québécois des personnes aux prises avec un trouble mental (exemple : l'APUR, la Fédération québécoise Les Porte-Voix du rétablissement, l'Association des groupes de défense de droits (AGIDD), le comité des usagers de l'Institut universitaire de santé mentale de Québec (anciennement le Centre hospitalier Robert-Giffard), les membres utilisateurs de services en santé mentale de l'Association québécoise de réadaptation psychosociale (AQRP), etc.). Ceci pouvant s'expliquer simplement par le fait que pour certains individus, le caractère physiologique ou biologique des troubles mentaux prévaut alors que pour d'autres, c'est l'incidence de l'environnement ou des attributs personnels qui semble déterminante de la survenue d'une problématique psychiatrique. De plus, de nombreuses gens estiment que le terme « maladie » résonne péjorativement, évoque la chronicité, est contraignant, etc. Alors que d'autres jugent que l'utilisation du mot en question légitime le fait d'être traité comme tout le monde, même s'ils sont aux prises avec un trouble mental. Il est intéressant de mentionner qu'il n'y a pas non plus un consensus chez les professionnels de la santé, les gestionnaires, les chercheurs, les proches, etc. quant à savoir si les troubles mentaux sont des maladies ou non. C'est que certains d'entre eux adhèrent au modèle biomédical alors que d'autres préconisent le paradigme du rétablissement.

L'absence de définition du rétablissement figurait parmi les limites rapportées concernant les études recensées. Par conséquent, la description des perceptions du rétablissement des neuf personnes rencontrées représente un des thèmes originaux de ce mémoire. Il est intéressant de constater un certain écart entre les définitions du rétablissement des participants : quelques uns considèrent ce processus comme étant une guérison alors que d'autres tendent à normaliser la persistance des symptômes et des risques de rechute. Dans le cadre de cette recherche, il ne semble pas exister de lien entre la perception du trouble mental comme une maladie ou non et la définition du rétablissement comme une guérison ou non. Pensons par exemple à Fabien qui parle de son affection psychiatrique comme d'un trouble et définit le rétablissement comme étant une guérison alors qu'Érika, pour la même définition de ce processus, verbalise au sujet de son trouble mental comme s'il s'agissait d'une maladie. Nous aurions pu nous attendre à des similitudes entre les réponses des participants occupant des postes dans les secteurs de la santé et de la santé mentale (intervenants, infirmier, etc.), mais cela ne semble pas être le cas. En effet, Fabien, Érika, Éliisa et Andrée n'entretiennent pas les mêmes perceptions du rétablissement et des troubles mentaux. Il est possible que ces perceptions soient tributaires des milieux ou des professionnels de la part desquels les individus interviewés reçoivent des soins et des services sociaux et de santé ou encore, cela peut tout simplement s'expliquer du fait que, à l'instar de n'importe quel groupe de gens, ces participants n'adhèrent pas aux mêmes croyances et n'interprètent pas les choses de la même façon. Davantage de données auraient été nécessaires pour tirer des conclusions plus que sommaires à ce sujet.

Lorsqu'il est question de troubles mentaux, le sujet de la « normalité » entre souvent en jeu. Les participants de l'étude n'y échappent pas. Par exemple, Érika normalise l'expérience d'une psychose en l'interprétant comme un langage qu'elle doit apprendre à décoder. C'est ce qui rendra possible son mieux-être. Rappelons-nous qu'Yves et Éliisa tendent aussi vers ce genre de perception en exprimant que leur problématique psychiatrique est en fait l'expression d'un surplus, d'un mal-être. Outre cela, David mentionne : « [J'suis] maniaco-dépressif ouain, mais [quand j'suis] dans mon état normal, même si j'suis maniaco-dépressif, y a pas de différence qu'avec une autre personne ». Il

ajoute que les « personnes normales » ne sont pas plus heureuses que celles qui vivent avec un trouble mental car « c'est aussi plate être sur l'eau calme que l'autre qui est sur le top d'la vague ou dans l'creux d'la vague. ». Il spécifie que c'est la souplesse qui demeure la clé de la santé et que cela vaut pour tout le monde. Il estime aussi se reconnaître dans bon nombre de gens qui n'ont pas de trouble mental étant donné qu'il définit ce dernier comme un état d'être. « Parce que [tu sais], malade mental, ça dépend quand est-ce que tu prends la photo. Si tu prends la photo de quelqu'un pis [tu la] reprends deux mois après, c'pas la même personne. », conclut-il. Ceci tend à nous rappeler que personne n'est à l'abri de la souffrance psychique se révélant par une incapacité psychiatrique. Fabien confirme d'ailleurs avoir rencontré, pendant son hospitalisation en psychiatrie, des patients qui occupaient des emplois d'avocat, de médecin, etc. Cela aurait eu pour effet de diminuer les préjugés que lui-même entretenait au sujet des troubles mentaux. Qui plus est, il s'est reconnu en eux et dès lors, a eu envie d'aider ses pairs, « les gens comme moi » dit-il.

La présente étude a permis à des êtres comme Yves, Simone, Sylvie, Érika, Andrée, Éliisa, David, Carl et Fabien de nous donner accès à leur réalité qui comporte autant d'ombre que de clarté. Plusieurs participants l'ont d'ailleurs souligné lors des entrevues, à l'instar de David qui avoue que « mon trouble, c'est la plus belle lumière. ». Il révèle également un aspect qui est rarement relaté lorsqu'il est question d'expérience psychiatrique et de souffrance psychique: l'aspect grisant ou agréable de certains symptômes. Il affirme qu'au début d'une période de manie, il sent son esprit s'emballer. Il se donne alors le temps de voir comment les choses vont tourner, il se regarde aller en se rendant compte que « c'est comme si t'étais attiré par le chant d'une sirène ». Pouvons-nous en conclure que pour vivre une existence agréable malgré un trouble mental, il faut savoir prendre du recul, nuancer ses perceptions, accepter cette situation de même que savoir en tirer profit ? Il semble légitime de le concevoir à partir des entrevues menées dans le cadre de cette recherche. Il aurait été pertinent de vérifier si l'impression d'ivresse pendant un épisode actif du trouble varie selon le diagnostic reçu. Par exemple, est-ce que certains symptômes de la schizophrénie peuvent paraître grisants aux yeux de ceux qui sont aux prises avec cette

condition psychiatrique ? Encore une fois, le caractère sommaire de cette étude ne permet pas de tirer de telles conclusions.

Les notions de plaisir et de satisfaction reviennent à quelques reprises dans les propos des participants mais guère dans les études consultées. Rechercher le plaisir et la satisfaction caractérise pourtant le comportement de tout être humain (Sillamy, 1999). Sur le plan historique, on ne reconnaît pas aux « malades mentaux » le droit éprouver sainement des sensations agréables et entretenir des rêves et malheureusement, ces personnes ont parfois tendance à intérioriser ces croyances. Par exemple, à partir de mes expériences diverses en tant qu'intervenante sociale en santé mentale, je constate qu'il est fréquent de rencontrer des personnes aux prises avec des troubles mentaux qui ne se permettent pas de désirer, de rêver, de jouir de la vie, d'entretenir des projets et d'essayer d'atteindre des buts. Ceci pouvant être lié aux vestiges du modèle biomédical paternaliste et surprotecteur, à l'apprentissage de la résignation, à la surmédicalisation, aux symptômes envahissants, au phénomène de la « culture du perdant » (être né pour un petit pain...), etc. Par-dessus le marché, des professionnels de la santé et des services sociaux, des parents, des amis, des professeurs, des employeurs, des voisins, des propriétaires de logements, etc., entretiennent également ce mode de pensée contraignant, réducteur, discriminatoire, éteignant l'espoir et la vie. C'est d'ailleurs en réaction à cela, depuis les années 1970, que le mouvement états-unien des ex-psychiatisés, aidé par des praticiens, des chercheurs, des militants, des politiciens, des proches, etc., a élaboré la fameuse (et si libératrice) philosophie du rétablissement. Un type d'intervention tout aussi important en a découlé : l'approche centrée sur les forces. Cette méthode d'intervention, qui « représente une nouvelle façon de percevoir les choses [et qui] nous amène à voir des possibilités plutôt que des problèmes, des options plutôt que des contraintes, la santé plutôt que la maladie », vise à favoriser le rétablissement des individus par l'appropriation du pouvoir (Rapp, 1998). Les tenants de cette perspective prennent pour acquis que les personnes aux prises avec des troubles mentaux ont des buts, des rêves, un potentiel à développer, qu'elles peuvent vivre des succès, qu'elles doivent bénéficier de la dignité du risque et du privilège d'avoir le droit de faire des erreurs. Le modèle axé sur les forces repose sur six principes (Alliance des

groupes d'intervention pour le rétablissement (AGIR), 2004) :

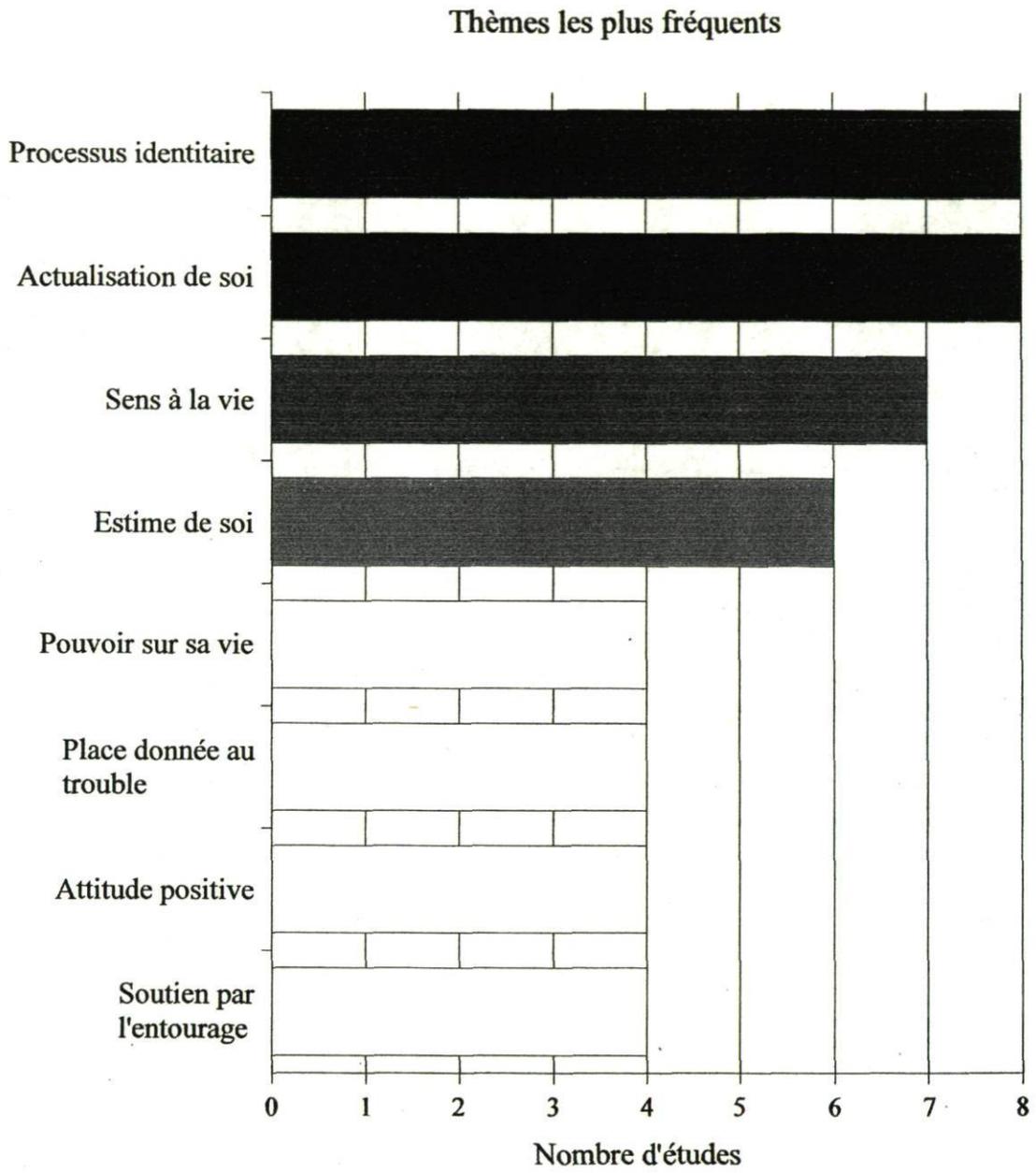
- 1) Le soutien est centré sur les forces, les intérêts et les aspirations de l'utilisateur plutôt que sur le diagnostic ;
- 2) La communauté est une oasis de collaborateurs potentiels au processus de soutien ;
- 3) Les interventions sont menées en fonction des décisions de l'utilisateur ;
- 4) La relation utilisateur/intervenant devient un facteur essentiel du processus de soutien ;
- 5) Le mode d'intervention privilégié est l'accompagnement des utilisateurs dans des contextes naturels de la vie en société (*outreach* ou mesures d'actions proactives) ;
- 6) Les utilisateurs possèdent la capacité d'apprendre, de grandir et de changer.

Enfin, quant à la résilience, certains auteurs dissocient ce phénomène du processus de rétablissement. Par exemple, Bonanno (2004) définit la résilience comme la capacité de maintenir un fonctionnement physique et psychologique stable et sain malgré le vécu d'une perte significative ou d'un événement potentiellement traumatisant. Pour ce qui est du processus rétablissement, la période d'incapacité suivant l'événement serait modérée et quelqu'un peut prendre de quelques mois à deux ans pour se rétablir. Lorsqu'il s'agit du phénomène de résilience, la période d'incapacité est plus courte et moins intense. Puis l'auteur estime que si le dysfonctionnement suite à l'événement est grave (« *severe* »), il y aura chronicisation de l'incapacité physique ou psychologique. Malgré ces distinctions, Bonanno (2004) présente quelques manières de vivre la résilience qui pourraient s'apparenter à des moyens nécessaires au processus de rétablissement. Par exemple, l'auteur indique qu'un individu résilient s'engage à trouver un sens à sa vie, qu'il a un pouvoir sur ce qui l'entoure et sur ce qui lui arrive et qu'il peut apprendre et grandir de ses expériences, qu'elles soient positives ou négatives. Souvenons-nous que ces aspects ont été identifiés comme des composantes du processus de rétablissement tant par des participants à cette étude que dans les sections du cadre conceptuel et de la recension des écrits. De plus, une bonne estime de soi et l'humour, identifiés comme d'autres façons de vivre la résilience (Bonanno, 2004), servent aussi au processus de rétablissement. Considérant cela, est-il exact d'envisager que la résilience est possible sans rétablissement mais que celui-ci est impossible sans la capacité de résilience ? Il aurait été intéressant de vérifier si, à travers son processus de rétablissement, une personne présentant une affection

psychiatrique développe de la résilience afin que d'un revers à l'autre, elle puisse reprendre son fonctionnement général plus facilement et plus rapidement.

Outre les sujets originaux énoncés précédemment, 24 thèmes sont à la fois communs au présent mémoire et à au moins une des neuf études recensées. Évidemment, les assertions à l'effet que le travail peut favoriser le rétablissement et qu'il entraîne une multitude d'apports positifs (tels que la valorisation de soi) ont été soulignées par tous les auteurs recensés de même que dans le cadre de cette recherche. La **Figure 1** hiérarchise les thèmes les plus fréquemment identifiés dans ces dix études (ils ont été mentionnés dans ce mémoire et dans au moins trois autres recherches). Ces thèmes seront ensuite expliqués.

Figure 1. Thèmes les plus fréquents.



Donc, dans le cadre de cette étude, il est possible de constater que le travail contribue au rétablissement car il peut favoriser :

- ◆ Le processus identitaire en permettant de jouer des rôles sociaux valorisés par soi-même et par la société ;
- ◆ Le processus d'actualisation de soi en permettant d'utiliser et de développer ses capacités et son potentiel, de se fixer des objectifs et de les atteindre, etc. ;
- ◆ Le processus d'engagement à trouver un sens à sa vie. Le travail peut donner une raison de vivre, une raison de se lever le matin, etc. ;
- ◆ Une bonne estime de soi car il est source de valorisation de soi et de confiance en soi ;
- ◆ L'appropriation du pouvoir sur sa vie ;
- ◆ Le fait d'éviter de se centrer sur son trouble mental, il permet de se distraire et de penser à autre chose qu'à ses problèmes et ses difficultés ;
- ◆ Le nombre et la diversité des sources de soutien reçu.

Il semble aussi que l'adoption d'attitudes positives envers la vie et envers ce qui nous arrive influence positivement la contribution du travail au rétablissement.

Les sujets suivants sont communs aux participants de cette étude et aux participants de certaines recherches recensées. Ces 11 thèmes sont toutefois ressortis de façon moins fréquente que ceux présentés précédemment :

- 1) L'autonomie et l'indépendance que procure le travail influencent positivement le processus de rétablissement selon plusieurs individus aux prises avec des troubles mentaux (Provencher et al., 2002) ;
- 2) Le retour au fonctionnement antérieur est espéré par bon nombre d'entre eux lorsqu'il s'agit de rétablissement (Young et Ensing, 1999) ;
- 3) La qualité de vie que permet le travail contribue au rétablissement d'après plusieurs personnes vivant avec une problématique psychiatrique (Young et Ensing, 1999) ;
- 4) La persistance de symptômes envahissants peut empêcher de faire en sorte que le travail devienne un outil de rétablissement selon des individus ayant un diagnostic (Provencher et al., 2002 ; Onken et al., 2003) ;
- 5) La stigmatisation, la discrimination et les préjugés sont des conséquences du fait d'avoir un vécu psychiatrique et nuisent au rétablissement d'après plusieurs d'entre eux (Onken et al., 2003) ;
- 6) La croyance qu'il est possible de mener une existence satisfaisante malgré la présence d'un trouble mental favorise le rétablissement selon des utilisateurs de services en santé mentale (Mancini et al., 2005) ;

- 7) L'utilisation d'outils de bien-être diversifiés (médication, thérapie individuelle ou de groupe, acupuncture, massothérapie, zoothérapie, activité physique, relaxation, etc.) favorise le rétablissement d'après leurs propos (Mancini et al., 2005) ;
- 8) L'accès à des services personnalisés est, selon plusieurs personnes présentant une problématique psychiatrique, un facteur déterminant du processus de rétablissement (Ochocka et al., 2005 ; Onken et al., 2003 ; Scheid et Anderson, 1995) ;
- 9) Le stress et la pression professionnels peuvent faire en sorte que le travail nuise au rétablissement selon bon nombre d'utilisateurs de services en santé mentale (Scheid et Anderson, 1995) ;
- 10) L'incidence de la santé physique sur la santé mentale et sur les troubles mentaux est à considérer lorsqu'il est question de rétablissement selon plusieurs d'entre eux (Mee et Sumsion, 2001) ;
- 11) Le sentiment d'appartenance que permet le travail est une des raisons faisant en sorte que celui-ci peut favoriser le rétablissement, selon des individus aux prises avec un trouble mental (Rebeiro et Cook, 1999).

Tel que mentionné précédemment, plusieurs participants à cette étude ont mentionné que leur emploi joue un rôle dans leur rétablissement du fait qu'il améliore leur qualité de vie, qu'il correspond à leurs intérêts et à leurs besoins et qu'il est une source de reconnaissance et de valorisation. Ceci appuie les propos de Becker et Drake (2004) et ceux de Shaheen et al. (2003) à l'effet que le travail compétitif, comparativement aux mesures d'employabilité traditionnelles comme les ateliers et les plateaux de travail ou les stages de pré-emploi, contribue plus efficacement à la réadaptation psychosociale et au rétablissement d'une partie de la population des gens aux prises avec des troubles mentaux. En effet, tel que mentionné précédemment, les mesures d'employabilité traditionnelles ont tendance à faire fi des intérêts et des besoins réels des individus, elles offrent moins de possibilités d'améliorer leur qualité de vie en raison d'un salaire insuffisant ou de mesures incitatives (exemple : 100\$ supplémentaires par mois conditionnellement à la réalisation d'une activité de réinsertion professionnelle), les activités de pré-emploi proposées ne permettent pas nécessairement de jouer des rôles significatifs et valorisés par la personne et la société, etc.

Enfin, les cheminements d'Yves, Simone, Sylvie, Érika, Andrée, Éliisa, David, Carl et Fabien réaffirment le potentiel des individus aux prises avec un trouble mental à travailler sur le marché compétitif, à mener une existence satisfaisante malgré un diagnostic psychiatrique, à entretenir et à atteindre des buts, des rêves et des projets, à gérer le stress, à ne pas sombrer dans la chronicité du dysfonctionnement et, ainsi, éviter que leur problématique psychiatrique ne devienne une incapacité de manière générale, un obstacle à une vie dite « normale ». D'ailleurs, certains participants sont propriétaires d'une maison, d'autres ont des enfants à leur charge, ils pratiquent des loisirs et jouent divers rôles sociaux, etc. Tel que souligné précédemment, pour que des gens aux prises avec un trouble mental occupent avec succès un emploi compétitif, ils doivent bénéficier d'un soutien approprié et continu. C'est le cas de tous les participants à cette étude. Toutefois, ce soutien n'implique pas nécessairement l'obtention de mesures d'accommodement ni le fait que le milieu professionnel des participants soit au courant de leur réalité psychiatrique. Le succès professionnel des neuf personnes rencontrées tient peut-être du fait qu'elles avaient travaillé sur le marché régulier avant la survenue des symptômes ou l'établissement d'un diagnostic. D'après les écrits de Vézina et ses collaborateurs (1992), ce succès pourrait également être expliqué par le fait que tous les participants ont adopté des stratégies d'adaptation efficaces (exemple : prévoir un plan en cas de rechute) et que plusieurs milieux qu'ils fréquentent sont favorables à leur rétablissement. Malgré cela, certains facteurs environnementaux demeurent des obstacles à l'atteinte de l'emploi idéal ou d'autres objectifs de vie selon certains participants. Par exemple, la précarité d'emploi, les standards de rendement professionnel de plus en plus exigeants, le manque de financement, la discrimination et les préjugés de certains employeurs potentiels, le fait qu'il faut parfois révéler en détails tout trouble de santé pendant la procédure d'embauche (c'est ainsi entre autres pour être enrôlé dans l'armée ou être engagé dans le réseau de la santé et des services sociaux). Ces circonstances complexifient l'intégration au marché régulier de l'emploi, particulièrement pour des gens aux prises avec un trouble mental.

Dans les limites de ce mémoire, il semble donc exister des bases et des aspects communs au processus de rétablissement d'un trouble mental d'une multitude de gens qui occupent un emploi sur le marché régulier. Voyons maintenant les limites qui font en sorte que les constats et les résultats de la présente étude doivent être envisagés avec précaution et nuance.

8.2 LES LIMITES DE LA PRÉSENTE ÉTUDE

Selon Poupart, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer et Pires (1997), du fait que cette recherche soit de type qualitatif, elle présente les limites habituelles attribuées à ce genre d'études (exemple : les données viennent du vécu subjectif d'individus). La limite usuelle la plus probable est l'attitude engagée du chercheur. En effet, l'auteure de ce mémoire est une militante membre du conseil d'administration de l'APUR, une des ressources ayant facilité le recrutement de quelques participants. Ma croyance ferme à l'idée que l'emploi compétitif contribue au processus de rétablissement d'un trouble mental a pu biaiser, par exemple, l'interprétation des résultats. Puis le fait que cette étude ne soit pas longitudinale empêche de prendre en compte l'évolution des participants.

Tel que mentionné précédemment, la petitesse de l'échantillon et les critères pour le composer peuvent avoir biaisé les résultats, ceci faisant en sorte que les personnes interviewées représentent plus ou moins fidèlement la population des individus aux prises avec un trouble mental qui travaillent sur le marché régulier. En plus, le fait d'avoir un diagnostic était un des critères d'embauche de certains participants.

Il aurait été par ailleurs intéressant de comparer les neuf participants à un groupe d'individus n'étant pas en processus de rétablissement selon leurs résultats moyens au RAS pour vérifier, par exemple, si les membres des deux groupes partagent les mêmes perceptions quant aux six thèmes de cette recherche. Aussi, les incidences possibles du sexe, de l'âge, du statut civil, du salaire, du diagnostic, etc. n'ont pas été évaluées. De plus, les résultats obtenus auraient pu être validés par les participants. Malheureusement, pour une question de disponibilité des personnes interviewées, cela n'a pas été possible. Puis

l'utilisation de sources d'information multiples (intervenants, proches, employeurs, etc.) aurait participé à améliorer la fiabilité et la validité des résultats.

Conséquemment, beaucoup plus de données sont nécessaires pour évaluer la diversité des possibilités et valider les trois modèles-types. Enfin, ce qui fait qu'Yves, Simone, Sylvie, Érika, Andrée, Élisabeth, David, Carl et Fabien vivent des succès professionnels comparativement à plusieurs personnes également aux prises avec un trouble mental n'a pas été mis en lumière.

8.3 LA PORTÉE DE LA PRÉSENTE ÉTUDE

Si la présente étude est de nouveau menée auprès d'adultes québécois francophones et que la validité externe des résultats est démontrée, il deviendra possible de comparer les données recueillies à celles d'études menées auprès de populations anglophones et allophones. Ainsi, le caractère culturel du rétablissement et du travail (perception, sens, représentation, accessibilité, etc.) pourrait être mis en évidence.

Qui plus est, le cheminement des participants rapporté dans ce mémoire réaffirme le potentiel des individus aux prises avec un trouble mental à occuper un emploi compétitif. Par ailleurs, dans les limites de cette recherche, les résultats obtenus procurent un appui supplémentaire aux organismes et aux programmes en santé mentale qui sont reliés à l'emploi, aux intentions de joindre les services de traitement thérapeutique des troubles mentaux aux services de soutien à l'emploi, à l'application de mesures intersectorielles pour remédier aux problèmes de réadaptation psychosociale des personnes présentant une condition psychiatrique, à la prise en compte de l'influence considérable du travail dans le processus de rétablissement et aux approches d'intervention qui envisagent la personne dans sa globalité. Yves, Simone, Sylvie, Érika, Andrée, Élisabeth, David, Carl et Fabien représentent également des modèles d'espoir qui prouvent que des personnes présentant un trouble mental peuvent prendre une part active à leur communauté, améliorer leurs conditions de vie et faire l'expérience de succès sur le marché régulier de l'emploi.

Puisque le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 (MSSS, 2005) affirme la nécessité de former et d'informer les utilisateurs de services en santé mentale afin qu'ils participent à l'implantation de ce plan d'action, cette recherche représente un atout pertinent dans la mesure où elle permet d'obtenir une idée sommaire d'où est rendu ce concept au sein d'une catégorie de personnes directement concernées par ce plan. Ainsi, l'arrimage des formations destinées aux individus présentant un trouble mental à leurs besoins, à leurs connaissances et à leur réalité sera facilité.

Enfin, les thèmes originaux qui découlent des propos des neuf participants permettent de nouvelles réflexions. À ce sujet, passons maintenant aux pistes de recherche et aux recommandations pour la pratique.

8.4 LES PISTES DE RECHERCHE

Il serait intéressant de contextualiser la présente recherche afin de vérifier si certains des quatorze thèmes originaux de ce mémoire sont réellement significatifs. Par exemple, le besoin de normaliser son vécu psychiatrique, l'entretien de préjugés par les personnes aux prises avec un trouble mental envers leurs pairs ou l'aspect grisant de certains symptômes représentent-ils des réalités vécues par l'ensemble ou la majorité des individus présentant un diagnostic psychiatrique ? Est-ce que le type de vision du rétablissement (stricte ou modérée) a une incidence sur le succès en emploi, sur la tendance à révéler ou non son vécu psychiatrique, sur la facilité de concilier son travail et son trouble mental, etc. ? La préoccupation pour l'un des deux facteurs identifiés (le maintien de l'équilibre des domaines de vie et la persistance d'un stress professionnel) pourrait-elle, par exemple, influencer le type d'emploi choisi, l'atteinte ou non du travail idéal ou autres rêves et objectifs de vie ou encore, la satisfaction par rapport à la vie en général ? En raison du caractère sommaire de cette recherche, bon nombre de questions demeurent sans réponse. Puis étant donné que la méthode de recrutement ayant été la plus efficace fût le bouche à oreille, plusieurs participants n'étaient pas nécessairement conscientisés par rapport au phénomène du rétablissement. Ainsi, contextualiser cette recherche à la suite de la formation au rétablissement davantage de gens vivant avec un diagnostic psychiatrique et à la suite de

l'expansion du mouvement des utilisateurs québécois pourrait révéler, par exemple, l'évolution de ce concept sur le plan national. Qui plus est, les aspects sociaux et politiques du processus pourraient ressortir davantage. Ensuite, à savoir si l'accès direct à un emploi compétitif et un soutien continu favorisent davantage le rétablissement comparativement à des mesures spéciales d'employabilité (exemple : les stages pré-emploi), les résultats de cette étude ne permettent pas de statuer à ce sujet. Des recherches ultérieures sont nécessaires. Il est toutefois possible d'affirmer que, puisque les façons d'intégrer le marché de l'emploi restent aussi variées que les visages des troubles mentaux, la diversification des méthodes d'insertion socioprofessionnelle devrait rester une priorité. En ce sens, il est primordial, avant d'adopter une procédure de type placement-entraînement ou entraînement-placement, d'évaluer où en est rendu l'individu par rapport à ses besoins, à sa conception du travail et de son rétablissement, à ses forces, à ses intérêts, etc. Le choix final quant aux mesures d'employabilité et de réinsertion socioprofessionnelle à privilégier doit appartenir à cet individu. Celui-ci a, de plus, tout avantage à bénéficier d'un soutien continu étant donné l'anxiété reliée à ce type de démarches. Il est également capital, afin de laisser la dignité du risque et le droit à l'erreur aux citoyens aux prises avec un trouble mental, de leur permettre de faire leurs propres choix en matière d'insertion socioprofessionnelle parmi de réelles possibilités, c'est-à-dire des emplois variés, intéressants, valorisants et valorisés par la société, qui leur permettent d'utiliser leur potentiel.

8.5 LES RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE DU TRAVAIL SOCIAL

À partir des résultats de la présente recherche, j'ose rappeler l'importance de considérer les personnes qui vivent avec un trouble mental de façon holistique, de valider leurs rêves, leurs ambitions, leurs désirs et leurs projets ainsi que de reconnaître leur potentiel à vivre une vie « comme tout le monde ». C'est entre autres ce que favorise l'application du paradigme du rétablissement qui, je tiens à le souligner, n'est pas la responsabilité exclusive des professionnels de la santé mais également du commun des mortels (familles, proches, propriétaires de logements, employeurs, voisins, etc.). Cette étude appuie également l'idée selon laquelle favoriser l'intégration socioprofessionnelle,

dans la mesure où l'emploi correspond aux habiletés, aux intérêts et aux besoins de l'individu, joue un rôle fondamental dans le mieux-être des personnes dont il est ici question. Rappelons-nous, à ce titre, que le travail améliore la qualité de vie, qu'il permet la diversification des relations interpersonnelles, qu'il offre un lieu supplémentaire à la définition de soi et de ses priorités de vie, qu'il favorise l'estime et la confiance en soi ainsi que l'établissement d'objectifs, etc. Puis les données recueillies appuient aussi l'adoption de véritables partenariats intersectoriels entre les différents Ministères afin de favoriser l'intégration sociale des citoyens présentant un vécu psychiatrique. Ceci pouvant s'appliquer concrètement, par exemple, en incluant des services socioprofessionnels aux services thérapeutiques puisque le travail peut clairement favoriser le rétablissement. Enfin, ce mémoire met de l'avant des valeurs liées à l'application concrète et réussie du paradigme du rétablissement qui sont communes à celles des travailleurs sociaux. Il devient alors évident que ceux-ci, en tant que spécialistes du fonctionnement social de l'individu, sont parmi les mieux placés pour se présenter à titre de « porte-étendards » du rétablissement. En effet, puisque ces professionnels prônent déjà depuis fort longtemps la croyance ferme au potentiel des individus et des communautés, l'équité, l'égalité, la justice sociale, le soutien, l'entraide, la solidarité, le respect de la valeur humaine et des droits de chacun, la dignité, l'appropriation du pouvoir, etc., tous des concepts cruciaux pour une mise en action réelle, efficace et durable du paradigme du rétablissement.

9. Conclusion

Pour conclure, nous vérifierons si les résultats de ce mémoire ont révélé des éléments de réponse aux objectifs préalablement définis. Nous verrons également s'il est possible, à l'intérieur du cadre sommaire de cette recherche, de statuer si, pour les citoyens présentant une condition psychiatrique, « travailler, c'est trop dur ».

9.1 LES OBJECTIFS DE LA PRÉSENTE ÉTUDE

Tout d'abord, le but premier de cette recherche est de savoir dans quelle mesure, selon des personnes aux prises avec un trouble mental qui occupent un emploi compétitif, le travail est lié au rétablissement. Les neuf Québécois francophones interviewés admettent un lien entre l'emploi et le rétablissement. À savoir si ce lien est positif ou négatif, 78% des participants jugent que de façon générale, le travail favorise leur rétablissement. Pour le 22% restant, l'emploi nuit généralement à leur mieux-être quand il devient la seule source de valorisation de soi, l'unique moyen de se définir ou la seule activité pratiquée ou presque, entraînant ainsi des risques de déséquilibre des domaines de vie. Quant aux facteurs qui influencent la contribution du travail au rétablissement, ils consistent au fait de remplir des rôles diversifiés et de mener plusieurs activités significatives (équilibre de vie) et la difficulté à gérer des stress professionnels persistants. Ensuite, de façon générale, ce qui caractérise les individus pour qui l'emploi participe au rétablissement consiste en ce qui suit :

- ◆ Ils jugent que le travail est une source d'apports très positifs comme la valorisation de soi ;
- ◆ Le poste qu'ils occupent, idéal ou non, s'arrime à leurs habiletés, à leurs besoins, à leurs intérêts, etc. ;
- ◆ Ils estiment posséder un pouvoir sur leur travail, sur leur mieux-être (rétablissement) et sur les manifestations de leur trouble mental ;
- ◆ Ils mènent une vie satisfaisante au-delà de leur condition psychiatrique et entretiennent une estime d'eux-mêmes favorable ;
- ◆ Ils tirent profit de sources de soutien variées, davantage informel (famille, amis, collègues, etc.) que formel (professionnels, médication, etc.) ;
- ◆ Ils ont exercé des emplois compétitifs avant et après l'obtention d'un diagnostic de trouble mental ou la survenue de symptômes et n'ont jamais bénéficié de mesures spéciales d'employabilité.

Quant à ce qui distingue ces personnes, cela réside entre autres dans leur perception du rétablissement (une guérison ou un cheminement possible malgré la persistance de symptômes et de risques de rechute) et dans leur manière de parler de leur vécu psychiatrique (maladie ou trouble).

9.2 « TRAVAILLER, C'EST TROP DUR » ?

À savoir si « travailler, c'est trop dur », il semble que les individus que j'ai rencontrés dans le cadre de ce mémoire qui sont aux prises avec un trouble mental n'adhèrent pas à cette croyance. En ce sens, Fabien s'exprime ainsi : « J'veux pas qu'on me prenne différemment, j'veux fonctionner comme tout le monde. C'est ça, j'veux pas régresser dans le monde professionnel à cause de c'qui m'est arrivé. ». Évidemment, puisque « la maladie [...] a plusieurs visages » (Érika), certaines personnes vivant avec des troubles mentaux ne sont pas en mesure, pour toutes sortes de raisons, d'assumer un emploi sur le marché régulier. Tel que mentionné précédemment, elles trouvent un sens à leur existence et participent à la vie citoyenne par d'autres moyens (bénévolat, famille, loisirs, études, etc.). D'ailleurs, souvenons-nous que les participants choisis pour cette étude ne représentent pas l'ensemble des personnes ayant une problématique psychiatrique étant donné les critères de sélection et la taille de l'échantillon. Toutefois, à partir de mes expériences professionnelles, personnelles et scolaires, je tiens à spécifier que des centaines de gens à travers le Québec occupent des postes extrêmement variés sur le marché compétitif tout en vivant avec un trouble mental. Ces personnes s'affichent de plus en plus ouvertement, par exemple, en devenant membres d'associations de type « par et pour » à la grandeur du territoire québécois (la Fédération québécoise Les Porte-Voix du rétablissement, l'APUR, les comités d'usagers de centres hospitaliers ou de centres de santé et de services sociaux, etc.). Elles mènent des vies satisfaisantes, se rétablissent, jouent plusieurs rôles sociaux valorisés et décident de participer ou non à démystifier l'univers des troubles mentaux en révélant leur expérience psychiatrique, en s'affichant librement, en « sortant du placard ».

9.3 LE RÉTABLISSMENT : QUAND LE TRAVAIL S'EN MÊLE

La période de crise économique dans laquelle le monde entier est aujourd'hui plongé, les difficultés à concrétiser les solutions en lien avec l'intersectorialité, la petite taille des familles, l'individualisme toujours croissant, la solidarité en souffrance, le tissu social effrité, les contraintes et les exigences liées au travail (abrutissement, compétitivité, précarité, instabilité, etc.), la discontinuité des soins et des services, le sous-financement du communautaire, la concurrence improductive... Tout cela n'est pas sans nous remémorer les années 1980. Serions-nous en train de revivre (ou de recréer) les conditions ayant fait de l'emploi le lieu de socialisation principal ? Il devient d'autant plus pressant de se positionner face à notre projet de société en matière de « folie » : préserverons-nous l'historique peur de la contagion ou nous laisserons-nous contaminer par l'espoir et le vent de changement et d'équité que propose le virage axé sur le rétablissement ? Je souhaite, je nous souhaite, de ne jamais considérer que travailler à l'amélioration des conditions de vie des exclus et de la population en général c'est « trop dur ». C'est à coup d'efforts, de risques et de réelles collaborations entre les différents acteurs concernés (utilisateurs, proches, professionnels de la santé, militants, chercheurs, politiciens, etc.) que des « infirmes de l'esprit » sont devenus nos collègues et des citoyens à part entière. Pensons par exemple au Programme québécois Pairs-Aidants Réseau, promu par l'APUR et l'AQRP, qui a élaboré la première formation francophone en intervention par les pairs. En 2008, 26 individus aux prises avec un trouble mental ont donc été formés à intervenir en tant que pairs-aidants, c'est-à-dire qu'à titre de modèles vivants de rétablissement, ils utiliseront judicieusement leur expérience psychiatrique et leur histoire de mieux-être pour informer, sensibiliser et transmettre de l'espoir à leurs collègues, aux personnes auprès de qui ils interviennent, aux proches de celles-ci et à la population en général. Actuellement, environ une dizaine de ces pairs-aidants certifiés sont embauchés dans des organismes communautaires et des établissements du réseau de la santé et des services sociaux selon le principe « à compétences égales, salaire égal ». Leur vécu des troubles mentaux est alors reconnu en tant qu'expertise pertinente et nécessaire aux traitements et au rétablissement de leurs pairs, des gens aux prises avec un trouble mental. Mais les intentions de « ne rien faire pour eux

sans eux » et de leur donner le libre choix par rapport à tout ce qui les concerne (traitements, suivi, travail, accommodements, loisirs, etc.) doivent absolument être suivies d'actions concrètes.

Puis souvenons-nous les propos de Becker et Drake (2003) rapportés précédemment à l'effet que les situations de handicap qui découlent de la vie avec un trouble mental ne sont pas strictement associées à ce dernier. Ils dépendent plutôt de la façon qu'une société a d'y répondre. Ainsi, ce qui souvent brime et détruit l'estime, les rêves, le potentiel et l'existence de personnes ayant des problèmes psychiatriques, c'est la stigmatisation, l'auto-stigmatisation, les préjugés, la discrimination et la peur. J'ajouterais un phénomène que j'ai nommé la contention sociale. Celle-ci consiste à la volonté de protéger, voire surprotéger, les individus présentant des diagnostics psychiatriques au point de restreindre et de contraindre leurs aspirations, leurs ambitions, leurs possibilités, etc. dû au fait que ces gens sont perçus comme des êtres fragiles et vulnérables. Ils risquent ainsi d'être confinés dans l'unique rôle de malade mental, ceci remettant en jeu leur processus de rétablissement. Toutes ces réalités représentent des « effets secondaires » pour lesquels Yves, Simone, Sylvie, Érika, Andrée, Éliisa, David, Carl et Fabien ont trouvé un moyen d'y remédier : travailler.

Pour conclure, voici un constat précisé dans le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 (MSSS, 2005) qui est également ressorti de ce mémoire : « les personnes ayant un trouble mental [...] ont les mêmes aspirations que tous les autres citoyens : s'instruire, une formation leur permettant d'avoir un travail valable et constructif, la possibilité de prendre part à la vie communautaire, la possibilité d'avoir des amis et des relations sociales. [Il est donc] important de leur fournir les moyens pour répondre à ces aspirations. » (p.52). Croire avec conviction au potentiel des citoyens présentant une condition psychiatrique est un des éléments clés de cette intention.

Bibliographie

- Alliance des groupes d'intervention pour le rétablissement (AGIR). (2004). *Le modèle de soutien communautaire axé sur les forces des individus : Pour les personnes souffrant de troubles graves*, Québec.
- Anthony, W. (1993). The guiding vision of the mental health service system in the 1990's. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4): 11-23.
- Axelsson, L., Ejlertsson, G. (2002). Self-reported health, self-esteem and social support among young unemployed people: a population-based study. *International Journal of Social Welfare*, 11: 111-119.
- Becker, D.R., Drake, R.E. (2003). *A working life for people with severe mental illness*. Oxford University Press, New York.
- Becker, D.R., Drake, R.E. (2004). Intégration communautaire et soutien à l'emploi. Dans Lecomte, T. & Leclerc, C. (Éds.), *Manuel de réadaptation psychiatrique*. Presses de l'Université du Québec, Sainte-Foy.
- Boivin, L., Bourassa, A., Gilbert, G., Mercier, C., White, D., Harvey, D. (2001). *L'intersectorialité et l'intégration au travail des personnes vivant avec des problèmes graves de santé mentale : état de la situation*. Comité de la santé mentale du Québec.
- Bonanno, G. (2004). Loss, trauma and human resilience : Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59(1): 20-28.
- Bond, G.R., Becker, D., 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.R., Drake, R., Mueser, K.T., Becker, D. (1997). An update on supported employment for people with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 48: 335-346.
- Boudreau, F. (2003). *De l'asile à la santé mentale : les soins psychiatriques, histoire et institutions*, 2^{ème} édition. Les Éditions St-Martin, Montréal. 274 pages.
- Campbell-Orde, T., Chamberlin, J., Carpenter, J., Leff, H.S. (2005). *Measuring the promise: a compendium of recovery measures*. Human Service Research Institute (HSRI), Massachusetts.

- Cellard, A. (1991). *Histoire de la folie au Québec : de 1600 à 1850*. Éditions Boréal, Montréal. 280 pages.
- 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.
- Charbonneau, C. (2004). *Travail et santé mentale : perspectives et défis*. Fondation Travail et Santé Mentale, Laboratoire de la recherche sur les pratiques et les politiques sociales (LAREPPS) et UQÀM, Montréal, cahier 04-01.
- Cook, A., Razzano, L. (2000). Vocational rehabilitation for persons with schizophrenia: recent research and implications for practice. *Schizophrenia Bulletin*, 26: 87-103.
- Crowther, R.E., Marshall, M., Bond, G.R., Huxley, P. (2001). Helping people with severe mental illness to obtain work: systematic review. *British Medical Journal*, 322: 204-208.
- Dew, D.W., Alan, G.M. (Eds.). (2005). *Innovative methods for providing VR services to individuals with psychiatric disabilities* (Institute on Rehabilitation Issues Monograph No. 30.) Washington, DC: The George Washington University, Center for Rehabilitation Counselling Research and Education.
- Dorais, M. (1993). Diversité et créativité en recherche qualitative. *Service social*, 42(2) : 7-28.
- Dorais, M. (2006). *Méthodes de recherche qualitative*. Notes de cours SVS-63083.
- Dorvil, H., Guttman, H.A., Ricard, N., Villeneuve, A. (1997). *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec.
- 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: 3-13.
- Fryer, D., Philip, U. (1994). *Unemployed people : social and psychological perspectives*. Open University Press USA, Columbus (OH).
- Gouvernement du Canada. (2006). *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada*. Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.
- Henderson, C., Thornicroft, G., Glover, G. (1998). Inequalities in mental health. *British Journal of Psychiatry*, 173: 105-109.

- Honey, A. (2004). Benefits and drawbacks of employment: perspectives of people with mental illness. *Qualitative Health Research*, 14(3): 381-395.
- Jacobson, N. Greenley, D. (2001). What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatric Services*, 52: 482-485.
- Kates, N., Nikolaou, L. (1997). An in-home employment program for people with mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20(4): 56-60.
- Krupa, T. (2004). Employment, recovery, and schizophrenia: Integrating health and disorder at work. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28(1): 8-14.
- Lasvergnas, I., Gagné, J. (2000). *Vingt ans plus tard l'an 2000 : entre bilan et nouvelles avenues, où se situe le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec*. Les ressources alternatives de traitement. Éd. Revue Santé mentale au Québec.
- Lauzon, G., Charbonneau, C., Provost, G. (2001). *Favoriser l'intégration au travail en santé mentale : l'urgence d'agir*. Association québécoise pour la réadaptation psychosociale.
- Lauzon, G., Lecomte, Y. (2002). Éditorial. Rétablissement et travail. *Santé mentale au Québec*, 27(1): 7-34.
- Lecomte, T., Cyr, M., Lesage, A. D. (1997). Le rôle de l'estime de soi dans l'adaptation psychosociale de personnes schizo-phrènes. *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 16(1): 23-38.
- Lehman, A.F. (1995). Vocational rehabilitation in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21(4): 645-656.
- Lehman, A.F., Carpenter, W.T.Jr., Goldman, H.H., Steinwachs, D.M. (1995). Treatment outcomes in schizophrenia: implications for practice, policy and research. *Schizophrenia Bulletin*, 21(4): 669-675.
- Lehman, A.F., Thompson, J.W., Dixon, L.B., Scott, J.E. (1995). Schizophrenia: treatment outcomes research –Editor's introduction. *Schizophrenia Bulletin*, 21(4): 561-566.
- Lehtinen, V., Riikonen, E., Lehtinen, E. (1998). *Promotion of mental health on the Europe agenda*. Stakes National Research and Development Center for Welfare and Health.
- MacDonald-Wilson, K.L., Whitman, A. (1995). Encouraging disclosure of psychiatric disability : Mental health consumer and service provider perspective on what employers can do. *American Rehabilitation Journal*, 21(1): 15-19.

- Mallette, L. (2003). La psychiatrie sous influence. *Santé mentale au Québec*, 28(1): 298-318.
- Mancini, M.A., Hardiman, E.R., Lawson, H.A. (2005). Making sense of it all: Consumer providers theories about factors facilitating and impeding recovery from psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29(1): 48-55.
- Mayer, R., Ouellet, F., Saint-Jacques, M-C., Turcotte, D. (2000). *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Gaëtan Morin Éditeur. Boucherville.
- Mee, J., Sumsion, T. (2001). Mental health clients confirm the motivating power of occupation. *British Journal of Occupational Therapy*, 63(3): 121-127.
- MSSS. (1989). *La Politique de santé mentale*, Gouvernement du Québec.
- MSSS. (1997). *Bilan d'implantation de la Politique de santé mentale*, Gouvernement du Québec.
- MSSS. (2000). *Surmonter un problème de santé mentale au travail. Guide à l'intention des gestionnaires*, Gouvernement du Québec.
- MSSS. (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : la force des liens*, Gouvernement du Québec.
- Nelson, G., Lord, J., Ochocka, J. (2001). *Shifting the paradigm in community mental health: Towards empowerment and community*. University of Toronto Press.
- Ochocka, J., Nelson, G., Janzen, R. (2005). Moving forward: Negotiating self and external circumstances in recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28(4): 315-322.
- Pagé, J.C. (1961). *Les fous crient au secours. Témoignage d'un ex-patient de Saint-Jean-de-Dieu*, 2e édition. Éditions du Jour, Montréal. 156 pages.
- Perkins R., Rinaldi, M.. (2002). Unemployment rates among patients with long-term mental health problems. *Psychiatric Bulletin*, 26: 295-298.
- Perron, N. (2005). Réseaux intégrés de services en santé mentale et enjeux des pratiques. *Nouvelles pratiques sociales*, 18(1): 162-177.
- Potvin, N. (1997). *Bilan d'implantation de la Politique de Santé mentale*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec. 157 pages.
- Poupart, J., Deslauriers, J-P., Groulx, L-H., Laperrière, A., Mayer, R., et Pires, A.P. (1997). *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Gaëtan Morin Éditeur. Montréal.

- 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.
- Rapp, C.A. (1998). *The strengths model: Case management with people suffering from severe and persistent mental illness*. Oxford University Press, New York.
- Rebeiro, K.L., Cook, J.V. (1999). Opportunity, not prescription: An exploratory study of the experience of occupational engagement. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 66(4): 176-187.
- Robichaud, J-B., Guay, L., Colin, C., Pothier, M. (1994). *Les liens entre la pauvreté et la santé mentale : de l'exclusion à l'équité*. Conseil de la Santé Mentale du Québec. Gaëtan Morin Éditeur, Boucherville.
- Russinova, Z., Wewiorski, N.J., Lyass, A., E.S., Rogers, Massaro, J.M. (2002). Correlates vocational recovery for persons with schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 14: 303-311.
- Saint-Jacques, M-C. (2005). *Méthodologie de la recherche. Recueil de textes SVS-60834*. Presses de l'Université Laval, Sainte-Foy.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2004). *National consensus statement on mental health recovery*. U.S. Department of Health and Human Services.
- Santé Canada. (2002). *Rapport sur les maladies mentales au Canada*. Comité de rédaction sur les maladies mentales. Ottawa, gouvernement canadien.
- Scheid, T.L., Anderson, C. (1995). Living with chronic mental illness: Understanding the role of work. *Community Mental Health Journal*, 31(2): 163-176.
- Scott, J.E., Dixon, L.B. (1995). Psychological interventions for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21(4): 621-630.
- Shaheen, G., Williams, F., Dennis, D. (Eds) (2003). Approaches to employment for people with serious mental illness in *Work as a priority: A resource for employing people who are homeless*. Rockville.
- Sillamy, N. (1999). *Dictionnaire de psychologie*. Édition du Club France Loisirs, Paris (avec l'autorisation de la librairie Larousse-HER).

- St-Onge, M., Tessier, L. (2004). *Le suivi communautaire en santé mentale. Une invitation à bâtir sa vie*. Les Presses de l'Université d'Ottawa. 332 pages.
- Tessier, L., Clément, M., Wagener-Jobidon, V. (1992). *La réadaptation psychosociale en psychiatrie. Défis des années 90*. Gaëtan Morin Éditeur. Comité de la santé mentale du Québec. Boucherville. 238 pages.
- Townsend, E. (Ed). Association canadienne des ergothérapeutes. (1997). *Promouvoir l'occupation. Une perspective de l'ergothérapie*. CAOT Publications ACE, Ottawa.
- 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): 535-549.
- Vézina, M., Cousineau, M., Mergler, D., Vinet, A. (1992). *Pour donner un sens au travail : bilan et orientations du Québec en santé mentale au travail*. Gaëtan Morin Éditeur. Comité Santé Mentale du Québec. Boucherville. 179 pages.
- 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.
- Wallot, H.A. (1998). *La danse autour du fou : histoire de la prise en charge de la folie au Québec*. Publications MNH Inc, Québec.
- Wilcock, A.A. (1998). *An occupational perspective of health*. SLACK Inc, New Jersey. 266 pages.
- Winefield, A.H., Winefield, H.R., Tiggemann, M., Goldney, R.D. (1991). A longitudinal study of the psychological effects of unemployment and unsatisfactory employment on young adults. *Journal of Applied Psychology*, 76(3): 424-431.
- Young, S.L., Ensing, D.S. (1999). Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(3): 219-232.

Sites internet:

Fisher, D. (2005). *What are the characteristics of a person who had recovered from mental illness?* National Empowerment Center Inc. www.power2u.org 15/09/2005.

Onken, S., Dumont, J., Ridgeway, P., Dornan, D., Ralph, R. (2003). *Phase one research report: A national study of consumer perspectives on what helps and hinders recovery.* <http://csipmh.rfmh.org/projects/rc10.htm> 10/09/2006.

Organisation mondiale de la Santé (2001). *Rapport sur la santé dans le monde.* www.who.int 15/09/2005.

Saint-Arnaud, L., l'équipe de Recherche sur les Impacts Psychologiques Organisationnels et Structurels du Travail. (2004). *Colloque sur la santé et la sécurité au travail.* www.ripost.qc.ca/publications/communications.php 13/10/2006.

Annexe 1: Formulaire de consentement

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT – recherche sur la relation entre le travail et le rétablissement en santé mentale.

Dans le cadre de ma maîtrise en service social, sous la direction de Mme Myreille St-Onge, professeure agrégée à l'École de service social de l'Université Laval, j'effectue une recherche qui a pour principal objectif la compréhension de la contribution du travail au processus de rétablissement selon des personnes ayant un trouble mental grave qui sont sur le marché régulier de l'emploi.

L'activité de recherche à laquelle je vous demande de participer consiste d'abord en une entrevue téléphonique de sélection pendant laquelle je vous demanderai des informations générales (nom, poste occupé, âge, etc.). Si vous correspondez aux critères de sélection, vous participerez à une rencontre individuelle d'environ 1h30 pendant laquelle je vous ferai d'abord répondre à un outil d'évaluation du rétablissement, le *Recovery Assessment Scale*, qui consiste en quarante-et-une questions à choix multiples (environ 20 minutes). Ensuite, je vous demanderai de vous exprimer par rapport à votre vécu et à vos expériences de rétablissement en santé mentale en lien avec le travail sur le marché régulier de l'emploi. Cette rencontre sera enregistrée à l'aide d'un magnétophone et aura lieu à un endroit préalablement convenu avec vous.

L'avantage de participer à cette recherche est d'amorcer une réflexion permettant de mieux comprendre le rôle du travail à votre mieux-être en plus d'identifier les facteurs aidant ou nuisant à votre rétablissement. Le désavantage est le temps requis ainsi que la possible réminiscence de souvenirs en lien avec des expériences émouvantes. Si tel est le cas, je vous prie de m'en faire part, vous pourrez ainsi être référés à des organismes de soutien. **Vous pouvez également vous retirer de cette recherche en tout temps sans aucune justification de votre part et sans aucun préjudice pour vous.**

Toute information obtenue dans le cadre de cette recherche sera traitée de façon strictement confidentielle. Votre nom ne paraîtra sur aucune note prise lors de la rencontre, un code sera utilisé. Le matériel et les enregistrements seront détruits en juin 2010 soit deux ans après la fin de la recherche.

Vous aurez accès aux résultats de cette recherche, à votre demande, sous forme d'un résumé écrit à partir du mois de juin 2008. Je vous prie de me tenir informée de tout changement d'adresse. En signant ce formulaire, vous acceptez que ces résultats soient publiés sous forme de rapport de recherche, d'articles ou d'ouvrages, **attendu que votre anonymat et que tous détails qui pourraient permettre de vous identifier soient strictement préservés.**

Pour toutes questions ou commentaires, je vous invite à communiquer avec moi, Noémie Charles, au 686-1031. Mme Myreille St-Onge, quant à elle, peut être rejointe au numéro suivant : (418) 656-2131 poste 3195.

CONSENTEMENT

Je reconnais avoir lu (qu'on m'a lu) ce formulaire et considère que les explications qui m'ont été données sont claires et suffisantes. Je consens donc, par la présente, à participer à l'étude dont les modalités sont décrites sur ce formulaire. Je reconnais avoir reçu une copie de ce formulaire.

Nom du participant

Signature

Date

Noémie Charles
Auteure du mémoire/Étudiante

Signature

Date

Je désire une copie du résumé de la recherche : Oui : ____ Non : ____

Coordonnées du participant :

En cas de plaintes ou de critiques sur le déroulement de cette recherche, on peut aussi rejoindre l'Ombudsman de l'Université Laval au (418) 656-3081. Le numéro d'approbation du comité d'éthique de la recherche de l'Université Laval est le 2007-069. Cette approbation a été reçue en date du 04-05-2007.

Annexe 2 : Questionnaire d'entrevue individuelle

« Maintenant, nous allons discuter des perceptions que vous avez de votre travail, de votre rétablissement, de vous-mêmes, de votre trouble mental et de votre réseau de soutien. »

1) Perception du travail

- a) Avez-vous occupé plusieurs emplois sur le marché régulier du travail au cours de votre vie ?
 - Si oui, pouvez-vous m'en parler (nombre, durée, domaine, intérêt, raisons de la fin de l'emploi, etc.) ?
 - Si non, qu'est-ce qui fait que vous n'avez pas travaillé sur le marché régulier de l'emploi auparavant ?
- b) Pouvez-vous me décrire votre emploi [actuel ou le dernier sur le marché régulier du travail] (les tâches ou une journée type) ?
- c) En quoi cet emploi correspond-il à vos intérêts et à vos habiletés ?
- d) Ce travail correspond-t-il à l'emploi idéal pour vous ?
 - Si oui, pouvez-vous m'en parler ?
 - Sinon, quel serait cet emploi idéal ?
 1. Pensez-vous y avoir accès un jour ?
 2. Quels obstacles envisagez-vous ?
- e) Avez-vous des objectifs professionnels, des buts ?
 - Si oui, pouvez-vous m'en parler ?
- f) Qu'est-ce que votre travail vous apporte :
 - Sur le plan professionnel ?
 - Sur le plan relationnel ?
 - Sur le plan personnel ?
- g) Vous percevez-vous en meilleure santé mentale depuis que vous travaillez ?
 - Si oui, comment l'expliquez-vous ?
- h) Est-ce que votre travail peut nuire à votre santé mentale ?
 - Si oui, dans quelle mesure ?
- i) Avez-vous l'impression que votre opinion compte dans les décisions prises à votre travail ?
 - Si oui, pouvez-vous m'en parler ?
 - Sinon, comment pourriez-vous faire en sorte d'être entendu ?

2) Perception du rétablissement

- a) Pensez-vous être rétabli de votre problème de santé mentale ?
 - Si oui, pouvez-vous m'expliquer en quoi ça consiste ?
 - Sinon, en quoi consisterait votre rétablissement selon vous ?

- b) Avez-vous l'impression d'avoir un rôle à jouer dans votre rétablissement ?
 - Si oui, comment l'exercez-vous ?
 - Sinon, comment pourriez-vous en jouer un ?

3) Perception de soi

- a) Quelles qualités vous reconnaissez-vous en tant qu'employé ?

- b) Quelles limites vous reconnaissez-vous en tant qu'employé ?

- c) Toujours en tant qu'employé, nommez-moi une chose dont vous êtes fier (un succès, une réussite).

4) Perception du trouble mental

- a) Comment percevez-vous votre trouble mental (image)?

- b) Quel sens donnez-vous à votre trouble mental (signification)?

- c) Sur le plan professionnel, qu'est-ce que ça implique pour vous de vivre avec un trouble mental ?

- d) Avez-vous occupé un emploi avant d'avoir un diagnostic de trouble de santé mentale ?

- e) Pouvez-vous me nommer des facteurs qui déclenchent ou aggravent les manifestations de votre trouble mental ?

- f) Pensez-vous avoir un contrôle sur les manifestations de votre trouble mental ?
 - Si oui, quelles stratégies utilisez-vous pour contrer ces manifestations?
 - Sinon, comment pourriez-vous en acquérir ?

5) Conciliation travail-trouble mental

- a) Est-ce que le fait d'avoir un trouble mental a eu des incidences sur le choix de votre emploi ?
 - Si oui, pouvez-vous m'en parler ?
- b) Qu'est-ce qui vous aide à concilier votre travail et votre trouble mental ?
- c) Qu'est-ce qui nuit à la conciliation de votre travail et de votre trouble mental?
- d) Est-ce que votre employeur et vos collègues savent que vous avez un trouble mental ?
 - Si oui, comment réagissent-ils ?
 1. Y a-t-il des mesures particulières prises par votre employeur pour faciliter votre tâche de conciliation travail-trouble mental ?
 1. Si oui, quelles sont-elles ?
 2. Sinon, que lui suggèreriez-vous pour vous faciliter la tâche ?
 - Sinon, qu'est-ce qui fait que vous ne leur avez pas dit ?
 1. Que suggèreriez-vous à votre employeur pour faciliter votre tâche de conciliation travail-trouble mental ?
- e) Avez-vous recours à de la médication ?
 - Si oui :
 1. Est-ce que la médication vous aide ou vous nuit sur le plan professionnel ? et comment ?
 2. Quelles stratégies utilisez-vous pour contrer les effets secondaires de la médication ?
 - Sinon, qu'est-ce qui fait que vous n'en utilisez pas ?

6) Soutien formel et informel

- a) Utilisez-vous des services en santé mentale : privé, communautaire ou public ?
 - Si oui, en quoi vous sont-ils utiles ?
 - Sinon, qu'est-ce qui fait que vous n'en utilisez pas ?
- b) Y a-t-il dans votre entourage des gens à qui vous pouvez faire confiance, à qui vous pouvez vous confier ?
 - Si oui, quel lien entretenez-vous avec cette ou ces personnes (fratrie, parents, professionnels, etc.)?

- c) Quand vous avez besoin d'aide, que faites-vous ?
- d) Au travail, avez-vous des recours si vous avez un problème ?
- Si oui, quels sont-ils ?
 - Sinon, que faites-vous ?

Annexe 3 : Questionnaire sociodémographique

Questions d'ordre sociodémographique / entrevue téléphonique de sélection :

Nom (code) :

Sexe :

Les réponses aux questions qui suivent demeureront confidentielles et anonymes. Les six premières questions servent à savoir si vous répondez aux critères de participation à ma recherche.

SD1-Durant les deux dernières années, avez-vous occupé un emploi, à temps partiel à au moins 10 heures / semaine ou à temps plein, pendant au moins 6 mois consécutifs ?

Non (fin)

Oui

SD2-Avez-vous bénéficié d'un programme d'intégration en emploi pour cet ou tous ces emplois?

Non

Oui (fin)

SD3-Connaissez-vous votre diagnostic ?

Non (fin)

Oui

SD3.1-Quel est votre diagnostic ?

SD4-Avez-vous un suivi en psychiatrie ?

Non

Oui

SD4.1-Sinon, en avez-vous déjà eu un ?

Non (fin)

Oui

SD5-Avez-vous déjà été hospitalisé en psychiatrie ?

Non (fin)

Oui SD5.1-Combien de fois ?

SD5.2-L'avez-vous déjà été pendant que vous étiez en emploi ?

Non

Oui

SD6-Quel est votre âge ?

Les questions suivantes seront utiles pour les données statistiques.

SD7-Quel est le dernier emploi que vous avez occupé et pour lequel vous n'avez pas bénéficié d'un programme d'intégration à l'emploi (le poste occupé) ?

SD7.1-À temps plein À temps partiel

SD8-Est-ce votre emploi actuel ?

SD8.1-Si oui, depuis combien de temps l'occupez-vous ?

SD8.2-Sinon, pendant combien de temps l'avez-vous occupé ?

SD8.2.1-Qu'est-ce qui a mis fin à l'emploi ?

SD8.2.2-Depuis combien de temps êtes-vous sans emploi ?

SD8.2.3-Êtes-vous présentement à la recherche d'un emploi ?

SD9-Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous avez complété ?

Primaire

Secondaire

Collégial

Universitaire

SD9.1-Dans quel domaine ?

SD9.2-Dans quel domaine ?

SD10-Avez-vous obtenu un diplôme ?

Non

Oui

SD10.1-Dans quel domaine ?

SD11-Quel a été votre revenu brut en 2006 ?

Moins de 10 000\$

Entre 10 000\$ et 19 999\$

Entre 20 000\$ et 29 999\$

Entre 30 000\$ et 39 999\$

Entre 40 000\$ et 49 999\$

Entre 50 000\$ et 59 999\$

Plus de 60 000\$

SD12-Quel est votre statut civil ?

Célibataire

Marié(e)

Conjoint (e) de fait

Divorcé (e)

Séparé (e)

Veuf (veuve)

SD13-Avez-vous des enfants ?

Non

Oui

SD13.1-Combien ?

SD14-Habitez-vous seul ?

SD14.1-Sinon, avec combien de personne(s) habitez-vous ?

SD14.2-Quel lien avez-vous avec cette ou ces personnes ?

SD14.2.1-Êtes-vous la source de revenu principale de la famille ?

Non

Oui

SD15-Quel type de résidence habitez-vous ?

Immeuble à logements
Maison unifamiliale
Coopérative d'habitation
Appartement supervisé

Maison de chambres
Condominium
Famille d'accueil
Maison d'hébergement ou
foyer de groupe

Autre :

SD16-Êtes-vous propriétaire ou locataire ?

Annexe 4 : Traduction maison du RAS

Recovery Assessment Scale (RAS)

Voici une liste d'énoncés qui décrivent comment certaines personnes peuvent parfois se sentir par rapport à elles-mêmes et à leur vie. S.V.P. lisez attentivement chaque phrase et encerclez la réponse qui décrit le mieux votre accord ou votre désaccord avec l'énoncé. Pour chaque affirmation, indiquez si vous êtes **fortement en désaccord (1)**, **en désaccord (2)**, **incertain (3)**, **en accord (4)** ou **fortement en accord (5)**.

	Fortement en désaccord	En désaccord	Incertain	En accord	Fortement en accord
1. Je désire réussir	1	2	3	4	5
2. J'ai mon propre plan pour préserver mon bien-être ou aller mieux	1	2	3	4	5
3. J'ai des buts dans la vie que je veux atteindre	1	2	3	4	5
4. Je crois que je peux atteindre mes objectifs actuels	1	2	3	4	5
5. J'ai une raison d'être dans la vie	1	2	3	4	5
6. Même quand je ne me soucie pas de moi, d'autres le font à ma place	1	2	3	4	5
7. Je comprends comment contrôler les symptômes de mon trouble mental	1	2	3	4	5
8. Je peux me débrouiller si je redeviens malade	1	2	3	4	5
9. Je peux identifier ce qui déclenche les symptômes de mon trouble mental	1	2	3	4	5
10. Je peux faire en sorte de devenir meilleur	1	2	3	4	5

	Fortement en désaccord	En désaccord	Incertain	En accord	Fortement en accord
11. La peur ne m'empêche pas de vivre comme je le veux	1	2	3	4	5
12. Je sais qu'il existe des services en santé mentale qui peuvent m'aider	1	2	3	4	5
13. Il y a des choses que je peux faire pour m'aider à composer avec les symptômes non désirés	1	2	3	4	5
14. Je peux composer avec ce qui arrive dans ma vie	1	2	3	4	5
15. Je m'apprécie	1	2	3	4	5
16. Si les autres me connaissaient vraiment, ils m'aimeraient	1	2	3	4	5
17. Je suis une meilleure personne qu'avant mon expérience du trouble de santé mentale	1	2	3	4	5
18. Même si mes symptômes empirent, je peux composer avec eux	1	2	3	4	5
19. Si je continue de faire des efforts, je continuerai à mieux me porter	1	2	3	4	5
20. J'ai une idée de qui j'aimerais devenir	1	2	3	4	5
21. Les choses arrivent pour une raison	1	2	3	4	5
22. Éventuellement, quelque chose de bon surviendra	1	2	3	4	5
23. Je suis la personne la plus responsable de mon amélioration	1	2	3	4	5

	Fortement en désaccord	En désaccord	Incertain	En accord	Fortement en accord
24. J'ai espoir en mon avenir	1	2	3	4	5
25. Je continue de développer de nouveaux intérêts	1	2	3	4	5
26. C'est important d'avoir du plaisir	1	2	3	4	5
27. Composer avec mon trouble mental n'est plus le centre de ma vie	1	2	3	4	5
28. Mes symptômes interfèrent de moins en moins avec ma vie	1	2	3	4	5
29. Mes symptômes semblent être un problème pendant une plus courte période chaque fois qu'ils se produisent	1	2	3	4	5
30. Je sais quand demander de l'aide	1	2	3	4	5
31. Je suis prêt à demander de l'aide	1	2	3	4	5
32. Je demande de l'aide quand j'en ai besoin	1	2	3	4	5
33. Être capable de travailler est important pour moi	1	2	3	4	5
34. Je sais ce qui m'aide à me sentir mieux	1	2	3	4	5
35. Je peux apprendre de mes erreurs	1	2	3	4	5
36. Je peux composer avec le stress	1	2	3	4	5
37. Je connais des gens sur qui je peux compter	1	2	3	4	5
38. Je peux identifier les signes précurseurs de mon trouble mental	1	2	3	4	5

	Fortement en désaccord	En désaccord	Incertain	En accord	Fortement en accord
39. Mêmes quand je ne crois pas en moi, d'autres le font à ma place	1	2	3	4	5
40. Il est important d'avoir une variété d'amis	1	2	3	4	5
41. Il est important d'avoir des habitudes de vie saines	1	2	3	4	5

Merci de votre précieuse collaboration !

Annexe 5 : Annonce de recrutement

Contribuez à l'avancement de la science !!!

Dans le cadre d'une recherche s'intitulant «Travailler, c'est trop dur » ? Projet de recherche sur la santé mentale et le rétablissement : quand le travail s'en mêle, participez à la meilleure compréhension de ce qui fait en sorte que le travail devient un outil du rétablissement ou non selon des personnes ayant des troubles mentaux graves qui occupent un emploi sur le marché régulier du travail.

Pour participer à cette recherche, vous devez être âgés entre 25 et 60 ans ; avoir un diagnostic de trouble affectif bipolaire, de schizophrénie, de dépression majeure ou de trouble de personnalité grave ; bénéficier ou avoir bénéficié d'un suivi en psychiatrie et avoir vécu au moins une hospitalisation ; occuper ou avoir occupé un emploi régulier à temps partiel (minimum dix heures/semaine) ou à temps plein pendant au moins six mois consécutifs dans les deux dernières années.

Votre participation consiste dans un premier temps à une courte entrevue téléphonique de sélection pendant laquelle je vous poserai des questions générales (âge, emploi, etc.). Ensuite, vous participerez à une rencontre individuelle d'environ 1h30 pendant laquelle je vous ferai répondre à un outil d'évaluation du rétablissement, le *Recovery Assessment Scale*, qui consiste en quarante-et-une questions à choix multiples (environ 20 minutes). Je vous demanderai également de vous exprimer par rapport à votre vécu et à vos expériences de rétablissement de problèmes de santé mentale en lien avec le travail sur le marché régulier de l'emploi.

Cette recherche est réalisée par Noémie Charles dans le cadre de ses études à la maîtrise en service social de l'Université Laval sous la supervision de Mme Myreille St-Onge, professeure agrégée à l'École de service social de l'Université Laval. Pour plus d'information, vous pouvez me rejoindre au 686-1031 (jour) ou au 524-4757 (soir).

Cette recherche a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche de l'Université Laval (#2007-069) : cette approbation a été reçue en date du 04-05-2007.