

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN TRAVAIL SOCIAL

PAR
EMMANUELLE RICHER

L'INCLUSION SOCIALE PAR L'EMPLOI DES PERSONNES QUI
VIVENT AVEC UN PROBLÈME DE SANTÉ MENTALE SÉVÈRE ET PERSISTANT

AOÛT 2022

Sommaire

Chez la population générale, l'emploi n'est pas utilisé que pour répondre à un besoin économique. Il vient également offrir à son détenteur un lieu de sociabilité ainsi qu'un lieu de réalisation personnel. En effet, l'emploi est aujourd'hui considéré comme le point d'ancrage de l'identité d'une personne. Même que, pour certains auteurs, l'identité d'une personne se forgerait à travers une profession et que l'identité personnelle se développerait à travers cette dernière (Dunn, Wewiorski, & Rogers, 2008; Lin, Kirsh, Polatajko, & Seto, 2009). Il en est de même chez les personnes qui vivent avec un problème de santé mentale sévère et persistant (PSMSP). L'emploi serait pour ces personnes un élément crucial pour leur inclusion en société, tout en leur offrant des bienfaits thérapeutiques (Laflamme & Bégin-Robitaille, 2013). Pour d'autres auteurs, les finances seraient un élément qui dissuaderait les personnes qui vivent avec un PSMSP d'occuper un emploi afin d'éviter le risque de se retrouver dans une situation économique difficile en cas de rechute ou de congédiement (Corbière, Lesage, Villeneuve, & Mercier, 2006). Ainsi, plusieurs études ont porté sur diverses facettes de l'inclusion sociale par l'emploi chez les personnes qui vivent avec un PSMSP, mais beaucoup moins sur l'inclusion sociale par l'emploi du point de vue des personnes concernées.

Dans le cadre de cette étude, nous nous sommes intéressés à l'inclusion sociale par l'emploi chez les personnes qui vivent avec un PSMSP. C'est sous l'approche par les capacités que nous soutiendrons l'analyse de nos résultats de recherche. Plus précisément, nous tenterons d'apporter des pistes de réflexion et de réponse autour de ces deux questions : comment l'accès à l'emploi peut améliorer l'inclusion sociale des personnes qui vivent avec un PSMSP au Québec? Cela nous amène à nous poser cette sous-question : comment et à quelles conditions l'accès à l'emploi peut renforcer les capacités des personnes qui vivent avec un PSMSP? Nous avons procédé à 10 entrevues semi-dirigées avec des personnes qui fréquentent l'organisme communautaire le Boulev'art de la Vallée dans la région de Buckingham à Gatineau.

Nous nous sommes intéressés aux organismes communautaires en santé mentale disponibles pour les personnes qui vivent avec un PSMSP, car ils auraient un double effet

sur l'inclusion sociale. D'une part, ils seraient bâtis sur des interventions de réadaptation où le but est de permettre le développement des habiletés nécessaires à l'inclusion sociale chez la personne. D'une autre part, ces mêmes interventions auraient une influence sur la communauté en général, en réduisant la discrimination et les obstacles à l'inclusion sociale (Rodriguez del Barrio & Poirel, 2011). Plus spécifiquement, l'organisme communautaire le Boulev'art de la Vallée a été retenu du fait qu'il répondait particulièrement à ces critères.

Les résultats de la présente étude indiquent que l'emploi est devenu avec le temps moins important pour favoriser le sentiment d'inclusion sociale. En effet, d'autres aspects du quotidien viendraient davantage renforcer ce sentiment. La vie sociale qu'ont les participants joue un rôle majeur, non seulement pour leur sentiment d'inclusion sociale, mais également pour leur santé mentale, et ce, de façon plus importante que l'emploi. Toutefois, nos résultats indiquent que l'aspect monétaire et les lacunes des structures sociales freineraient les possibilités d'épanouissement social. Il en est de même pour le soutien social, mais nos résultats démontrent que la stigmatisation et la discrimination viennent nuire à ce facteur de protection. Les participants ont malgré tout choisi un milieu de vie favorable au sentiment d'inclusion sociale. En effet, la proximité et l'accessibilité des services contribuent à la qualité de vie des participants de notre recherche. En guise de conclusion, quelques pistes d'amélioration de la pratique et de recherches futures seront présentées.

L'emploi semble être un concept paradoxal dans le domaine de la santé mentale. En effet, l'emploi nous apparaît être à la fois un facteur de soutien important ainsi qu'un facteur de risque à la rechute. Nos résultats démontrent que l'emploi vient combler un besoin d'inclusion, toutefois la participation sociale et l'accomplissement d'activités sociales permettent un plus grand sentiment d'inclusion sociale chez nos participants. Utiliser l'inclusion sociale seulement comme tremplin pour atteindre un emploi régulier pourrait nuire aux possibilités qu'auraient certaines personnes d'améliorer leur vie. L'emploi ne serait donc pas la panacée de l'inclusion (Parr, 2008 dans Elstad et Eide, 2017). Cependant, l'emploi est majoritairement construit en fonction de paramètres établis par des individus sans problème de santé mentale sévère et persistant.

Table des matières

Sommaire	ii
Liste des tableaux	vi
Remerciements	vii
1. INTRODUCTION	1
2. PROBLÉMATIQUE	2
2.1. Éléments de définition	2
2.1.1. La santé mentale et le problème de santé mentale	3
2.1.2. Problème de santé mentale sévère et persistant (PSMSP)	5
2.1.3. La santé mentale sous le prisme de l'approche médicale	6
2.2. Mise en contexte : la désinstitutionnalisation au Québec	8
2.2.1. De l'hospitalisation au phénomène de la porte tournante	10
2.3. La stigmatisation et l'exclusion sociale	13
2.4. Facteurs favorables à l'inclusion sociale	19
2.4.1. Inclusion sociale	19
2.4.2. La participation sociale et citoyenne	22
2.4.3. L'emploi et sa fonction sociale	25
2.4.4. Le soutien social	29
2.5. Question et objectifs de recherche	33
3. CADRE THÉORIQUE	34
3.1. Théorie de la justice sociale	34
3.2. L'approche par les capacités	39
3.3. Limites et critiques de l'AC	42
3.4. La pertinence de l'AC pour cette recherche	43
4. MÉTHODOLOGIE	46
4.1. Perspective de recherche	46
4.2. Échantillon	46
4.2.1. L'organisme communautaire : Le Boulev'art de la Vallée	47
4.3. Outils de collecte de données	51
4.4. Procédure de collecte	52
4.5. Stratégie d'analyse	53
4.6. Considérations éthiques	54
4.7. Tableau 1 : Grille socio-démographique	56
5. RÉSULTATS	59
5.1. Profil des participants	60
5.2. Facteurs de conversion individuels	63
5.2.1. Moment du diagnostic	63
5.2.2. Processus du diagnostic	64
5.2.3. Perception de soi	66
5.2.4. Parcours de vie	68
5.2.5. Intérêts et aspirations	72

5.2.6.	Forces des participants	73
5.3.	Facteurs de conversion sociaux	73
5.3.1.	Expériences vécues dans les services	74
5.3.2.	Le rôle des intervenants	83
5.3.3.	Politique sociale	86
5.3.4.	Activités sociales	89
5.3.5.	Emploi	92
5.3.6.	Stigmate	97
5.3.7.	Relations interpersonnelles	105
5.3.8.	Qualité de vie	108
5.4.	Facteurs de conversion environnementaux	111
5.4.1.	Infrastructure disponible	112
5.4.2.	Emploi disponible	112
5.4.3.	Accommodement à l'emploi	113
5.4.4.	Milieu de vie	114
5.5.	Synthèse des résultats	114
6.	DISCUSSION.....	118
6.1.	L'emploi et sa structure.....	118
6.2.	La stigmatisation	121
6.3.	L'opinion subjective et la reconnaissance de la parole des personnes qui vivent avec un PSMSP.....	124
6.4.	Le soutien social.....	126
7.	CONCLUSION	128
7.1.	Résumé de la recherche	128
7.2.	Limites et forces de la recherche.....	129
7.3.	Retombées pour la pratique.....	132
	RÉFÉRENCES.....	134
	APPENDICE 1	153
	Formulaire de consentement	
	APPENDICE 2	157
	Appel à la collaboration	
	APPENDICE 3	160
	Appel à la participation	
	APPENDICE 4	162
	Guide d'entrevue	
	APPENDICE 5	171
	Liste de ressources	

Liste des tableaux

Tableau 1. <i>Grille socio-démographique</i>	56
-----------------------------------------------------------	----

Remerciements

Je souhaite d'abord exprimer ma sincère gratitude à l'égard des participants et participantes de notre étude grâce à qui la réalisation de ce mémoire a été possible. Je tiens également à remercier mes amis ainsi que le soutien constant de mes parents, sans eux cet accomplissement aurait été impossible. Merci à mes deux merveilleux enfants et mon conjoint, votre patience, vos encouragements et votre amour m'ont permis de persévérer. J'aimerais remercier ma précédente directrice de recherche, Kheira Belhadj-Ziane, anciennement professeure au département de travail social de l'Université du Québec à St-Jérôme. Malgré son départ, je suis reconnaissante de son encadrement et des apprentissages qu'elle m'a permis d'acquérir. Enfin, j'aimerais surtout remercier François Aubry, responsable de programme du cycle supérieur au département de travail social de l'Université du Québec en Outaouais, pour sa grande disponibilité, son efficacité ainsi que son soutien dans l'accomplissement de ce mémoire.

1. INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, de nombreuses instances gouvernementales au Canada présentent des campagnes de sensibilisation afin de renverser les préjugés reliés aux questions de santé mentale. L'objectif est, entre autres, de permettre aux personnes vivant des problèmes de santé mentale d'intégrer leur communauté. De plus, des politiques sociales furent mises en place afin d'aider les personnes qui vivent avec un PSMSPP à reprendre une vie fonctionnelle. À cet effet, le gouvernement du Québec a élaboré, en 1989, l'une des premières politiques en santé mentale au monde, *Politique de santé mentale* (Ministère de la Santé et des Services sociaux Québec, 2015). Depuis, le gouvernement québécois renouvelle cette politique tous les cinq ans (Dorvil, 2005). La primauté de la personne, la qualité des soins et des services, l'équité et la recherche de solutions en communauté sont les principaux objectifs et orientations de cette politique (Ministère de la Santé et des Services sociaux Québec, 2015). Par ailleurs, le bénévolat, les études, le travail, les activités de jour, les stages et les ateliers adaptés sont différents moyens instaurés par le gouvernement du Québec afin de répondre aux objectifs qui sous-tendent cette politique de santé mentale (Ministère de la Santé et des Services sociaux Québec, 2015).

Malgré les efforts entrepris, l'inclusion sociale des personnes qui vivent avec un PSMSPP demeure une difficulté et une préoccupation autant chez les chercheurs et les intervenants sociaux que les instances gouvernementales. L'inclusion sociale est souhaitable et nécessaire et peut se faire à travers plusieurs domaines, notamment par l'emploi. Celui-ci serait un facteur important d'inclusion sociale ainsi que de réadaptation psychosociale (Bégin & Corbière, 2012). Toutefois, bien que 70 à 80% des personnes qui vivent avec un trouble mental sévère désirent obtenir un emploi régulier pour mieux s'intégrer à leur communauté, trop peu sont en mesure d'occuper un emploi (Latimer & Lecomte, 2002). Plusieurs raisons expliquent cette situation. Par exemple, le type d'emploi, le salaire et la crainte vécue par les employeurs d'embaucher une personne qui vit avec un PSMSPP sont des facteurs qui peuvent avoir un impact négatif sur l'obtention d'un emploi pour ces personnes (Latimer & Lecomte, 2002).

Ce préalable nous amène à poser notre question de recherche : comment l'accès à l'emploi peut améliorer l'inclusion sociale des personnes qui vivent avec un PSMSP au Québec ? C'est sous le prisme de l'approche par les capacités (Sen, 1992) que nous envisageons d'apporter des éléments de réponses à cette question. Cet angle d'analyse revient à poser la sous-question suivante : comment et à quelles conditions l'accès à l'emploi peut renforcer les capacités des personnes qui vivent avec un PSMSP ? À cet égard, les objectifs généraux de cette recherche visent à 1) identifier les facteurs de conversion individuels, sociaux et environnementaux propices à l'accès à l'emploi des personnes qui vivent avec un PSMSP, et 2) comprendre comment l'emploi peut favoriser le sentiment d'inclusion sociale de ces personnes.

2. PROBLÉMATIQUE

Dans cette section, nous aborderons plusieurs éléments concernant les personnes qui vivent avec un PSMSP. Tout d'abord, nous définirons de façon générale le problème de santé mentale pour ainsi amener notre sujet vers les PSMSP à travers l'approche médicale. Nous ferons ensuite, un bref retour sur le contexte de désinstitutionnalisation au Québec, en passant par l'hospitalisation et le phénomène des portes tournantes. En effet, ce sont trois concepts qui ont eu et ont encore aujourd'hui une incidence dans la vie des personnes qui vivent avec un PSMSP. Par la suite, la stigmatisation et l'exclusion sociale seront approfondies. Pour terminer, nous évoquerons les facteurs favorables à l'inclusion sociale pour ces personnes. Ce faisant, nous définirons ce qu'est l'inclusion sociale, la participation sociale, l'emploi et sa fonction sociale ainsi que l'aspect du soutien social nécessaire et présent auprès des personnes qui vivent avec un PSMSP. Nous compléterons avec notre question et l'objectif de recherche.

2.1. Éléments de définition

Il nous apparaît essentiel de définir trois concepts importants pour notre recherche, soit la santé mentale, les problèmes de santé mentale sévères et persistants, ainsi que la santé mentale sous le prisme de l'approche médicale. Cette conceptualisation permettra de

mieux comprendre les enjeux reliés à l'inclusion sociale par l'emploi chez les personnes qui vivent avec un PSMSP.

2.1.1. La santé mentale et le problème de santé mentale

La santé mentale est un concept large qui est abordé auprès de plusieurs centres d'activité, et ce, en lien direct ou non avec le bien-être des personnes (Organisation mondiale de la Santé, 2019). Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la santé mentale est définie comme : « un état de complet bien-être physique, mental et social, et [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». De plus, l'OMS stipule qu'avoir une bonne santé mentale permet aux personnes : « [...] de se réaliser, de surmonter les tensions normales de la vie, d'accomplir un travail productif et de contribuer à la vie de leur communauté » (Organisation mondiale de la Santé, 2019). Par conséquent, le travail auprès de la santé mentale est élaboré autour de la promotion du bien-être, de la prévention des troubles mentaux, du traitement et de la réadaptation des personnes qui vivent avec ces troubles (Doré & Caron, 2017; Organisation mondiale de la Santé, 2019). Bien que la santé mentale soit importante, plusieurs lacunes sont encore à travailler afin qu'elle ait la place qui lui revient. De ce fait, différentes améliorations doivent être apportées au plan des services et des soins de santé mentale, des droits humains et de la discrimination dont sont victimes les personnes qui vivent avec des problèmes de santé mentale (Organisation mondiale de la Santé, 2019). C'est ainsi qu'en l'absence d'une bonne santé mentale, une personne peut se retrouver à vivre avec des difficultés de santé mentale. De plus, le nombre de personnes qui présentent des troubles de santé mentale dans les pays industrialisés est en augmentation. Une projection démontre que, d'ici 2030, la dépression sera la première cause de maladie au Canada (Fleury et al., 2018; Mathers & Loncar, 2006).

La maladie mentale est définie selon le Gouvernement du Québec (2019) « [...] par des changements qui affectent la pensée, l'humeur ou le comportement d'une personne, et qui lui causent de la détresse ou de la souffrance ». Elle se manifeste par des changements dans le comportement de la personne et par des symptômes que la personne ressent (Gouvernement du Québec, 2019). Selon l'Association québécoise des parents et amis de

la personne atteinte de maladie mentale (2018), « La santé mentale est un état de bien-être dans lequel un individu peut réaliser son propre potentiel et faire face aux situations normales de la vie et au stress qu'elles génèrent ». Ainsi, lorsqu'une personne doit affronter des difficultés ou vivre avec du stress qui dépasse ses capacités d'adaptation, elle peut développer un problème de santé mentale (Association québécoise des parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale, 2018). D'ailleurs, les capacités d'adaptation d'une personne sont déterminées par des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux qui peuvent varier dans le temps. Pour certains problèmes de santé mentale comme la schizophrénie, les facteurs biologiques ont une plus grande incidence dans la manifestation de la problématique. Cependant, dans la majorité des problèmes de santé mentale, l'évolution est provoquée par l'ensemble des trois facteurs qui viennent diminuer les capacités d'adaptation d'une personne lorsque celle-ci vit un moment particulièrement difficile (Association québécoise des parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale, 2018).

Dans le même ordre d'idée, le plan d'action pour la santé mentale 2013-2020, écrit par l'OMS, évoque que les déterminants de la santé mentale et des troubles mentaux incluent les facteurs individuels tels que la capacité à maîtriser ses pensées, ses émotions, ses comportements et ses relations avec autrui, mais également les facteurs sociaux, culturels, économiques, politiques et environnementaux, ce qui comprend les politiques nationales, la protection sociale, le niveau de vie, les conditions de travail et le soutien social offert par la communauté (Organisation mondiale de la Santé, 2013). Ainsi, être confronté à de l'adversité tôt dans la vie est un facteur de risque au développement de problèmes de santé mentale, ce qui est selon l'OMS reconnu et évitable (Organisation mondiale de la Santé, 2013). D'autant plus que « Près de 20 % de la population du Québec, soit 1 personne sur 5, souffrira d'une maladie mentale au cours de sa vie » (Gouvernement du Québec, 2019). Celles-ci peuvent vivre des difficultés qui seront situationnelles et passagères. Toutefois, les difficultés de santé mentale peuvent s'avérer sévères et persistantes.

2.1.2. Problème de santé mentale sévère et persistant (PSMSP)

Il est question dans cette recherche, d'individus qui présentent des problèmes de santé mentale sévères et persistants (PSMSP), et non pas seulement situationnels et passagers. Ce concept se caractérise par une personne qui compose avec des répercussions sérieuses après avoir vécu plusieurs épisodes de crises violentes causées par une maladie mentale. Ces répercussions se traduisent par des incapacités fonctionnelles qui vont affecter les capacités d'adaptation de la personne (Fortin, Lavoie, Dufour, & Chouinard, 2020; Gélinas, 1998). Vézina (2002) réfère, pour sa part, cette conception à une « [...] symptomatologie désorganisante et instable [...] » (Vézina, 2002, p. 287) pour l'individu. Cette symptomatologie se caractérise par des troubles aigus et récurrents qui entravent le fonctionnement général de l'individu. Les sphères de l'emploi, de la santé, des relations interpersonnelles et la gestion du stress sont touchées (Vézina, 2002). Laflamme et Bégin-Robitaille (2013) relie plutôt ce concept avec une personne qui reçoit un diagnostic de schizophrénie, de troubles bipolaires ou de dépression majeure selon le DSM-5¹ (American Psychiatric Association, 2015). Ainsi, le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 du Québec—*La force des liens*, qualifie un trouble mental de « grave » lorsqu'il est associé à une difficulté significative dans les relations interpersonnelles, les compétences sociales de base et dans l'accomplissement fonctionnel d'un emploi (Fortin et al., 2020; Ministère de la Santé et des Services sociaux Québec, 2005). Les PSMSP viennent donc influencer négativement la qualité de vie des personnes (Fleury et al., 2018).

Otero (2014) parle de personnes affectées simultanément par des problèmes sociaux et de santé mentale sévère. L'auteur dira même qu'en plus, certains seront touchés par un manque d'« existence sociale » (Otero, 2014, p. 75), c'est-à-dire par l'incapacité d'agir comme acteur en société. De surcroît, les PSMSP sont souvent synonymes d'incapacité, d'exclusion et de déshumanisation. Blais et Mulligan-Roy (1998) notent que ces personnes se retrouvent souvent dans une dynamique de dépossession. Ainsi, les personnes qui présentent des symptômes d'un PSMSP perdent la légitimité de leurs savoirs et expériences ainsi que leurs besoins et connaissances, puisqu'il y a des « experts » de la santé mentale qui estiment être en meilleure position qu'elles, pour connaître ce qui est bien ou mal.

¹ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)

Alors, le sens que donnent les personnes à leurs situations, leurs besoins et leurs actions n'est plus mis de l'avant (Blais & Mulligan-Roy, 1998). Cela crée un écart entre les professionnels de la santé et des services sociaux et les personnes qui vivent avec un PSMSP quant à la perception et la compréhension des problèmes et des besoins qu'ils vivent (Blais & Mulligan-Roy, 1998). Au-delà de ces différents aspects, l'approche médicale semble être un modèle prédominant dans les services sociaux et de santé mentale (Perron, 2005). À cet égard, la personne qui vit avec un PSMSP continue d'être perçue par les professionnels comme une personne malade, devant être prise en charge par le système médical traditionnel, ce qui nuit à sa participation sociale. Ainsi, la prise en charge selon le modèle médical nous questionne. En effet, pouvons-nous établir des liens entre l'approche médicale et la participation sociale des personnes vivant avec un PSMSP ? D'autant plus que les difficultés que vivent les personnes ayant un PSMSP restent un objectif prioritaire d'intervention en raison de la vulnérabilité et de la stigmatisation importantes qu'elles subissent. Malgré cela, les dispositions prises dans les réformes favorisent davantage les problèmes de santé mentale plus courants (Fleury & Acef, 2013).

2.1.3. La santé mentale sous le prisme de l'approche médicale

L'approche médicale (AM) des troubles mentaux se situe dans le champ de la psychiatrie. Cette approche est généralement utilisée par les médecins et les intervenants en santé dont la formation de base est médicale suivie d'une spécialisation en maladie mentale. L'AM se distingue des approches sociales et éducatives, sociologiques et politiques, psychologiques et systémiques (Danel, 2013). De plus, elle est en progression constante dans le réseau de la santé et des services sociaux au Québec et est particulièrement présente dans le domaine de la psychiatrie (Plouffe, 2017). Cette approche est très linéaire. En effet, pour Danel (2013), le diagnostic conditionne le pronostic et la conduite à tenir. Toujours selon cet auteur, il n'existe aucune différence entre l'approche médicale de la maladie mentale et celle des maladies en général (par exemple : signe, diagnostic, étiologie et traitement) (Kapsambelis, 2015; Plouffe, 2017). Toutefois, le DSM-5 indique qu'il est important de tenir compte de l'environnement et de l'histoire de la personne avant de prononcer un diagnostic (American Psychiatric Association, 2015). Malgré cet énoncé, le système médical accentue le phénomène de la psychologisation des

rapports sociaux et des problèmes sociaux (Otero, 2005), c'est-à-dire que le réseau de la psychiatrie va considérer l'état de la personne seulement sous l'angle de la biologie et de la médecine curative. L'incidence des causes sociales sera mise de côté bien que l'aspect social est un impact sur l'état de santé mentale de la personne (Plouffe, 2017).

D'ailleurs, l'importance que prend l'approche médicale dans le parcours de la personne qui vit avec un PSMSP prend le dessus sur ce que celle-ci et son entourage désirent (Bland & Foster, 2012). En effet, la famille est le système le plus près du contexte social de la personne où la maladie de celle-ci se développe. La personne et sa famille sont au centre de la compréhension de l'expérience de la maladie mentale et sont donc les mieux placées pour concevoir une solution à leur situation (Bland & Foster, 2012). Il est alors évident que, dans ce contexte, les vrais experts des personnes qui vivent avec un PSMSP sont eux-mêmes. Il va sans dire que l'institution médicale devrait tenir compte automatiquement du point de vue des personnes qui vivent avec un PSMSP avant d'imposer un traitement qui, peut-être, ira à l'encontre des besoins subjectifs de la personne. Plus encore, les personnes qui vivent avec un PSMSP désirent pouvoir donner leur avis concernant leurs soins et ils souhaitent participer aux décisions cliniques (Luciano et al., 2020).

Pour renforcer cette idée, Kapsambelis (2015) tente, dans son article, de définir l'institution psychiatrique d'aujourd'hui. Il en émerge ainsi qu'il y a présence de plusieurs sortes d'institutions psychiatriques partant de l'asile d'autrefois aux services de courts séjours d'aujourd'hui, à l'hôpital général, à l'hôpital de jour, aux réseaux de logements pour les personnes qui vivent avec des problèmes de santé mentale, aux activités dans les centres communautaires, le tout géré par du personnel soignant ou par des personnes ayant fait des études avec une base en psychiatrie. C'est ainsi que l'auteur mentionne que la psychiatrie fait maintenant partie de la médecine et l'institution psychiatrique doit soutenir cette idée dans ses actions (Kapsambelis, 2015).

Dans les sociétés occidentales, le maintien de la santé et du bien-être est devenu une valeur à atteindre engendrant alors l'imposition d'une vision normative de la santé par les instances de santé publique (Massé, 2003). À défaut de suivre les indications, la personne est « punie » par la maladie (Massé, 2003). La personne est également de plus en

plus amenée à se percevoir comme une personne responsable de son sort social, de par sa capacité individuelle d'adaptation à son environnement social (Otero, 2005). Ici, nous retrouvons une grande contradiction avec l'une des valeurs présentes dans le Plan d'action en santé mentale 2015-2020 du Québec (PASM). En effet, « la primauté de la personne », selon les termes employés dans ce Plan, est l'une des premières valeurs mentionnées. Ce principe se traduit par le respect de sa personnalité, sa façon de vivre, ses différences et les liens qu'elle entretient avec son environnement. La primauté de la personne signifie aussi de tenir compte du point de vue de la personne et de ses capacités (Ministère de la Santé et des Services sociaux Québec, 2015). Cela signifie que le PASM 2015-2020 considère la personne comme un être libre de ses décisions, adoptant un mode de vie sain en suivant les indications des acteurs de l'approche médicale. La santé publique encourage l'autonomie des personnes ; elle doit également donner les moyens pour qu'elles fassent leurs choix (Mattig, 2014). À ce sujet, nous verrons plus loin comment l'approche par les capacités prend tout son sens dans notre recherche.

2.2. Mise en contexte : la désinstitutionnalisation au Québec

Tout d'abord, le grand mouvement de désinstitutionnalisation des années 60 au Québec est le début d'un enchaînement de services mésadaptés en santé mentale. De ce fait, les personnes qui vivent avec un PSMSP ressentent encore aujourd'hui ces conséquences. En effet, malgré que la majorité de la population actuelle vivant avec un diagnostic de santé mentale n'ait pas connu directement le mouvement de la désinstitutionnalisation, celle-ci en subit les effets négatifs de par la méfiance et la stigmatisation qui se sont installées à son égard ainsi qu'une mauvaise décentralisation des soins. En effet, « l'incompétence sociale des malades mentaux chroniques » cité par Vidon, Combes et Gross (2012, p. 92) est maintenant le sujet de plusieurs travaux de recherche qui concrétise les obstacles à l'intégration et à la qualité de vie de ceux-ci. D'ailleurs, les travaux portant sur la qualité de vie des personnes qui vivent avec un PSMSP ont été amorcés seulement à la fin de la désinstitutionnalisation, soit une fois que les personnes étaient laissées à elles-mêmes en société (Vidon et al., 2012). Ainsi, elles sont plus sujettes à vivre avec le stress, la solitude et l'isolement. Leurs revenus et les conditions physiques de leur logement sont souvent médiocres, ils ont de la difficulté à gérer leurs tâches

administratives et budgétaires, et peuvent se retrouver dans des endroits non adaptés à leurs besoins (par exemple : hôpital général et prison) (Vidon et al., 2012). Donc, afin de lutter contre la stigmatisation dont le domaine de la santé mentale est victime, il est nécessaire de comprendre comment les représentations sociales se sont construites à travers le temps (Caria, Arfeuillère, Loubières, & Joseph, 2015).

Alors, il nous semble important de situer ce mouvement dans le contexte contemporain puisque ses conséquences se font sentir encore aujourd'hui (Cellard & Thifault, 2007) et nuisent vraisemblablement à l'inclusion sociale chez les personnes qui vivent avec un PSMSP. Au Québec, dans les années 1960, les centres psychiatriques ont fermé près de 50% de leurs lits, renvoyant ainsi les patients en communauté (Doré, 1987). Même si au départ le but de l'institutionnalisation était de créer un milieu adapté pour une clientèle dit difficile, la folie est rapidement devenue un problème plus grand que la psychiatrie. De ce fait, l'asile s'est transformé en un lieu d'enfermement. Manquant de ressources auprès d'une population grandissante, le gouvernement du Québec, pour des raisons économiques, entre autres, a retourné ses « fous » en communauté (Cellard & Thifault, 2007). La psychiatrie de l'époque désirait réduire les coûts et augmenter l'efficacité des ressources dans la communauté. D'ailleurs, il faut noter que les services offerts existaient pour prévenir des comportements considérés comme déviants chez la population active. Quant aux personnes inactives présentant des troubles psychiatriques lourds, les services offerts furent diminués tout en refusant de nouvelles admissions en psychiatrie (Lefebvre, 1987). En fait, le but était d'offrir le moins de services possible, croyant que la communauté serait la panacée de la désinstitutionnalisation (Lefebvre, 1987). Toutefois, la mise en œuvre de programmes communautaires n'a pas suivi (Botha et al., 2010). Vivant encore avec des difficultés d'inclusion sociale et de problème de santé mentale, ces individus furent réadmis dans les hôpitaux (Botha et al., 2010; Lefebvre, 1987; Sicot, 2006), les privant ainsi d'une participation sociale satisfaisante. Toutefois, pour que l'inclusion en société soit possible, il était nécessaire que la communauté s'implique et change de mentalité et d'attitude envers les patients sortants des institutions psychiatriques (Lefebvre, 1987). Malheureusement, comme Dorvil (1987) l'évoque, « La communauté n'a pas été impliquée dans le mouvement de désinstitutionnalisation et elle n'était pas prête à recevoir ces concitoyens tombés dans l'oubli » (p. 148). D'ailleurs, certains d'entre eux

furent confrontés à des expériences d'expulsion. Les journaux du Québec entre les années 60 et 80 témoignent des mouvements créés afin d'éviter l'implantation de ressources d'hébergement pour les personnes souffrant de problèmes psychiatriques (Doré, 1987). Nous pouvons comprendre par cet exemple d'exclusion que certaines personnes qui vivent avec un PSMSP ont dû composer avec le peu de ressources disponibles dans la communauté. De plus, l'image de l'individu « fou » demeure présente dans notre inconscient, et ce, depuis longtemps (Quétel, 2010). Cette représentation du « fou » est souvent associée à la folie, au crime et au danger. D'ailleurs, le début de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination est directement lié au mouvement de désinstitutionnalisation et aux changements dans les soins (Caria et al., 2015). Aussi, la notion de rétablissement clinique chez les personnes qui vivent des difficultés de santé mentale est nouvelle (Allott, Loganathan, & Fulford, 2003; Bila, 2019). En effet, auparavant, la croyance générale supposait que le rétablissement chez les personnes qui vivaient avec un problème de santé mentale n'était pas réalisable, même que cette croyance aurait mené à l'institutionnalisation de la maladie mentale (Allott et al., 2003; Bila, 2019).

2.2.1. De l'hospitalisation au phénomène de la porte tournante

L'auteur Michel Simard (2000) met en évidence l'impact de la forte désinstitutionnalisation suivi d'une grande période d'enfermement chez les personnes qui n'étaient pas en conformité avec la population active et fonctionnelle, c'est-à-dire les personnes qui vivent avec un PSMSP. Le manque d'autonomie chez ces individus semble être une réponse aux contraintes institutionnelles, telles que les restrictions de sortie, l'horaire préétabli et tout ce qui a trait à une habileté domestique (Simard, 2000). De plus, pour ces personnes, l'acclimatation au quotidien des institutions serait un obstacle important lors de leur retour en communauté (Simard, 2000).

En effet, pour vivre en communauté, nous devons avoir acquis certaines habiletés afin d'être en mesure de fonctionner de façon autonome. Les personnes vivant avec un PSMSP, sont souvent amenées à vivre des séjours courts ou prolongés en centre hospitalier, et ce, de façon répétée. De ce fait, une recherche menée auprès d'individus ayant besoin de soins prolongés a démontré que 40 % d'entre eux vivront une autre hospitalisation au cours

de l'année suivant leur sortie de l'hôpital et 75 % en vivront une autre au courant des cinq prochaines années (Cyr, Toupin et Lesage, 1993). Les raisons d'une ré hospitalisation seraient liées à un manque d'habiletés requises au maintien dans la communauté. Ainsi, cette étude portait sur les habiletés fonctionnelles des individus un mois avant leur hospitalisation. Les habiletés telles que :

...l'hygiène personnelle; l'apparence et la tenue vestimentaire; les habitudes alimentaires et la préparation des repas; l'entretien ménager; les habiletés de maintien de la santé et l'utilisation des services sociaux et de santé; la gestion financière; l'utilisation des transports en commun; les loisirs; les habiletés de recherche d'emploi et les habiletés de travail. (Cyr, Toupin et Lesage, 1993, p. 139).

En ce qui a trait à la recherche et au maintien d'un emploi, ainsi qu'aux habiletés à se déplacer et à utiliser les transports en commun, il est noté qu'il y aurait des difficultés au niveau de ces habiletés chez certains des participants. En effet, pour ceux et celles qui vivent des hospitalisations de longue durée ou vivent dans des familles d'accueil, ces personnes ne sont pas exposées à ces situations. En ce qui concerne l'entretien ménager et l'alimentation, les personnes semblent être en mesure d'accomplir des tâches où les milieux de vie le permettent. De plus, il est possible pour ces personnes d'identifier les aliments afin de se nourrir de façon équilibrée. Par contre, pour la plupart, accomplir la cuisson d'aliments, faire l'épicerie et l'entreposage des aliments n'a pu être évalué puisque ceux-ci étaient hospitalisés et n'avaient donc pas la possibilité de pratiquer ces habiletés (Cyr, Toupin et Lesage, 1993). Ces auteurs concluent qu'un entraînement des habiletés permettrait l'apprentissage de comportements sociaux fonctionnels et donc, ces apprentissages souscriraient une sortie plus rapide de l'hôpital et pourraient diminuer les rechutes des personnes souffrantes de troubles mentaux (Cyr, Toupin et Lesage, 1993).

Dans ces circonstances, il est évident que l'hôpital en soi nuit à l'inclusion sociale durable des individus en les privant des activités de vie contribuant à l'épanouissement en communauté. Effectivement, Cyr et ses collègues (1993) ont déterminé que les personnes vivant des hospitalisations prolongées possédaient moins d'habiletés pour mener leur vie de façon autonome. D'ailleurs, comme mentionné plus haut, le manque d'autonomie serait une façon de s'adapter aux contraintes institutionnelles (Simard, 2000). Donc, d'un côté

l'hospitalisation renforce le syndrome de la porte tournante et d'un autre côté, le manque de service de proximité en communauté accentue cette problématique. D'où l'importance d'établir un soutien en communauté venant répondre aux besoins sociaux et économiques de ces personnes afin d'éviter une nouvelle hospitalisation.

Peut-on dire que l'enfermement institutionnel est alors devenu une problématique d'errance sociale où les personnes qui vivent avec un PSMS sont laissées à elles-mêmes dans la communauté? Or, le défi se situe au niveau de l'équilibre entre « [...] le refuge et l'asile » (Simard, 2000, p. 143). Effectivement, il est important d'adapter les services offerts aux besoins des personnes les plus vulnérables et démunies. En plus, ces services doivent être cohérents avec les valeurs personnelles des individus représentant le désir d'une inclusion en communauté. Le défi de cette problématique réside dans la création d'une organisation où cohabiteraient l'accessibilité et la tolérance du refuge ainsi que l'appui général de l'asile, sans toutefois calquer les effets néfastes de « la double impasse de l'itinérance et de l'institutionnalisation. » (Simard, 2000, p. 143).

D'un autre point de vue, ce phénomène des portes tournantes est attribuable à des hospitalisations brèves, au manque de soutien et d'encadrement dans la communauté, ainsi qu'à des besoins non comblés (Fleury & Grenier, 2012; Santé et Services sociaux, 2002). Fleury et Grenier (2012) notent que la réduction du temps en institution est l'effet d'une pression émise par le ministère à l'égard des centres hospitaliers afin d'améliorer la qualité des services et de diminuer les coûts liés à la santé, en plus du contexte politique et administratif induisant une réinsertion rapide en communauté des individus aux prises avec un problème de santé mentale (Fleury & Grenier, 2012).

Dans un autre ordre d'idée, une enquête menée auprès de 39 personnes ayant eu un passé psychiatrique dans la région du sud-ouest de Montréal (Poulin & Massé, 1994) démontre que ces personnes ont la perception d'être un poids et de déranger les gens de leur entourage. En effet, les hospitalisations vécues par la personne engendrent une rupture avec l'entourage et la communauté, créant ainsi des barrières entre les liens établis précédant l'hospitalisation. Lorsque ces personnes rencontrent leur entourage, elles constatent que l'attitude à leur égard les fait sentir comme des aliénés et ils préfèrent diminuer leurs interactions. Les répercussions de cet isolement ont des conséquences

lourdes sur l'intégration en communauté (Poulin & Massé, 1994). Ce type de situation problématique amène souvent la personne à une autre hospitalisation (Fleury & Grenier, 2012). De plus, la solitude, le manque de soutien social et le stress ressenti par la personne en société expliquent les séjours répétés se traduisant par l'échec de la réinsertion sociale (Dorvil, 1987; Fleury & Grenier, 2012). Les retours en institution sont vécus par la personne comme un échec réel. Pour le personnel de santé, le phénomène de la porte tournante est un défi important. En plus de remettre en question la correspondance des services et le rendement du système de santé, les intervenants vivent un sentiment d'impuissance envers la clientèle. Notamment, à la suite de plusieurs hospitalisations, la personne avec un PSMSP peut être tenue responsable de ses rechutes ce qui est perçu par les intervenants comme un manque de motivation de la personne à s'aider elle-même. Voilà un exemple qui génère chez les intervenants une perte d'intérêt envers la clientèle (Fleury & Grenier, 2012) renforçant les préjugés et la stigmatisation à l'égard des personnes qui vivent avec un PSMSP.

2.3. La stigmatisation et l'exclusion sociale

En premier lieu, la stigmatisation touche les personnes qui vivent avec un PSMSP, et ce, dans plusieurs sphères de leur vie. En effet, ils doivent composer avec des stigmates discréditant et dévaluant aux yeux des autres (Bourguignon & Herman, 2005). La stigmatisation, concept amené par Goffman (1968), est un processus dynamique qui se fait entre « l'individu normal » et « l'individu stigmatisé » (Goffman & Kihm, 1975). Le stigmate, c'est-à-dire, l'attribut discriminant vient dévaluer et discréditer significativement l'individu stigmatisé aux yeux des individus normaux (Goffman & Kihm, 1975). Ainsi, le stigmate social est l'un des principaux éléments venant nuire à l'inclusion sociale satisfaisante chez les personnes vivant avec un PSMSP (Caron, 2014). Le concept de stigmate social se définit par une attitude négative que porte la population envers des personnes vivant avec un problème de santé mentale. Le stigmate social s'exprime également par une faible tolérance à la déviance créant ainsi des préjugés (Caron, 2014).

La discrimination, quant à elle, prend son essor dans le domaine du droit (1960), plus précisément dans le droit du travail, mais elle prend rapidement son sens auprès des recherches en sociologie (Bereni & Chappe, 2011). Pour les sociologues, le phénomène de

discrimination s'actualise au niveau du rapport de pouvoir d'un groupe. En effet, un comportement discriminatoire crée un désavantage chez les individus des groupes minoritaires par rapport aux individus des groupes majoritaires en lien avec l'origine de l'individu, son statut social, son revenu, son sexe, ses activités syndicales, son orientation sexuelle, son état de santé ou ses caractéristiques génétiques (Bereni & Chappe, 2011). De ce fait, la discrimination renvoie à l'isolement, la distinction, la ségrégation et, par conséquent, l'individu sera traité différemment (Rudder, Poiret, & Vourc'h, 2000). De plus, elle porte atteinte au droit et nuit à l'égalité des chances d'un individu. En conséquence, la discrimination négative mène l'individu vers l'exclusion sociale (Castel, 2006; Fassin, 2002).

En ce qui a trait à la théorie de l'étiquetage décrit par Becker (1963), celle-ci vient bonifier la compréhension des processus de stigmatisation (Lacaze, 2008). En effet, la théorie de l'étiquetage estime que la déviance est le résultat d'une construction sociale et que celle-ci est initiatrice de l'étiquetage. En d'autres termes, le déviant est l'individu qui porte l'étiquette et le comportement déviant est celui que les gens stigmatisent (Lacaze, 2008).

Plusieurs chercheurs se sont penchés sur l'origine de la stigmatisation liée à la maladie mentale puisqu'il existe maintenant de nombreuses théories à son sujet (Teh, King, Watson, & Liu, 2014; Watson, Ottati, & Corrigan, 2003). D'un côté, la psychiatrie critique se questionne de par la conceptualisation, l'étiquetage et le traitement de la maladie mentale. Le système psychiatrie dans son entièreté pourrait être une cause de stigmatisation (Parker, 1999; Teh et al., 2014). D'un autre côté, les personnes qui vivent avec un problème de santé mentale se sentent souvent soulagées d'obtenir une explication aux difficultés qu'elles traversent. De plus, un diagnostic médical peut réduire l'impact de la stigmatisation en diminuant le blâme de la maladie qui peut être porté à la personne (Schreiber & Hartrick, 2002; Teh et al., 2014).

Encore aujourd'hui, les personnes qui vivent avec un PSMSP doivent composer avec l'exclusion sociale. Le rejet et l'isolement social sont des situations auxquelles une personne étiquetée comme « malade mental » est confrontée à vivre. Poulin et Lévesque (1995) se sont interrogés sur l'impact des étiquettes employées pour désigner une personne

ayant des antécédents psychiatriques. Le terme utilisé pour décrire la personne a une influence sur son acceptation en communauté. Ainsi, l'appellation « personne souffrant d'un problème de santé mentale » est mieux perçue puisqu'elle évoque un potentiel de guérison, de même qu'« ex-patient psychiatrique » est perçu comme une personne guérie (Poulin & Lévesque, 1995). Toutefois, de notre point de vue, les termes « personne souffrante » et « ex-patient » sont inappropriés, car ils réfèrent à l'approche médicale, ce qui renforce le stigma social et supprime l'interprétation subjective que la personne peut avoir du PSMSP. À cet effet, les professionnels œuvrant en santé mentale peuvent être eux aussi vecteur d'attitude stigmatisant envers les personnes utilisateurs des services (Yuan et al., 2017). Ainsi, une étude brésilienne menée par Loch et al. (2013) a illustré que parmi un échantillon de 1414 psychiatres, 42,9 % d'entre eux ont des stéréotypes, des préjugés et démontrent une grande distance sociale envers les personnes qui vivent avec la schizophrénie (Loch et al., 2013; Yuan et al., 2017). Dans le même ordre d'idée, une étude entreprise dans 29 établissements psychiatriques d'une région Suisse-Allemande a révélé que les psychiatres étaient le groupe professionnel avec le plus de stéréotypes négatifs envers les personnes qui vivent avec un problème de santé mentale (Nordt, Rössler, & Lauber, 2006; Yuan et al., 2017). Ebsworth et Foster (2017) l'expliquent de façon partielle dans leur étude. En effet, les professionnels en santé mentale vivaient de la stigmatisation par association à leurs clientèles, ce qui aurait un impact sur les interventions mutuelles. Les auteurs mentionnent que les stéréotypes des psychiatres dans les films par exemple, influencent l'opinion publique et influencent les psychiatres eux-mêmes sur la façon dont ils doivent agir. De plus, cela amène également un certain désengagement de la part de la clientèle, réticente à obtenir de l'aide (Ebsworth & Foster, 2017).

Ainsi, en plus de vivre avec des préjugés dans plusieurs sphères de leur vie, les personnes qui vivent avec un PSMSP peuvent être victimes de stigmatisation et de discrimination au sein même des institutions de santé qu'elles fréquentent. L'Organisation mondiale de la Santé (2004) fait mention d'un énoncé inquiétant :

Non seulement les maladies mentales ont un coût social et entraînent des dépenses de santé, mais les personnes affectées sont en outre souvent les victimes de violations des droits humains, de stigmatisation et de discrimination, tant à l'intérieur

qu'à l'extérieur des établissements psychiatriques »
(Organisation mondiale de la Santé, 2004, p. 4).

Les préjugés envers la maladie mentale sont devenus la raison principale de l'exclusion des personnes qui vivent avec ce trouble (Dorvil, 1987; Poulin & Massé, 1994). De plus, l'exclusion sociale est aussi fortement associée à des sentiments d'inutilité sociale et de dévalorisation de soi, entraînant une souffrance psychique intense et une difficulté à vivre une relation saine. Cette souffrance peut conduire à l'abandon de soi. La personne cesse d'offrir des soins à son propre corps et décide d'adopter des comportements à risque qui renforcent sa vulnérabilité, souvent déjà importante aux niveaux physique et psychologique (Pelchat, Gagnon, & Thomassin, 2006). À titre d'illustration, une loi ontarienne permet de retirer les droits entourant la capacité de prendre soin de sa propre personne. Blais et Mulligan-Roy (1998) basent leur étude sur l'impact de cette loi sur la personne déclarée « mentalement incapable ». La personne étiquetée par cette loi a beaucoup de difficulté à se détacher de ce statut social. Les auteurs parlent alors d'une désaffiliation sociale pour la personne ainsi proclamée inapte mentalement. D'ailleurs,

Le rejet, le refoulement vers la marge, la stigmatisation, la fragilité des liens sociaux qui peut aller jusqu'à compromettre la citoyenneté, impose aux personnes une image négative d'elles-mêmes, celle d'un citoyen sans utilité sociale, sans raison d'être (Blais & Mulligan-Roy, 1998, p. 96).

Or, le rejet, la stigmatisation et la discrimination vécus par les personnes atteintes de troubles mentaux graves entraînent des conséquences sur leur inclusion sociale (Blais & Mulligan-Roy, 1998; Poulin & Massé, 1994).

En deuxième lieu, les difficultés de santé mentale peuvent influencer l'embauche chez les personnes (Yoshimura, Bakolis, & Henderson, 2018) et, malgré les connaissances concrètes sur l'inclusion sociale par l'emploi chez les personnes qui vivent avec un PSMSP, l'obtention et le maintien d'un emploi présentent de nombreux obstacles (Brouwers, 2020; Laflamme, 2017). En fait, la stigmatisation sociale et la discrimination jouent un rôle important dans le processus d'emploi d'une personne qui vit avec un problème de santé mentale (Brohan et al., 2012; Brouwers, Joosen, van Zelst, & Van Weeghel, 2020; Ottewell, 2019). Certaines études ont démontré que des employés étaient

perçus plus positivement en raison de leurs difficultés de santé mentale (Brouwers et al., 2020; Frable, 1993), d'autres révèlent un taux élevé de situation discriminatoire à l'embauche (Brouwers et al., 2020; Goffman, 1968; Stuart, 2006). En effet, l'étude de Brouwers (2020), qui a pour objectif de démontrer que la stigmatisation brime l'employabilité des personnes qui vivent avec un problème de santé mentale, illustre que les employeurs manifestent des attitudes négatives, ce qui risque d'avoir un impact néfaste sur les processus de dotation, et de teinter la conduite des superviseurs. Non seulement les employeurs présentent des attitudes négatives envers les personnes qui vivent avec un problème de santé mentale léger ou sévère, mais également avec les personnes qui ont eu des difficultés de santé mentale dans le passé. En définitive, l'étiquette stigmatisante apposée à la personne demeure présente au-delà de la fragilité de la santé mentale (Brouwers, 2020).

Selon Staiger, Waldmann, Oexle, Wigand et Rüschi (2018), nous retrouvons trois types de stigmatisation qui peuvent venir faire obstacle à l'emploi et à la demande d'aide d'une personne qui vit avec un problème de santé mentale. Les auteurs décrivent la stigmatisation publique comme celle qui se réfère aux stéréotypes, aux préjugés et à la discrimination en provenance des membres d'un groupe social. L'auto-stigmatisation, pour sa part, renvoie à la croyance et à l'intériorisation des stéréotypes négatifs. Enfin, la stigmatisation structurelle concerne le temps d'attente relié à l'obtention des services en santé mentale en raison du faible financement (Clement et al., 2015; Corrigan, 2004; Staiger et al., 2018). Ainsi, l'ensemble des formes de stigmatisation, en particulier l'auto-stigmatisation, peut entraîner une diminution de l'estime de soi et de l'efficacité de soi chez les personnes vivant avec des problèmes de santé mentale (Boyd Ritsher, Otilingam, & Grajales, 2003; Corrigan, Larson, & Rüschi, 2009; Hanisch et al., 2016). La stigmatisation influence négativement divers aspects de la vie et amplifie le fardeau à ceux qui sont déjà aux prises avec un problème de santé mentale (Hanisch et al., 2016). Les effets néfastes viennent également nuire à la motivation d'une personne à faire une demande d'aide puisqu'elle occasionne un sentiment de honte et vient apposer une étiquette de « malade mental » (Cooper, Corrigan, & Watson, 2003; Corrigan et al., 2009; Staiger et al., 2018; Teh et al., 2014).

La stigmatisation vient influencer les contacts qu'une personne qui vit avec un PSMS aura avec autrui. En effet, les personnes stigmatisées vont réagir en limitant leurs contacts sociaux ou vont choisir de ne pas divulguer leurs difficultés de santé mentale (Goffman, 1968; Teh et al., 2014). À cet effet, une étude néerlandaise a formé des groupes de discussion afin d'en apprendre davantage sur la divulgation du problème de santé mentale en emploi. Les résultats ont révélé que le personnel des ressources humaines désirait connaître l'état de santé mentale de la personne qui postule pour un emploi afin d'identifier et de discriminer les personnes qui vivent avec un problème de santé mentale. Les raisons de ce profilage sont d'éviter les risques financiers, ce qui est considéré comme une responsabilité primordiale par le personnel (Brouwers, 2020; Brouwers et al., 2020). De plus, les employeurs ont fait part de leurs croyances négatives, soit qu'il est dangereux de laisser les personnes qui vivent avec un problème de santé mentale travailler auprès des personnes vulnérables, dont les enfants et les personnes âgées, et que ceux-ci pourraient être blessés. Selon les employeurs, ces personnes seraient incapables à gérer de l'argent et à faire le traitement de données confidentielles autant pour les renseignements de cartes de crédit, des noms et des adresses (Biggs, Hovey, Tyson, & MacDonald, 2010; Brouwers, 2020).

De plus, une étude transversale menée en Angleterre par Farrelly et al. (2014) a démontré que 32% des participants qui vivaient avec la dépression, le trouble bipolaire ou la schizophrénie avaient vécu une expérience discriminatoire lors de la recherche d'un emploi. Thornicroft (2013) évoque dans son ouvrage le concept de discrimination anticipée, c'est-à-dire l'anticipation des comportements discriminatoires des autres. En effet, la crainte de vivre de la discrimination peut empêcher les personnes de postuler pour un emploi (Rose et al., 2011). L'étude de Farrelly et al. (2014) a également révélé que plus de 70% des personnes qui font usage des services de santé mentale ont anticipé la discrimination dans le milieu l'emploi.

D'ailleurs, une étude menée au Royaume-Uni entre 2010 et 2012 auprès de personnes atteintes de troubles de santé mentale (Elraz, 2013), met en relation l'employabilité et les difficultés de santé mentale à travers l'expérience de personnes qui vivent avec un problème de santé mentale. L'analyse d'Elraz révèle le double tranchant de

dévoiler son problème de santé mentale. D'un côté, la personne peut craindre la divulgation de ses limitations ou difficultés, en ayant peur d'être perçue comme inemployable. À l'opposé, la personne qui décide de ne pas dévoiler les conditions de sa santé mentale est restreinte dans la façon de s'exprimer et d'être à l'aise avec l'employeur. De plus, toujours selon l'étude d'Elraz, la personne peut se sentir restreinte dans l'être qu'elle est ou qu'elle veut devenir, ce qui engendre plusieurs difficultés pour elle-même, telles qu'une difficulté de gestion autonome, plus de souffrance ou un diagnostic tardif en raison d'un manque de soutien. La non-divulgation de la maladie mentale, dans un contexte d'emploi, crée une culture de « fausseté » qui encourage le déni des limitations, mais également l'ignorance de la personne dans sa globalité (Elraz, 2013). Ainsi, les préjugés, le manque de choix et de possibilités en termes d'emploi adapté à leurs réalités sont des situations auxquelles elles doivent composer (Laflamme, 2017; Mandiberg & Edwards, 2016). Ainsi, la discrimination portée aux personnes qui vivent avec un PSMSP, peut entraîner de l'évitement quant à certaines sphères de leur vie, ce qui aura un impact sur leur qualité de vie (Teh et al., 2014).

2.4. Facteurs favorables à l'inclusion sociale

2.4.1. Inclusion sociale

Tout d'abord, la notion d'inclusion sociale a fait son entrée par le sociologue Niklas Luhmann (1927-1998) pour mettre en relation les rapports entre les individus et les systèmes sociaux. Ainsi, il cherche à faire l'analyse des différentes conditions d'inclusion/exclusion qu'il peut y avoir parmi les systèmes et organisations (Bouquet, 2015). Pour Luhmann (2010), l'interpénétration conduit à la fois à l'inclusion sociale et à l'exclusion sociale. Dans ce contexte, l'interpénétration signifie la contribution interdépendante dans la construction des systèmes de l'environnement (Luhmann, 2010). Pour que la participation aux systèmes sociaux soit possible, il est nécessaire que la personne avec un PSMSP suscite sa propre contribution à la communauté, ce qui apporte également sa différence en termes de personnalité. Nous pouvons parler d'inclusion sociale lorsque la contribution des systèmes/environnements est utilisée par les systèmes eux-mêmes. Au contraire, si les systèmes intrants se distinguent et viennent déranger l'homéostasie de la structure, alors il y aura alors présence d'exclusion sociale (Luhmann,

2010). Pour Nieminen et ses collaborateurs (2012), l'inclusion sociale doit se faire à partir d'une participation active de la citoyenneté ainsi qu'un sentiment d'appartenance subjectif, ce qui s'actualise à travers la participation aux activités de la communauté et aux réseaux sociaux. (Nieminen et al., 2012). McCubbin et al. (2010), quant à eux, définissent l'inclusion sociale :

[...] par [la] possibilité d'appartenir à des réseaux sociaux dans lesquels on développe des liens d'amitié, on assume des rôles et on se sent valorisé et appuyé; d'être membre d'une communauté; de s'adonner à des activités significatives (travail, bénévolat, etc.); de s'impliquer comme consommateur ou consommatrice et citoyen ou citoyenne (McCubbin et al., 2010, p. 4).

Au Canada, l'inclusion sociale consiste à s'assurer que tous les enfants et adultes aient la possibilité de participer comme des membres valorisés, respectés et ayant les opportunités de contribuer à leur communauté et à la société (Bouquet, 2015). En français, le mot « inclusion » signifie : « Action d'inclure quelque chose dans un tout, un ensemble » (Larousse, n.d). Selon la définition du Le Petit Robert (2018) l'inclusion est un « [...] élément inclus dans un milieu de nature différente ». Encore faut-il faire attention puisque le terme inclusion tient son origine du latin *inclusio* et qui signifie : emprisonnement. Après avoir été inutilisé pour une longue période, il est repris et employé dans le sens d'insérer. Ainsi, le terme « inclusion » exprime deux aspects, soit l'inclusion ségrégative et l'inclusion intégrative (Bouquet, 2015).

Le concept d'inclusion sociale est important à définir puisque, comme Gould (2006) le mentionne, le manque de consensus quant à la définition de ce concept fait valoir davantage celui de l'exclusion sociale. Dans ce cas, les réflexions concernant les personnes en situation de vulnérabilité se rapportent davantage à leurs déficits comme la pauvreté, le chômage et l'incapacité à participer aux activités sociales (Gould, 2006). Néanmoins, en abordant le concept d'inclusion sociale, nous faisons davantage référence à la tolérance, à l'équité et à la diversité (Armstrong, 2001). Quoi qu'il en soit, il est nécessaire de bien définir ce que nous voulons exprimer lorsque nous parlons « d'inclusion sociale ». En effet, nous lui trouvons plusieurs définitions, et ce, selon le pays, le domaine ou l'organisation duquel nous faisons partie. D'autres termes tels qu'insertion et intégration peuvent

également y être associés (Dubéchet, 2015; Jaeger, 2015). À vrai dire, les textes officiels rédigés dans le domaine des politiques sociales utilisent le terme « intégration » pour référer aux enfants et adolescents handicapés dans le milieu scolaire, et « insertion » pour évoquer les adultes handicapés (Jaeger, 2015). Ainsi, il est nécessaire de prendre en compte la distinction entre les notions *intégration* et *inclusion* que font Davidson, Flanagan et Styron (2012) dans leur article. En effet, le terme intégration sociale est celui qui a été et qui est le plus utilisé dans le domaine de la psychiatrie. Le processus d'intégration sociale consiste à aider une personne à participer de nouveau à la vie en communauté et à aider la communauté à accueillir et à accepter les personnes qui ont été mises à l'écart suite à la résolution de leurs difficultés. À cet effet, l'intégration peut s'appliquer à toute communauté (délinquante ou immigrante). Plus précisément, ce terme désigne une situation qui n'est plus d'actualité. Dans le cas d'une personne qui vit avec un problème de santé mentale grave, ce terme signifie alors « rétablis-toi tout d'abord, remets-toi des symptômes et déficits qui sont associés à ta maladie, ensuite nous t'accueillerons parmi nous à ton retour » (Davidson et al., 2012, p. 135). En réalité, le problème d'appliquer cette notion aux personnes qui vivent avec des difficultés de santé mentale sévères et persistantes est que la « maladie » ne se guérit pas (Davidson et al., 2012). À contrario, la notion d'inclusion sociale est un processus qui correspond à la réalité des personnes qui vivent avec une problématique qui ne connaîtra pas de guérison. En effet, son étymologie vient des mouvements venant des personnes en situation d'handicape, ce qui présume alors que certains troubles seront permanents (Davidson et al., 2012). Ceci dit, la notion d'inclusion sociale avance que les personnes qui vivent avec des difficultés de santé mentale persistantes devraient être accueillies sans condition d'être « soignées ou guéries » tel que le modèle médical préconise. Effectivement, elles devraient être acceptées avec leurs difficultés indépendamment de qui elles sont et sans obligations de se conformer aux normes de la communauté (Davidson et al., 2012). En fait, l'inclusion sociale, c'est tout l'inverse de l'exclusion. C'est l'ensemble du système social qui a le devoir de modifier l'environnement, d'offrir des solutions et de s'adapter aux personnes exposées comme exclues pour que celles-ci se sentent et soient incluses (Dubéchet, 2015). Ainsi, le concept d'inclusion sociale se démarque des autres concepts puisqu'il est fondé sur les connaissances en lien avec la pauvreté et l'exclusion sociale et vient bonifier les théories

du capital social et les déterminants de la santé (Toye & Infanti, 2004). Le concept d'inclusion sociale naît des notions de pauvreté et d'exclusion sociale. La notion de pauvreté ici, prend un sens important pour notre recherche puisqu'il n'est plus question seulement d'une personne pauvre et exclue, mais bien un manque de possibilité réelle de participer à la vie communautaire et ainsi, se sentir inclus socialement (Toye & Infanti, 2004). En effet, Sen (1992) a apporté beaucoup dans la compréhension de la pauvreté et celle-ci va au-delà du revenu d'une personne et des biens matériels (Toye & Infanti, 2004). Il s'agit d'être en mesure de prendre part à la vie communautaire et de sortir en public sans ressentir de la honte (Sen, 1992; Toye & Infanti, 2004).

2.4.2. La participation sociale et citoyenne

Comme tout individu la participation sociale et citoyenne chez les personnes qui vivent avec un PSMSP est bénéfique et nécessaire. En effet, le PASM 2015-2020 : *Faire ensemble et autrement* (Ministère de la Santé et des Services sociaux Québec, 2005), en décrit l'importance. Toutefois, nous retrouvons une marge entre ce qui est fait dans la pratique et l'idéale mentionné dans le Plan d'action (Cyr, 2019), d'autant plus que l'individu est défini comme un usager auprès des services en santé mentale. Dans son article, Michèle Clément (2011) évoque le concept d'« usager ». En effet, socialement et politiquement conçu et indissociable de la création des services publics québécois (Clément, 2011; Cyr, 2019), le terme « usager » renvoie l'individu consigné dans un rapport lié par le droit et est reconnu comme un acteur dans l'actualisation des services qu'il utilise (Cresson & Schweyer, 2000).

Le rapport de recherche de Clément, Rodriguez Del Barrio, Gagné, Lévesque et Vallée (2012) a pour objectif de faire état de la participation des personnes utilisatrices des services en santé mentale suite à l'implantation du PASM 2005-2010. Il révèle que le rôle attribué aux personnes utilisatrices, sert que de consultation et n'influence pas réellement les prises de décisions en matière de services, et ce, en dépit de leurs volontés de s'impliquer activement dans l'organisme (Clément et al., 2012). Également, les participants de cette étude ont révélé la présence d'un manque d'écoute et d'ouverture (Clément et al., 2012).

C'est ainsi que deux PASM plus tard, nous nous questionnons toujours sur les mêmes enjeux concernant la participation citoyenne des individus dans le domaine de la santé mentale. Comme le soulignent Clément et Bolduc (2009) dans Clément (2011), le PASM a permis de donner une certaine reconnaissance de la parole aux personnes qui vivent avec une problématique de santé mentale, mais elles sont encore trop souvent à l'écart du dialogue. Ainsi, depuis les trente dernières années, on favorise davantage des lieux de participation pour les personnes utilisatrices de services dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux québécois, et ce, par des tables de concertation régionales et provinciales, des conseils d'administration et des comités d'usagers (Ministère de la Santé et des Services sociaux Québec, 2015). Malgré cette amélioration, la participation des usagers reste déficitaire et amène rarement une influence nécessaire aux changements (Clément et al., 2012; Cyr, 2019; Ministère de la Santé et des Services sociaux Québec, 2015).

Il importe de mentionner que le concept de participation sociale et citoyenne détient plusieurs définitions. De façon générale, ce concept fait référence à la participation des citoyens dans la prise de décisions publiques (Duperré & Deslauriers, 2011), ce qui signifie, pour les personnes qui vivent avec un PSMS, une participation aux prises de décisions dans les organisations communautaires (Hardina, 2003). Selon la Classification Internationale du Fonctionnement (CIF) (Organisation mondiale de la Santé, 2001), la limitation des activités et la restriction de la participation peuvent être en partie expliquées par une interaction des composantes du modèle biopsychosocial, c'est-à-dire l'interaction entre les facteurs biologiques, environnementaux et personnels (Couhet, Dupérier, Maysonave, & Merceron, 2017). D'ailleurs, les limitations et restrictions qu'une personne vit pourraient aussi venir influencer les différents facteurs biopsychosociaux (Couhet et al., 2017). Ce modèle théorique (CIF) définit « l'activité » par l'exécution d'une tâche qu'une personne accomplit et la « participation », pour sa part, renvoie à l'implication de cette dernière dans une situation de vie réelle. De ce fait, « les limitations d'activités » se réfèrent aux difficultés qu'une personne rencontre lors de l'exécution d'activités et « les restrictions de participation », sont définies par les problèmes auxquels une personne peut être confrontés en s'impliquant dans une situation de vie réelle (Couhet et al., 2017).

Pour Eklund et ses collègues (2012), il est important, pour le fonctionnement des personnes qui vivent avec la schizophrénie et des épisodes de psychose, qu'elles trouvent des aspirations qui donneront un sens à leur vie communautaire, c'est-à-dire afin qu'elles puissent prendre part à un rôle socialement valorisé (Eklund, Hermansson, & Håkansson, 2012). Dans les cas où la personne a l'impression que la vie perd de son sens, elle peut alors ressentir de la frustration, de l'anxiété et du désespoir. Par ailleurs, pour démontrer l'importance de trouver un sens à la vie, Eklund et al. (2012) démontrent qu'une personne préalablement en bonne santé mentale qui ressent une perte de sens dans sa vie peut développer un problème de santé mentale.

La participation citoyenne détermine également l'engagement actif et volontaire des personnes et des groupes dans le changement de conditions de vie difficiles dans la communauté (Duperré & Deslauriers, 2011). De façon plus spécifique pour la population qui vit avec un PSMSP, la participation doit offrir la possibilité de se développer, d'une part, à travers la définition de leur propre histoire et, d'autre part, à travers la construction sociale de cette histoire (Duperré & Deslauriers, 2011). Dans le même ordre d'idée, les résultats de l'évaluation d'un programme de promotion de la citoyenneté : Projet citoyen, menée par Pelletier et al. (2017) démontrent que l'implication des personnes utilisatrices de services en santé mentale sur des comités leur permet une meilleure compréhension de leur fonctionnement et de leurs objectifs. De plus, cela a un avantage pour les intervenants qui accompagnent les usagers. En effet, ils peuvent à ce moment constater que certaines appréhensions envers les usagers sont en fait erronées et qu'ils sont en mesure d'exprimer leurs capacités et d'être un atout en prenant part à la participation (Pelletier et al., 2017).

Une étude qualitative menée auprès d'utilisateurs et de gestionnaires d'organismes d'économie sociale en santé mentale dans la région de Québec (Duperré & Deslauriers, 2011) démontre que la participation sociale et citoyenne des utilisateurs est positive pour plusieurs raisons. Par exemple, les utilisateurs réguliers de l'organisme d'économie sociale en santé mentale transmettent un sentiment d'espoir aux nouveaux utilisateurs en démontrant que leur participation à l'organisme est possible. De plus, en s'impliquant dans la vie démocratique de l'organisme, la personne qui vit avec un PSMSP se responsabilise, apprend à exprimer ses besoins et à faire respecter ses droits dans la communauté (Grenier

& Fleury, 2014). En ce sens, la personne est mieux outillée pour se faire valoir à travers sa participation sociale et citoyenne, et ainsi se sentir incluse socialement. Malgré tout, cette étude démontre que l'inclusion sociale par la participation citoyenne se fait principalement à travers l'emploi (Duperré & Deslauriers, 2011).

2.4.3. L'emploi et sa fonction sociale

Tel que nous l'avons brièvement évoqué, l'occupation d'un emploi est un facteur d'inclusion sociale important pour l'individu (Pachoud, 2017). En effet, Laflamme et Bégin-Robitaille (2013), insistent sur l'importance de la fonction sociale de l'emploi. L'exercice de l'emploi n'est pas seulement utilisé pour répondre à un besoin économique. Il vient également offrir aux personnes un lieu de sociabilité ainsi qu'un lieu de réalisation personnelle (Dunn et al., 2008; Lin et al., 2009). L'emploi représente l'un des principaux piliers de l'identité personnelle d'une personne (Dunn et al., 2008). La Cour suprême du Canada évoque même que l'emploi est « [...] une composante essentielle du sens de l'identité d'une personne, de sa valorisation et de son bien-être sur le plan émotionnel » (Laflamme & Bégin-Robitaille, 2013, p. 391). Pour les personnes qui vivent avec un PSMSP, l'emploi est d'autant plus important puisqu'elles vivent plusieurs moments de solitude et celui-ci leur offre un vecteur d'inclusion sociale considérable et leur fournit des bienfaits sur le plan thérapeutique (Laflamme, 2017). Toutefois, en 2000, l'Organisation mondiale de la santé estimait que 90 % des personnes vivant avec un PSMSP étaient aptes et disponibles à être en emploi, mais n'occupaient pas d'emploi rémunéré (Harnois & Gabriel, 2000).

L'exercice de la citoyenneté par l'emploi est important pour l'inclusion sociale des individus qui vivent avec un PSMSP (Association canadienne pour la santé mentale, 2010). De ce fait, se pencher sur la question de l'inclusion sociale par l'emploi est d'autant plus pertinent car détenir un emploi aide à diminuer les préjugés envers la personne qui vit avec un PSMSP. En effet, selon une étude menée par Lecomte et al. (2007), au centre-ville de Montréal auprès de 153 participants de deux ressources communautaires d'hébergement et de réinsertion en emploi et d'une clinique externe en psychiatrie, démontre que l'occupation d'un emploi changeait la perception que l'entourage a de la personne vivant avec la

schizophrénie (Lecomte et al., 2007). En réalité, détenir un emploi illustre le fonctionnement social et le niveau d'intégration sociale d'une personne, et ce, peu importe le type d'emploi. De plus, l'emploi influence également les attentes envers la personne et la tolérance accordée à ses comportements (Lecomte et al., 2007). Ainsi, l'emploi pourrait contribuer à déconstruire ou amoindrir les préjugés autour des personnes qui vivent avec un PSMSP tout en favorisant l'estime de soi et le sentiment de compétence (Lecomte, Stip, Caron, & Renaud, 2007). Il devient donc pertinent de se demander jusqu'à quel point l'emploi est favorable au sentiment d'inclusion sociale des personnes qui vivent avec un PSMSP. Cela dit, les relations sociales entre certains membres de la société et les personnes vivant avec un PSMSP peuvent être tout de même marquées d'attitudes stigmatisantes, ce qui à l'inverse pourrait nuire à leur inclusion socioprofessionnelle (Eklund et al., 2012).

Ainsi, l'emploi leur donne le sentiment de vivre comme la population qui n'est pas aux prises avec des difficultés de santé mentale sévères et persistantes (Nieminen et al., 2012). De ce point de vue, l'emploi fournit l'opportunité pour la personne qui vit avec un PSMSP de jouer un rôle socialement valorisé (Nieminen et al., 2012; Pachoud, 2017). Leur implication dans une organisation sociale et leur participation active à l'économie sociale apporte une contribution en tant que richesse humaine (Nieminen et al., 2012). D'ailleurs, selon Pachoud (2017), il est évident que l'engagement dans une activité d'emploi exerce un effet positif sur la personne qui vit avec un PSMSP. À cet effet, il évoque que les tâches à accomplir lors de l'emploi favorisent la reconstruction d'une identité positive, la capacité de gestion de ses difficultés psychique et son engagement dans des rôles sociaux valorisés (Pachoud, 2017).

Il a été démontré qu'il y avait présence de plusieurs autres bénéfices à occuper un emploi pour les personnes qui vivent avec un PSMSP. Notamment, il semble y avoir des effets positifs sur l'estime de soi, la qualité de vie, le fonctionnement social, la situation financière et la santé mentale (Charbonneau, 2002; Duperré & Deslauriers, 2011; Latimer & Lecomte, 2002). En d'autres mots, l'emploi a un effet réparateur sur l'aspect psychologique des personnes qui vivent avec un PSMSP (Pachoud, 2017; Villotti et al., 2017; Waghorn & Lloyd, 2005). L'isolement social de ces personnes n'est pas rare, l'emploi devient donc un bon moyen d'accroître les différents contacts sociaux pouvant

être significatifs et renforcer l'estime de soi (Laflamme & Bégin-Robitaille, 2013). De plus, l'emploi a un rôle plus subtil que d'exécuter certaines tâches. À vrai dire, occuper un emploi permet aux personnes qui vivent avec un PSMSP d'engager des relations avec les collègues qu'ils côtoient, ce qui les amène à développer des apprentissages qui leur seront utiles à l'occasion de diverses relations sociales, telles que les amis et la famille (Lecomte et al., 2007). Également, ces personnes ont la possibilité de créer des liens d'amitié avec d'autres personnes et ainsi faire des apprentissages en lien avec des situations de vie en communauté (Duperré & Deslauriers, 2011). En définitive, les habiletés sociales, autant relationnelles que personnelles, chez la personne qui vit avec un PSMSP s'améliorent à travers l'emploi (Lecomte et al., 2007). De plus, détenir un emploi offre un sentiment d'appartenance à la communauté ainsi qu'un sentiment de pouvoir et d'utilité (Duperré & Deslauriers, 2011). Cela a aussi des effets positifs sur le plan clinique par « [...] la structuration du temps, la normalisation, l'autogestion des symptômes et la prévention des décompensations et des hospitalisations » (Charbonneau, 2002, p. 170). De plus, détenir un emploi est lié à la diminution des symptômes psychiatriques et à une réduction de l'utilisation des services en santé mentale. L'autonomie et l'estime de soi sont alors améliorées (Costa et al., 2017; Drake, Bond, Goldman, Hogan, & Karakus, 2016; Mueser, Drake, & Bond, 2016).

Toutefois, nous retrouvons quelques limites à l'inclusion sociale par l'emploi. Par exemple, l'inquiétude associée à l'admissibilité de l'assurance médicaments et des prestations de sécurité du revenu dissuade plusieurs personnes à obtenir un emploi (Latimer & Lecomte, 2002). Vézina (2002) évoque en effet un risque de rechute s'il y a plusieurs essais d'embauche infructueux ou d'efforts à maintenir un emploi chez les personnes qui vivent avec un PSMSP. La perception de l'emploi devient alors un générateur de stress, de dépression et de faible estime de soi (Vézina, 2002). Par ailleurs, plusieurs auteurs affirment qu'une faible participation au milieu de l'emploi serait liée à la présence de déficits cognitifs (Levaux, Offerlin-Meyer, Larøi, Van der Linden, & Danion, 2009; McGurk & Mueser, 2004; Zanon & Merceron, 2017). En effet, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) présente en 2001, la Classification Internationale du Fonctionnement (CIF), du handicap et de la santé comme modèle afin de comprendre et d'évaluer les différentes composantes du handicap physique et psychique. Ainsi, offrir un environnement adapté

aux personnes qui vivent un problème de santé mentale et plus particulièrement, ceux qui vivent avec la schizophrénie (Zanon & Merceron, 2017). Ce modèle considère le handicap au-delà du modèle médical, il distingue les limitations qui restreignent la participation aux activités, il examine les facteurs environnementaux et surtout, prend en compte le point de vue de la personne (Prouteau et al., 2014; Zanon & Merceron, 2017). Ainsi, la CIF n'évalue pas la personne en termes d'handicap, mais plutôt en fonction de l'incapacité. Celle-ci se produit lors d'une interaction entre plusieurs facteurs individuels, sociodémographiques et socio environnementaux, ceux qui à leurs tours influencent la capacité de la personne de réaliser les activités quotidiennes essentielles à l'accomplissement de ses rôles sociaux (Provencher, 2017). Il est alors primordiale, selon Levaux et al. (2009), d'identifier les processus cognitifs se retrouvant engagés dans les activités professionnelles afin d'ajuster des stratégies d'accommodation adaptées aux personnes. Les pratiques et interventions peuvent ensuite assurer le soutien à l'insertion professionnelle et le maintien en emploi (Zanon & Merceron, 2017).

Dans le même ordre d'idée, certaines accommodations sont en déjà en place afin de leur permettre d'accéder à un emploi de façon assistée (comme c'est le cas aux États-Unis) qui offre la possibilité aux personnes vivant avec un PSMSP de participer davantage à la vie sociale et économique (Mandiberg & Edwards, 2016). Toutefois, advenant que l'emploi assisté ne rejoigne pas certaines personnes, d'autres avenues pourraient être explorées, telles que les entreprises et les coopératives sociales, l'appropriation de petites entreprises et le soutien par les pairs (Mandiberg & Edwards, 2016). En ce sens, Laflamme (2017) mène une étude sur la jurisprudence québécoise qui parcourt les possibilités d'accommodement afin de favoriser l'accès et le maintien en emploi des personnes souffrant de troubles mentaux. Ainsi, deux mesures d'accommodement étaient fréquemment demandées lors de la rupture du lien d'emploi d'une personne ayant un problème de santé mentale. La première est le maintien du lien d'emploi malgré les absences prolongées ou répétées. La deuxième mesure d'accommodement est la possibilité pour les personnes de retourner à l'emploi de façon progressive, d'avoir une réduction des heures ou une flexibilité des heures de travail. Dans des situations moins fréquentes, une troisième mesure d'accommodement a été demandée, soit la modification des tâches ou des modalités de l'emploi. Cette dernière accommodation est intéressante selon l'auteur,

puisqu'elle vient modifier les aspects psychosociaux de l'emploi, ce qui est déterminant dans son maintien étant donné que la personne sera en mesure d'exercer son emploi (Laflamme, 2017). Une étude menée par Ottewell (2019) conclue qu'une meilleure compréhension en santé mentale chez les employeurs aurait une influence positive sur embauches. Toutefois, la littérature en santé mentale doit faire l'objet de recherches complémentaires puisque la relation entre l'éducation et les attitudes liées à l'emploi sont complexes (Ottewell, 2019).

Bien qu'à ce jour, les recherches visant à comprendre le processus d'employabilité chez les personnes vivant avec un PSMSP soient nombreuses, ce dernier reste instable (Russinova, Bloch, Wewiorski, Shappell, & Rogers, 2018). Une étude longitudinale de 5 ans menée dans 48 états aux États-Unis a révélé que la moitié des participants détenait un emploi stable au début de l'étude et que plus de la moitié d'entre eux ont dû l'interrompre au cours du suivi de l'étude (Russinova et al., 2018). Ainsi, ceci illustre que les personnes qui vivent avec un PSMSP sont en mesure de maintenir un emploi pendant de longues périodes (Russinova et al., 2018). En effet, Russinova et al. (2018) ont établi que les participants qui n'avaient pas vécu des situations traumatiques, n'avaient pas recours au revenu d'invalidité de la sécurité sociale ou n'avaient pas vécu d'hospitalisations psychiatriques pendant l'étude démontraient moins de difficulté au niveau du fonctionnement global. Le niveau de la qualité de vie, le soutien présent ainsi qu'un horaire flexible indiquait un meilleur maintien en emploi (Russinova et al., 2018).

Quoi qu'il en soit, l'emploi permet à la majorité de cette population de participer à la communauté et de développer un rôle socialement valorisé. Seulement, l'accompagnement, l'accessibilité et l'accommodement doivent être prioriser pour assurer le succès d'un retour en emploi, et ce, selon les modalités de la personne.

2.4.4. Le soutien social

En santé mentale, le soutien social est l'un des facteurs de protection le plus important (Lecomte et al., 2007). D'abord, nous retrouvons deux visions du soutien social sur sa contribution pour la santé mentale. En effet, la première serait perçue comme une variable tampon ayant un effet de protection sur les conséquences du stress. Pour l'autre

vision, le soutien social influencerait directement la santé et il est nécessaire à l'adaptation en société (Caron, 1996; Caron & Guay, 2005). Le soutien social est essentiel afin de favoriser l'inclusion sociale de la personne et doit être appliqué dans plusieurs sphères de sa vie. La personne nécessitera un soutien lorsqu'elle entamera son insertion en emploi, lorsqu'elle aura son congé de l'hôpital et devra se loger (Brouillette, Hachey, & Mercier, 2003; Latimer & Lecomte, 2002; Piat et al., 2008).

L'implication de la famille dans le soutien social de la personne vivant avec un PSMSP serait primordiale. D'autant plus que, selon l'étude de Perreault, Provencher, St-Onge et Rousseau (2002) auprès d'aidants familiaux, les mères, les pères, les conjoints et la fratrie seraient les membres de la famille qui offriraient le plus de soutien à la personne souffrant d'un problème de santé mentale. Selon ceux interviewés, 32,5 % des membres de la famille accordent 36 heures et plus par semaine en soutien au membre de la famille avec un trouble (Perreault et al., 2002). La famille aurait maintenant un rôle de collaborateur avec les services de santé que la personne qui vit avec la difficulté de santé mentale obtient. Ainsi, les membres de la famille qui désire être impliqués participeraient à la prise de décisions (Bonin et al., 2014). Le soutien offert par l'entourage viendrait jouer un rôle de modérateur au stress vécu par la personne. Il semblerait alors que le soutien aurait une valeur préventive sur les troubles psychologiques, spécifiquement en période de stress (Devault & Fréchette, 2006). En plus, la personne se voit vivre des moments de stabilité et de sécurité, ce qui vient augmenter le sentiment de bien-être (Caron & Guay, 2005). Cependant, le soutien à un proche qui vit avec un PSMSP demande du temps, de l'énergie et des coûts supplémentaires pour la personne qui offre de l'accompagnement. En effet, il existe un ensemble de programmes publics accessibles afin d'aider les personnes qui vivent avec un PSMSP et leurs proches. Toutefois, ces programmes sont en théorie couverts, en ce qui a trait aux compensations des coûts additionnels (Fougeyrollas, Beauregard, Gaucher, & Boucher, 2008). En effet, les programmes sont souvent sous financés et, compte tenu de la grande demande, certains besoins ne peuvent être répondus ou les délais de prise en charge sont longs (Fougeyrollas et al., 2008).

La perception entretenue par la personne envers les relations interdépendantes versus indépendantes est importante à considérer parce qu'elle vient teinter les stratégies

prises en place par la personne afin d'aller chercher ou non du soutien (Devault & Fréchette, 2006). La quantité d'aide reçue et le nombre de personnes dans le réseau de soutien ne viennent pas influencer de façon significative le bien-être de la personne souffrante comparativement à la disponibilité du soutien et à la satisfaction de l'aide reçue par le réseau de la personne. Le simple fait de savoir que l'aide est disponible lorsque nécessaire viendrait augmenter le bien-être de la personne. Or, le soutien social serait le résultat de l'interaction entre la personne et son environnement (Devault & Fréchette, 2006). En effet, Elstad et Eide (2017) ont démontré à travers leur étude sur les organismes communautaires en santé mentale qu'une combinaison entre le soutien professionnel et le soutien venant des pairs était une façon de recevoir de l'aide tout en ayant la possibilité de participer de manière active à la vie en communauté.

En fait, les résultats de recherche de Reddy, Irwin, Breen, Reavis et Green (2019) démontrent que le soutien social et les interventions visant l'inclusion sociale sont bénéfiques au fonctionnement de l'ensemble de la communauté en diminuant les déficiences cognitives et le stress psychologique. En effet, lors de leur étude, Reddy et al. (2019) ont exposé un groupe de personnes vivant avec des problèmes schizophréniques et un groupe de la population ne présentant aucun problème de santé mentale à des situations d'exclusions sociales. Dans l'ensemble, les résultats sont similaires entre les deux groupes. Cependant, les conséquences de l'exposition à l'exclusion sociale étaient plus importantes chez le groupe vivant avec la schizophrénie, entre autres au niveau des symptômes positifs de la maladie tels que la paranoïa. De plus, la similarité des résultats entre les deux groupes peut être liée à la tolérance envers l'exclusion sociale que les personnes vivant avec la schizophrénie subissent de façon récurrente (Reddy et al., 2019).

De plus, les organismes communautaires qui desservent la clientèle vivant avec un PSMSAP apporteraient, par leurs services, deux aspects positifs sur l'inclusion sociale. Premièrement, les assises seraient basées sur des interventions de réinsertion auxquelles le développement des habiletés sociales chez la personne est l'objectif. Deuxièmement, par le succès de ces interventions, la discrimination et les obstacles à l'inclusion sociale seraient diminués puisqu'il y aurait une influence sur le reste de la communauté (Rodriguez del Barrio & Poirel, 2011). Également, les services d'accompagnement à l'emploi offerts

par les organismes communautaires en santé mentale aident les personnes vivant avec un PSMSP (70%) à obtenir et maintenir un emploi traditionnel (Lloyd, Tse, & Deane, 2006). Alors, la présence d'un soutien social chez la personne vivant avec un PSMSP est un facteur important au maintien de l'emploi de celle-ci. Cependant, la personne se retrouve souvent avec un faible taux de soutien social puisque celle-ci est confrontée à l'exclusion sociale et aux préjugés de la maladie (Laflamme & Bégin-Robitaille, 2013). Par ailleurs, cet accompagnement offert par les intervenants signifie de donner des formations sur les techniques d'entrevues et d'accompagner dans le choix de la divulgation de la maladie mentale de la personne. De ce fait, le soutien donné à la personne vivant avec un PSMSP se fait également dans la manière que celle-ci aimerait aborder la situation avec l'employeur (Lloyd et al., 2006).

De plus, le soutien par les pairs est une avenue intéressante afin d'aider les personnes qui vivent avec un PSMSP. Ainsi, le soutien par les pairs se définit par le soutien de personnes qui vivent ou qui ont vécu des expériences similaires à une autre personne, qu'elle soit de nature physique ou psychique (Wallot, 2019). Ces programmes prônent les relations non hiérarchiques, les choix mutuels, les modèles de rôle positif, l'autodétermination, le sens de la communauté, la réciprocité et le soutien (Wallot, 2019). Dans un contexte de santé mentale, les programmes de soutien par les pairs ont été conçus afin de pallier à certaines limites des services de santé traditionnels (Wallot, 2019). En effet, l'aspect essentiel qui se démarque des autres formes de soutien est le savoir expérientiel que les membres du programme détiennent en comparatif au savoir professionnel. Le savoir expérientiel est plutôt axé sur les émotions et les perceptions subjectives tandis que le savoir professionnel est divisé en disciplines et en différentes approches afin de concevoir un même problème (Wallot, 2019).

D'un autre côté, le soutien social pourrait avoir des effets pervers. La personne peut, en acceptant le soutien offert, voir son estime de soi diminuer, son sentiment de vulnérabilité augmenter et également, cela peut l'amener à s'isoler en raison de la honte vécue par la personne de demander de l'aide. De plus, la personne peut vivre un fort sentiment d'incompétence puisqu'elle peut se sentir impuissante envers sa situation et qu'elle se doit de demander de l'aide pour obtenir du soutien (Devault & Fréchette, 2006).

La honte reliée à la demande d'aide peut être lourde à porter pour une personne déjà fragilisé par les lacunes structurelles. Toutefois, il reste important d'établir un soutien en communauté venant répondre aux besoins sociaux et économiques de ces personnes afin d'offrir l'opportunité d'une inclusion sociale. En raison de la complexité du concept, nous devons être prudents quant à son utilisation. Pour certains le soutien social peut nuire à l'inclusion sociale, il est important de clarifier les besoins de la personne vivant avec un PSMSP et de voir sa situation selon son point de vue.

2.5. Question et objectifs de recherche

La littérature concernant les personnes qui vivent avec un PSMSP offre des études fortes intéressantes concernant leur inclusion sociale, notamment au sujet des difficultés et des obstacles vécus durant leurs parcours, ainsi que sur la façon dont elles réussissent à « survivre ». Nous constatons que l'emploi est un thème central dans la plupart des écrits recensés. En effet, l'emploi est majoritairement considéré comme étant déterminant dans l'inclusion sociale des personnes qui vivent avec un PSMSP. C'est pourquoi il nous apparaît pertinent de contribuer au développement de la recherche sur cette thématique. À cet égard, notre recherche sera de type qualitatif et tentera d'apporter des pistes de réflexion et de réponse autour de ces deux questions : comment l'accès à l'emploi peut améliorer l'inclusion sociale des personnes qui vivent avec un PSMSP au Québec ? Cela nous amène à nous poser cette sous-question : comment et à quelles conditions l'accès à l'emploi peut renforcer les capacités des personnes qui vivent avec un PSMSP ?

C'est à la lumière d'une perspective originale, soit celle de l'approche par les capacités telle que développée par Sen (2000), que nous souhaitons contribuer à l'avancement des connaissances sur ce sujet. Les objectifs généraux de cette recherche visent à 1) identifier les facteurs de conversion individuels, sociaux et environnementaux propices à l'accès à l'emploi des personnes qui vivent avec un PSMSP, et 2) comprendre comment l'emploi peut favoriser le sentiment d'inclusion sociale de ces personnes; cela à partir de leur propre point de vue.

À notre connaissance, peu de chercheurs se sont intéressés aux points de vue et aux perceptions des personnes qui vivent avec un PSMSP quant à leurs aspirations et à leurs

sentiments subjectifs d'inclusion sociale. Or, le fait de tenir compte de leur point de vue pourrait contribuer à la fois à l'avancement des connaissances au sujet du lien entre l'emploi et les capacités des personnes qui vivent avec un PSMSP, et à la bonification des pratiques d'intervention sociale et des politiques sociales concernant ces personnes.

3. CADRE THÉORIQUE

Le prisme de l'approche par les capacités (*capability approach*) (AC) constitue notre socle théorique. Développée par Amartya Sen (1992), lauréat du prix Nobel de l'économie en 1998 pour ses recherches sur le choix collectif, l'AC apporte un nouvel éclairage sur les fondements philosophiques de la justice sociale alors entendue comme une égale capacité des individus à choisir et à mener leur vie selon leurs propres aspirations (Sen, 1992).

3.1. Théorie de la justice sociale

La justice sociale fait partie des valeurs à la base même de la profession du travail social (Carlson, Nguyen, & Reinardy, 2016). À travers leur pratique, les travailleurs sociaux ont une responsabilité de promouvoir la justice sociale envers la communauté et auprès des personnes avec lesquelles ils travaillent (Federation of Social Workers, 2012). De plus, ils ont un devoir de changement social, c'est-à-dire de remettre en question les conditions sociales qui renforcent l'exclusion sociale, la stigmatisation et la contrainte. Ainsi, le travail auprès de personnes vulnérables doit favoriser l'inclusion sociale (Federation of Social Workers, 2012). Plus particulièrement au Québec, le travail social appuie ses interventions sur les principes de justice sociale afin d'offrir aux travailleuses et travailleurs sociaux des notions venant travailler contre les inégalités sociales au niveau des différents déterminants sociaux de la santé avec une population en situation de vulnérabilité. Les travailleurs sociaux sont des vecteurs de la justice sociale en tant que promoteurs et défenseurs des droits et des libertés humaines (Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, 2006; Ordre professionnel des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, 2019). De même, au Québec, les professionnels œuvrant pour la justice sociale s'engagent à favoriser une éthique

d'inclusion sociale, et ce, depuis 1958 (Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, 2006).

Lorsque nous abordons la théorie de la justice sociale, il est primordial de mentionner le philosophe politique, John Rawls, l'un des plus influents du 20^{ème} siècle. En effet, ses travaux sur la justice sociale ont contribué à inspirer la création de théories du bien-être. Ainsi, l'approche par les capacités est une théorie qui a été conduite par la théorie de la justice de Rawls (1971), en tant qu'idée de justice.

La théorie de la justice sociale, telle que développée par John Rawls (1971), considère que « La justice est la première vertu des institutions sociales [...] » (Rawls, 2009, p. 29). Rawls a proposé la théorie de la justice comme alternative à l'utilitarisme (Alexander, 1974; Rawls, 2009). En effet, les utilitaristes conçoivent qu'une société est juste et ordonnée lorsque ses institutions principales sont conçues afin de satisfaire la majorité des membres de la société (Rawls, 2009). Ainsi, pour le père fondateur de l'utilitarisme, Jeremy Bentham (1781), cette doctrine se centralise sur le bonheur et le plaisir individuel afin de mesurer l'avantage qu'une personne peut avoir pour ensuite le comparer à l'avantage des autres (Sen, 2012). Pour l'auteur Alexander (1974), la théorie de Rawls est utilitariste dans le sens qu'elle prend la satisfaction de l'homme et les désirs humains comme critères d'évaluation de l'organisation sociale. En effet, elle est utilitariste à un certain niveau puisque ses principes émanent du choix de personnes libres et rationnelles poursuivant leurs intérêts (Rawls, 2009).

La théorie de la justice sociale aide à l'explication des inégalités façonnées par les institutions sociales elles-mêmes. Plus précisément, elle se réfère à la manière dont les institutions les plus significatives, c'est-à-dire la constitution politique et les principales structures socio-économiques, vont répartir les droits et les devoirs fondamentaux, et comment elles vont déterminer la répartition des avantages liés à la coopération sociale (Rawls, 2009). C'est à ce niveau que Rawls affirme qu'il y a présence d'injustice. En exemple, il nomme « [...] la protection légale de la liberté de pensée et de conscience, l'existence de marchés concurrentiels, la propriété privée des moyens de production et la famille monogamique [...] » (Rawls, 2009, p. 33). Ainsi, il y a des individus nés dans des situations différentes qui ont des perspectives de vie différentes, qui sont influencés par le

système politique et des circonstances socio-économiques (Rawls, 2009). Rawls affirme que ce sont des inégalités particulièrement profondes puisque les institutions sociales vont au détriment de certains individus en favoriser d'autres (Rawls, 2009).

Rawls mentionne que les principes de la justice acceptable pour la structure de base de la société font d'abord l'objet d'un accord. Il désigne ce concept de position originelle (Rawls, 2009). Ainsi, dans cette position, chacune des parties est égale. Rawls convient qu'une égalité des chances devrait être présente en termes de biens sociaux premiers; la répartition des droits, l'autorité, les revenus et la richesse (Rawls, 2009). C'est ce qu'il nomme la théorie de la justice comme équité. Plus précisément, elle « [...] considère la société comme une entreprise de coopération en vue d'avantages mutuels » (Rawls, 2009, p. 116). Ainsi, une fois que la conception de la justice est adoptée, le choix d'une constitution et d'une procédure législative doit être fait pour décréter des lois, et ce, en se basant sur les principes de la justice qui ont été préalablement définis. Comme Rawls (2009) le mentionne, la situation sociale est juste quand le système de règles générales qui la conduit est le résultat d'une série d'accords. En définitive, cette conception de la justice commence lorsque le choix des principes qui vont la définir sera déterminé. En outre, en admettant que la position originelle conduit à un ensemble de principes, il peut être supposé alors que lorsque les principes seront réalisés dans les institutions sociales, les individus pourront se rappeler que chacun a consenti aux conditions initiales (Rawls, 2009). L'auteur admet toutefois, qu'il n'est pas réaliste de croire que les membres d'une société peuvent s'engager au sens strict et volontaire puisque chaque individu naît dans une situation qui lui est propre, à l'intérieur d'une société qui va influencer de façon pécuniaire leurs perspectives de vie (Rawls, 2009). Il soutiendra tout de même qu'« [...] une société qui satisfait les principes de la justice comme équité se rapproche autant que possible d'un système de coopération basé sur la volonté [...] » (Rawls, 2009, p. 39), puisque ses principes ont été déterminés par des individus libres et égaux qui ont donné leurs accords dans des conditions équitables (Rawls, 2009).

Rawls note que le principe d'utilité est incompatible avec la conception de la coopérative sociale car il est difficile de croire que des individus se considérant égaux acceptent de voir diminuer leurs perspectives de vie pour augmenter les avantages d'un

plus grand nombre d'individus (Rawls, 2009). En effet, chaque individu a la volonté de protéger ses intérêts. Cependant, selon la vision de la théorie de la justice, il n'est pas injuste qu'une minorité d'individus obtiennent des avantages supérieurs à la moyenne, à condition que la situation des individus moins favorisés soit améliorée (Rawls, 2009). Dans son œuvre, Rawls mentionne que deux personnes mises dans une situation initiale feraient le choix de deux principes différents. C'est ainsi qu'il propose deux principes de la justice et leurs règles de priorité qui offrent une base aux institutions sociales :

Premier principe

Chaque personne doit avoir un droit égal au système total le plus étendu de libertés de base égales pour tous, compatible avec un même système pour tous (Rawls, 2009, p. 341).

Deuxième principe

Les inégalités économiques et sociales doivent être telles qu'elles soient :

- a) au plus grand bénéfice des plus désavantagés, dans la limite d'un juste principe d'épargne, et*
- b) attachées à des fonctions et à des positions ouvertes à tous, conformément au principe de la justice (fair) égalité des chances (Rawls, 2009, p. 341).*

Première règle de priorité (priorité de la liberté)

Les principes de la justice doivent être classés en ordre lexical, c'est pourquoi les libertés de base ne peuvent être limitées qu'au nom de la liberté. Il y a deux cas :

- a) une réduction de la liberté doit renforcer le système total des libertés partagé par tous;*
- b) une inégalité des libertés doit être acceptable pour ceux qui ont une liberté moindre (Rawls, 2009, p. 341).*

Seconde règle de priorité (priorité de la justice sur l'efficacité et le bien-être)

Le second principe de la justice est lexicalement antérieur au principe d'efficacité et à celui de la maximisation de la somme totale d'avantages ;

et la juste (fair) égalité des chances est antérieure au principe de différence. Il y a deux cas :

a) une inégalité des chances doit améliorer les chances de ceux qui en ont le moins;

b) un taux d'épargne particulièrement élevé doit, au total, alléger la charge de ceux qui ont à le supporter (Rawls, 2009, p. 341).

Selon lui, ces deux principes permettent d'exposer les conséquences lorsque les aspects de la vie sociale sont laissés de côté. De plus, ils aident à déterminer la répartition des avantages sociaux (Rawls, 2009). Quant aux deux règles de priorité, elles gardent en vue le respect de la priorisation de la hiérarchie des principes en donnant les indications pour leur application dans des situations non souhaitables. Enfin, ils permettent d'annoncer ce qui doit être résolu en premier (Rawls, 2009).

Cependant, Rawls lui-même émet une limite à la théorie de la justice. En effet, cette théorie examine des principes de la justice consacrés à soutenir les règles d'une société bien ordonnée. Rawls détermine une « société bien ordonnée » par le fait qu'une société n'est pas seulement conçue pour favoriser le bien de ses citoyens, mais également lorsqu'elle est définie par l'idée publique de la justice. Ainsi, Rawls mentionne que dans cette situation de « société bien ordonnée », il est supposé que les individus aient tous les mêmes capacités physiques et mentales (Rawls, 2009). De plus, dans des cas extrêmes où se produisent certaines situations non souhaitables, les règles de hiérarchie des principes de la justice failliront, même que selon Rawls, aucune solution ne sera trouvable (Rawls, 2009). Toutefois, il mentionne qu'il est de la responsabilité des membres de la société d'éviter cette situation en prenant le temps d'avoir un regard extérieur afin de trouver une solution (Rawls, 2009).

Par ailleurs, de nombreuses critiques ont été adressées à la théorie de la justice de Rawls. Celui-ci aurait échoué dans sa tentative d'élaborer une théorie qui viendrait remplacer les théories utilitaristes, intuitionnistes et perfectionnistes de la justice (Dzimira, 1998). Dzimira (1998) rappelle qu'avant de parler des fondements d'une théorie de la justice, il faut garder en tête que ces théories se fondent sur des principes de justice qui se basent sur « [...] l'intérêt bien calculé, une intuition morale ou un idéal particulier »

(Dzimira, 1998, p. 1). Ainsi, il est reproché à Rawls d'avoir voulu fonder une théorie de la justice non utilitariste en se basant sur l'utilitarisme positif (Dzimira, 1998). De plus, les termes que Rawls choisit lorsqu'il élabore les principes sont les mêmes que ceux qui sont retrouvés dans les doctrines utilitaristes, intuitionnistes et perfectionnistes (Dzimira, 1998).

3.2. L'approche par les capacités

Amartya Sen, a d'ailleurs fait part de sa critique de la théorie de la justice comme équité de Rawls en mentionnant justement son manque d'équité (Benbow, Rudnick, Forchuk, & Edwards, 2014; Rawls, 2009). Avec son approche par les capacités (AC), Sen vient combler certaines lacunes à la théorie de la justice.

Sen reproche à Rawls de ne pas avoir tenu compte de l'aspect mental, des différents handicaps physiques, de la santé, des facteurs sociaux et raciaux, ainsi que de toutes les différences interindividuelles qui, selon Sen, influencent et déterminent les besoins en termes de ressources (Benbow et al., 2014; Sen, 2012). En effet, Rawls base sa théorie sur l'idée que les personnes sont des êtres rationnels et en mesure de participer à la société de façon significative (Benbow et al., 2014; Rawls, 2009) et que ceux-ci ont des possibilités équivalentes à leurs moyens (Sen, 2012). Alors, une femme enceinte aura besoin d'un soutien alimentaire qui diffère d'une personne qui ne porte pas d'enfant ou encore une personne invalide n'aura pas les mêmes possibilités qu'une personne valide, et ce, aux mêmes revenus (Sen, 2012).

Notamment, Sen reconnaît l'importance du revenu et de la richesse pour le bien-être, et le niveau d'une certaine qualité de vie tout comme Rawls (Sen, 2012). Toutefois, pour Sen, le revenu et la richesse sont seulement un moyen d'atteindre un certain niveau de liberté (Banerjee & Canda, 2012; Sen, 2012). Par ailleurs, l'approche par les capacités est une approche encore méconnue qui aurait avantage à être plus utilisée. En effet, cette approche a su faire ses preuves auprès de différents domaines des sciences sociales tels que l'économie, la philosophie, la géographie sociale, le droit, les sciences de l'éducation, l'anthropologie et la sociologie (Julhe, 2016). De plus, à travers ces domaines, plusieurs thématiques ont été défendues par Sen, soit la pauvreté, la famine, le handicap, les inégalités femmes-hommes ainsi que le sujet qui nous intéresse davantage, l'emploi (Julhe,

2016). Malgré cela, l'AC est plus utilisé auprès de la communauté scientifique anglo-saxonne que chez les sociologues francophones (Julhe, 2016; Orton, 2011).

L'AC s'inscrit dans le paradigme du développement humain (Grey, 2013). Initialement, cette approche visait à soutenir l'élaboration de politiques sociales (Grey, 2013) ou encore à évaluer différentes politiques sociales, telles que les politiques d'emploi (Bonvin & Farvaque, 2007). Aujourd'hui, elle est principalement utilisée comme assise théorique et pragmatique visant à identifier ce qui contribue à la qualité de vie d'un pays, d'une ville, d'une communauté ou encore d'une personne (Conradie & Robeyns, 2013; Grey, 2013). Plus concrètement, l'AC définie par Sen est une théorie philosophique de la justice sociale qui met de l'avant les libertés de choix réels des personnes d'accéder à un ensemble de fonctionnements personnels et sociaux qu'elles jugent désirables (Lewis, 2012).

Le concept de fonctionnement (functionings) est au cœur de l'AC. Pour Sen, une vie est construite à partir d'un ensemble de fonctionnements reliés entre eux constitués d'états et d'actions (Sen, 1992). Ces fonctionnements peuvent être des éléments fondamentaux par exemple, se nourrir suffisamment et être en bonne santé. Ils peuvent aussi se rapporter à des éléments plus complexes tels qu'être heureux, participer à la vie communautaire (Sen, 1992) et politique, ou encore, entretenir des relations interpersonnelles (Lewis, 2012).

Les tenants de l'AC travaillent à ce que les personnes détiennent des chances égales d'atteindre un certain niveau de fonctionnement (Lewis, 2012). À cet égard, Sen (2005) signale l'importance majeure des possibilités concrètes offertes aux personnes d'atteindre cet ensemble de fonctionnements. C'est à ce niveau qu'il introduit le concept d'accomplissement (accomplishing) qui comprend deux niveaux : d'une part, l'accomplissement représente ce que la personne fait pour réaliser ce qu'elle désire; d'autre part, la liberté d'accomplir représente la possibilité réelle de la personne de réaliser ce qu'elle désire (Sen, 2000). Ainsi, l'accomplissement d'une personne est le principal vecteur de ses fonctionnements (Sen, 2000). À travers les concepts de fonctionnement et d'accomplissement, il devient possible de mieux comprendre comment et jusqu'à quel point la liberté réelle d'agir des individus peut différer de l'un à l'autre, ou d'un groupe

social à l'autre. Par exemple, une personne déjà bien nantie du point de vue économique dispose de la possibilité réelle de choisir de travailler, tandis qu'une personne en situation de vulnérabilité économique n'aura pas la même liberté de choix (Bonvin & Farvaque, 2007). Dans la perspective de l'AC, il s'agirait d'augmenter les opportunités des individus de choisir librement de travailler (au-delà du jugement moral), d'où l'importance, selon Bonvin et Farvaque (2007), de se pencher, entre autres, sur les différentes politiques liées à l'assurances chômage ainsi que sur les dispositifs d'insertion socioprofessionnelle.

Comme autre concept important de l'AC, celui des ressources tient aussi une place prépondérante. Celui-ci est entendu d'une part, en termes de services et de biens (marchands et non marchands) qu'une personne obtient ou possède, que ce soit dans le secteur communautaire ou dans le secteur public; et d'autre part, en termes de droits formels octroyés à la personne (Bonvin & Farvaque, 2007). Lorsque ces ressources sont mises à la disposition d'une personne, celle-ci devrait être en mesure de les utiliser de manière réelle, c'est-à-dire de les convertir en capacités (Grey, 2013). C'est à ce niveau que l'approche par les capacités (capability) de Sen prend tout son sens. En effet, pour Sen, il existe des inégalités importantes entre les ressources disponibles et les capacités des personnes à utiliser ces ressources. Même si les personnes disposent des mêmes ressources et des mêmes droits formels, elles n'ont toutefois pas la même liberté réelle de les utiliser. Elles ne disposent pas des mêmes capacités de les utiliser, d'où l'importance pour Sen de repenser la justice sociale à travers l'égalité des capacités (Sen, 2000). Pour créer les conditions d'égalité, il faudrait, selon Sen, que les personnes puissent convertir leurs ressources et droits formels en capacités (ressources et droits réels) de manière à ce qu'elles puissent choisir librement le mode de vie qu'elles valorisent (Sen, 2000).

À cet égard, Sen (1983) donne un exemple parlant afin d'illustrer la dimension de possibilités et de liberté qu'une personne a ou n'a pas. En effet, il met en évidence les contrastes à travers l'illustration du vélo. Dans cet exemple, Sen met de l'avant la caractéristique particulière du vélo, c'est-à-dire, le transport. Un vélo offre à une personne la capacité de se déplacer d'une façon dont elle ne pourrait pas procéder sans le vélo. Alors, la caractéristique de transport du vélo offre, à la personne, la capacité de se déplacer. Cette capacité donne à la personne l'opportunité de l'utiliser pour se déplacer

ou par plaisir. Donc, dans cette situation, on part d'une ressource (le vélo), à sa caractéristique (le transport), à sa capacité de fonctionner (se déplacer), jusqu'à son accomplissement (le plaisir de se déplacer). C'est au niveau de la capacité de fonctionner que la notion de qualité de vie se rapproche davantage. En effet, il ne suffit pas seulement de détenir la ressource, cette façon de définir le niveau de vie est réductrice. L'important est la réaction mentale que provoque l'utilisation d'une telle ressource. Alors, la personne avec un handicap physique ne sera pas en mesure d'utiliser le vélo. Son niveau de vie ne peut pas être mesuré de cette façon puisque la personne peut profiter de la vie sans pouvoir bouger. Ainsi, une personne riche avec un niveau élevé de ressources peut avoir un niveau de vie moindre en raison de sa satisfaction (Sen, 1983).

La conversion des ressources en capacités dépend de plusieurs facteurs. Selon Sen, ces facteurs de conversion sont d'ordre individuel, social et environnemental (Bonvin & Farvaque, 2007; Grey, 2013). Les facteurs de conversion individuels font référence aux caractéristiques, aux capacités ou aux compétences individuelles de la personne. Par exemple, toutes les dimensions individuelles (état de santé physique ou mental par exemple) peuvent influencer la capacité d'une personne à occuper un emploi (Bonvin & Farvaque, 2007). Les facteurs de conversion sociaux renvoient au contexte sociopolitique et culturel dans lequel la personne évolue (Picard, Pilote, Turcotte, Goastellec, & Olympio, 2015). Par exemple, pour vivre confortablement dans une certaine communauté, le respect d'une norme vestimentaire pourrait exiger un revenu plus élevé (Carlson et al., 2016). En ce qui a trait aux facteurs environnementaux, ce sont, comme son nom l'indique, toutes les caractéristiques environnementales autour de la personne; par exemple, le milieu de travail, les structures logistiques liées au transport ou encore les outils de travail, sont autant d'éléments qui peuvent priver les personnes de leur droit formel de travailler (Bonvin & Farvaque, 2007). Ainsi, ces trois facteurs de conversion viennent influencer le développement ou le renforcement des capacités des personnes.

3.3. Limites et critiques de l'AC

L'AC a reçu des critiques de plusieurs auteurs. Comme critique générale, il y a la complexité des termes clés « capacité et fonctionnement » et les difficultés d'application de l'approche (Den Braber, 2013; Evans, 2017). De plus, d'autres jugent l'AC trop

optimiste envers ce que les gouvernements sont réellement capables de faire en termes de développement des capacités (Evans, 2017). Bertin (2005) évoque le problème de l'évaluation des capacités. En effet, il mentionne que lorsque vient le temps de mettre en œuvre empiriquement le cadre théorique des capacités, on fait face à un double obstacle. Le premier concerne le choix de la base informationnelle utilisée pour évaluer le bien-être. Le deuxième considère qu'il y a un problème factuel dans la construction d'un indicateur individuel de bien-être multidimensionnel (Bertin, 2005).

Enfin, Julhe (2016) expose dans son article une recension de plusieurs critiques et limites adressées à l'AC d'Amartya Sen. Entre autres, l'auteur (Genard, 1999) dans son analyse, mentionne que Sen utilise des mots forts de sens, ce qui laisse l'individu face à une grande responsabilité (Genard, 1999; Julhe, 2016). En effet, dans l'œuvre *La grammaire de la responsabilité*, Genard (1999) mentionne que le vocabulaire utilisé lorsqu'il est question de capacité a une influence sur l'individu puisqu'il se retrouve face à une responsabilité « capacitaire », ce qui crée des individus « capables » et « incapables » (Genard, 1999). Ainsi, l'individu se voit « [...] responsable de ce qui dépend de lui » (Genard, 1999 cité dans Julhe, 2016, p. 329). Cela implique également que l'individu est à la fois déresponsabilisé de ses opportunités, déterminé par ses capacités et finalement responsable du plan de vie selon le vecteur de fonctionnement choisi (Roemer, 1994, 1996).

3.4. La pertinence de l'AC pour cette recherche

Le revenu ou les produits de base sont souvent utilisés pour déterminer le succès d'une personne (Sen, 2012). La philosophie de l'AC se concentre plutôt sur la vie humaine (Grey, 2013; Sen, 2012). En d'autres mots, elle centralise son attention sur les possibilités réelles de vivre (Sen, 2012). Sen tente de mettre en perspective que le revenu et la fortune ne sont pas les meilleurs indicatifs pour évaluer l'avantage qu'une personne a sur une autre. En fait, Sen a su démontrer que l'augmentation de la croissance économique n'améliore pas nécessairement la qualité de vie des personnes en ce qui a trait à la santé et à l'éducation (Nussbaum, 2011). Ainsi, il est intéressant de se questionner sur la pertinence de l'AC dans un contexte de santé mentale. Selon l'AC, il est important de reconnaître que les personnes différentes ont des besoins différents et que ces besoins doivent être examinés et traités en

réduisant les obstacles liés à la qualité de la vie de ceux-ci (Robeyns, 2005). En effet, plusieurs personnes qui vivent avec un problème de santé mentale sévère doivent composer avec des défis sociaux importants. La santé d'une personne est directement liée aux capacités, qui elles, influencent l'ensemble des opportunités que celle-ci peut avoir (Simon et al., 2013). Le but n'est pas qu'une personne retrouve une santé parfaite, mais plutôt qu'il y ait une priorisation des ressources qui améliore la santé de la personne et qu'elle puisse vivre selon ses aspirations (Simon et al., 2013). Ainsi, l'AC propose de mettre de côté les moyens d'existence tels que le revenu, la fortune ou le pouvoir et de s'intéresser plutôt sur les possibilités réelles de vivre, c'est-à-dire sur la liberté concrète d'atteindre ce qu'une personne désire (Sen, 2012). Alors, dans le cas où une personne doit composer avec une situation de santé mentale sévère et persistante, elle n'a pas la liberté de choisir réellement les activités sociales ou les emplois auxquels elle aspire. Par ailleurs, la perspective de l'AC soutient l'importance de mettre de l'avant les inégalités des capacités lorsque vient le temps d'évaluer les différences sociales (Sen, 2012).

Afin de mieux comprendre la pauvreté et l'exclusion chez les personnes qui vivent avec des difficultés de santé mentale, Benbow et al. (2014) ont mené une étude de type mixte et longitudinale en Ontario auprès de 380 personnes ayant reçu un diagnostic psychiatrique. Cette étude démontre que ce groupe de personnes est soumis à des abus de la société. En utilisant l'AC comme ligne directrice, l'étude révèle des circonstances de vie sociales injustes. C'est au niveau des facteurs de conversion qu'il y a eu un enchaînement d'injustice qui a empêché l'atteinte du plein potentiel et du respect des besoins de base des personnes (Benbow et al., 2014). En effet, quatre grands thèmes ont émergé de l'analyse des données: la pauvreté, la stigmatisation, l'appartenance, et la préoccupation commune et la mobilisation (Benbow et al., 2014). Ainsi, l'AC demande à ce que nous nous questionnions sur le respect de la dignité humaine (Sen, 2012). Cette étude démontre que les personnes vivent avec un sentiment de honte, d'impuissance, de désespoir, d'auto-dévalorisation et des pensées suicidaires, ce qui démontre l'impact de la stigmatisation faite par autrui et brime les opportunités et la qualité de vie des personnes qui vivent avec des problèmes psychiatriques sévères (Benbow et al., 2014).

L'une des exclusions constatées par Benbow et al. (2014) est que les personnes qui vivent avec un problème psychiatrique ne sont pas en mesure d'obtenir un emploi de façon égale aux autres personnes de la société. Ainsi, Nussbaum (2011) se réfère à la dernière capacité de sa liste soit, le contrôle sur son environnement. L'emploi stable chez les personnes qui vivent avec un problème psychiatrique sévère a un impact positif sur la qualité de vie, l'estime de soi et le sentiment d'appartenance. De plus, l'emploi aura une incidence sur les finances des personnes, augmentant ainsi leur liberté de choix, ce qui aura un effet positif sur leur sentiment d'inclusion sociale (Bush, Drake, Xie, McHugo, & Haslett, 2009).

L'AC devrait permettre de mieux comprendre comment renforcer les capacités des personnes qui vivent avec un PSMSP, et ce, à partir de leur propre point de vue au sujet de leur sentiment d'inclusion sociale par l'emploi. En effet, l'AC met l'accent sur ce que les personnes sont en mesure d'être et de faire (being and doing) pour mener une vie dont elles estiment être dignes (Sen, 2000). Avec cette approche, nous pourrions mieux comprendre ce que les personnes qui vivent avec un PSMSP valorisent et dans quelles mesures les ressources qui leur sont offertes relativement à l'emploi sont pertinentes et suffisantes pour leur garantir la liberté réelle de choisir le mode de vie qu'elles jugent bon de valoriser. Plus concrètement, c'est à travers leurs perceptions concernant leur sentiment d'inclusion sociale par l'emploi que nous envisageons d'identifier des pistes favorables au renforcement des capacités des personnes qui vivent avec un PSMSP. D'autant plus qu'il est du devoir des travailleurs sociaux de réfléchir et de tenter de trouver des solutions avec les personnes aux problèmes qu'elles rencontrent. Ainsi, la Fédération internationale des travailleurs sociaux (FITS) mentionne que les ressources limitées dans la société font partie des défis que les travailleurs sociaux rencontrent et que ceux-ci ont la tâche d'agir dans l'intérêt des personnes avec lesquelles ils travaillent (Federation of Social Workers, 2012).

4. MÉTHODOLOGIE

Cette section du devis décrit la démarche méthodologique retenue. Nous abordons la perspective de recherche préconisée, l'échantillonnage, les outils de collecte de données et leurs procédures ainsi que la stratégie d'analyse. Nous terminons par une mise en relief d'importantes considérations éthiques.

4.1. Perspective de recherche

Les personnes qui vivent avec PSMSP doivent composer avec plusieurs réalités qui compromettent leur processus d'inclusion sociale par l'emploi, telles que leurs caractéristiques individuelles (symptômes, hospitalisations, manque de motivation) ou encore des éléments de contexte sociopolitique induisant des préjugés, de la stigmatisation, ou des opportunités insuffisantes (Laflamme & Bégin-Robitaille, 2013). Tel que nous l'avons mentionné précédemment dans la problématique, nous observons un manque significatif d'études relatant l'opinion subjective des personnes qui vivent avec un PSMSP, notamment au sujet de leur sentiment d'inclusion sociale par l'emploi. Nous souhaitons contribuer à combler cette lacune par le biais de cette recherche. Pour ce faire, une recherche qualitative de type exploratoire a été privilégiée. Cette perspective de recherche permet « [...] d'explorer les phénomènes en profondeur et d'une façon plus détaillée du fait que les données recueillies ne sont pas délimitées par des catégories d'analyse prédéterminées » (Mayer, Ouellet, Saint-Jacques, & Turcotte, 2000, p. 57). Selon Ndiaye et St-Onge (2015), la recherche qualitative se relève être une dimension sensible. Elle représente un cadre de perception qui permet l'accès à des facettes de l'expérience des personnes qui vivent avec un PSMSP qui seraient inaccessibles autrement. Voilà la pertinence de prendre en compte le point de vue subjectif des personnes. Le contexte psychiatrique a un impact sur le point de vue subjectif de la personne qui vit avec un PSMSP, d'autant plus que son point de vue constitue un objectif de l'intervention thérapeutique (Velpry, 2010).

4.2. Échantillon

Des personnes adultes qui vivent avec un PSMSP ont été recrutées dans la région de l'Outaouais. Pour être en mesure de répondre à la question de notre recherche et

d'atteindre notre objectif de recherche, nous avons retenu trois critères d'inclusion. Premièrement, la personne devait être âgée de 18 ans et plus. Deuxièmement, elle devait présenter un PSMSP, c'est-à-dire avoir un diagnostic psychiatrique qui se traduit par des incapacités fonctionnelles affectant ses capacités d'adaptation (Gélinas, 1998) et entravant son fonctionnement général. Par exemple, la majorité des sphères reliées au travail, à la santé, aux relations interpersonnelles et à la gestion du stress doivent être affectées (Vézina, 2002). Troisièmement, bien que notre recherche soit orientée sur le thème de l'emploi et de l'inclusion sociale des personnes qui vivent avec un PSMSP, nous avons choisi de recruter des personnes sans égard à leur situation d'emploi. Autrement dit, certains participants détenaient un emploi et d'autres non, ce qui a permis de mettre en lumière des points de vue contextualisés selon différents profils.

Les participants ayant une forme de déficience intellectuelle, de trouble cognitif ou neurologique significatifs ont été exclus de la recherche. Effectivement, nous cherchons des participants qui vivent avec un PSMSP exclusivement. Par ailleurs, les participants étant sous une forme de protection (tutelle) n'étaient pas éligibles à la recherche.

Nous avons recruté un échantillon de 10 participants (n=10). Celui-ci est constitué de façon non probabiliste de type intentionnel puisque notre population cible a été recrutée selon des critères précis (Fortin & Gagnon, 2016). Le recrutement s'est fait auprès de l'organisme communautaire le Boulev'art de la Vallée. Avec l'accord des responsables de l'organisme communautaire, la coordonnatrice du milieu de jour et à l'hébergement a fait office d'intermédiaire au recrutement. Celle-ci fut préalablement informée de la recherche afin de distribuer une lettre aux participants potentiels et leur a expliqué les objectifs de la recherche. Les participants potentiels ont ensuite été invités à prendre rendez-vous avec la chercheuse s'ils étaient intéressés.

4.2.1. L'organisme communautaire : Le Boulev'art de la Vallée

4.2.1.1.Son histoire

Le secteur Vallée-de-la-Lièvre porte au centre de son territoire, l'organisme communautaire autonome à but non lucratif; le Boulev'Art de la Vallée. C'est en automne 2003 que cet organisme voit le jour sous l'appellation : L'Alternative de la Vallée-de-la-

Lièvre. En effet, différents intervenants du milieu se rallient afin d'offrir à la clientèle adulte vivant avec une problématique de santé mentale des services communautaires. De ce rassemblement, se forme un conseil d'administration qui travaille à la création de ce qui deviendra, à la première assemblée générale en juin 2005, le Boulev'art de la Vallée. À travers les années, ils font l'acquisition d'un édifice à logement afin d'offrir des appartements supervisés dans le secteur de Buckingham. De plus, l'organisme communautaire acquiert de nouveaux locaux afin de débiter les premiers ateliers de menuiserie et d'art. Des rénovations sont aussi entreprises afin de donner une apparence plus accueillante à l'organisme et d'offrir un espace où présenter les œuvres créées dans les différents ateliers. C'est toutefois en décembre 2011 qu'a lieu l'inauguration de la boutique *Les Artisans du Boulev'art* permettant aux participants de vendre leurs créations issues de ces mêmes ateliers (Le Boulev'Art de la Vallée, 2017).

4.2.1.2.L'origine du nom de l'organisme communautaire

L'appellation et la réflexion derrière le nom de l'organisme « Le Boulev'art de la Vallée » viennent de leur dénomination sociale; autonomie, rétablissement, talents. Ainsi, les trois premières lettres de chaque mot forment le mot : ART. Cela comprend l'art de vivre et l'art expressif. Dans leur philosophie, l'art permet de soutenir les participants de l'organisme à travers leur cheminement personnel. En ce sens, le cheminement signifie aussi; continuum, mouvement, dynamisme et parcours parfois sinueux, le tout représentant l'image d'une route. Celle-ci peut avoir une circulation modérée ou une circulation dense. Quoi qu'il en soit, elle offre des points de ravitaillement (refaire le plein), une halte routière (aire de repos) et des paysages changeants (différentes perspectives), tout en permettant des rencontres, un sentiment de liberté et un sentiment d'avancement. Ainsi, le Boulev'art de la Vallée se rapporte à la route de l'autonomie, du rétablissement et des talents (Le Boulev'Art de la Vallée, 2017).

4.2.1.3.L'équipe de travail et son conseil d'administration

L'équipe de travail du Boulev'art de la Vallée comprend une coordonnatrice, quatre intervenants sociaux, un intervenant responsable de la menuiserie, une formatrice en art et une intervenante responsable des plateaux de travail. De plus, chaque année, l'équipe accueille des stagiaires et des employés d'été, ainsi que des employés qui travaillent à la

boutique. Son conseil d'administration comprend cinq membres de la communauté et deux participants du Boulev'art de la Vallée. Les citoyens sont en mesure de participer au processus décisionnel de l'organisme, d'autant plus que deux participants peuvent partager leur rapport à l'organisme et à la communauté (Joyal, 2012). Or, le secteur Buckingham « [...] se veut un lieu où une population se reconnaît sur la base d'un sentiment d'appartenance et où elle trouve un moyen d'exprimer ses volontés afin d'influencer des décisions sur lesquelles un certain contrôle lui est permis. » (Joyal, 2012, p. 680). L'organisme et ses partenaires fonctionnent en synergie afin de venir en aide à sa population en difficulté.

4.2.1.4.La mission

Le Boulev'art de la Vallée est un organisme communautaire autonome à but non lucratif, mais sa mission consiste avant tout à offrir, à la clientèle vivant avec une problématique à différent niveau de santé mentale, des services de réadaptation et d'intégration sociale sur le territoire du comté de Papineau. L'organisme vise également l'entraide, le soutien et l'autonomie des bénéficiaires.

4.2.1.5.La santé mentale

Dans le rapport d'activités 2016-2017, la santé mentale, pour plusieurs personnes, peut représenter une PERTE. En effet, plusieurs personnes vivant avec un problème de santé mentale peuvent se sentir en perte d'énergie, en perte de repères, en perte d'estime de soi, en perte de son rôle social et pouvant même aller jusqu'à un sentiment de perte de son identité. Ainsi, le défi chez ces personnes est de se reconstruire en dépit des symptômes de la maladie et des effets secondaires de la médication. Pour l'organisme communautaire, se reconstruire peut se faire à travers plusieurs possibilités. En effet, cela peut signifier pour ces personnes de définir ou de redéfinir des objectifs de vie, de reconsidérer ses priorités, de réapprendre à prendre soin de soi, d'exprimer ses capacités ou d'encore démontrer de l'ouverture à découvrir de nouvelles passions. Quoi qu'il en soit, pour ce faire, la personne doit être en action afin de bien saisir les opportunités. C'est ainsi que le Boulev'art de la Vallée se met en action, à travers quatre axes de réalisation ; action-socialisation, action-réflexion, action-exploration et action-engagement (Le Boulev'Art de la Vallée, 2017).

4.2.1.6.L'approche

L'approche de l'organisme communautaire le Boulev'art de la Vallée se dirige vers la réappropriation du pouvoir personnel, c'est ainsi que les intervenants mettent en action les quatre axes d'intervention (Le Boulev'Art de la Vallée, 2017). L'axe action/socialisation : « Pour exister en dehors des quatre murs de ma maladie ». Son objectif est de briser le cycle de l'isolement et c'est avec des activités spéciales, des sorties, le jardin collectif, les ateliers de création/art libre, les diners communautaires et les activités de mise en forme que les participants peuvent se mettre en action. L'axe action-réflexion : « Pour abattre les cloisons de la maladie et rebâtir les fondations de mon devenir ». Les participants peuvent joindre différentes sphères de la réflexion avec les rencontres individuelles ponctuelles, les suivis communautaires, les accompagnements communautaires, les bilans des participants, le coffre à outils/à images/à musique/intuitif et les ateliers « flash ». L'axe action-exploration : « Pour redécouvrir les possibilités que contient mon potentiel », peut se faire à travers des ateliers de couture, de photo, de cuisine, des ateliers d'art dirigé, des ateliers de musique/expression musicale, des ateliers d'écriture, des ateliers de menuiserie légère, l'*Empowerment* et la mécanovélo. Enfin, l'axe action-engagement : « Pour laisser ma partie saine habiter ma vie » se divise en trois sous-axes, celui des plateaux de travail qui passe par le programme PASS-ACTION d'emploi-Québec. En effet, pour les personnes qui désirent entreprendre une démarche de préemployabilité, le Boulev'art de la Vallée met à la disposition trois plateaux de travail : la menuiserie, l'art et le journal interne, La Ruche. Le deuxième sous-axe de l'action-engagement est l'offre de six unités d'appartements supervisés, le Havre. L'objectif des interventions est de 1) favoriser l'insertion sociale par l'accessibilité à un domicile fixe, 2) soutenir les personnes au quotidien dans le maintien et le développement de ses aptitudes à l'autonomie et 3) soutenir les bénéficiaires dans leurs cheminements de réappropriation du pouvoir dans toutes les sphères de leur vie afin d'encourager l'émergence du sentiment de capacité de choix et d'action. Il est important de souligner qu'entre l'acquisition du Havre en 2005 et le 31 mars 2017, 31 personnes ont passé par cette ressource et 23 personnes ont quitté pour des appartements autonomes. Le troisième et dernier sous-axe de l'action-engagement est celui de l'économie sociale. En effet, le Boulev'art offre à la population les créations réalisées dans les ateliers à travers la boutique *Les Artisans du Boulev'art*. On retrouve

quatre objectifs derrière cette activité d'économie sociale : mettre en valeur le talent créatif des participants, sensibiliser la population à la santé mentale, créer des emplois à temps partiel chez les participants ainsi qu'assurer une partie d'autofinancement du matériel d'atelier (Le Boulev'Art de la Vallée, 2017).

4.2.1.7. La fréquentation, le profil, la référence de la clientèle

Au courant de l'année 2016-2017, 122 personnes ont rejoint l'organisme communautaire dans leur quotidien à des degrés de fréquentation divers. Parmi celles-ci, 56 % sont des personnes de sexe masculin, 44 % sont de sexe féminin et 51 % d'entre elles sont âgées entre 45 et 64 ans. De plus, les personnes qui fréquentent le Boulev'art vivent avec un diagnostic psychiatrique. De ces diagnostics, la dépression majeure est présente chez 32 % des participants. Les troubles anxieux suivent avec 20 %, la schizophrénie avec 14 %, les troubles bipolaires avec 13 %, le trouble de la personnalité limite à 7 % et les 14 % restant ne sont pas spécifiés. Également, pour avoir accès aux services du Boulev'art, la personne doit avoir obtenu une référence d'un professionnel qui œuvre dans le domaine de la santé, soit par un CLSC, un milieu hospitalier ou communautaire. De plus, en cours d'année 2016-2017, 35 personnes ont été recommandées (Le Boulev'Art de la Vallée, 2017).

4.3. Outils de collecte de données

Notre étude est une recherche qualitative. Il a été pertinent d'utiliser l'entrevue semi-dirigée afin de collecter les données. Comme mentionné par M.-F. Fortin et Gagnon (2016, p. 320) « L'entrevue semi-dirigée est une méthode qualitative qui sert à recueillir des données auprès des participants quant à leurs sentiments, leurs pensées et leurs expériences sur des thèmes préalablement déterminés ». De plus, selon Gauthier (2009), l'entrevue semi-dirigée rend explicite l'univers de l'autre. Ce type d'entrevue a mis de l'avant l'interaction humaine et sociale en laissant le participant décrire de façon détaillée et nuancée son expérience, son savoir et son expertise (Gauthier, 2009). Cela nous a offert la liberté, avec des questions moins dirigées, d'enrichir les échanges. Cette méthode nous a semblé être une bonne façon d'avoir accès aux réalités des personnes qui vivent avec un PSMSP, plus spécifiquement en lien avec leur sentiment d'inclusion sociale par l'emploi.

Un guide d'entrevue a été préparé à l'aide du cadre théorique de l'approche par les capacités. De façon générale, ce guide porte sur les facteurs de conversion individuels, sociaux et environnementaux, tel que mentionné dans cette approche (Sen, 1992).

4.4. Procédure de collecte

Les personnes qui ont démontré un intérêt à participer à notre recherche ont été préalablement informées des différentes modalités reliées à la recherche. L'objectif, la procédure, la confidentialité, l'éthique, le formulaire de consentement ainsi que le droit de se retirer du processus de recherche à tout moment pendant l'étude ont été abordés avec les participants (Fortin & Gagnon, 2016). Par ailleurs, la collaboration de l'intermédiaire communautaire a été sollicitée afin qu'elle mette un local à notre disposition pour réaliser les entrevues. Toutefois, les entrevues ont eu lieu à la convenance des participants de manière à prendre en compte les caractéristiques spécifiques des participants et pour établir le contact dans leur « environnement naturel » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 319). L'endroit de l'entrevue fut au choix des participants afin qu'ils se sentent à l'aise de s'exprimer sur leurs expériences. L'entretien était privé afin d'assurer la confidentialité des échanges. De plus, nous avons discuté de la démarche d'entrevue avec le participant quant à l'enregistrement et le temps approximatif de l'entrevue. Certains participants auraient pu être réticents aux techniques de collecte de données. Nous aurions dû alors envisager le retrait d'un participant si aucune collecte de données n'était possible, mais cela n'a pas été le cas dans notre recherche. Pour certains, la tension émotive aurait pu être plus significative, ou pour d'autres, la concentration plus faible. C'est pourquoi nous avons offert aux participants de réaliser l'entrevue en deux temps, c'est-à-dire, en deux rencontres de trente minutes. Advenant que la personne fût en mesure de poursuivre après trente minutes, il était possible de continuer l'entrevue avec son consentement. Le format de l'entrevue était non intrusif. Elle débutait avec des questions générales pour se diriger graduellement vers des questions plus précises (Fortin & Gagnon, 2016). De surcroît, nous avons voulu limiter au maximum le risque possible de causer des préjudices aux participants de la recherche. L'Énoncé de politique des trois conseil-EPTC2 (2014, p. 22) « [...] entend préjudice les éléments qui ont un effet négatif sur le bien-être des participants, que ce soit sur le plan social, comportemental, psychologique, physique ou économique ».

Selon Gauthier (2009), l'entrevue peut en effet être génératrice d'effets négatifs immédiats. Ainsi, pour limiter ces effets, les participants furent informés qu'ils n'avaient pas l'obligation de répondre aux questions pour lesquelles ils ne se sentaient pas à l'aise de répondre et qu'ils avaient la possibilité de cesser l'entrevue en tout temps, sans préjudice. De plus, nous avons dû adapter le vocabulaire de nos questions afin d'éviter toute confusion ou effets désagréables pendant l'entrevue (Gauthier, 2009). Par ailleurs, nous avons proposé aux participants une liste de ressources psychologiques advenant qu'ils en ressentent le besoin.

4.5. Stratégie d'analyse

L'analyse de contenu avait pour but d'observer, à travers plusieurs procédés, la pensée humaine dans sa dimension sociale (Gauthier, 2009). Ainsi, « faire une analyse de contenu, c'est produire du langage à partir du langage » (Gauthier, 2009, p. 416), d'où la pertinence d'avoir recueilli le point de vue subjectif des personnes qui vivent avec un PSMSP. L'analyse de contenu a en effet été utilisée pour saisir la vie sociale du point de vue de la personne (Gauthier, 2009).

Mayer et al. (2000), présentent les étapes à suivre lors d'une analyse de contenu. Ces auteurs notent quatre étapes nécessaires. En premier lieu, il s'agit de réaliser la préparation du matériel. Cette étape constitue le moment où nous avons fait la transcription du *verbatim* de chacune des entrevues. À ce moment de l'analyse, il fut primordial de prendre en compte le contenu de la conversation et son contexte, cela inclut le discours verbal et non verbal ainsi que l'environnement lors de l'entrevue. En deuxième lieu, nous avons procédé à la préanalyse ou lecture flottante. Cela consiste à faire la lecture du matériel afin de s'en imprégner, d'acquérir une vue d'ensemble et de se familiariser avec certaines particularités du discours. En troisième lieu se retrouve l'étape cruciale de l'analyse de contenu, l'exploitation du matériel ou le codage. Cela « [...] consiste à découper le contenu et à le regrouper sous des thèmes, puis des catégories et sous-catégories » (Mayer et al., 2000, p. 165). Finalement, nous avons réalisé l'interprétation des résultats. Il s'agit de dégager les idées principales, de déceler les liens entre les idées, de rétablir la logique de son développement et de reconnaître la présence ou l'absence de certaines caractéristiques ou thèmes. De cette façon, nous avons pu obtenir une meilleure

perspective du contexte individuel, collectif et social des personnes qui vivent avec un PSMSP (Mayer et al., 2000). De surcroît, il nous semblait important de permettre aux participants de valider leurs propos en leur offrant de modifier leur discours au besoin, en ajoutant ou en supprimant des éléments de leurs entrevues (Fortin & Gagnon, 2016). Donc, avant toute analyse de contenu, chaque participant a eu la possibilité de rectifier le contenu de son entrevue s'il le désirait.

4.6. Considérations éthiques

Ce projet de recherche a été soumis au comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais. Dans le contexte de notre projet, les participants, des personnes qui vivent avec un PSMSP, font partie d'une population en position de vulnérabilité importante pour laquelle nous devons offrir une protection « [...] contre tout mauvais traitement ou toute discrimination » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 154). Pour ce faire, les participants ont obtenu toute l'information concernant l'étude (but, avantages, risques possibles, contenu), et nous leur avons demandé s'ils comprenaient l'engagement qu'ils prenaient (Fortin & Gagnon, 2016). Un formulaire de consentement fut écrit en réunissant l'ensemble des informations à l'étude (objectif, modalités de participation, nom de l'étudiante-chercheuse et de la directrice initiale de l'étude, les aspects confidentiels et le droit des participants de se retirer à tout moment). Le formulaire a été lu et expliqué dans son intégralité avec le participant.

L'attention portée à l'éthique dans la conduite de cette recherche est capitale. Celle-ci fut guidée par les trois principes directeurs de l'éthique de la recherche avec des êtres humains (Énoncé de politique des trois conseil-EPTC2, 2014). Le respect de la dignité humaine se traduit dans la politique par « [...] le respect des personnes; la préoccupation pour le bien-être; la justice » (Énoncé de politique des trois conseil-EPTC2, 2014, p. 6). Pour notre étude, nous avons été particulièrement soucieuses de la confidentialité et du consentement éclairé des participants. Nous avons un devoir de justice sociale envers eux. L'intégrité et le bien-être du participant ont été priorisés. C'est pourquoi les informations personnelles colligées pendant les entrevues sont restées confidentielles tout au long de l'étude, lors de la divulgation des résultats ainsi qu'après l'étude (Fortin & Gagnon, 2016). Par ailleurs, lorsqu'il est venu le temps de retranscrire les données, celles-ci n'indiquaient

aucune information personnelle. En effet, le nom des participants est demeuré confidentiel et les intervenants, membres de la famille, agents de probation ou autres n'ont, en aucun cas, eu accès au contenu des entrevues. Les participants ont été informés de ces aspects au moment de leur recrutement et ces éléments furent renommés lors de l'entrevue.

Des ressources d'aide, telles que Tel-Aide, Centre 24/7 et Info social (811), leur ont été suggérées afin de pallier aux risques d'inconvénient que pourraient vivre les participants (Fortin & Gagnon, 2016).

Il semble important de préciser que les personnes qui vivent avec un PSMSP ne sont pas une population inconnue pour l'étudiante-chercheuse de ce projet de recherche. Celle-ci dispose d'une expérience de travail dans le domaine de la santé mentale et connaît le caractère délicat d'interagir avec cette population. En effet, l'étudiante-chercheuse a travaillé en situation de crise auprès de cette population dans un contexte hospitalier pendant quatre ans. De plus, un stage comme travailleuse sociale a été réalisé dans un CLSC dans le cadre du programme de soutien d'intensité variable et de suivi intensif dans la communauté pour les personnes qui vivent avec un PSMSP. Cette expérience a permis à l'étudiante-chercheuse de créer un lien de confiance, de respecter les limites des personnes, de faire respecter leurs droits et d'être attentive à leur point de vue.

4.7. Tableau 1 : Grille socio-démographique

Participant	Âge	Sexe	Diagnostic	État civil	Cohabitation	Nbre d'enfants	Enfants à charge	Source de revenu	Revenu annuel	Scolarité	Emploi rémunéré	Type d'emploi
1	64	F	Bipolaire	Divorcée/ Célibataire	Seule	2	/	Aide social	11520	8 ^e année	/	/
2	44	F	DM/TAG/TPL	Séparée/ Célibataire	Avec son fils	1	1	Aide social Allocations familiales Pension alimentaire	Entre 10000 et 15000	DEC Université non complété	/	/
3	62	H	Bipolaire	Divorcé/ Célibataire	Seul	4	/	Aide social	Entre 10000 et 15000	DEP	/	/
4	57	H	Schizophrène	Célibataire	Seul	/	/	Aide social	Entre 10000 et 15000	Sec 3	/	/

5	55	H	DM Anxiété Trouble de la mémoire	Marié	Avec sa femme	1	/	Aide social Emploi	Entre 10000 et 15000	11 ^e année	Oui	Les Artisans du Boulev'art
6	40	H	DM	Célibataire	Avec son père	/	/	Aide social	Entre 10000 et 15000	Sec 4	/	/
7	48	H	DM/ Alcoolisme	Célibataire	Ami	/	/	Aide social Emploi	Entre 10000 et 15000	Sec 4	Oui	Les Artisans du Boulev'art
8	38	H	Bipolaire Anxiété	Union de fait	Avec sa conjointe et ses enfants	2	2	Aide social Allocations familiales	20000	DEP x2	/	/
9	61	H	DM	Divorcé/ Célibataire	Seul	2	/	Aide social Régie des rentes	Entre 10000 et 15000	DEP	/	/

10	57	F	Bipolaire TPL	Veuve/ Union de fait	Avec conjoint, ses enfants et petits enfants	3	/	Rente conjoint survivant Emploi	Entre 10000 et 15000 Salaire familial 145000 et plus	DEP	oui	Les Artisans du Boulev'art
----	----	---	------------------	----------------------------	----------------------------------------------------------	---	---	------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------	-----	-----	-------------------------------------

5. RÉSULTATS

En guise de rappel, nous désirons à travers notre recherche tenter d'apporter des éléments de réponse aux questions suivantes : comment l'accès à l'emploi peut améliorer l'inclusion sociale des personnes qui vivent avec un PSMSP au Québec ? Puisque nous nous intéressons plus particulièrement à la question des capacités dans le domaine de l'emploi, nous cherchons plus précisément à comprendre : comment et à quelles conditions l'accès à l'emploi peut renforcer les capacités des personnes qui vivent avec un PSMSP ? En ce sens, c'est à travers l'approche par les capacités (Sen, 2000) que nous allons procéder à notre analyse. Plus précisément, nous allons procéder à l'analyse de contenu en reprenant les facteurs de conversion individuels (caractéristiques propres à la personne), sociaux (tout ce qui se réfère à l'environnement social de la personne) et environnementaux (les caractéristiques environnementales au sein desquelles la personne évolue). Ce qui permettra de faire ressortir les facteurs qui viennent favoriser et nuire au développement et au renforcement des capacités des participants. Nous devons garder en tête que même si les facteurs de conversion sont divisés en trois catégories distinctes, ils sont tous interreliés et sont analysés dans un ensemble. Par exemple, un facteur de conversion peut être à la fois d'ordre individuel et social.

Il est également important de rappeler que l'ensemble des participants fréquente Le Boulev'art de la Vallée, un organisme communautaire autonome à but non lucratif qui offre des services de réadaptation et d'intégration sociale pour les personnes qui vivent avec des problèmes de santé mentale. En ce sens, l'ensemble des participants a un rapport étroit avec le milieu d'intervention et est dans un processus d'aide qui valorise l'inclusion sociale. Donc, l'ensemble des résultats est teinté par une vision propre au contexte communautaire dans lequel les participants vivent, c'est-à-dire qu'ils sont en contact avec l'intervention qui prône le changement social et l'action collective. De plus, malgré les critères d'inclusion et d'exclusion spécifiques de notre échantillon, les profils des participants sont différents et leurs discours sont ainsi variés. Il est alors difficile de faire des généralités. De ce fait, à plusieurs reprises nous avons considéré l'expérience subjective des participants de façon individuelle afin de bien rapporter le vécu des participants.

5.1. Profil des participants

Avant toute chose, il nous apparaît important de présenter de façon générale les dix personnes qui ont pris le temps de nous raconter leur vécu dans le cadre de notre recherche. À travers les entrevues, trois femmes et sept hommes nous ont partagé leurs points de vue et leurs expériences sur des sujets qui entourent l'inclusion sociale.

Les trois femmes que nous avons rencontrées ont eu des relations conflictuelles avec leurs partenaires de vie allant jusqu'à des épisodes de violence conjugale. Elles ont vécu la perte de parents, de conjoint et d'enfants. Certaines n'avaient pas encore surmonté ces deuils au moment de la recherche. Ces trois femmes ont vécu des difficultés relationnelles avec leurs enfants. De leur point de vue, leurs enfants ont été affectés par les difficultés de santé mentale qu'elles ont vécues et qu'elles vivent encore aujourd'hui. Elles observent par exemple, une lassitude chez leurs enfants qui se traduit par un certain détachement, et même parfois par du mépris. Ces femmes mentionnent aimer profondément leurs enfants en dépit des conflits familiaux et disent tout faire pour ressentir un minimum d'amour de leur part, ce qui les amène à vivre une certaine détresse émotionnelle. Par exemple, la participante 1 parle du lien qu'elle tente de garder avec sa fille et mentionne : « surtout ma fille la... c'est facile de dire je vais le tasser, mais c'est dur de tasser sa fille tsé ». De plus, certaines participantes acceptent des situations d'abus verbal ou financier de la part de leurs enfants pour maintenir le contact : « Ouais a me trouvais responsable... a voulait toujours avoir de l'argent euhh tsé », rapporte la participante 1 lorsque nous lui demandons comment elle est perçue par sa fille lorsqu'elle est en emploi.

Elles ont toutes entretenu un rapport nuisible avec l'alcool et les drogues, et, pour certaines d'entre elles, la consommation est encore une échappatoire aux difficultés qu'elles rencontrent, c'est-à-dire à leur sentiment de solitude, à leur anxiété, aux conflits conjugaux et familiaux. De plus, pour elles, il y a un lien direct entre leur consommation et les abus qu'elles ont vécus. La participante 2 explique : « Puis même avec mon ex, je lui ai prêté des affaires, c'est lui qui m'a trompée et je lui donnais des meubles, etc, fait que je suis tombée dans la drogue ». Toutefois, elles n'ont pas spécifiquement abordé le sujet de la violence conjugale, mais une participante indique avoir déjà été accueillie dans

une maison d'hébergement pour femmes, une autre reconnaît avoir dû faire un travail sur elle pour se sortir des relations avec les hommes violents et la dernière participante évoque avoir vécu de la violence verbale de la part d'un d'employeur.

Quant aux hommes de notre échantillon, ils sont tous fils, pères, frères, conjoints, mari ou amis de quelqu'un. Ils ont presque tous le souci d'être autonomes financièrement et d'être loyal envers leurs familles, c'est-à-dire qu'ils veulent être de bons pourvoyeurs et ils ont vécu avec cette pression de devoir travailler pour subvenir à leurs différents besoins. Certains ont été abandonnés par leur famille, les laissant seuls dans la recherche de solution envers les difficultés de santé mentale qu'ils vivaient. D'autres participants ont été soutenus par leur famille malgré les épreuves, d'autant plus que pour certains, la problématique de santé mentale est une histoire présente sur plusieurs générations. L'un des participants a quatre enfants et ne leur parle plus depuis plusieurs années, il croit être grand-père, mais il n'en sait pas plus. Il s'est occupé de ses enfants du mieux de ses capacités, mais la santé mentale instable l'a amené à poser des gestes impulsifs et à manifester de l'impatience. Par exemple, il déclare avoir eu des excès de colère à plusieurs reprises, ce qui a contribué, selon lui, à éloigner les gens qu'il aime. D'autres ont eu un soutien inconditionnel de leur famille (parents, partenaires de vie et enfants) pendant les moments les plus troubles de leur vie. Ceci aurait, semble-t-il, fait toute la différence dans la suite de leurs parcours.

L'un des participants a eu un parcours de vie auquel plusieurs personnes pourraient se reconnaître, car son histoire témoigne des effets négatifs de l'idée de performance au travail dans nos sociétés. Il a commencé à travailler dans le domaine du service à la clientèle à 12 ans, il aimait beaucoup travailler. Pendant plusieurs années, il a travaillé à temps partiel, mais à deux endroits à la fois, ce qui l'a amené à travailler entre 60 et 70 heures par semaine. Il a vécu quelques échecs professionnels qui l'ont conduit à travailler encore plus fort, ce qui a abouti en épuisement professionnel. Il a ensuite vécu de l'intimidation de la part de son employeur pour qu'il quitte l'emploi. Après plusieurs tentatives et démarches avec le syndicat, les normes du travail et les médias pour tenter de se sortir de sa situation professionnelle difficile, il s'est retrouvé en dépression majeure

et sur l'aide sociale. Pour ce participant, chaque jour est un combat pour retrouver son estime de soi, il explique :

« Ben moi je vois ma dépression et mon amour à travailler, avoir des biens, tout ça, ben y en a pas, les raisons sont pas réellement là, mais j'ai arrêté d'aimer vivre, donc j'ai cessé d'avoir des ambitions, des rêves, des biens matériels, même pour ma santé à moi, pour le tout, j'ai tout abandonné dans le fond, et en me posant la question, j'ai encore des difficultés, car je suis encore là, mais aujourd'hui je suis encore sur le bord de retourner et me dire ben *fuck* ça je le savais, comme si je m'accroche pour des gros espoirs, pas des grandes idées » (Participant 6).

Il a perdu confiance en lui et envers les instances gouvernementales auprès desquelles il est allé chercher secours puisqu'il ne s'est pas senti soutenu à travers le processus de prise en charge du système de santé. Lorsque nous lui avons demandé ce dont il avait besoin pour se sentir bien, il évoque : « Je te dirais le support social, familial, l'entourage, le support surtout, pas se sentir abandonné, ce qui est mon gros problème » (Participant 6). Après s'être retrouvé sur l'aide sociale, il a démarré son entreprise qu'il a réussi à maintenir pendant 3 ans. Toutefois, après avoir pris plusieurs décisions qu'il nomme comme étant des « [d'] erreurs que je ne referai plus jamais [...] » (Participant 6), c'est-à-dire des emprunts d'argent non déclarés, il a tout perdu puisqu'il devait se concentrer à rembourser ses dettes.

De façon générale, les participants (hommes et femmes) les plus touchés par leur situation de santé mentale ont un niveau de scolarité du primaire puisque ceux-ci ont vu leur santé mentale se dégrader à un jeune âge. Ils ont dû cesser leur parcours scolaire en raison des difficultés qu'ils vivaient, tels que des symptômes dépressifs, d'anxiété, des idéations suicidaires et une perte de contact avec la réalité. Par contre, ceux qui ont un niveau de scolarité collégial ou universitaire ont vu leur santé mentale se détériorer à l'âge adulte et ont eu une expérience de travail plus diversifiée, telle que les emplois techniques, d'ouvriers et de bureau.

5.2. Facteurs de conversion individuels

Dans cette section, nous présentons les résultats d'analyse des facteurs de conversion individuels des personnes qui vivent avec un PSMSP. Les facteurs de conversion individuels sont toutes les caractéristiques individuelles propres à la personne qui viennent favoriser ou nuire aux opportunités qu'elle a de convertir ses ressources en capacités, donc en possibilités réelles d'accomplir librement le mode de vie auquel elle aspire. Ainsi, le moment du diagnostic, le processus du diagnostic, la perception de soi, le parcours de vie, les intérêts et aspirations ainsi que la force des participants ont été identifiés comme étant des facteurs propres à la personne ayant eu un impact sur ses capacités en termes d'inclusion sociale par l'emploi.

5.2.1. Moment du diagnostic

Non seulement le diagnostic du PSMSP a eu un impact sur leur vie, mais également le moment où le diagnostic de santé mentale a été reçu. En effet, le moment du diagnostic a eu un impact sur l'ensemble du cheminement de nos participants. Pour certains, le diagnostic a été fait tardivement dans leur vie, c'est-à-dire à l'âge adulte avancé. Bien que ce diagnostic ait été reçu comme une forme de soulagement, notamment parce qu'ils ont pu comprendre et mettre des mots sur ce qu'ils vivaient, plusieurs mentionnent qu'ils auraient aimé le savoir plus tôt :

« Je ne savais même pas que je faisais de l'anxiété à l'époque, fait que si j'avais appris plus jeune, si j'avais été entouré comme je suis entouré aujourd'hui, plus jeune ça aurait changé ma vie »
(Participant 3).

Donc, pour eux et leur entourage il aurait été, plus facile de comprendre et de composer avec les difficultés personnelles, relationnelles, sociales, professionnelles et familiales qui les touchaient. « [...] quand t'as pas ni le professionnel ni le personnel qui va pas, ben ça s'arrête là » (Participant 2). Ils disent que cela a certainement eu un impact négatif sur le reste de leur vie puisqu'ils auraient pu normaliser et mieux assimiler certains de leurs comportements, tels que l'abus de substances, la paranoïa, la colère, l'isolement, la confusion: « [...] dès fois aussi il y a des affaires que j'aurais aimé savoir avant, ah ok je suis pas toute seule, comprendre, c'est ça qui explique ça [...] » (Participant 2).

Également, le participant 3 exprime en quoi il se sentait différent et comment les symptômes de sa santé mentale difficile ont eu un impact sur ses relations interpersonnelles :

« Bien ça, c'est un problème qui a été là presque toute ma vie, ça m'a fait... Surtout quand tu ne le sais pas que tu as un problème de santé mentale, c'est... Parce que quand tu ... Je ne sais pas, tu es offensé par quelqu'un qui te fait quelque chose, tu as l'impression que quelqu'un fait quelque chose, puis c'est parce que ta santé mentale elle le perçoit mal. Fais que ça t'amène des problèmes. J'ai passé des années à m'excuser de mon caractère puis tout ça. Parce que c'est ça, j'avais de la misère à m'adapter avec les autres » (Participante 3).

Autrement dit, s'il avait su ou compris plus tôt sa difficulté de santé mentale, il aurait peut-être eu l'opportunité d'apprendre à s'adapter et mieux entretenir ses relations. De plus, la participante 1 évoque son inquiétude envers son futur : « Bin moi j'ai su euh deux ans passés que j'étais bipolaire [...] c'est dure à prendre parce que je je vieillis, pis tsé, ça ça m'a suit toute ma vie, pis c'est dommage qu'on n'a pas su avant la « [...] pis c'est dure à prendre ça parce que je je vieillis pis je suis tu seule tsé... je trouve ça bin dur ».

5.2.2. Processus du diagnostic

Les participants ont été conscients très tôt dans leur vie que leur santé mentale était fragile. En revanche, le processus qui les a amenés au diagnostic du problème de santé mentale n'a pas été évident, même que, pour certains, ce processus s'est fait sur plusieurs années. En fait, il a fallu une succession d'évènements pour que leur détresse soit reconnu par les professionnels de la santé. En effet, les participants ont vécu des accidents de travail, des séparations, des décès, des pertes d'emploi et des situations relationnelles difficiles, ce qui est venu fragiliser leur santé mentale.

En plus de vivre avec un PSMSP, le participant 8 cumule un problème neurologique, ce qui vient complexifier les difficultés qu'il vit. En effet, il a su qu'il était dyslexique et en dépression de façon chronique seulement dans la trentaine :

« [...] puis maintenant je suis à Gatineau et c'est là qu'on m'a dit que j'étais dyslexique et que j'avais un problème de dépression

chronique. J'ai jamais voulu me l'avouer à moi-même, mais je savais que j'avais de quoi ».

Il en est de même pour la participante 2. En effet, elle doit composer avec des problèmes de colites ulcéreuses qui dans sa situation est un cercle vicieux. Elle explique que ses médicaments pour l'anxiété aggravent ses symptômes physiques et lorsqu'elle vit de l'anxiété cela accentue les ulcères. Elle affirme: « Oh! J'ai des colites ulcéreuses, et ça j'ai beaucoup de misères, parce que c'est relié les deux ».

L'hospitalisation a été un passage obligé pour la majorité des participants. En fait, ce sont les hospitalisations qui ont finalement mené à un diagnostic. Le participant 4 évoque :

« [...] quand j'ai perdu le contrôle, je sais pas ce qui est arrivé, je partais en bicyclette à gaz et ma sœur écoutait la tv, et mes parents appellent la police, et c'est là qu'ils m'emmènent dans le cachot, et la famille ils se mettent 4, 5 sur moi, où est-ce que je suis, qu'est-ce que je fais ici. Ils m'ont mis en jaquette ».

Sur les 10 participants rencontrés, 8 ont dû être hospitalisés à plusieurs reprises et à des fréquences différentes en raison de leur PSMSP. Par contre, ils ont dû consulter plusieurs professionnels de la santé pendant ce processus afin qu'un diagnostic soit établi (médecin de famille, psychologue, psychiatre, travailleuse sociale, infirmière, organisme en santé mentale et organisme de placement en emploi). D'ailleurs, pour plusieurs, cela a davantage contribué à nuire qu'à aider :

« [...] j'allais voir des psychologues, des amis, des connaissances, et tout le monde m'envoyait de n'importe quel bord. J'étais mêlé, je fais confiance au monde et c'est là que ça l'a aggravé, et ça allait pas bien partout, je te conte pas tout en détail, car c'était quand même pénible » (Participant 8).

Plusieurs des participants évoquent clairement que leur emploi a été l'élément qui était de trop et qui a mené aux soins en santé mentale. En effet, la participante 2 soutient : « Puis, la première fois que j'ai été travailler, c'est un médecin qui m'a arrêtée [...] ». De surcroît, ils évoquent que l'emploi les garde dans un cercle vicieux qui les ramène vers la rechute : « Je suis limité dans ce que je fais, je peux travailler un mois, deux semaines,

pouf je retombe [...] » (participant 8). Le participant 3 mentionne qu'il a été en mesure de faire quelques retours en emploi avec l'aide d'une médication, mais elle n'a pas été suffisante pour que le maintien en emploi soit définitif : « J'ai pu à un moment donné retourner sur le marché du travail, une couple de fois. Mais le problème était là [...] ».

5.2.3. Perception de soi

La perception de soi qu'ont les participants a influencé et influence toujours leur sentiment d'inclusion sociale. Cette perception découle de l'expérience stigmatisante vécue en lien avec la problématique de santé mentale. Un participant explique qu'il ne se définit pas par son problème de santé mentale, mais son non verbal sous-entend qu'il ne semble pas convaincu par ses propos, puisqu'il démontre un malaise en le disant ; il détourne le regard, a les épaules basses et ri de façon saccadée :

« Comprends-tu? J'ai de la misère à me définir qui je suis vraiment. Non, non, j'essaie de ne pas me voir comme un malade mental. Ouais, je souffre d'une maladie, mais je ne suis pas ça. (rire) T'sais je suis plus que ça quand même... » (Participant 3).

Toutefois, à travers nos entrevues, nous avons constaté qu'à un certain moment dans leur vie, la perception que les participants avaient d'eux-mêmes a changé. En effet, lorsque nous leur avons demandé comment ils se percevaient, ils ont mentionné ne pas se percevoir de la même façon qu'avant :

« Avant je me percevais comme un gars que la famille avait ramassé dans le fossé, qu'elle avait trouvé, puis qu'elle avait adopté. Les autres n'étaient pas... Ils n'y avaient pas d'autres comme moi. Moi, j'étais différent de mes autres fils, tout ça. Puis il y avait tout le temps quelque chose qui ne cliquait pas [...]. Puis là, avec tout l'ouvrage que j'ai fait dessus moi, commencer par m'aimer moi-même puis tout ça, je me suis amélioré. Je suis plus calme, moins agressif » (Participant 5).

Un autre participant exprime qu'il avait une perception négative de lui-même dans le passé: « Ouais ouais, avant je me voyais pas comme une bonne personne », mais il réalise maintenant que sa perception de soi n'était pas véridique et qu'en fait celle-ci a toujours été positive : « Ouais bien sûr, j'ai tout le temps été une bonne personne [...] » (participant 8).

L'acceptation du diagnostic a été, pour certains, la première étape à franchir afin de commencer un cheminement pour reprendre le contrôle de sa vie: « [...] ça m'a pris du temps avant que je monte la côte la... Pis de faire mes affaires comme je faisais avant (Participant 1) ». Le participant 4 parle de son acceptation qui a dû passer par la prise de médication pour éviter de refaire une psychose : « [...] fait qu'au bout de 6 mois je sors, le monde me parlait plus. Oh boy, ok, ouais, c'est là que j'ai commencé à accepter que j'avais pas le choix, qu'il fallait que je prenne des médicaments ». Le participant 8 nomme avoir accepté sa situation puisque le dévoilement du diagnostic s'est fait depuis un certain temps déjà : « Ben là, je l'ai accepté, car ça fait quand même cinq ans que j'avais dévoilé au monde [...] ».

De plus, lorsque les participants sentent qu'ils répondent aux standards de la société, c'est-à-dire d'avoir un emploi, ils sont en meilleure confiance et sont en mesure de nommer leurs capacités : « Ben un bon employé, j'ai tout le temps atteint mes tâches, j'avais même eu une augmentation, avant que tout ça se passe » (Participant 6). À l'inverse, lorsque ces mêmes standards n'ont pas été une réussite selon eux, leurs perceptions sont beaucoup plus négatives. En effet, le participant 6 répond « échec » lorsque nous lui demandons comment il se perçoit :

« Oui parce que j'ai pas réussi à avoir un emploi stable, à avoir une famille, une vie sociale, l'échec, ça serait plus ça, l'échec en entreprise, au niveau travail professionnel, et il y a un côté oui j'aurais dû faire attention à ma santé avant, c'est sûr, j'avais un contrôle, j'aurais pu refuser [de travailler], mais à un moment donné... »

Trois participants nomment que leur consommation problématique d'alcool et de drogues nuit à l'image qu'ils ont d'eux-mêmes. En effet, ils se perçoivent comme des gens anormaux et honteux : « Bien, c'est sûr que je ne me vois pas normal. Je sais que je suis alcoolique, j'ai un problème de santé mentale [...] » (Participant 7). Aussi : « Ben à cause de mon problème de « vino » là, ben je m'aide pas en faisant ça, mélanger médication puis... je m'aide pas [...] » (Participant 10). La participante 2 exprime :

« [...] j'ai pris de la drogue et j'ai honte, même si logiquement je peux rationaliser [...] je me dis qu'il faut que je me défende à tout le monde même moi, dernièrement je me regardais dans le miroir

et je commence à m'accepter, un petit peu, et se regarder dans le miroir et pas savoir ce que t'es, c'est dur, il faut que je me convainque moi-même ».

5.2.4. Parcours de vie

L'âge de nos participants se situe entre 38 et 64 ans, ainsi ils sont déjà avancés dans leur parcours de vie. Ils sont donc en mesure de bien exprimer les répercussions qu'a eues leur PSMSP sur leur vie. À travers leurs discours, nous notons que l'acceptation de la maladie a été une étape cruciale dans le parcours de vie des participants :

« Il a fallu que je fasse bien des changements dans ma vie, à commencer par apprendre à m'aimer moi-même. Avant de commencer à aimer les autres. Puis accepter que je suis dépressif. Il fallait que je l'accepte que je suis dépressif, parce que si tu ne l'acceptes, tu ne peux pas travailler là-dessus » (Participant 5).

En effet, cette étape semble avoir été nécessaire afin qu'ils soient en mesure d'entamer un certain cheminement. Cependant, ils ont tous eu une phase où ils ont tenté de dissimuler leurs difficultés de santé mentale en ignorant leurs symptômes. Pour les participants 7 et 2, c'est lors des années qui ont suivi le diagnostic de santé mentale qu'ils se sont ouverts sur leurs difficultés :

« Bien ... la dépression j'ai commencé... Ça fait longtemps que la dépression a commencé à embarquer, à l'adolescence puis moi j'ai mis ça dans la consommation fait que pendant un bout de temps, c'était un roulement consommation, travail, blonde. T'sais! Puis en 1996, il n'y a plus rien qui marchait, c'était fini » (Participant 7).

Dans le même ordre d'idée, la participante 1 a reçu son diagnostic de trouble bipolaire que depuis deux ans seulement. Elle reconnaît que ses difficultés de santé mentale nuisent à sa vie depuis longtemps, mais croyait utiliser un moyen adéquat :

« [...] bin ti peu par ti peu la euh, j'ai tombé dans la boisson parce que je pensais que c'était le meilleur affaire pis c'était pas la même affaire aha.. so euh je fais qu'est-ce que je peux » (Participante 1).

Les participants 4 et 5 voient leurs problématiques de santé mentale comme un combat constant : « Oui, c'est un travail constant. C'est une maladie que j'ai réellement [...] » (Participant 4).

« [...] Fais-toi comme une idée, tu t'en vas à la guerre, puis tu es tout le temps en guerre. Tout le temps en guerre contre ça, contre ça. C'est une guerre en tout temps. Tu es tout le temps en guerre, en train de te battre contre quelque chose ». (Participant 5)

Les hospitalisations répétées, les tentatives de suicide, la consommation abusive de drogue et d'alcool, le manque de confiance en soi, les relations malsaines teintées par la violence, les besoins financiers sont des impacts négatifs que les participants ont nommés comme étant des conséquences engendrées par leur PSMSP. Néanmoins, pour la plupart, ce sont des événements du passé, c'est-à-dire que la fréquence de ces situations est moins nombreuse et même inexistante pour certains. Par contre, les conséquences se font toujours sentir. En effet, plusieurs mentionnent qu'en raison du long processus de prise en charge, ils ont dû surmonter des difficultés sans accompagnement adapté à leur problématique. Ainsi, ils sont maintenant très fragiles aux petits obstacles de la vie et doivent être beaucoup plus prévenants et à l'écoute de ce qu'ils ressentent afin d'éviter de vivre une rechute. Le participant 8 explique :

« [...] maintenant le moindre petit obstacle que j'ai, ça me met à terre, et je peux pas comprendre, mais ça me met à terre, c'est pour ça que je mets mes affaires en ordre pour pas qu'il m'arrive un pépin, car je suis rendu trop faible, je suis plus capable de supporter une erreur, je suis plus capable, j'ai essayé bien des manières, des outils, peu importe mais s'il m'arrive une petite affaire ça m'écrase ».

À vrai dire, les participants sont en mesure de mieux reconnaître leurs limites. Le participant 3 commente à ce sujet : « Mais j'ai des limites, des grandes, grandes limites. Puis maintenant je les connais fait que ça... Ça me fait un peu moins mal. Ça me fatigue moins ».

Par ailleurs, les participants ont été affectés par plusieurs situations d'humiliation, ce qui a eu un effet sur l'estime de soi, c'est le cas des participants 5 et 2 :

« [...] Ma mère dit à mon frère : « Tu ne peux pas amener lui, parce que lui, il a l'air comique, il a l'air pas là. Il n'a pas l'air... Il a l'air mental ». Fait que moi, j'ai entendu ça, ça m'a blessé puis tout ça. Puis là ... Là ça m'a donné comme un... Comment que je pourrais dire ça? Ça m'a abaissé. Puis j'ai resté pas mal longtemps de même, jusqu'au temps que j'essayais de...[moi] , t'sais c'était quelqu'un [participant 5], il a ses défauts, il a ses qualités, comme tout le monde [...] »(Participant 5)

« Pis moi ben j'ai tout le temps été un peu insécure parce que c'est ça, puis tout ça, je viens d'une famille un peu abusive mentalement, j'ai été abusée sexuellement quand j'étais jeune [...] » (Participante 2)

De plus, les participants nomment que l'âge est un facteur qui peut constituer un obstacle au développement de leurs capacités et donc aux possibilités qui pourraient leur être offertes en termes d'emploi. Le participant 7 affirme qu'il est difficile de commencer un emploi à son âge, soit 62 ans, puisqu'il doit recommencer en bas de l'échelle, ce qui peut avoir des conséquences sur l'estime de soi. En effet :

« Qu'est-ce qui est dur, c'est que tu as un certain âge, tu retournes en emploi puis tu commences en bas de l'échelle. Ça, je trouve ça dur un peu, t'sais le monde, ils disent... pas ils disent, mais ils te prennent comme un débutant. Puis t'ais c'est « *Go for this, go for that!* » puis t'sais tu n'as pas de poste tremplin. La même affaire, c'est différents postes dans tout le *Canadian Tire*, fait que tu n'es jamais habitué à qu'est-ce que tu fais. Ça, c'est dur » (Participant 7).

« [...] à un moment donné je vais avoir de la difficulté à trouver du travail parce que je vais avoir 57 ans la fin septembre, fait qu'une personne, un employeur, à 57 ans, hum c'est pas évident [...] » (Participant 4).

« Bin j'va être à 64 l'année prochaine je suis trop vieille pour aller travailler » (Participante 1).

« Aujourd'hui, je ne travaille plus, puis là je ne veux plus travailler. Je me suis dit, bien je vais avoir 65 ans. Ça ne me tente pas de m'énerver dans un job, pendant 2 ans, puis arriver... Là j'ai décidé, j'ai dit : « J'ai trop de misère à... ». Fait que ça m'enlève une grosse pression, par exemple » (Participant 3).

Selon eux, la médication, plus précisément l'ajustement de la médication, a eu un impact négatif sur leurs vies. En effet, le choix de médication, le temps d'adaptation, les échecs et le réajustement sont des étapes frustrantes parce qu'elles viennent directement influencer l'état psychologique et physique de la personne :

« [...] il voulait me donner encore de la médication, et j'ai dit non, j'ai deux enfants une femme, et moi me coucher à la journée longue c'est pas une vie, je suis aussi bien de me geler. Mais euh... non, mais c'est ça [...] » (Participant 8).

« [...] ils [médicaments] sont là pour que je me sente mieux [...] et là quand le médicament est enlevé par le psychiatre, ben là je perds la salive, mon centre digestif fonctionne mieux, mes idées sont plus claires qu'avant, mais il y a juste une chose, dès fois ça va un peu trop vite. C'est là, faut que je *start* le stop, une minute pour être plus tranquillement dans mes idées » (Participant 4).

D'autant plus que certains participants ne sont pas en accord avec la prise de médication ou tout changement de médication apporté par le psychiatre et dénoncent le manque d'explication et de considération de leurs opinions : « Mon psychiatre [...] lui il marchait sur la médication, donc pas trop bon pour parler » (Participant 8).

Malgré les impacts négatifs sur la vie des personnes, certains participants nomment que le PSMSP leur a également apporté des aspects positifs. À cet égard, le participant 3 soutient que son PSMSP lui a apporté une vision différente de la vie et pour lui cela est positif. À cet effet, il dit :

« J'avais des problèmes en santé mentale, ça m'a amené à être... À donner des cours de conduite, à être musicien, parce que j'aimais... Je n'aurais jamais osé... parce qu'il fallait que je fasse vivre ma famille, ainsi de suite, je suis devenu musicien juste après là que la famille ai été élevé mais... T'sais ça m'a apporté quand même des avantages, j'ai vécu plus... Moins enfermé que soit dans un bureau ou soit dans une usine » (Participant 3).

La participante 2 affirme, pour sa part, qu'elle n'aurait pas été portée à faire certaines activités, telles que les activités sportives, chanter et danser. Cependant, le contexte communautaire au sein duquel elle évolue lui a permis de pratiquer ces activités et cela a eu un impact positif sur son parcours de vie.

« [...] c'est un côté de moi que je découvre, que je redécouvre, car avant je travaillais en administration, je touche à différents volets, le volet créatif, pour la première fois de ma vie je ne suis plus centrée autant sur l'argent. Je réalise que j'ai soudain une vie à vivre, je dis à mon gars de choisir une job qu'il va aimer et pas juste pour l'argent » [...] (Participante 2).

De plus, chez cette même participante, sa difficulté de santé mentale l'a emmenée à être plus ouverte sur la condition des autres. Elle commente sur l'impact positif de sa situation :

« Ben je sais pas laquelle [impact positif sur son parcours de vie], mais d'être plus empathique, j'ai été élevée comme ça, mais être plus ouverte à ça, être moins portée au jugement ou quand je suis bien de le réaliser [...] parce que là je peux plus comprendre et on dirait que malgré le fait que... je sais pas ce que je dégage, mais il y a plus de monde qui vont venir » (Participante 2).

5.2.5. Intérêts et aspirations

Chez plusieurs des participants, la difficulté de santé mentale vient ralentir la volonté de concrétiser leurs intérêts et leurs aspirations. En effet, malgré que, pour certains participants, retourner sur le marché de l'emploi fait partie de leurs aspirations, ils ne se sentent toutefois pas prêts ou doutent à y retourner : « Hum j'ai pas encore réussi à gérer assez mon anxiété, je pense » (Participant 2). Un participant ajoute : « Oh je me sens pas encore prêt pour tout de suite, mais j'aimerais bien ça travailler pour la ville, pelleter » (Participant 4). Un autre participant dit : « À cause de mon côté dépressif, je te dirai rien encore » (Participant 6). Par contre, ils sont en mesure de nommer ce qu'ils aimeraient occuper comme emploi, tels que travailler dans un salon de coiffure, en forêt, dans le milieu de la musique, ou encore comme auteur. La pratique d'activités sociales fait également partie des aspirations convoitées chez les participants. En effet, les activités identifiées sont le jardinage, la natation, le chant, la musique, l'écriture, le voyage, les sorties au restaurant, le canot et le camping.

Les difficultés financières jouent également un grand rôle dans l'incapacité des personnes à réaliser certaines activités qu'ils aimeraient entreprendre. En effet, lorsque nous demandons au participant 5 pour quelles raisons il ne pratique pas l'équitation,

l'activité qu'il aimerait faire, il nous répond : « [...] il faut qu'on *watch* nos sous ». Il continue en mentionnant qu'il aimerait avoir les possibilités de pouvoir faire: « [...] un petit peu plus d'argent, pour qu'on puisse se payer du loisir un peu, des affaires de même. [...] Mais pour nous autres c'est gros. C'est gros » (Participant 5).

5.2.6. Forces des participants

Les participants démontrent une grande persévérance, un désir de changement et ils reconnaissent leur force d'adaptation, malgré les situations difficiles qu'ils ont vécues dans leurs vies. Les participants 2 et 8 le mentionnent :

« J'ai eu des hauts puis des bas, je m'en suis souvent sorti, je suis retourné à l'école il y a sept ans passés, parce que j'ai eu cette chance-là de pouvoir continuer mes études et en continuant mes études, j'avais été diagnostiqué par le centre local d'emploi [...] » (Participant 8).

« [...], mais j'ai tout le temps continué, j'ai tout le temps foncé [...] » (Participant 2).

De plus, le participant 7 parle de la période de désorganisation (psychose) qu'il vient de vivre et comment il est à même de rester abstinent, d'avoir un logement avec un coloc et des meubles qui lui appartiennent, d'avoir une voiture et de tenter de « remettre le cassette en place », lorsqu'il parle de la relation avec sa famille. Il ajoute : « Je me tiens abstinent. Je travaille à la boutique, je m'occupe de mon chez nous ».

Le participant 9 fait preuve de courage en se rappelant tous les jours, la phrase qu'un médecin lui a dit lorsqu'il était hospitalisé :

« [...] le docteur m'avait envoyé ça, je me le répète quasiment tous les jours, il me l'avait dit quand j'étais à l'hôpital, il m'avait dit que... Le suicide est une réponse définitive à un problème qui est temporaire. C'est ça qu'il m'avait dit ».

5.3. Facteurs de conversion sociaux

Les facteurs de conversion sociaux réfèrent aux contextes sociopolitiques et culturels dans lesquels la personne vit et évolue. En ce sens, les services de santé reçus, les services en emploi, le rôle des intervenants, les politiques sociales, les activités

sociales, l'emploi, les stigmates, les relations interpersonnelles et la qualité de vie sont autant de facteurs qui viennent influencer les possibilités réelles des personnes de développer un sentiment d'inclusion sociale par l'emploi.

5.3.1. Expériences vécues dans les services

La totalité des participants de notre recherche a reçu des services en santé mentale, soit par le système de santé publique ou par différents services communautaires. Par contre, seulement cinq ont reçu des services d'aide à l'emploi et deux ont reçu des services en dépendance. Nous avons voulu savoir comment les personnes ont vécu leurs expériences en lien avec les services reçus, car cela nous a permis de comprendre la nature de leurs interactions avec les professionnels au cours de leur cheminement. En d'autres mots, à travers l'expression de leurs expériences vécues dans les services en santé et en emploi, il devient possible de mieux saisir les facteurs qui peuvent constituer des obstacles ou qui peuvent être favorables au développement de leurs capacités.

5.3.1.1. Les services de santé

Chez la majorité des participants, la relation qu'ils entretiennent avec leur médecin de famille est satisfaisante. Le participant 5 en témoigne :

« J'ai une bonne relation avec mon médecin, ouais. Je lui dis qu'est-ce que j'ai à dire, puis lui si, mettons, je ne comprends pas une affaire, bien il le sait, il me l'explique détail par détail, il faut que tu fasses ça, puis tout ça. Le médecin, je n'ai pas de problème avec ça ».

Pour la plupart, le médecin de famille est consulté de façon ponctuelle pour des maux physiques. Ainsi, pour tout ce qui touche à leur santé mentale, ils sont référés vers un psychologue, un psychiatre ou une travailleuse sociale. Ceux-ci peuvent par la suite donner leurs recommandations, c'est le cas de la participante 2 :

« Avec mon médecin, le côté psychologie, elle non, fait que c'est ma psychologue qui lui a parlé, qui lui a écrit, qui a fait que pendant un an j'ai pu avoir l'invalidité temporaire ».

Néanmoins, le participant 6 étant « patient orphelin » a eu de la difficulté à obtenir des services en santé mentale. Il a fait une première visite à l'hôpital parce qu'il croyait avoir un problème cardiaque, son diagnostic a été « problème d'anxiété », mais il n'a pas pu avoir de suivi puisqu'il n'avait pas de médecin de famille. Quand le temps est venu d'obtenir un renouvellement de prescription de sa médication pour l'anxiété, il a dû aller voir un médecin en clinique sans rendez-vous. Il mentionne ne pas s'être senti écouté ni pris au sérieux dans ce qu'il vivait et il a plutôt été stigmatisé et infantilisé par le professionnel qui l'a reçu :

« [...] j'ai été voir un docteur à la clinique et là le docteur m'a stigmatisé, t'as pas besoin de ça, il y a d'autres manières, il essayait de faire le père et à un moment donné je lui dis « écoute je me sens pas bien », et dans ma tête avec l'expérience que j'ai eu ça me tentait pas de retourner là tenter de voir un médecin de famille, et là il me dit à la fin « ben ok debord si c'est ça que tu veux des pilules ben ok je vais te faire ton papier » [...] c'est comme ben va te faire droguer, j'étais comme... » (Participant 6).

Pour ce participant, ne pas avoir de médecin de famille constitue un obstacle majeur au développement de ses capacités étant donné qu'il n'a pas pu obtenir de suivi en santé mentale et ainsi recevoir des soins adaptés à ses besoins. Ce participant a reçu des services de santé inadaptés à sa situation et de façon tardive. En fait, lorsqu'il a réussi à obtenir un suivi auprès d'un intervenant en santé mentale, son dossier a été transféré d'un intervenant à l'autre, et ce, à plusieurs reprises. Une fois pris en charge par le « système », il n'a tout de même pas eu les possibilités réelles de prioriser sa santé mentale puisqu'il n'a pas bien été orienté, ce qui l'a amené à abandonner les demandes de services.

Le plus grand irritant pour les participants a été le changement de professionnels (psychologue, psychiatre et travailleuse sociale) ou le manque de continuité dans les services reçus en santé mentale. Ceci vient entraver le développement de leurs capacités, du fait que les participants ne se sentent pas importants, ce qui les amène à ne plus consulter ou ne plus faire confiance aux différents professionnels qu'ils sont amenés à rencontrer. En effet, lorsqu'ils étaient finalement confortables avec leur médecin, psychologue ou travailleuse sociale, ceux-ci quittaient et la personne était recommandée à quelqu'un d'autre, et souvent avec un temps d'attente :

« [...] fait que tu développes des liens [avec les intervenants en santé mentale, soit les psychologues et les travailleuses sociales]. Et même à l'avenir [...] ben moi j'ai de la misère moi quand je m'ouvre, de tout recommencer à 0 c'est dur » (Participant 2).

Le fait de devoir systématiquement répéter son histoire à plusieurs professionnels complexifie et rend inadéquats les suivis en santé mentale, tel que l'analysent ces deux participants :

« Ils [les professionnels de la santé à l'hôpital] m'ont fait une référence au CLSC. C'était pas encore le psychologue, car ça prend un travailleur social qui évalue ton dossier. Et le fameux docteur de famille que j'ai pas. Donc là j'arrive au CLSC, première étape. Il y a une certaine madame qui prend mon dossier, fait que je lui explique toute mon histoire, mon enfance, Ultramar, un peu comme toi. Un coup que j'ai expliqué elle me dit on va se voir la semaine prochaine, et là elle part en vacances pour, je sais pas trop. Fait que j'en ai une 2e. Fait que je recommence encore au complet, elle prend tout le dossier, elle dit ok, avec tout ce que tu me dis là, je vais te faire rencontrer, au lieu d'une travailleuse sociale, une psychologue, fait que là j'ai été avec la psychologue. Elle a dit qu'elle veut avoir un avis du psychiatre. Fait qu'elle m'a envoyé à un psychiatre pour lui parler. Le psychiatre a rempli un papier sur tous les problèmes de santé mentale que j'avais et il a envoyé ça à la psychologue. Et la psychologue est tombée en vacances de la maternité. Là je fais comme ; bon vous me niaisez. J'ai crissé ça de côté, c'est juste du blabla, ça me donne rien, j'ai eu comme 4 rendez-vous. Moi c'est comme genre peu importe ce qu'on va faire ensemble, là ça fait juste brasser les choses puis inversement, en plus que là raconter l'histoire 4 fois de même, *fuck it*, j'ai garroché ça, j'ai été de même un autre deux ans trois ans, donc plongeant un peu plus dans la dépression » (Participant 6).

« J'avais un psychiatre qui n'était pas en connexion avec la personne du CLSC et eux autre, ils gardent leurs affaires et ça se parle pas entre eux autres. Ils partagent pas l'information, et là il n'y a pas de travailleuse sociale, donc tu recommences depuis le début » (Participant 8).

Ainsi, le travail en silo et le manque de stabilité du personnel peuvent constituer un obstacle au développement des capacités puisque le manque de communication entre les professionnels de la santé oblige les personnes à devoir se répéter. Ceci nuit en soi à la santé mentale de la personne en l'empêchant d'obtenir un suivi de santé mentale efficace.

Le respect de la confidentialité peut également représenter un enjeu de communication en lien avec le partage d'information.

De plus, la longueur et le processus de l'accès aux services en santé mentale sont des facteurs qui nuisent aux capacités, puisque les personnes ne reçoivent pas le bon service au bon moment :

« Le CLSC, car là, c'était encore pire, il n'y a plus de travailleuse sociale, il faut communiquer aux 811 [...] Qu'il y ait du service, je suis en état de crise je veux voir quelqu'un, tu me feras pas parler à une boîte électronique de mes problèmes » (Participant 6).

Les services offerts en psychiatrie ne font pas l'unanimité chez les participants. Plusieurs se sentent souvent jugés, incompris et dénigrés lors de leurs interactions avec les psychiatres. Ainsi, les services en psychiatrie représentent certaines difficultés puisque ces interactions engendrent un sentiment de dénigrement, mais sont également nuisibles à l'instauration d'un sentiment de sécurité et de confiance entre la personne et le psychiatre. Ces participants l'expriment :

« Je vais voir un psychiatre, puis... Tu n'es pas sûr, si t'sais il entend on dirait, un problème pas rien d'autre... Je ne sais pas s'il ressent tout ... On dirait qu'ils sont comme blasés, j'ai comme eu cette impression-là » (Participant 3).

« Tsé le docteur y va te donner des pilules, mais y sait pas si ça va marcher, y pense ça va marcher, tsé lui yé pas dans notre bottine, *so* y sait pas comment on le sent tsé [...] ouais y'écoute, mais y'écrit en même temps » (Participant 1).

« Bien moi, j'ai vu un docteur [psychiatre], puis je me suis senti jugé dès le départ » (Participant 7).

« Comme le fameux psychiatre là, le premier qu'ils ont voulu que je voie, ben je l'ai vu une fois, mais il était tellement condescendant puis baveux » (Participant 10).

« Les psychiatres, c'est tout le temps pareil, quand il a décidé de couper le médicament. [...] Et tous les psychiatres j'ai jamais entretenu une relation parlé, ça prend 10 minutes, il faut vraiment parler des choses nez à nez, mais je parle pas avec le psychiatre,

et les autres psychiatres c'était pareil, on se voyait 10, 15 min »
(Participant 4).

De plus, plusieurs participants nomment leur appréciation en ce qui a trait aux services en dépendance. Le participant 7, par exemple, s'exclame sur un centre où il a séjourné :

« Super! Numéro 1! Traiter comme un roi! Le manger c'est le meilleur manger d'hôpital qu'il y a alentour. Puis c'est 7 jours, tu travailles sur les étapes, des meetings à tous les soirs. C'est structuré, des petites tâches puis c'est très bien ».

Ce même participant émet cependant un bémol sur la façon de procéder avec les gens qui vivent avec un PSMSP et un problème de dépendance :

« Dans les Laurentides, j'ai pris ça relaxe. Mais *so* après une semaine je suis revenu sur le pouce parce que je ne filais pas. Le problème de santé mentale était trop là. [...] Je pense qu'une bonne évaluation de santé mentale dès le début, puis un bon... Bien j'ai suivi des thérapeutes au Pavillon Jellinek à l'externe aussi à Buckingham. Puis je pense que tu ne peux pas guérir un si tu ne guéris pas l'autre. Comme qu'il disait l'autre soir, le conférencier à Hull, il disait : « Je les ai faits parallèlement »
(Participant 7).

Toutefois ces services n'ont pas été utilisés de façon régulière, sauf pour le participant 7 qui utilise encore le service des Alcoolique Anonyme. En effet, pour certains participants, la consommation se faisait par période, donc le service était utilisé de façon ciblée.

Les participants nous ont fait part de plusieurs propositions afin d'améliorer les services en santé mentale. Ils nomment qu'ils se sentent comme des numéros face au système de santé et ils trouvent que les personnes qui viennent à l'hôpital pour des problèmes de santé mentale ne devraient pas être pris en charge de la même façon qu'une personne qui vient pour une maladie physique. À titre d'illustration, le participant 5 considère qu'une personne avec une détresse psychologique qui se présente à l'hôpital devrait avoir une consultation différente qu'une personne avec un problème de santé physique. Il ajoute que c'est une perte de temps et que cela va contribuer à renforcer le

sentiment de détresse. Finalement, la personne finira par quitter l'hôpital avant d'être vue par un professionnel de la santé. Ce participant s'exprime à ce sujet :

« Je trouve que ce n'est pas correct, c'est que t'sais des fois, on va à l'hôpital, puis là ils te mettent parmi du monde qui sont malade, ça chiale, ça... T'sais ils sont impatients, tout ça, ils te mettent parmi du monde là, mais nous autres on va là parce que des fois on... T'sais ça prend tout pour aller là nous autres. Puis là, ils te mettent avec d'autres personnes qui te démoralisent encore puis tout ça. C'est que ça prend trop de temps dans les hôpitaux. Mais ça ça, c'est la maladie du siècle, les hôpitaux sont tout le temps *full* à 100 %, puis ils ont des *back-ups* puis ... Mais c'est le gros problème que je trouve, il y a trop des grosses listes d'attente. T'sais mettons s'ils voient que le gars est en détresse, bien il va à l'hôpital, il est en détresse puis il est malade, il est *down*, il est ... Il a envie de frapper un poteau de ses mains, il décide d'aller là. Bien là, ils le mettent à attendre dans l'urgence, puis là ils le passent : « Donne ton nom! », là ils prennent ta pression, ils prennent ta... T'sais si tu fais de la fièvre. Ce n'est pas ça, ce n'est pas ça l'affaire. Tu es dépressif, puis là, là, il n'en peut plus, il faut faire de quoi, c'est pour ça que je viens à l'hôpital. Bien là, ils te mettent dans la salle d'attente. Bien là, tu peux passer des 12 heures dans la salle d'attente. Mais la plupart du temps au bout d'une heure, deux heures, tu es parti là toi, ça ne donne rien » (Participant5).

Lorsque nous leur avons demandé quels changements ils apporteraient aux services reçus, ils ont tous, à l'exception de la participante 10, parlé du service difficile au niveau de l'aide sociale. Sans hésiter, le participant 5 évoque qu'il : « [...] apporterait des changements au bien-être social ». En effet, la bureaucratie, telle que la lourdeur des démarches, le manque d'information précise, les règles contraignantes à respecter, le manque de professionnalisme à leur égard, est un élément qui devrait être modifié selon les participants. En fait, ils sont en mesure de faire des propositions favorables à leurs accomplissements, c'est-à-dire de proposer des actions concrètes qui leur permettraient d'avoir la liberté d'accomplir ce qu'ils désirent. De ce fait, être accompagnés et bien dirigés par les professionnels, dans une perspective de collaboration, est nécessaire pour les participants. Cela leur permet de bien comprendre les choix qui leur sont offerts, ce qui leur laisse l'opportunité de prendre les meilleures décisions pour eux :

« Être accompagné, être accompagné par quelqu'un qui peut prendre la part de la personne, qui peut... T'sais comme moi, déjà, j'ai, il fallait que j'aie au bien-être social, aller voir la personne en charge, mais elle me sortait des mots longs de même que je ne comprenais pas. Puis là je sortais de là, je n'étais pas plus avancé. Je ne savais pas qu'est-ce qu'elle dit? Je ne savais pas d'où que je m'en allais, fait que j'ai décidé moi, de me prendre un intervenant ou que je vais, elle va venir avec moi » (Participant 5).

En effet, pour le participant 5, le manque d'information et le langage inaccessible de l'intervenante au bureau de l'aide sociale représentent des obstacles au développement de ses capacités. Notamment, les participants nomment qu'ils aimeraient se sentir écouter sans jugement. D'ailleurs, trois participants le nomment clairement :

« De l'écoute. Sans jugement... Bien à l'hôpital au début, j'étais un numéro » (Participant 7).

« Je pense qu'il faudrait qu'ils soient... Je ne sais pas s'il faudrait qu'ils soient plus à l'écoute » (Participant 3).

« Avoir des gens qui travaillent pour toi et non contre toi, la stigmatisation » (Participant 6).

« Euh... Dès fois c'est de l'accompagnement (Respiration) » (Participant 9).

5.3.1.2. Les services en emploi

Les services en emploi ont été utilisés par la moitié des participants. Selon eux, les services offerts comportent des lacunes. Le participant 5 indique que ceux-ci ne sont pas adaptés aux situations des personnes qui vivent avec un PSMSP. En fait, il soutient que le programme en soi convient aux personnes qui vivent avec un PSMSP, mais que c'est plutôt le côté administratif qui est moins adapté. En effet, les participants rapportent qu'ils sont éligibles aux programmes de retour en emploi qu'une seule fois et qu'il est d'une durée restreinte. Une participante le mentionne :

« Je sais qu'il y a une limite de temps aussi, je trouve ça dommage. C'est une autre affaire négative [...] il faut pas dépasser 5 ans. Mais quand t'es malade et que tu peux pas sortir du lit, c'est pas que je veux pas [...] » (Participante 2).

Le problème avec ces critères est que les personnes qui vivent avec un PSMSP n'ont pas une santé mentale qui fonctionne de façon linéaire. Ainsi, lorsqu'une personne adhère au programme, il peut y bénéficier pendant 5 ans, mais pendant ce temps, plusieurs facteurs de conversion individuels liés au PSMSP peuvent venir modifier l'engagement de la personne au programme, tel que des hospitalisations, un arrêt ou un changement de médication, ou bien encore, une rechute. Les personnes perdent alors leur temps d'adhésion ou quittent le programme. Ainsi, la bureaucratie derrière les programmes d'aide n'est pas flexible et adaptée aux réels besoins des personnes, ce qui freine inévitablement le développement des capacités, en empêchant la personne d'atteindre l'ensemble des fonctionnements pour être en mesure d'accomplir ce qu'elle désire.

Dans le même ordre d'idée, selon les participants, la bureaucratie est également très compliquée lorsque la personne reçoit les prestations d'aide sociale. En fait, lorsqu'une personne reçoit de l'aide sociale en raison d'invalidité à l'emploi et participe à un programme de retour en emploi, cela est contradictoire. Alors, si la personne retourne en emploi, elle perd sa reconnaissance « d'invalidité », même si cela était un essai ou même si la tentative de retour en emploi échoue. Un participant démontre ces difficultés :

« C'est un programme pour la santé mentale, mais pour un éventuel retour à l'emploi. C'est un programme à double tranchant, ici le Boulevard c'est pour briser l'isolement pour avoir une meilleure santé mentale, mais dans un but de retour au travail, mais s'il n'y a pas de retour au travail, le programme avec l'aide sociale n'existe pas, par contre le programme existe ici quand même, mais pas avec l'aide sociale donc pas de subvention »
(Participant 6).

Ainsi, les critères rigides de l'aide sociale pour une personne bénéficiant d'un programme de retour en emploi, soit le manque de flexibilité et de soutien de ces programmes envers les personnes qui vivent avec un PSMSP, dissuadent celles-ci à y participer. Un participant l'évoque clairement :

« Il y en a zéro, pas du tout, il y a zéro support [...] En général je me tiens très loin d'eux [professionnels de l'aide sociale] »
(Participant 6).

Malgré certains obstacles administratifs, le programme de retour en emploi utilisé par le participant 5 a réussi à satisfaire son besoin de changement. En effet, il reconnaît que le programme de retour en emploi auquel il a participé l'a aidé à gérer son anxiété et à organiser son temps. De plus, il indique être en mesure de gérer ses émotions de façon plus adéquate.

« T'sais c'est vrai que j'ai été 5 ans là. Mais dans le 5 ans que j'ai été là, j'ai amélioré bien des affaires dans mon suivi, pour mon anxiété, regarde mon anxiété. J'ai contrôlé mon anxiété, puis j'étais ponctuelle, puis ... Bien des affaires de même, quand j'avais quelque chose à dire, je le disais calmement à la place de le crier par la tête. Toutes sortes d'affaires de même... »
(Participant 5).

En ce qui a trait aux propositions des participants en termes d'amélioration des services en emploi, la participante 2 nomme ce qui lui permettrait de réaliser ce qu'elle désire en termes d'accomplissement en emploi. Notamment, elle aimerait ne pas sentir la pression de devoir rester en emploi si elle n'est pas en mesure de le faire. En effet, la bureaucratie nécessaire pour avoir un emploi en ayant recours à l'aide sociale est anxiogène pour la participante :

« La bureaucratie c'est ce qui me cause le plus d'anxiété. J'avais aucun problème avant, fais que je trouve ça dur. La seule affaire que je connais pour l'emploi, c'est à cause de ma psychologue qui m'a emmenée. [...] Ce qui me plairait ça serait de pouvoir lâcher n'importe quand » (Participante 2).

De plus, une autre participante suggère qu'il serait utile que les services de soutien psychologique dans les compagnies, telles que celles en construction, soient plus accessibles. De surcroît, elle dit que souvent les employeurs donnent accès à l'aide aux employés, mais qu'une limite de trois rendez-vous par année est établie et que cela n'est pas suffisant puisque certaines personnes peuvent nécessiter davantage de soutien et qu'ils n'ont pas nécessairement les moyens financiers pour consulter, et ce, malgré le fait qu'ils travaillent pour une compagnie rentable :

« Ben avoir un soutien psychologique dans les compagnies ça serait l'idéal, mais malheureusement ça marche pas comme ça pour tout le monde, tu sais souvent les programmes d'aide aux employés, dans les grosses compagnies, c'est des gens qui ont les moyens » (Participante 10).

5.3.2. Le rôle des intervenants

Les services en santé mentale et en emploi qu'ont reçus les participants ont un impact sur leur parcours de vie et influencent les relations d'aide à venir. En ce sens, le participant 6 soulève, à travers son discours, avoir eu une mauvaise expérience envers l'ensemble des services qu'il a reçus. Cela a donc pour effet d'altérer la confiance qu'il a auprès des intervenants en relation d'aide, et d'ainsi affecter les rapports avec les services d'aide futurs. D'ailleurs, il cite :

« Et moi ça me tentait plus et à un moment donné, ma plus grande peur, c'est tellement dur d'obtenir ce que j'ai et toutes les fois où j'ai été en position de travail, on m'aidait pas, et à un moment donné tu t'écoeures » (Participant 6).

De plus, pour ce participant, le rapport avec les intervenants est non seulement venu faire obstacle au développement de ses capacités, mais est également venu renforcer son état de dépression, c'est ce qu'il exprime :

« Parfois ça me tenterait de travailler dans un magasin pour faire un peu de sous, d'être sur le terrain et de faire ma vie, acheter une maison avec mon père, mais il y a l'autre côté de ma tête qui dit ouais si tu fais ça, après le combat que tu as fait pour faire reconnaître ta dépression, tu perds ces combats. [...] Pour moi c'est comme un mur, un blocage. [...] J'ai crissé ça de côté, c'est juste du blabla, ça me donne rien, j'ai eu comme 4 rendez-vous. Moi c'est comme genre peu importe ce qu'on va faire ensemble, là ça fait juste brasser les choses puis inversement, en plus que là raconter l'histoire 4 fois de même, *fuck it*, j'ai garroché ça, j'ai été de même un autre deux ans trois ans, donc plongeant un peu plus dans la dépression » (Participant 6).

Les participants ont mentionné un point désagréable qui affecte l'atmosphère au centre communautaire le Boulev'art que ceux-ci fréquentent. En effet, le changement

fréquent de personnel vient modifier l'ambiance joviale que les personnes avaient l'habitude de vivre. La participante 1 l'explique :

« Bin tu verrais le monde commencer à se chicaner, c'est pas trop beau... bin je trouve ya beaucoup de nouveau... euhh monsieur qui travaille sur le plancher la pis c'est comme... C'est pas comme c'était le Boulev'art, avant bin c'tait gai pis euhh [l'intervenante] était là, mais là elle attend un ti bébé pis tsé c'était le fun...ca mettait l'ambiance dans place tsé » (Participante 1).

En revanche, chez les autres participants, l'ensemble des bénéfices tirés de la relation d'aide, tels que la reprise de pouvoir sur sa vie, la confiance en soi et ne plus se sentir seul, semble avoir surpassé les effets négatifs qu'auraient pu avoir une mauvaise expérience dans la relation d'aide. En effet, le participant 5 dit :

« Les avantages que ça a eus sur ma vie, c'est que j'ai pris contrôle de ma vie. Avant c'est la vie qui avait pris le contrôle de moi [...] j'ai amélioré bien des affaires dans mon suivi, pour mon anxiété [...] » (Participant 5).

Un autre participant s'exprime : « [...] j'ai compris bien des affaires. J'ai pu voir le vécu des autres » (Participant 7), lorsqu'il parle des rencontres de groupe en santé mentale auxquelles il a participé.

Plus particulièrement, chez la totalité des participants que nous avons rencontrés, l'organisme communautaire le Boulev'art de la Vallée est venu favoriser le développement de leurs capacités. En effet, que ce soit par la relation avec les intervenants, le milieu de vie partagé avec les autres usagers de l'organisme ou par l'environnement du Boulev'art, les impacts positifs ressentis par les participants sont non négligeables. De plus, pour le participant 6, les ateliers offerts au Boulev'art sont venus briser l'isolement et modifier l'image de la relation d'aide, il raconte :

« En menuiserie. Le bois, ça m'a boosté. J'ai aimé ça. Je suis venu ici de moi-même pour la menuiserie et j'ai accroché. Dans la vie je suis comme ça, j'aime pas commencer quelque chose et pas le finir [...] donc moi faut que je retourne, je peux pas abandonner et ça me donnait le coup de pied nécessaire pour revenir. Et après ça au lieu de finir le projet ben j'en commençais un autre et après

ça c'est comme si je faisais exprès de commencer quelque chose pour revenir et à un moment donné j'ai pis goût, ça me faisait sortir, et je parlais à quelqu'un, j'étais pas avec mon père en train de m'engueuler, je sortais de la maison, j'étais pas dans le char à rien faire, et le fait de travailler avec tes mains tu peux pas penser, si tu veux pas te couper un doigt faut te concentrer, donc t'es pas dans ta tête » (Participant 6).

Nous avons remarqué que les participants associent souvent, c'est-à-dire qu'ils ne font pas de distinction entre les services du CLSC et les services de l'organisme communautaire le Boulev'art, en raison de la proximité des interventions et des lieux physiques qu'ont les deux services. À vrai dire, les participants ont généralement reçu les services du Boulev'art en lien avec le suivi qu'ils reçoivent de la travailleuse sociale en CLSC. Plus précisément, en CLSC il est offert, aux personnes qui vivent avec un PSMSP, un service de soutien d'intensité variable (SIV) ou d'un suivi intensif (SI) en communauté. De ce fait, la qualité de vie est favorisée par la continuité des services que reçoivent les participants, en plus du sentiment qu'ils ressentent de voir que les intervenants travaillent ensemble avec eux. Ainsi, il est fréquent que le Boulev'art soit l'endroit où la personne reçoit un grand soutien et où le maintien des acquis en terme de santé mentale est mis en action. En effet, lorsque nous demandons au participant 7 ce qui le satisfait dans les services qu'il reçoit [Boulev'art], il mentionne : « C'est une zone de confort ». Un autre participant parle de son expérience :

« En tout cas, moi je peux dire que j'ai un service extraordinaire, en tout cas. Ça là, euh... J'ai commencé à aller au CLSC, c'était à celui de Saint-André, puis aïe! Ça fait déjà ... ça fait 9, 10 ans, bien proches. Puis ils ne m'ont pas lâché, puis ils m'ont suivi, puis disons du début, j'ai commencé à faire ma dernière dépression. Fait que ... Ils m'ont donné beaucoup de services sinon je pense que je serais dans la rue aujourd'hui. Ils ont aidé pas mal, pour m'aider à payer des comptes, ici aussi. Le boulevard, ça a aidé pas mal » (Participant 3).

La participante 1 soutient être reconnaissante envers les intervenants puisqu'elle dit ne pas avoir été aimable au début, mais que les intervenantes du CLSC et du Boulev'art ont été patientes et persistantes auprès d'elle. Un autre participant évoque qu'au : « [CLSC] [...] ça a bien été. Il y avait un support, au moins j'avais quelqu'un à qui parler, puis

quelqu'un qui pouvait me donner du *feed-back*, c'était personnel [...] » (Participant 7). Le participant 9 ajoute : « Quand je me lève le matin, dans ma tête, c'est le Boulevard [...] C'est ça mon soutien, c'est le Boulevard parce que si je venais pas ici, je sais pas... ». Quant aux services reçus directement avec le CLSC, les participants ont mentionné avoir reçu des services d'intervention de groupe et des services de psychologie, et que cela a été très aidant à leurs parcours :

« Tu sais quand tu t'aimes pas aussi, puis moi respecter mes limites et moi-même de m'aimer. Ils m'ont fait visiter et j'ai trouvé ça merveilleux. C'était comme un rêve d'enfance, donc ils m'ont rentrée ici en octobre et c'est au mois de mars que j'ai commencé à faire ça. Ils m'ont apprivoisée tranquillement. Et là j'ai commencé à faire du sport. J'ai encore la honte de prendre une job comme avant, mais non je suis 3 jours semaine temps partiel. C'est vraiment dernièrement que celle qui donne les cours dehors nous a permis de jouer au Volley, ça a réveillé de quoi, quand t'es tellement mal, sortir dehors me causait plein d'anxiété, et là je prends des marches avec mon chien. J'ai mal tout le temps, j'ai pris 30 lb, mais je suis heureuse. Et ici je trouve que c'est la meilleure place, les intervenants, puis je leur dis, j'étais sur mon orgueil, et j'en vis des émotions » (Participante 2).

5.3.3. Politique sociale

Les participants rencontrés en entrevue expriment, dans leurs discours, une mauvaise impression et appréhendent négativement tout ce qui se rapporte aux politiques sociales de santé mentale. En effet, plusieurs des participants ont nommé avoir eu des expériences difficiles avec les acteurs qui font appliquer les politiques sociales, par exemple au plan de l'aide sociale. Cette situation vient nuire au développement de leurs capacités puisqu'ils ont l'impression que les programmes ne sont pas élaborés pour eux, mais pour enrichir le gouvernement. Ils ont ainsi le sentiment que le gouvernement ne veut pas réellement les aider. À cet effet, un participant s'exprime :

« Le gouvernement mette des bâtons dans les roues. Si tu veux sortir, c'est une roue, c'est une roue. Puis s'ils n'ont pas de monde sur le bien-être, bien ils n'ont pas de gras. Fait qu'ils te mettent des bâtons dans les roues, pour que tu restes sur le bien-être social. T'sais ... » (Participant 5).

Le participant 9 signale qu'il se sent abandonné par l'inaction du gouvernement, mais également par la population qui selon lui les oublie, ce qui freine les capacités des personnes avec un PSMSP puisque rien n'est fait concrètement :

« Il [le gouvernement] a de la misère à savoir ce qu'il fait de la main gauche et de la main droite, alors comment il va faire ça (rire) [...] Ok, qu'est-ce que le gouvernement devrait... Euh... Ben premièrement le gouvernement il ne fait pas ben ben grand-chose, il dit qu'il va faire telle affaire, dans tant de temps, mais ça n'aboutit jamais, ça c'est les grosses annonces qu'ils font tout le temps, mais qui n'aboutissent jamais, car quand ils font l'annonce tout le monde en parle, après l'annonce est passée, il y a personne qui en parle, on oublie, on met sur la tablette et il n'y a rien qui se passe » (Participant 9).

Les participants s'entendent pour dire que les politiques sociales de santé mentale disponibles ne sont pas adaptées à leurs situations, c'est-à-dire qu'elles ne sont pas adaptées à des personnes qui vivent avec une difficulté de santé mentale qui est sévère et persistante. Les personnes mettent l'accent sur l'aspect de « persistance » de leurs difficultés, suggérant qu'il manque de cohérence avec les programmes gouvernementaux de retour en emploi ou avec l'accessibilité aux prestations d'aide sociale. En plus, cela freine les différents processus d'adhésion puisqu'ils doivent s'acharner à démontrer que leur situation est permanente. Le participant 3 en fait part :

« Moi bien... J'ai quelque chose de gouvernemental c'est que ce qui est dur avec l'aide sociale c'est de se faire voir qu'on est en santé... Qu'on souffre de maladie mentale. Pendant des années j'ai ... T'sais toute une ... Là tu te check parce que ... tu dis toujours que c'est temporaire, mais à un moment donné quelque chose qui est permanent, ça devient permanent. Puis c'est dur de te faire... qu'il admette ça » (Participant 3).

En fait, le participant 5 indique que l'aide sociale n'est pas adaptée parce qu'il n'aime pas rester chez lui à rien faire, mais qu'il ne se sent pas assez fort pour retourner vers un emploi à temps plein, donc il dit devoir rester sur l'aide sociale et s'il gagne un peu plus que le montant autorisé par l'aide sociale, il se fait couper sa prestation. Ainsi, il ne peut jamais se sortir « de sa misère » et mettre de l'argent de côté. Cette situation entrave non

seulement ses capacités en l'empêchant de se surpasser, mais elle nuit également à son désir de ne plus recourir à l'aide sociale. En effet, le montant d'argent octroyé aux participants par les programmes d'aide sociale ne permet pas d'accomplir l'ensemble des activités journalières. En fait, ils doivent choisir, et ce, entre des éléments fondamentaux de fonctionnement comme se nourrir ou se rendre à un rendez-vous médical. De plus, si la personne n'a pas d'argent pour se déplacer en autobus, il ne peut pas se rendre à l'épicerie, ce qui est un obstacle aux simples besoins de base:

« Pour vivre la ça prend toute pis encore tsé [...] hummm ... le bien-être devraient aider les gens et la santé mentale un ti peu plus la parce que juste le bus par mois c'est 120 piastres, les repas faut qu'on paye [au Boulev'art] bin c'est juste 2 piastres tsé parce que le bien-être donne pas assez pour faire toute ça. Quand t'as pas de sous, t'es pas capable de prendre le bus » (Participant 1).

Un point positif a tout de même été nommé par le participant 6 concernant l'aide sociale. Même si le montant qu'il reçoit de l'aide sociale n'est pas suffisant, celui-ci est tout de même aidant, car cela constitue, pour lui, une béquille :

« C'est peu l'aide sociale, mais quand t'as vécu comme moi quand t'as pas de soutien, de salaire, l'aide sociale c'est pas prestigieux, mais au moins t'as quelque chose » (Participant 6).

Les participants sont explicites lorsque nous leur demandons ce qu'ils apporteraient comme changements. En effet, investir dans les programmes, assouplir les critères d'admissibilité et augmenter les montants des prestations d'aide sociale viendraient favoriser le développement de leurs capacités en leur laissant plus de possibilités de choix. Un participant s'exprime :

« Il faudrait que le gouvernement songe dépenser » (Participant 5).

« Droit de faire, mettons... Je ne sais pas! 100 à 200 piastres! 300 piastres! Ça dépend comment tu veux travailler, mais tu n'es pas coupé. Vu que tu as la preuve que tu fais ça. Peut-être qu'il y aurait plus de monde qui serait peut-être moins dessus le bien-être social puis qu'ils se trouveraient des jobs de même. Mais non » (Participant 5).

5.3.4. Activités sociales

L'aspect monétaire vient également freiner les possibilités d'activités sociales et récréatives que les participants désirent faire. Cet aspect a été démontré par les participants dans la section intérêts et aspirations des facteurs de conversion individuels de nos résultats. Maintenant, il est important de mettre en évidence comment la routine et la vie sociale des participants sont un facteur de conversion essentiel au développement de leurs capacités.

En effet, chez l'ensemble de nos participants, la routine de vie est bien établie et bien chargée. Chacun d'eux effectue leurs activités de la vie quotidienne de façon autonome, ce qui favorise le développement de leurs capacités puisqu'ils vivent des réussites et s'identifient à travers ce qu'ils font et accomplissent durant leur journée, en plus d'avoir un certain libre arbitre sur leur programmation. De plus, s'ils ne sont pas en emploi, ils participent à plusieurs activités, autant en groupe que seuls. À vrai dire, ils ont rarement du temps libre de prévu à leur horaire. Cependant, leur routine est établie en fonction de l'horaire des activités du Boulev'art :

« Quand je travaille, je me lève à 6h15, j'emmène mon animal dehors, je réveille mon gars, je fais à déjeuner, lui il part, je suis dans mes affaires, j'arrive ici, je commence mes affaires [...] après ça je vais dîner ici, [...]Ça fini à 3h40, je prends l'autobus, je rentre à la maison, je sors mon chien et après ça mon fils arrive, dès fois je relaxe et j'ai pas le temps je commence à souper. Normalement je me couche à 9h. Quand je travaille pas, ben c'est dans la semaine, le mercredi ou le vendredi, je vais jouer un peu à des jeux sur la tablette, je lis beaucoup, je fais une petite sieste, dès fois ça me frustre, mais au moins à cette heure je ne dors plus toute la journée, et dès fois la fin de semaine, une fois de temps en temps, c'est assez tranquille, je sors pas beaucoup, pendant longtemps je faisais des crises d'anxiété dans la douche, pas capable de prendre de bain, relaxer j'ai de la misère. Quand je prépare le souper et que je fais la vaisselle, je mets la radio, je vais chanter et ça me fait du bien. J'écoute des émissions, je lis, quand je travaille pas pour la boutique j'ai une coupe d'affaires à faire dehors » (Participante 2).

« Ben dans la semaine je viens au boulevard, de 8h30 à 3h, le matin ben ça je me lève à 5h, 5h30, j'écoute les nouvelles, je fais du café, on déjeune, je regarde ma conjointe partir avec la petite le matin, elle va à pied à l'école, et quand elle revient on reboit un autre café et je lui reparle quasiment pas de toute la journée sauf s'il y a quoi que ce soit, et je viens travailler ici. [...]C'est 4 jours semaine » (Participant 8).

« Oh moi il faut que je vienne ici, ça me prend mon journal, ça me prend mon moment de tranquillité, que ça soit dans l'avant-midi ou dans l'après-midi, il faut que je vienne, et après ça je repars, [...] je peux aller chez nous, je peux aller chez un autre participant prendre un café, ou dans les transports, j'ai plein de choses à aller voir » (Participant 9).

Bien entendu, les participants ont, au centre de leurs activités, la vie sociale de l'organisme communautaire le Boulev'art, mais l'ensemble d'entre eux ont aussi dans leur routine d'autres activités particulièrement importantes. Cela leur offre ainsi la possibilité de s'accomplir en dehors des activités du Boulev'Art, et de vivre une activité sociale avec un groupe de personne dans un milieu non contrôlé par le milieu communautaire. Deux participants parlent de l'activité qui leur tient à cœur :

« Bien là, moi, je suis témoin de Jéhovah maintenant puis chaque matin, bien je pars puis je vais faire de la prédication. Ça, ça m'aide beaucoup. Je n'ai pas de travail rémunéré, mais je fais ça, et on m'en demande jamais plus que ce que je peux donner » (Participant 3).

« L'activité la plus importante pour moi en ce moment? Bien c'est le *cee-bee*. [...] Bien c'est qu'on a un petit groupe, on a formé un petit groupe là, puis on parle ensemble. On parle comme que je te disais là. Là parce que tu as des thèmes que tu abordes quand ils discutent [...] » (Participant 5).

Pour d'autres participants, les activités pratiquées sont moins spécifiques, mais tout aussi nécessaires pour eux. Ils se plaisent à faire du vélo, de la pêche, de la chasse, des balades en voiture, de l'écriture, prendre un café entre amis, et se regrouper entre amis

pour écouter les parties de hockey. Notamment, le bénévolat est, pour certains participants, une fonction pratiquée avec intérêt depuis plusieurs années. Même qu'un participant en particulier mentionne que le bénévolat qu'il fait : « [...] est comme un travail, mais c'est comme bénévole » (Participant 5).

Toutes ces activités sociales ou même les activités pratiquées de façon plus solitaire ont une utilité bien spécifique dans la vie des participants. Ces activités ont un effet apaisant et leur procurent du plaisir. Ils ressentent un sentiment de confiance et d'appartenance à un groupe. D'ailleurs, le participant 5 parle de ce que ses activités apportent dans sa vie :

« Ça m'apporte du plaisir, je suis fier, parce que je ne parle pas rien qu'au Canada, je parle dans d'autres pays. Puis je suis fier d'apprendre un autre langage. [...] Moi, si mettons, bien stressé, j'allume mon *cee-bee*, puis j'écoute le monde qu'est-ce qu'il dit, ça me relaxe, ça me dé-stresse. Puis si mettons ils parlent que c'est vrai que je suis intéressé, je peux m'impliquer. Il n'y a pas de pré-jugement. Puis t'sais on est respecté. Nous autres, notre club on a ... On te respecte [...] j'ai un lien avec d'autres personnes ».

Pour un autre participant, être membre chez les témoins de Jéhovah est essentiel. En effet, pour lui, c'est une question de survie. Il a le sentiment d'être dans un milieu où il peut vivre et se sentir lui-même :

« Ouais, fait que ça... Puis ça m'a aidé pas mal ça. J'ai quelque chose à faire. J'ai quelque chose que ... un but dans la vie. Fais que c'est pas mal le fun. [...] Ça me fait du bien, t'sais... J'ai l'impression maintenant de vivre. Parce que ... T'sais c'est ça, ça me fait revivre tout simplement. [...] J'ai l'impression d'être à ma place » (Participant 3).

Sans compter que pour lui, cesser cette activité serait : « Un gros *down*. Là c'est parce que là, je perdrais... Ça serait un gros deuil à faire » (Participant 3). La participante 10, quant à elle, s'exclame en parlant des impacts que son atelier d'écriture a sur sa vie : « Oh, ça m'apporte une grande satisfaction, un grand bien-être, un plaisir fou, puis un désir d'aller encore plus loin dans ça ». Le participant 9 qualifie l'arrêt de ses activités au sein de la programmation du Boulev'art comme angoissant et cela créerait un « trou noir ».

Toutefois, le participant 4 explique que les activités qu'il fait en ce moment, tel que la randonnée dans le bois, le jogging et le billard, ont un rôle positif sur sa vie et que s'il ne pouvait plus participer à l'une d'entre elles, il en ferait une autre. Finalement pour lui l'important est de faire quelque chose pour s'occuper.

La participante 10 suggère d'adapter les activités sociales à ses propres aspirations et non pas aux idées préconçues au sujet des personnes vieillissantes, notamment au niveau de leurs capacités cognitives, physiques ou sociales. À cet égard, la participante 10 dit : « Fais que les petits vieux sont de plus en plus vieux. Ok. Donc des trucs un peu plus adaptés pour les styles de vie maintenant des petits vieux ».

5.3.5. Emploi

L'emploi peut être à la fois un facteur de conversion individuel et social pour les participants. En effet, malgré qu'il apporte des bénéfices marqués, le PSMSP propre à chaque participant peut venir influencer de façon négative l'emploi qu'il détient, mais l'emploi vient également nuire au PSMSP du participant. Ainsi, dans les deux cas, le marché de l'emploi n'est pas adapté aux personnes qui vivent avec un PSMSP.

La majorité des participants ont eu plusieurs emplois, dans plusieurs domaines différents. Ils ont travaillé en restauration, en usine de métal, dans un moulin à scie et dans une mine, dans le domaine de la menuiserie, de la vente et de la vente d'assurance. Un participant a donné des cours de conduite, une autre participante a travaillé dans un musée, un autre a travaillé dans une station-service et par la suite a démarré sa propre entreprise. Un participant est électricien de formation et une autre participante a été une partie de sa vie propriétaire de commerce. De plus, certains travaillaient à deux endroits à la fois.

Bien que les participants aient des expériences variées en emploi, cela n'empêche pas qu'ils se font offrir des emplois et des salaires qui ne sont pas encourageants, ce qui nuit au développement de leurs capacités puisque les participants décident de rester sur l'aide sociale, même dans le contexte d'un programme de retour en emploi. Un participant nous en a fait part :

« Oui, bien j'ai travaillé avant, mais on dirait que je retombe en bas de l'échelle quand je commence un emploi » (Participant 7).

« J'ai eu de l'aide de l'Envol, pour le retour à l'emploi. Ils m'ont bien aidé, puis quand j'ai quitté mon emploi, ils m'ont aidé à embarquer sur l'aide sociale pour avoir mon chômage » (Participant 7).

Également, les participants nomment que les changements fréquents d'emploi sont liés au PSMSP. Le participant 3 mentionne :

« J'ai travaillé un an sur deux, un an sur trois, j'ai fait beaucoup de différents jobs. Pensant toujours... Des fois, je changeais de carrière pour dire : « Bien c'est ça, qui me rend à filer mal. ». Puis tu veux travailler... c'est difficile garder un emploi en ayant une santé mentale qui est orageuse un peu, qui est... T'sais ce n'est pas facile ». (Participant 3)

De plus, ils soutiennent qu'il n'est pas évident de garder un emploi quand la santé mentale est fragile et lorsque vient le moment d'obtenir un nouvel emploi, la tâche n'est pas plus évidente. En fait, ils se voient refuser des emplois en raison de commérage entre employeurs, ainsi ils vivent de la stigmatisation. Lors de l'embauche, les personnes sont discriminées, ce qui freine le développement des capacités parce que la difficulté à se trouver un emploi n'est pas que reliée aux symptômes du PSMSP. Le participant 5 en fait l'illustration :

« Puis après ça, j'ai été pour aller me chercher d'autres jobs, mais là, eux autres, ça parle hein! Puis, il fait une dépression puis il a des troubles de mémoire. Il ne faut pas lui donner tout le temps trop d'affaires, parce qu'il ne peut pas le faire. Puis c'est oublié ça » (Participant 5).

De ce fait, l'emploi vient nuire au développement des capacités des participants, ce qui peut venir accentuer le PSMSP et ainsi engendrer des effets nuisibles sur l'emploi de la personne. Effectivement, les participants soulignent que souvent, ce fût lors des périodes où ils étaient en emploi que les difficultés au niveau de la santé mentale surgissaient ou qu'ils vivaient une rechute. Le participant 3 exprime qu'il ne se soucie plus de la rechute depuis qu'il a accepté qu'il ne retournerait pas sur le marché de l'emploi :

« Bien maintenant j'ai mis une croix sur les emplois rémunérés. Fais que ça, ça ne me casse plus... [...] Parce que à chaque fois que je travaillais, je tombais malade après un bout de temps, je m'appauvrisais énormément, parce que des fois, je n'allais pas tout de suite à l'aide sociale et ainsi de suite. Ça enlève une grosse pression. Parce que décider ça que tu travaillerais plus, c'est ... C'est faire un deuil, t'sais parce que travailler c'est le fun » (Participant 3).

Pour un participant en particulier, son expérience en emploi est venue nuire, selon lui, à dix ans de sa vie. En effet, en entrevue, il met en évidence le combat avec son ex-employeur qu'il a dû mener pour obtenir justice pour un épuisement professionnel et qu'il devra travailler sur les répercussions que cela lui a occasionné :

« C'est ça, j'ai eu comme, ça m'a resté un goût amer. J'ai jamais voulu retravailler après ça pour un employeur en me disant c'est quoi qui va être la différence [...] il va me rester encore à revenir avec le psychologue et me concentrer sur le problème d'emploi que j'ai eu, le bobo que j'ai eu de me faire taper sur la tête [...] » (Participant 6).

Donc, pour lui, l'emploi n'est présentement pas une option puisqu'il vit avec une peur et un manque de confiance envers le système d'aide du gouvernement, mais également envers le système de santé. Ainsi, le développement de ses capacités est affecté par l'expérience en emploi et par tout le processus de reconnaissance de son épuisement professionnel.

Cependant, certains participants disent ne pas pouvoir parler de l'effet que l'emploi a eu sur eux en lien avec la difficulté de santé mentale, puisqu'ils manifestent ne pas avoir été en état de se rendre compte de ce qu'il se passait. À cet effet, les participants 3 et 5 s'expriment : « Je ne le sais pas, parce que quand je n'étais plus en emploi, c'est parce que j'étais rendu bien malade, fait que je ne m'en rendais plus compte » (Participant 3)

« Je ne peux pas dire que j'ai eu des problèmes pour ça [effet de l'emploi], parce que quand je travaillais, euh... Je n'étais pas conscient que c'était une dépression. Je n'étais pas conscient. T'sais je ne me voyais pas aller, puis je ne voyais pas mon

caractère. Ça, ce n'était conscient, c'est que quand j'ai vu le médecin c'est là, j'ai réalisé que c'était de même » (Participant 5).

Aujourd'hui, l'ensemble des participants qui occupent un emploi ou ceux qui ont tenté de retourner en emploi, le font avec des horaires à temps partiel. Ils expriment qu'ils sont en mesure de reconnaître leurs limites, ce qui est favorable au développement de leurs capacités. Les participants 3 et 7 énoncent :

« Si tu perds un an parce que tu es malade, bien n'essaie pas de le regagner. Repars de là, mais n'essaie pas de... Si c'est perdu, c'est perdu. Parce qu'à un moment donné, on a des limites hein! Puis ce n'est pas vrai parce qu'on a arrêté un an de temps, qu'on a un an d'énergie en réserve » (Participant 3).

« Oui, j'ai fait 7 ans ici dans la shop, en menuiserie, puis là je travaille par exemple, en boutique 8 heures par mois. Je reste dans mes limites » (Participant 7).

Les tâches et responsabilités que l'emploi de la boutique des Artisans offre aux participants sont bénéfiques. En effet, accueillir et expliquer aux clients la mission de l'organisme, faire payer les achats, compter la caisse, nettoyer et placer les articles, et fermer la boutique sont des fonctions et implications qui font vivre des réussites aux participants qui y travaillent. Ils sont enthousiastes lorsqu'ils parlent du sentiment qu'ils ressentent quand ils étaient ou lorsqu'ils sont en emploi. En effet, un sentiment de fierté et de confiance en soi est ressenti par la majorité des participants. De plus, l'emploi vient contribuer à briser l'isolement et les participants ont un sentiment d'être inclus dans un groupe :

« Ça m'apporte une fierté, puis une responsabilité, puis ça nous apporte de dire au monde c'est quoi la santé mentale, qu'est-ce qu'une personne fait dans une santé mentale. Puis bien du monde, il y a du monde qui disent : « Ah! oui! Moi, ma sœur, elle est de même! Puis toi, tu saurais-tu c'est quoi, qu'est-ce qui peut être causé ça? » (Participant 5).

« Bien c'est sûr, je suis fier de moi là. Bien c'est sûr ça aide un peu, ça met du gaz dans le char. Mais ouais, c'est plutôt ça m'aide à sortir, puis il y a un intervenant là, puis il y avait des intervenants

là quand j'ai commencé, ils travaillaient avec moi. Fais que c'est l'insertion » (Participant 7).

L'aspect monétaire est aussi évoqué. Ils font surtout référence à l'indépendance financière de pouvoir dépenser dans des loisirs ainsi que de pouvoir payer le loyer sans inquiétude. Le participant 5 en fait part :

« Au moins, si tu travailles tu as une fierté, tu paies ton loyer, tu paies... Si tu veux avoir, mettons, aller manger au restaurant, puis tu as de l'argent pour aller manger au restaurant. Des affaires de mêmes, t'sais. Tandis que quand tu ne travailles pas rien, tu es plus restreint, tu as un chèque puis c'est pour le mois, puis ... Il ne faut pas que tu fasses de folie... » (Participant 5).

Le sentiment d'accomplissement, le sentiment de détenir une responsabilité et la vie sociale qui en découlent sont tous des éléments qui ont interpellé les participants lorsqu'ils étaient actifs sur le marché de l'emploi. En ce qui a trait aux participants qui travaillent présentement au Boulev'art et à la boutique des Artisans, ils aiment l'ambiance de travail et ressentent une fierté de participer à la prévention de la santé mentale à travers leur emploi auprès de l'organisme communautaire :

« Ben le financier est important, il faut vivre, mais moi c'était l'accomplissement, à chaque chose que tu faisais, quand tu finissais ta journée, tu avais un sentiment d'accomplissement que tu avais fait quelque chose, tu avais fini quelque chose, tu avais commencé quelque chose et tu avais fini quelque chose » (Participant 9).

« Ben la mission première de la boutique c'est vraiment de promouvoir la santé mentale, fait que quand les gens rentrent, je me sens bien à l'aise de « connaissez-vous la place ? », au début j'étais gauche un peu, je faisais ça tout croche, mais je m'en viens bonne » (Participant 10).

L'emploi joue un rôle positif dans la vie de la participante 2. En effet, elle a le sentiment de se redécouvrir et sent qu'elle s'ouvre et développe d'autres aspects de ses capacités, tels que son côté créatif. Elle enseigne aussi à son fils qu'il doit choisir un emploi qu'il aime et pas seulement pour une question d'argent, ce qu'elle a également réalisé :

« C'est un côté de moi que je découvre, que je redécouvre, car avant je travaillais en administration, je touche à différents volets, le volet créatif, pour la première fois de ma vie je ne suis plus centrée autant sur l'argent. Je réalise que j'ai soudain une vie à vivre, je dis à mon gars de choisir une job qu'il va aimer et pas juste pour l'argent [...] » (Participante 2).

Toutefois, la participante 2 ressent aussi des effets moins positifs quant à l'emploi qu'elle occupe auprès de l'organisme en santé mentale le Boulev'art. Un sentiment de honte l'habite envers le rôle qu'elle peut porter auprès de l'organisme. À cet effet, elle mentionne :

« J'ai quand même encore la honte [...] Moi dans ce temps-là je faisais juste travailler à la boutique et c'est en santé mentale [...] c'est normal qu'ils veuillent poser des questions, et de la manière dont elle parlait j'avais envie de lui dire j'ai tu l'air folle. Je trouve ça plus facile de dire que j'ai une colite ulcéreuse que de dire de l'anxiété, et pourtant, pis dépression ben regarde, tout le monde peut en souffrir » (Participante 2).

5.3.6. Stigmate

Aux yeux des participants, certains termes associés au « problème de santé mentale » évoquent une appréhension et leur font ressentir des émotions négatives. Les termes « fou » et « folle » sont ceux qui ont le plus été nommés par les participants comme étant des mots péjoratifs pour les définir, mais on retrouve également : « [...] dangereux, sauté, malade, mais c'est l'intonation, la connotation, qui est vue différent d'une maladie physique » (Participante 2).

« Ouais, il est arriéré, il n'est pas tout là. Toutes sortes de niaiseries là, t'sais le monde est ... Il y en a du monde qui sont ignorants, ils ne savent pas de quoi qu'ils parlent, puis il faut qu'ils disent le mot, puis ils trouvent tout le temps le mauvais mot [...] » (Participant 5).

« Ben c'est justement ça, les termes de... Ils utilisent le ok ben lui il est sauté ben raide, il est pas là » (Participant 9).

Pour une participante, c'est la terminologie du « diagnostic » lui-même qui vient l'affecter. À vrai dire, la participante 2 relate que les termes utilisés pour parler du PSMSP ont une importance. Elle rapporte que lorsqu'elle était jeune, elle avait été étiquetée « la fille de la folle du village » parce que sa mère souffrait de problème de santé mentale. Elle affirme ne pas aimer le terme « diagnostic » parce que ça appose effectivement une étiquette. Ainsi, elle fait mention :

« J'aime ton affaire toi, difficulté, j'aime ça. Même si quand on a été diagnostiqué en santé mentale, je vois ça très négatif. Je sais pas si c'est à cause de ce que j'ai vécu dans mon enfance, car moi-même je le vois négatif, mais quand on dit santé mentale, je trouve que c'est vu comme, même maladie mentale [...] » (Participante 2).

Les participants nous ont mentionné qu'au courant de leur vie, ils ont été confrontés à plusieurs situations stigmatisantes. En effet, les préjugés vécus par les participants sont venus les affecter dans plusieurs sphères de leur vie. À titre d'illustration, le participant 3 exprime ressentir des préjugés en lien avec ses difficultés de santé mentale, cela, uniquement lorsqu'il n'est pas en situation d'emploi : « Je ne le sais pas moi, je n'ai jamais senti personnellement le préjugé. Juste quand tu arrêtes de travailler, c'est là que le préjugé arrive ». Pour cet autre participant :

« Ouais, ouais, mais c'est que le monde, la société n'est pas assez informés, bien c'est affaire de même, t'sais comme moi, puis les autres ils mettent... Ils ont comme un logo dans le front, puis ils leur mettent « santé mentale » des fous. Mais il y en a des personnes qui sont ici, elles sont bien plus intelligentes que moi, puis d'autres, il y en a d'autres, t'sais je veux dire, c'est juste qu'ils ont eu des problèmes dans leur vie qu'ils n'ont pas pu régler puis là, c'est sorti comme ça » (Participant 5).

La majorité des participants est en accord pour dire qu'ils ont vu une différence sur les regards venant de l'entourage lorsqu'ils étaient sur le marché de l'emploi. En effet, la perception des gens de leur milieu serait davantage positive à leur égard. La participante 2 l'exprime en disant que son fils a une meilleure image d'elle parce qu'elle travaille : « Oui beaucoup, mon fils, euh, maman travaille » (Participante 2). Un participant ajoute lorsque nous lui demandons comment les gens le perçoivent lorsqu'il est en emploi :

« En général, très satisfait, même que c'est ma force, quand j'avais mon entreprise à chaque fois on parlait de moi et j'avais la job, « lui il est super bon, prend le », c'était trop facile » (Participant 6). Toutefois, certains d'entre eux vivent difficilement avec l'image qu'ils peuvent renvoyer aux gens de leur entourage lorsqu'ils ne sont pas détenteurs d'un emploi. Trois participants s'expriment :

« Dès fois c'est dur de tout le temps se justifier, expliquer, surtout comment le monde me voit moi. Négatif j'ai l'impression. Il y en a peut-être que non, comme ma meilleure amie et une autre amie ici, depuis que j'ai commencé à venir au Boulev'art ils me disent qu'ils sont fiers de moi, mais ceux que je voyais avant, c'est négatif » (Participant 2).

« Ah! Je le sais. Il y a du monde qui pense que je suis chez nous, puis que je suis assis à ne rien faire. Il y en a du monde qui me dise : « Ah! Tu peux faire ça! Tu ne travailles pas! Tu ne fais rien! ». « Vient prendre ma place, toi, tu vas voir » (Participant 5).

« Bien des fois les autres, ils peuvent dire je suis lâche, t'sais. Je suis corpulent un peu, j'ai l'air fort puis tout. Des fois, ils peuvent dire : « Ah! Il est lâche, il ne veut pas, ça ne lui tente pas. Il ne veut rien savoir. ». T'sais il veut tout avoir cuit dans la bouche. Mais ce n'est pas vrai » (Participant 7).

Le participant 5 s'exprime sur l'idée qu'une personne ne doit pas informer l'employeur de son problème de santé mentale, puisque celui-ci aura des préjugés exagérés, ce qui conduira la demande d'emploi directement dans la poubelle :

« Je n'en ai jamais parlé, parce que ça, tu dis à un employeur que tu as des problèmes de santé mentale, panique! Tu n'es pas sorti de la porte, la dame panique. T'sais ta santé mentale, on ne le sait pas s'il va arriver avec un *gun* dans la place, il va tirer tout le monde. On ne sait pas s'il va prendre une machine puis il va casser, on ne le sait pas. Santé mentale, ils voient tout au pire. Tout au pire! Fait que c'est le moins... détonne le moins... qu'il faut que tu ailles utiliser si tu vas faire une recherche d'emploi ou bien non dans ton curriculum vitae, tu ne marques pas « problème de santé mentale ». Tu es sûr que ça s'en va dans la poubelle » (Participant 5).

Par ailleurs, le participant 9 nomme qu'il n'aborde pas le sujet de sa santé mentale en contexte d'emploi et avec les gens qui ne font pas partie de son entourage proche, il affirme que les préjugés sont plus forts que le changement qui peut être fait :

« À cause des préjugés, parce que tu sais automatiquement que tu vas en avoir des préjugés, la société est faite de même. Même que je pense, que même si on fait des études, qu'on s'aide à changer, changer le monde je pense que ça va prendre plusieurs générations avant que ça change » (Participant 9).

Pour certains des participants, les préjugés se sont fait sentir de la part des professionnels de la santé. En effet, certaines personnes auraient de la difficulté à croire que les personnes puissent vivre avec des difficultés de santé mentale parce qu'elles avaient bonne apparence. Le participant 8 dit : « Il y a mon psychiatre, il m'a lancé plusieurs fois avec ça, car il disait que j'avais une belle parure, j'étais en santé, il voyait pas que j'avais ce trouble-là ». Le participant 8 démontre qu'il a également intégré ce concept d'apparence de non-malade, mais cela vient nuire à son estime de soi :

« Mon apparence elle camoufle ça si tu me vois sur le chemin. Mais dès fois je parle avec du monde de mon quartier, quand ils voient une personne passer et qu'ils commencent à critiquer, ah lui c'est une maladie mentale, ils me sortent des affaires, et là je le regarde et je parle pas, mais là il vient de m'attaquer, car je veux pas lui dire que j'en fais partie, veux veux pas, pas parce que je le veux, mais parce que ma santé elle me permettait pas de pas être là. Mais en même temps je peux comprendre qu'ils disent ça de même, car ils l'ont pas vécu et ils comprennent pas » (Participant 8).

Quant à la participante 10, son médecin banalisait son sentiment de mal-être et ne prenait pas ses appels à l'aide au sérieux :

« [...] mon médecin il banalisait ce que je lui disais. Je lui disais sérieux je sais pas si je vais passer l'hiver, parce que j'ai des idées suicidaires ben fortes, « ben oui tu vas passer l'hiver » ».

De plus, quelques participants racontent avoir eux-mêmes des préjugés envers les personnes qui vivent avec un problème de santé mentale. Le participant 6 affirme avoir

déjà lui-même stigmatisé d'autres personnes en lien avec leurs difficultés de santé mentale: « C'est parce que dès fois ça peut être stigmatisé, moi-même je l'ai fait » (Participant 6). Le même participant catégorise les problèmes de santé mentale et minimise la lourdeur des difficultés des gens qui fréquentent le Boulev'art, il exprime :

« C'est parce que dès fois on voit le côté de santé mentale comme... Comment je pourrais dire, tout l'ensemble. Mais en réalité la santé mentale, ce que je me suis aperçu en venant ici, c'est que la santé mentale touche beaucoup plus sur la dépression que sur la vraie santé mentale dans toute son ampleur. La maladie de Tourette, les personnes en Alzheimer, c'est pas ça ici, moi je sens plus que c'est des gens qui ont eu des parcours comme moi difficiles dans leur vie, c'est beaucoup plus sur la dépression [...] Parce qu'à Saint-André c'est plus lourd, les maladies de Tourette, des bipolaires, ça demandent plus d'intervenants, et d'intervention, ici en bas c'est calme, le monde crie pas » (Participant 6).

La stigmatisation est un obstacle important au développement des capacités. En effet, de façon individuelle, les personnes vivent des situations stigmatisantes et ces mêmes personnes intègrent le vocabulaire et le stigmate associé. Elles sont donc aussi socialisées à intégrer les préjugés. Ils ne veulent pas être identifiés aux autres qui pourraient avoir un « vrai » problème de santé mentale, c'est-à-dire plus sévère. Ainsi, la stigmatisation est renforcée. D'ailleurs, le participant 9 rapporte avoir entendu beaucoup plus de préjugés venant de personnes qui vivaient avec une difficulté de santé mentale que de personne qui selon lui en avait pas : « Ben disons que j'en ai plus entendu de personnes en santé mentale que des personnes qui étaient pas en santé mentale » (Participant 9).

La participante 2 évoque qu'elle a aussi des préjugés, et qu'elle sent que les gens qui viennent acheter les pièces d'art ne sont pas sans préjugé :

« Il y en a souvent qui vont venir à la boutique, et ils vont dire qu'ils viennent encourager, mais pour être honnête moi-même j'ai des préjugés. Dernièrement les personnes schizophréniques que j'avais côtoyées elles me faisaient peur, et je me dis ah moi aussi j'ai des préjugés, mais si moi-même j'en ai » (Participante 2).

Un participant relate ne pas apprécier les étiquettes qui peuvent être mises sur les gens qui vivent avec un problème de santé mentale. Cependant, il dit avoir un problème de santé mentale, mais ne pas apprécier être identifié par la même étiquette que les gens avec un problème de santé mentale plus lourd, ainsi il associe que l'organisme est un endroit qui accueille des personnes qui vivent avec un problème de santé mentale, alors tout le monde a un problème sévère, ce qui le dérange. Il explique :

« Ça, c'est une bâtisse de santé mentale, puis ils mettent avec les personnes qui sont vraiment en gros trouble de santé mentale. Ici, il y a toutes les sortes, t'sais. Mais c'est ça l'inconvénient, que le monde mette trop de portraits ... là, c'est des portraits de moi, puis le monde qu'il y a ici, ils les mettent tous dans le même paquet, puis ce n'est pas vrai partout. Tu peux... Comme il y a des intervenants, qui se ramassent ici, puis ils sont en bas, puis ils se promènent parmi le monde. Ils ont de la misère à différencier qui est affectée de ça, de la santé mentale. Puis qui, qui est intervenant. Ils disent, quand j'ai commencé, je ne savais pas ... Comme je ne sais pas si c'est un intervenant ou bien c'est un participant, parce que ce n'est pas marqué dans le front! » (Participant 5).

Ceci contribue à accentuer la stigmatisation entre les personnes qui ont un problème de santé mentale et à nuire au développement des capacités en venant affecter l'estime de soi des participants. D'ailleurs, certains d'entre eux déclarent ne pas se voir au même niveau que les autres personnes de leur entourage. Ceci les empêche de prendre leur place comme personne sociale dans leur milieu de vie. La peur de ne pas être accepté et d'être jugé est bien présente. À cet effet, un participant commente :

« Bien je n'ai pas de place pour moi dans la société, j'ai une certaine crainte de reprendre ma place. J'ai peur de ne pas... d'être jugé, j'ai peur de ne pas être accepté. J'ai peur d'avoir peur » (Participant 7).

De plus, les participants ont dans leur entourage des personnes qui sont jugeantes envers les organismes qu'ils fréquentent. Par exemple, la participante 1 parle de sa fille qui parle du Boulev'art : « Ouais... a pense c'est toute du monde (signe de fou avec

ses mains) ». Un autre participant parle de l'image qu'a l'organisme communautaire pour plusieurs de ses proches :

« Mais t'sais c'est ces préjugés, les préjugés c'est ça, c'est tout ça qui fait bien mal. Comme ici il y a bien du monde qui ne veulent pas qu'ils mettent une pancarte Le Boulev'art, parce que si quelqu'un, un de ses amis le voit rentrer ici, puis ils vont dire : « C'est un fou, il est fou, il s'en va là » (Participant 5).

Donc, l'organisme lui-même peut être stigmatisant pour les personnes qui le fréquentent.

Le participant 7 a eu, au cours de sa vie, des démêlés avec la justice, il a donc aujourd'hui un dossier judiciaire. Il affirme qu'il est tout de même plus difficile de vivre avec un dossier médical qui démontre un problème de santé mentale parce que la discrimination qu'il vit lorsqu'il cherche un emploi est plus forte que celle qu'il peut vivre envers son dossier judiciaire. Pour le participant 7, l'impact d'avoir un dossier médical est plus important, ce qui nuit à son employabilité, à son estime de soi, mais aussi aux rêves et désirs qu'il peut avoir :

« Disons que je n'ai pas filé pendant plusieurs années, surtout au début [...] bien à un moment donné, j'ai péty les vitres du truck à mon frère, je ne filais pas pantoute. Fait qu'il m'a amené au poste puis en tout cas, j'ai passé en cour, il fallait que je paie les vitres. Puis t'sais ça, ça me fait de quoi, avoir un dossier judiciaire. Ça, je le sais que je peux l'effacer. Mais le dossier médical ne s'efface pas. Bien pas effacé, mais t'sais ... Parce que si tu vas voir certains emplois, tu es discriminé. T'sais il y a de la discrimination. Ou ce n'est pas accepté pantoute. Puis si tu veux adopter un enfant, comme moi, à l'âge que je suis rendu, je n'aurai pas des enfants, je pense. Je suis rendu presque à 50 ans. Fait qu'adopter un enfant comme que chose a dit l'autre soir, il avait de la misère à cause que lui, il était en santé mentale. T'sais je ne trouve pas ça correct. T'sais je ne trouve pas ça correct pantoute, pantoute, pantoute » (Participant 7).

Pour les participants, le choix de parler ouvertement ou non de leurs difficultés de santé mentale a un impact sur le développement de leurs capacités. En fait, c'est surtout

lorsque le milieu de vie est propice aux échanges mutuels et où les participants se sentent en confiance qu'il n'y aura pas d'effet négatif d'afficher leurs difficultés de santé mentale. Ainsi, le soutien d'un organisme, de l'entourage ou du milieu professionnel protège en quelque sorte la personne du sentiment de préjugé et du stigmaté associé. La personne peut alors se sentir libre de parler de sa situation de santé mentale. Dans ces conditions, le dévoilement du stigmaté précède également un certain lâcher-prise du regard des autres sur sa situation de santé mentale. Cependant, il est pertinent de se questionner sur la raison du dévoilement du stigmaté. Est-ce que cela correspond à un réel lâcher-prise ou à une acceptation de la situation? Est-ce qu'elle se plie encore aux normes parce qu'elle est épuisée de se cacher du stigmaté ? En ce sens, certains mentionnent qu'avec les années qui passent, la perception des autres est moins importante, sans nier qu'ils doivent travailler à ne pas être affectés. D'ailleurs, le participant 4 dit : « C'est moins difficile, mais j'ai encore un travail à faire là-dessus ». Il dit également qu'il commence à accepter ce qu'il est et donc, ce que les gens peuvent penser de lui.

Dans le même ordre d'idée, certains participants ont accepté qu'ils ne soient pas en mesure de contrôler l'opinion des autres. Ceci favorise le développement des capacités puisque les personnes ne se sentent pas affectées par l'opinion des autres et choisissent ainsi de parler librement de leurs problèmes de santé mentale autant à leur entourage que dans un contexte professionnel. Le participant 5 dit : « Moi, je vais te dire bien franchement, avant ça [les préjugés] me faisaient de quoi, mais asteure, ça ne me fait plus rien. Parce que si eux autres ils ont l'opinion à eux autres ». La participante 10 mentionne alors qu'elle s'octroie la liberté de parler de sa santé mentale en sachant que peut-être son ouverture ne conviendra pas à la personne qui l'écoute :

« Absolument, moi je passe une entrevue pour un emploi et on aborde le sujet ne serait-ce que légèrement, je vais m'ouvrir là-dessus, vraiment, et si à cause de ça il ne veut pas m'engager, ben tant pis, mais moi je vais m'ouvrir à ça c'est sûr et certain, oui, puis quand il vient des clients, des clients à la boutique, je leur parle de ça aussi, je parle pas de moi, mais je leur laisse savoir que moi aussi je suis participante. Je ne leur raconte pas mon histoire » (Participante 10).

Afin de diminuer la stigmatisation reliée aux problèmes de santé mentale, le participant 5 propose de faire davantage de prévention en parlant de ce qu'est la maladie mentale, que ça peut toucher tout le monde, ainsi que de faire plus de documentaires pour informer les gens :

« Que c'est que je pourrais améliorer, c'est d'avoir plus de kiosques sur la santé mentale, sur la dépression, sur les maladies mentales. Pour que le monde comprenne, c'est quoi ... T'sais une dépression et tout ça. Tu peux être... Regarde on ne nommera pas de nom, rien, il y a un docteur qui est mort. Il s'est pendu! T'sais il n'y a pas personne qui est à l'épreuve de ça. Ça peut être un docteur, ça peut être un prêtre, ça peut être un avocat, ça peut être n'importe qui. Il y a bien... Il n'y a pas personne qui est à l'épreuve de ça. T'sais faire comme... Les personnes concernées, faire des kiosques sur la santé mentale, faire des documentaires sur la santé mentale. Comme il y en a un, cette semaine, je pense que c'était au Centre des congrès qu'il a été parlé sur la santé mentale. Avoir plus d'affaires de même. Que le monde peut plus être informé c'est quoi » (Participant 5).

5.3.7. Relations interpersonnelles

Les participants de notre recherche ont été confrontés à vivre des relations interpersonnelles plutôt complexes. Au niveau des relations avec leur famille, les participants identifient le PSMSP comme le facteur qui est venu nuire aux relations qu'ils entretenaient avec celle-ci. Donc, à première vue, les relations interpersonnelles font référence aux facteurs de conversion individuels, mais les relations qu'ont les participants influencent le soutien et la vie sociale qu'ils peuvent avoir. En effet, ils affirment qu'ils ne se sont pas sentis soutenus par leur entourage et qu'il ne comprenait pas ce qu'ils vivaient : « Je m'excuse, dès fois c'est dur, et le monde comprennent pas même s'ils t'aiment » (Participante 2). Même si certains participants disent qu'ils étaient, à une certaine époque, des personnes plus difficiles à vivre, ils éprouvent des remords : « Ouais, mais j'étais pesant un peu là... T'sais je n'étais pas méchant, mais j'étais pesant » (Participant 7). Un autre participant cite : « [...] Moi j'ai passé un 2, 3 ans que j'étais invivable. Ça, je le sais, t'sais... » (Participant 3).

De plus, un participant révèle que les relations familiales sont difficiles parce que les gens ne comprennent pas ce que c'est de vivre avec un problème de santé mentale. Il s'exprime : « Ils [sa famille] ne comprenaient pas, c'est quoi une dépression. Quelqu'un qui fait une dépression, qui est dépressif, ils ne comprennent pas c'est quoi » (Participant 5). Un autre participant s'exprime dans le même sens, il s'est senti abandonné par ses proches :

« Oui, mais la famille, disons, qu'elle ne comprend pas tout le temps. T'sais... tu fais une dépression majeure, puis tu fais un attentat de suicide, tu n'as pas une cenne dans les poches. Tu es à l'hôpital puis pas personne ne vient te voir. T'aider à tes besoins. Ça, j'ai trouvé ça raide un peu, c'était comme « Arrange-toi! Puis... » » (Participant 7).

Alors, l'incompréhension et le manque de connaissances sur la santé mentale de la famille sont venus nuire au développement des capacités des participants, puisque ceux-ci ont manqué de soutien psychologique et monétaire de leur famille. D'autres participants ne voient que peu ou pas les membres de leur famille : « Bin on se parle peut-être une fois par année pis *that's it* ou j'ai pas compté peut-être moins, mais peut-être c'est mieux de même » (Participante 1). Un participant ajoute : « [...] tu prends comme ma famille c'est complètement à terre. Je ne vois plus mes enfants, mes petits-enfants, je ne vois plus mon père ni ma mère. Ma mère aussi souffre d'une maladie mentale » (Participant 3). Sans compter que la perte de contact est encore difficile pour plusieurs : « [...] ça te laisse des marques sur le cœur » (Participante 1).

Ainsi, selon les participants pour lesquels les liens familiaux ont été brisés, les comportements qui émanent du PSMSP seraient la cause des pertes de contact. Chez la participante 2, les comportements causés par le PSMSP ont contribué à briser les liens, par contre c'est elle qui s'éloigne de sa famille parce que les symptômes sont trop présents et l'empêchent de fonctionner : « Oui, je m'ennuie beaucoup et je passe Noël toute seule parce que quand ils veulent que je couche là, je peux pas coucher ailleurs. [...] Ben je m'ennuie, mais l'anxiété fait que c'est comme contradictoire » (Participante 2). D'autant plus que pour un participant, c'est lui qui a restreint les contacts parce qu'il ne se sentait

pas appuyé et trouvait les relations trop négatives sur sa vie. « Non j'ai *slaqué* à un moment donné parce qu'ils m'ont jamais aidé à faire quoi que ce soit [...] » (Participant 4).

En ce qui a trait aux relations amicales, la plupart des participants entretiennent des relations avec des personnes qui vivent également des difficultés de santé mentale. Cela peut nuire au développement des capacités, car ils se retrouvent à vivre étroitement avec les difficultés des autres. Toutefois, cela peut avoir également un effet favorable sur le développement de leurs capacités parce qu'ils sont plus à l'aise de s'exprimer sur leur situation de santé mentale avec des personnes qui vivent aussi avec une difficulté de santé mentale et peuvent se soutenir entre eux. Un participant dit :

« Les seules personnes que j'avais, c'était des personnes qui étaient comme moi. J'avais pas des amis qui n'avaient pas de problèmes de santé parce que j'ai eu une blonde, mais elle avait le même problème que moi [...] » (Participant 4).

La participante 1 trouve que les relations amicales ne sont pas évidentes. Elle soutient qu'elle se sent souvent jugée par les autres femmes. Elle s'exprime en disant « Bin c'est dur de trouver des bonnes amies aujourd'hui » (Participante 1). Elle côtoie les personnes du Boulev'art, mais décide souvent de s'occuper seule.

À propos des relations amoureuses, les participants sont plus discrets. En effet, ils signalent qu'ils ont vécu un divorce ou une séparation durant les moments les plus difficiles reliés aux PSMSP. Pour ceux qui sont toujours en couple, les relations sont plutôt tendues lorsque vient la discussion concernant leurs problématiques de santé mentale. Ils nomment que le conjoint ou la conjointe ne comprend pas leur situation, mais que ceux-ci sont tout de même en mesure de les supporter du mieux qu'ils le peuvent. Un participant sent que son entourage, et particulièrement sa femme, tirait avantage de sa condition difficile, c'est-à-dire que sa femme semblait prendre plaisir à prendre soin de lui. Ainsi, cela a nui au développement de ses capacités puisqu'il ne se sentait pas encouragé positivement et sentait que sa femme l'aimait mieux malade. À cet effet :

« Puis tu prends comme ma femme, on dirait qu'elle était plus heureuse quand j'étais malade que quand j'étais en santé, quand je travaillais. On dirait que quand j'étais malade elle avait... [...] Je ne sais pas ça rehaussait son ego quand elle prenait soin de moi.

C'est ça que je me demande, parce que quand ça allait bien, il y avait des frictions, puis quand ça allait mal, il y avait moins de frictions, puis elle prenait soin de moi puis tout ça. Puis je ne le sais pas. Je lui en ai déjà parlé, mais je n'ai pas eu de réponse » (Participant 3).

Hormis de ce sujet, les participants rapportent que leur relation de couple vont bien.

Pour le participant 9, les relations amicales sont plus difficiles, mais il voit sa situation de façon positive parce qu'il affirme avoir fait un ménage dans son cercle d'amis. Il a compris que certains d'entre eux n'étaient pas là pour lui, mais pour ses biens. Il mentionne que ce changement a été positif: « [...] ça a été très positif tant qu'à moi » (Participant 9).

De plus, ce même participant vit une situation complètement différente avec sa famille. En effet, il affirme :

« Moi euh... Dans dans dans, dans la famille proche, nous autres, dès fois j'en parle et ils trouvent ça ben ben extraordinaire, moi je trouve pas ça extraordinaire, moi je trouve ça normal. C'est dans la famille proche, on est ben ben proche et c'est de l'entraide, que ce soit en santé mentale, une personne qui est gay, une personne transsexuelle, un noir, un blanc... » (Participant 9).

Ainsi, l'ouverture d'esprit de sa famille concernant sa situation de santé mentale a eu un impact positif sur sa vie. En effet, la proximité de la relation avec sa famille est venue offrir un soutien important au participant et a donc favorisé le développement de ses capacités.

5.3.8. Qualité de vie

Il est important pour nous de saisir ce que qualité de vie signifie pour les participants rencontrés et s'ils sont satisfaits de leur vie actuelle. En effet, cela nous aidera à comprendre si les ressources disponibles sont en mesure d'être converties en opportunité ou, au contraire, savoir si les ressources sont manquantes ou mal distribuées chez les personnes.

De ce fait, pour la majorité des participants, avoir une qualité de vie se rapporte à l'épanouissement d'une vie sociale. Le participant 3 nomme que d'avoir rejoint les Témoins de Jéhovah : « [ça lui] a amené une vie sociale extraordinaire ». Le participant 6 explique qu'une qualité de vie : « [...] c'est avoir une vie sociale et professionnelle qui est excellente autant que personnelle, pour moi ça commence avant tout là ».

Pour les participants, avoir une qualité de vie signifie aussi se sentir inclus dans la communauté en tant que personne à part entière, c'est-à-dire d'avoir une reconnaissance en tant que personne. La participante 10 indique : « [que] d'être respectée, de sentir que j'ai ma place, que moi aussi je suis une personne, ben tout le monde a leurs activités [...] » est ce qui importe pour elle. Pour le participant 7, une qualité de vie : « c'est reprendre ma place dans la société, faire des belles actions ».

En plus d'une vie sociale active, certains participants exposent l'importance d'avoir la liberté de choix dans la façon de mener leur vie sociale. En effet, ils ont un sentiment d'être limités dans les activités qu'ils peuvent faire. Le participant 5 utilise le terme « confortable » pour parler d'une qualité de vie, et ce, sans avoir d'inquiétudes lorsque vient le temps de faire des sorties :

« T'sais être confortable, si tu veux... Mettons aller ... Mettons au parc, au Méga parc, tu veux aller au parc Méga. On part puis on va au parc Méga. On n'a pas la crainte que tu avais là, on aurait pu la mettre à part d'autres qu'on avait besoin. Là on prend cet argent-là, peut-être, l'auto aurait besoin de réparations, bien cet argent-là, on aurait pu le mettre sur l'auto pour la réparer. Mais pas avoir l'inquiétude de ça » (Participant 5).

Pour les participants 2, 5 et 9, la qualité de vie est définie par les besoins de base. Ils décrivent :

« L'argent, c'est une des grosses sources d'anxiété que j'ai, d'être capable de payer le bill, d'avoir du manger, un toit, tout est relié à l'argent » (Participante 2).

« Une vie de qualité pour moi, c'est comme avoir du manger sur la table, avoir un toit, puis être confortable [...] » (Participant 5).

« [...] avoir des bons soins médicaux, c'est un bonheur, on n'en a pas toujours besoin, mais si on en a besoin il faut qu'ils soient là.

Euh... Puis euh... La santé. La santé. Si tu n'as pas la santé, tu ne peux pas avoir rien du reste » (Participant 9).

Un participant estime qu'il n'y a pas que les ressources financières pour avoir la qualité de vie qu'il désire, il déclare :

« Dans la vie, il faut que tu aies des buts, que tu sois capable de les atteindre. Ton emploi, c'est déjà un but, puis c'est un but puis un moyen en même temps pour accomplir ce que tu veux accomplir dans la vie. Si tu veux aller faire un voyage, bien ça te prend un emploi qui est raisonnablement payant. Puis là bien tu te mets de l'argent de côté pour aller faire un voyage. C'est ça qui... En tout cas, moi, ce que j'ai remarqué quand tu n'as pu d'argent, bien tout coûte de l'argent. Ce n'est pas facile. Tout coûte de l'argent, mais tu es vraiment restreint, fais que c'est difficile d'avoir des buts puis de dire : « Bien là, je vais faire une vie pleine et entière avec rien » » (Participant 3).

Toutefois, le participant nomme qu'avant tout, il doit avoir des personnes qui l'entourent pour pouvoir profiter de la qualité de vie telle qu'il la décrit. D'ailleurs, il estime qu'il a les ressources psychologiques pour accéder à une qualité de vie. En ce sens, il tente de développer une qualité de vie qui n'est pas basée seulement sur l'aspect financier. Il note qu'il l'obtient avec l'aide de son réseau de soutien chez les Témoins Jéhovah. Ainsi, pour lui, la vie sociale surpasse « la vie sans argent » et favorise le développement de ses capacités (Participant 3). Le soutien de l'entourage, de la famille ou d'un organisme communautaire est un facteur déterminant de qualité de vie pour plusieurs des participants. De ce fait, le participant 6 évoque : « Je te dirais le support social, familial, l'entourage, le support surtout, pas se sentir abandonné, ce qui est mon gros problème ». De plus, il souligne qu'il apprécie le support qu'il obtient à l'organisme le Boulev'art, que cela contribue à sa qualité de vie : « [...] je sais que je suis soutenu ici, je connais ici, il y a quand même le soutien, s'il y a quelque chose je sais qu'ils seront là, et c'est agréable [...] » (Participant 6). Dans le même ordre d'idée, pour les participants 8 et 9, la famille est tout ce qui compte. Alors, leur satisfaction quant à leur qualité de vie est directement liée au bien-être de leur famille.

Hormis, un seul participant (9) nomme que l'emploi est un élément qui fait partie de sa définition d'une qualité de vie et qu'ainsi, l'emploi viendrait augmenter son sentiment de bien-être.

Quelques participants soulèvent des éléments qui entravent l'atteinte de la qualité de vie à laquelle ils aspirent. Effectivement, pour certains, la pauvreté qu'ils vivent est un facteur qui peut empêcher plusieurs possibilités. Ils dénoncent que la faible augmentation des prestations d'aide sociale et les coupures dans le domaine de la santé et des services sociaux les amènent en situation de précarité. De ce fait, le participant 6 dit : « L'aide sociale, elle augmente pas, donc plus que ça s'en va, plus que les gens comme moi ils atteignent la pauvreté [...] ».

Quand nous demandons à la participante 2 ce qui l'empêche d'atteindre la qualité de vie qu'elle désire, c'est-à-dire, une vie sans inquiétude monétaire, elle est claire : « les coupures, c'est les conditions, c'est beaucoup ça ». Ensuite, elle désigne aspirer à : « Un emploi que j'aime, d'être bien dans ma peau, la santé, mon fils en santé, c'est sûr », mais que l'anxiété qu'elle vit en lien avec le manque d'argent est plus présent.

De ce fait, les difficultés reliées à la santé mentale sont un autre facteur qui gêne l'atteinte de la qualité de vie des participants. À vrai dire, le participant 7 nomme que ce qui l'empêche d'avoir une qualité de vie présentement est : « Bien tout qu'est-ce que j'ai vécu, j'ai peur de ... D'avoir un échec ». Il mentionne également qu'il lui faudrait, pour être épanouie, trouver un « équilibre au niveau de la santé mentale [que] c'est le démarreur de tout ça. » (Participant 7).

5.4. Facteurs de conversion environnementaux

Dans cette section, nous allons présenter les résultats d'analyse des facteurs de conversion environnementaux. Les facteurs de conversion environnementaux sont les caractéristiques environnementales qui gravitent autour de la personne. Ainsi, les infrastructures disponibles, les emplois disponibles, l'accommodement à l'emploi et le milieu de vie sont tous des facteurs environnementaux ayant eu un impact favorable ou défavorable sur les capacités des participants en termes d'inclusion sociale par l'emploi.

5.4.1. Infrastructure disponible

Selon plusieurs participants qui habitent d'un côté de la ville de Buckingham, le transport est un problème venant les incommoder. En effet, le transport est plus difficile d'accès et nuit à certains de leurs déplacements. Le participant 5 s'exclame :

« Imagine-toi, nous autres on habite juste de l'autre bord d'ici, du village, il n'y a pas d'autobus, il fallait qu'elle se rende jusqu'ici à l'hôpital prendre l'autobus là, aux frettes. Puis là, envoie par-là ».

La participante 1 explique que pour se rendre à son travail, elle devait faire de l'autostop. Elle dit : « je faisais du pouce pour aller travailler ».

Contrairement aux autres participants vivant plus près des services centraux de la ville, le transport en commun est plus facile d'accès et, pour certains, la marche ou le vélo est l'option de choix pour leur situation. De plus, la participante 10 mentionne que maintenant qu'elle est déménagée l'autre côté du pont, elle se rapproche des services qu'elle utilise (hôpital, CLSC et le Boulev'art) : « [...] donc c'est à 5 minutes d'ici, même pas, en 4, 5 minutes je suis rendue ». Certains des participants évoquent le choix d'être déménagé dans le secteur Buckingham pour se rapprocher des services en santé mentale auxquels ils bénéficient.

5.4.2. Emploi disponible

À l'opposé du thème précédent, les participants n'ont pas choisi la ville de Buckingham comme milieu de vie pour obtenir un emploi. À vrai dire, un participant commente :

« Buckingham ? Non. C'est une ville âgée. Il fut un temps où il n'y avait rien, mais aujourd'hui il y a tellement de postes ouverts, au contraire, moi, j'ai l'impression que c'est pas les postes qui manquent, mais c'est la complexité des jobs, il y a plus d'emploi aujourd'hui, mais c'est une personne qui fait l'emploi de 4, donc il y a beaucoup de postes, mais c'est tous des postes où tu fais des dépressions. Tu cours et tu cours, il me semble c'est pas

accueillant, dans mon cas à moi ça me tente pas d'être pogné là »
(Participant 6).

Pour un autre participant, il y a beaucoup d'emplois disponibles, toutefois, ces emplois sont selon lui « des petits emplois », c'est-à-dire, un emploi en épicerie, en restauration rapide ou en magasin à grande surface. Certains participants soutiennent cependant qu'il y a des obstacles à certains emplois. En effet, le participant 9 identifie la santé mentale comme obstacle :

« Pour les personnes en santé mentale ? Ben c'est quoi la différence ? Parce que ça dépend, on va prendre en santé mentale à quel degré de santé mentale tu parles, quelle sorte d'emploi que c'est, comment dangereux que c'est. De là, c'est une réponse à quelque part, il faut que tu saches user de ton bon jugement, sans euh dire ok la personne peut pas faire l'ouvrage, mais ça peut être dangereux quand même » (Participant 9).

5.4.3. Accommodement à l'emploi

Comme évoqué plus haut, certains participants mentionnent ne pas être en mesure de retourner vers l'emploi. La peur de la rechute est, pour certains, la raison de ce non-retour. De ce fait, la charge et les responsabilités de l'emploi sont des facteurs qui contribuent à la crainte vécue par les participants. Or, la pression qu'ils peuvent vivre de l'employeur concernant l'efficacité est aussi une contrainte à l'emploi. Un participant dit que s'il retournait en emploi, ce serait : « [...] à mon compte à moi. J'y pense souvent, mais quand j'y pense, c'est tout le stress, j'angoisse, si je flanche je fais quoi ? » (Participant 8). Ainsi, pour certains participants, le seul fait d'avoir abordé ce sujet a eu un effet anxiogène : « [...] je sais pas, tu vois tu me demandes ça et je ressens beaucoup d'anxiété » (Participant 2).

Chez l'ensemble des participants qui détiennent un emploi par l'entremise du Boulev'art, l'accommodement entre l'emploi et leur PSMSP est adapté. À cet égard, le fait de pouvoir s'absenter du travail sans conséquence, la flexibilité des heures de travail et l'ambiance non stressante sont des éléments qui contribuent au maintien de leur emploi et au plaisir de le maintenir.

5.4.4. Milieu de vie

De façon générale, les participants sont satisfaits du milieu de vie duquel ils font partie. Plusieurs mentionnent aimer leur maison ou appartement. La participante 2 en nomme l'importance : « J'ai un bel appartement, ça influence beaucoup, euh... d'avoir un endroit comme ici, ça m'apporte, grâce à ici je sors de chez nous ». De plus, pour le participant 6, un « milieu de vie » signifie la ville d'accueil, ainsi : « depuis que je suis ici, car justement ils m'ont aidé, ça a brisé l'isolement, ça m'a beaucoup aidé ». Dans le même ordre d'idée, certains participants évoquent que l'intérêt de s'installer dans le secteur de Buckingham est le calme et la vie moins stressante. Effectivement, la rapidité et la plus grande population des villes urbaines ont été, pour eux, des facteurs décisifs.

5.5. Synthèse des résultats

Les objectifs de cette recherche visaient à comprendre comment l'accès à l'emploi peut améliorer l'inclusion sociale des personnes qui vivent avec un PSMSP au Québec. Tandis que l'approche par les capacités est notre fondement d'analyse, nous désirons explorer davantage comment et à quelles conditions l'accès à l'emploi peut renforcer les capacités des personnes qui vivent avec un PSMSP. La présentation des résultats repose sur les trois facteurs de conversion décrits dans l'approche par les capacités présentées par Sen (1992). Ainsi, toutes caractéristiques individuelles, tout contexte social et toutes particularités environnementales viennent favoriser et/ou nuire au développement des capacités de la personne qui vit avec un PSMSP. Les résultats issus des entrevues effectuées auprès des 10 personnes vivant avec un PSMSP ont permis de nous éclairer concernant l'inclusion sociale par l'emploi. De plus, ces entrevues nous ont permis de mieux comprendre leur parcours de vie et de mieux saisir les situations qui ont pu les mener non seulement à leurs difficultés de santé mentale, mais également, ce qui a contribué à accentuer ces difficultés.

De façon globale, la réflexion individuelle que les participants ont sur leur situation démontre un cheminement et une lucidité importants quant aux épreuves et aux étapes parcourues dans leur vie. Effectivement, la prise en charge tardive de la difficulté de santé mentale, l'acceptation et le soutien en lien avec le PSMSP sont venus influencer leur

sentiment d'inclusion sociale, que ce soit par l'emploi, par leur vie sociale ou par l'image qu'ils ont d'eux-mêmes. Pour ces personnes, l'accompagnement dans leurs réalités individuelles, sociales et environnementales afin de comprendre leur propre situation aurait pu changer positivement l'ensemble de leurs capacités.

L'âge est un facteur de conversion de nature à la fois individuelle, sociale et environnementale. En effet, d'un côté, l'âge vient offrir une certaine sagesse dans la compréhension de leur propre situation et une grande expérience de vie. Toutefois, le vieillissement amène de l'inquiétude pour leur avenir. Les opportunités offertes dans la communauté en ce qui a trait à l'emploi, le soutien des familles et les activités sociales sont des secteurs où les services ne sont pas adaptés à leurs désirs et leurs besoins. Ceci qui démontre un vaste problème au niveau des structures sociales et administratives. Les participants illustrent, en nommant leurs expériences vécues avec l'ensemble des services reçus, que les structures sociales sont problématiques. Cependant, ils ont l'impression que le PSMSP est l'obstacle, ils s'approprient donc le problème. Parmi les problématiques au niveau des structures sociales, on retrouve par exemple les services de retour en emploi peu variés et l'aide gouvernementale peu empathique et inadaptée à la réalité économique. On retrouve aussi les services en psychiatrie axés sur le rétablissement, c'est-à-dire l'absence de problème, plutôt que de considérer la personne dans son entièreté en tant qu'individu qui a des intérêts et des aspirations. Ainsi, ils ont dû faire un cheminement sur la perception qu'ils ont d'eux-mêmes après avoir vécu plusieurs situations difficiles ayant affecté leur qualité de vie et leur l'estime de soi; consommation abusive d'alcool et de drogue, échecs amoureux et professionnels, problèmes familiaux et hospitalisations répétées. Les intervenants du milieu communautaire et en CLSC œuvrant en santé mentale offrent une aide qui vient faire la différence quant au développement et au renforcement des capacités des participants. Ceux-ci se sentent écoutés, non jugés et ils apprécient la continuité de services qu'ils reçoivent.

La vie sociale des participants est également bien remplie, même si l'aspect monétaire vient freiner les opportunités, il n'en reste pas moins qu'ils ont les activités sociales au cœur de leurs priorités. Le contact avec l'autre est important et ils vont le combler de différentes façons. Les activités sociales présentes au centre communautaire

du Boulev'art sont centrales dans leur vie, mais plusieurs s'adonnent à des activités dans d'autres cercles sociaux. Les participants nous ont partagé qu'il était, pour eux, plus important d'avoir une vie sociale que d'avoir une vie professionnelle. En ce sens, nous constatons que l'emploi chez les participants peut favoriser et défavoriser à la fois le sentiment d'inclusion sociale. En effet, à travers les discours recueillis, nous pouvons comprendre que la sphère sociale prend une place de choix chez la majorité des participants. Même si, pour certains, l'espoir de retrouver un jour l'indépendance suffisante pour reprendre un emploi reste présent, ils aspirent aujourd'hui à un certain équilibre de vie et de bien-être, et, pour ce faire, l'acceptation de ne pas concentrer leurs efforts à retourner en emploi fait partie de leurs réalités. Ainsi, cette acceptation est reliée principalement à l'âge de la personne, la crainte de la rechute, l'anxiété de revivre des événements vécus dans le passé et l'état actuel de sa santé. La majorité trouve une satisfaction plus valorisante dans la vie sociale qu'ils ont réussi à se créer et à maintenir.

La stigmatisation et la discrimination vécues dans l'ensemble de leur parcours de vie sont venues nuire aux capacités des participants. Même s'ils ont vécu des préjugés dans leur vie sociale, dans leurs relations familiales et dans les milieux professionnels auprès des institutions de soin en santé mentale, c'est lorsqu'ils n'avaient pas d'emploi qu'ils ont connu le plus de situations stigmatisantes. En effet, tout ce qui entoure l'étiquette de « malade » est également venu nuire à l'image que les gens ont d'eux-mêmes. Au contraire, certaines personnes, tant de l'entourage que des professionnels de la santé, n'ont pas pris leur situation au sérieux en banalisant leurs sentiments puisqu'ils ne démontraient pas physiquement de problème, c'est-à-dire qu'ils avaient bonne apparence. Donc, ils devaient se justifier et démontrer leurs difficultés. De plus, les préjugés stigmatisants et discriminants reçus par les participants ont aussi été véhiculés par ceux-ci. En effet, les participants mentionnent qu'ils ont des préjugés envers les personnes qui ont des problèmes de santé mentale et ne veulent pas être associées à des gens qui sont catégorisés comme étant plus sévères. La stigmatisation est fortement intégrée à leur mode de vie, ce qui nuit au développement des capacités en venant renforcer les préjugés. Les organismes communautaires en santé mentale, dans ce cas-ci le Boulev'art, peuvent aussi renforcer le sentiment stigmatisant chez les participants. Ils mentionnent en effet que leur entourage a une mauvaise impression de l'endroit, étiqueté

de place de « fous », ce qui amène un dilemme pour les participants de divulguer ou pas le problème de santé mentale aux gens qu'ils côtoient. L'ouverture à la problématique de santé mentale est nécessaire au dévoilement pour les participants. Lorsqu'ils se sentent en confiance, écoutés et non jugés, ils sont plus à l'aise de parler de ce qu'ils vivent. La peur du rejet est également présente, et ce, autant auprès de leurs relations personnelles, sociales que professionnelles.

Le soutien social est un facteur de conversion primordial et pourtant trop absent chez les participants. Les relations satisfaisantes avec la famille représentent l'aspect le plus manquant chez l'ensemble des participants. Le manque de soutien par leur entourage a été et est encore une situation qui vient faire obstacle au développement des capacités des participants. L'incompréhension des problématiques de santé mentale chez les familles en serait la cause première, ce qui a mené à des pertes de contact ou des liens fragilisés. En ce sens, les relations des participants sont principalement auprès de gens qui vivent également des problèmes de santé mentale, ce qui est à la fois bénéfique et défavorable. En fait, pour certains, les relations sont plus simples puisqu'ils se sentent plus à l'aise avec des gens qui les comprennent, mais d'autres vivent ses relations plus difficilement car ils doivent composer avec la problématique de l'autre.

De plus, l'emplacement de la ville a des aspects positifs et négatifs. À vrai dire, le calme de la ville rurale est apaisant et les participants s'y sentent généralement plus à l'aise. Les services de santé mentale et communautaires qu'ils fréquentent sont également à proximité. Toutefois, les opportunités d'emploi et d'activité sont moins présentes, ce qui crée un stress, devant ainsi se déplacer vers les villes urbaines. Par ailleurs, les déplacements en transport en commun posent problème pour les participants qui habitent d'un côté de la ville. Quoi qu'il en soit, pour la majorité, la ville de Buckingham comme milieu de vie est un choix éclairé.

En somme, pour la majorité d'entre eux, les participants sont en mesure de nommer clairement leurs besoins et d'évoquer les éléments qui viendraient favoriser leurs capacités afin d'augmenter leur qualité de vie et d'accroître leur sentiment d'inclusion sociale. De surcroît, les participants nous ont démontré qu'ils avaient une capacité exceptionnelle de surmonter leur situation de vie difficile. En effet, l'atteinte d'un

équilibre de vie est difficile et même s'ils aujourd'hui doivent composer avec des séquelles, des conséquences et des difficultés de la vie quotidienne, ils réussissent à apprécier la vie et à continuer d'espérer mieux.

6. DISCUSSION

Avec la richesse de nos résultats, nous avons l'opportunité d'aborder plusieurs sujets dans cette discussion. Quatre sujets issus des résultats ont particulièrement retenu notre attention. Ainsi, nous discuterons de l'emploi et sa structure, de la stigmatisation, de l'opinion subjective et de la reconnaissance de la parole des personnes qui vivent avec un PSMSP et du soutien social. Notre recherche permet de comprendre que l'emploi n'est pas le facteur le plus significatif qui vient favoriser l'inclusion sociale. En effet, la structure de l'emploi n'est pas adaptée pour des personnes qui vivent avec d'importantes difficultés de santé mentale. Ainsi, nos résultats démontrent que le sentiment d'inclusion sociale est davantage favorisé par la vie sociale.

6.1. L'emploi et sa structure

Notre étude démontre que les personnes qui vivent avec un PSMSP ont le sentiment que le problème de santé mentale est la cause des obstacles à l'embauche et au maintien de l'emploi. En fait, ils se sentent responsables des difficultés qu'ils éprouvent dans la sphère de l'emploi. Dans la littérature, c'est souvent de cette façon que le problème est apporté au premier abord. Vézina (2002) le présente ainsi, puisqu'il définit le PSMSP comme un problème qui vient affecter, entre autres, la sphère de l'emploi. Fortin et al. (2020) vont dans le même sens en disant que le problème de santé mentale grave est associé à des difficultés variables dans l'accomplissement fonctionnel de l'emploi.

Au premier regard, nous pouvons croire que les symptômes du problème de santé mentale sont en cause. En réalité, il s'agit de la structure, des modalités et des exigences de l'emploi qui ne sont pas adaptées pour permettre aux personnes qui vivent avec un PSMSP de s'épanouir et de s'accomplir dans un emploi, malgré les contraintes des symptômes vécus. Cependant, l'emploi est majoritairement construit en fonction de paramètres établis par des gens sans problème de santé mentale grave et persistant. Il n'est donc pas étonnant que le taux d'employabilité et de rétention soit faible. Brouwers (2020)

soutient aussi que les personnes qui vivent avec un PSMSP font souvent face à trop d'obstacles, alors que les bienfaits de l'emploi sur l'inclusion sociale sont bien connus.

Toutefois, il est également vrai que l'emploi a un impact négatif sur le PSMSP. Ainsi, notre étude montre que, pour certains, il est mieux de préserver leur santé mentale et d'éviter le retour en emploi. Fleury et al. (2018) vont même jusqu'à dire que le PSMSP influence de façon négative le niveau de la qualité de vie. Ainsi, à quel point l'environnement n'est-il pas adapté à certaines populations de la communauté? Dans nos résultats, l'emploi a démontré un effet positif à l'inclusion sociale. Cependant, ils nous ont également appris qu'il pouvait freiner l'inclusion sociale de certaines personnes qui vivent avec un PSMSP en les privant d'un emploi qui répond à leurs besoins. Parmi nos participants, nous retrouvons tout de même des réussites en termes de sentiment d'inclusion sociale par l'emploi. En effet, là où l'emploi offre une structure adaptée en termes de milieu, d'horaire, de tâches et de responsabilités, les limites individuelles de la personne sont mieux respectées, ce qui se traduit par un meilleur maintien en emploi. Levaux et al. (2009) confirment qu'il est nécessaire d'identifier le processus cognitif employé dans les activités professionnelles des personnes vivant avec un PSMSP afin d'offrir des stratégies de compensation adaptées à ces dernières. Zanon et Merceron (2017), quant à eux, ajoutent qu'il est dangereux de se limiter à un modèle qui évalue seulement l'impact cognitif puisqu'il se rapproche davantage au modèle médical. Ainsi, il est bénéfique d'accueillir l'aspect social afin de comprendre l'interaction avec les différents obstacles ou facteurs venant favoriser l'inclusion par l'emploi (Zanon & Merceron, 2017). Nos résultats viennent ajouter une composante importante. Ils démontrent que l'emploi vient effectivement combler un besoin d'inclusion, toutefois la participation sociale et l'accomplissement d'activités sociales permettent un plus grand sentiment d'inclusion sociale chez nos participants. Comme le mentionne Parr (2008) dans Elstad et Eide (2017), utiliser l'inclusion sociale seulement comme tremplin pour atteindre un emploi régulier pourrait nuire aux possibilités qu'auraient certaines personnes d'améliorer leur vie. L'emploi ne serait donc pas la panacée de l'inclusion. Alors, est-ce qu'on cherche dans la mauvaise direction? Pour quelle raison veut-t-on à tout prix que les personnes qui vivent avec un PSMSP aient un emploi régulier? Pourquoi a-t-on l'impression qu'ils ont besoin de travailler pour se sentir inclus dans la communauté?

Selon nos participants, être en emploi ou tenter d'en obtenir un est source d'obstacles qui laisse un impact négatif sur leur qualité de vie. Les avantages d'une inclusion sociale ne devraient, en aucun cas, surpasser les besoins de relations sociales dans un contexte de participation sociale. concluent Elstad et Eide (2017). En effet, Parr (2008) ajoute que de concevoir l'inclusion sociale sous un seul angle, soit par l'emploi, peut nuire à l'accomplissement des personnes à travers des contextes de relations humaines où les bénéfices sur les personnes sont plus importants qu'un emploi.

Notre recherche a également fait ressortir des résultats non attendus. En effet, le programme de solidarité sociale est un service conçu pour les personnes qui vivent des contraintes sévères à l'emploi (Provencher, 2017). Toutefois, nous constatons que ce programme n'est pas adapté à ses destinataires. Nos résultats démontrent que les personnes qui bénéficient du programme de solidarité sociale sont limitées par des barèmes peu flexibles, ce qui nuit à leurs opportunités. Par exemple, dès qu'ils vont intégrer un emploi, la prestation sera diminuée, ce qui fait en sorte qu'ils demeurent avec un revenu moindre. Cela veut finalement dire qu'une personne n'est pas en mesure d'amasser des économies afin d'augmenter sa qualité de vie en raison de l'ajustement de sa prestation. Le problème est qu'il y a absence de demi-mesure dans l'évaluation. En effet, la notion de contraintes sévères à l'emploi est déterminée par l'expertise médicale, ce qui signifie que l'évaluation ne permet pas de mesurer le degré, ni le niveau de capacité et d'incapacité de la personne (Provencher, 2017). Comme Provencher (2017) l'explique, une personne qui est jugée complètement apte à l'emploi n'est pas, par cette évaluation, nécessairement apte à maintenir un emploi. Les données de notre recherche nous indiquent que l'inverse est également vrai. En fait, ce n'est pas parce qu'une personne est déclarée inapte à l'emploi qu'elle l'est totalement. Ainsi, la personne devrait avoir l'option de maintenir une sécurité économique à travers la prestation et d'avoir à la fois la possibilité de garder un emploi, quel que soit son statut.

Notre étude a illustré un résultat inquiétant et, à notre sens, inacceptable. En effet, les participants qui reçoivent la prestation du programme de solidarité sociale mentionnent être incapables de maintenir une qualité de vie raisonnable, c'est-à-dire d'avoir un loisir ou d'aller au restaurant. Certains ont de la difficulté à subvenir à leurs besoins de base,

soit se nourrir ou se déplacer pour un rendez-vous médical. Ceci est une situation aberrante en considérant que, comme le mentionnent Fougeyrollas et al. (2008), les programmes publics sont accessibles à tous, ainsi, les personnes vivant avec des incapacités et leurs proches devraient recevoir une aide financière suffisante. Par contre, en raison du manque de financement des organismes et des programmes, les besoins des personnes ne sont pas adéquatement répondus. De plus, ces mêmes auteurs expriment que l'accès aux compensations dépend de l'incapacité de la personne, ce qui amène une personne déjà en besoin financier vers une situation de pauvreté plus importante. Nos résultats vont également en ce sens lorsque les participants mentionnent ne pas pouvoir se sortir de leur « misère ». Selon les auteurs, ce manque d'aide financière accentuerait de façon importante les impacts négatifs sur la santé mentale (Fougeyrollas et al., 2008).

6.2. La stigmatisation

La stigmatisation que subissent les participants est multiple et influence plusieurs sphères de leur vie. L'endroit où il est difficile d'envisager qu'une personne puisse vivre de la stigmatisation est lorsqu'elle est en recherche d'aide. Or, cette stigmatisation peut également avoir lieu par l'entremise du personnel médical.

D'un côté, les résultats démontrent une bonne satisfaction concernant les services généraux obtenus de leur médecin de famille et les participants maintiennent une bonne relation avec eux, ce qui va dans le même sens que Karazivan, Leclair et Andres (2017). Toutefois, selon les participants, les médecins de famille auraient tendance à être moins attentifs aux problématiques liés à la santé mentale. Les médecins de famille vont plutôt référer à un professionnel en santé mentale (psychologue, psychiatre ou travailleuse sociale). Nous pourrions nous demander alors pourquoi le suivi ne pourrait pas être fait avec le médecin de famille? D'autant plus que c'est l'intervenant qui entretient une relation avec ses patients à plus long terme (Karazivan et al., 2017). Les résultats de la recherche de Karazivan et al. (2017) viennent expliquer les raisons d'une référence rapide de la part des médecins omnipraticiens lorsque la cause est de nature psychologique. D'une part, les médecins omnipraticiens mentionnent qu'ils se voient devant une impasse thérapeutique. D'autre part, le médecin doit de façon fréquente redéfinir son rôle en

fonction des autres intervenants qui passent dans la vie de la personne (Karazivan et al., 2017). Nos résultats sont clairs, cette situation dérange les participants et complexifie le suivi puisqu'ils doivent recommencer avec un autre professionnel, et souvent plus d'un. En plus, les participants mentionnent se sentir plus à l'aise avec leurs médecins de famille. Fleury et al. (2018) viennent appuyer ce résultat. De plus, la fragmentation des services en santé mentale est un obstacle à l'accès et à la continuité de service lorsque les personnes reviennent en communauté à la suite d'une hospitalisation.

D'un autre côté, l'expérience avec les services obtenus des psychiatres est plus difficile. Les participants se sentent souvent jugés, dénigrés et incompris, c'est-à-dire qu'ils ne sentent pas qu'ils ont un suivi venant répondre à leurs besoins. Yuan et al. (2017) concluent dans leur recherche que les professionnels en santé mentale peuvent être effectivement vecteurs d'attitudes stigmatisantes envers les personnes qui ont des difficultés de santé mentale. Selon une étude menée par Loch et al. (2013), chez les psychiatres, plusieurs ont des préjugés, des stéréotypes et font preuve d'une distance sociale envers les PSMSP. Nordt et al. (2006) ajoutent que le psychiatre serait le professionnel qui avait le plus de stéréotypes négatifs envers les personnes vivant avec une difficulté de santé mentale. C'est un résultat étonnant, mais on peut imaginer à quel point la stigmatisation envers la santé mentale est forte et prédomine lorsqu'on constate les résultats d'une étude autre menée par Ebsworth et Foster (2017). En fait, ils ont révélé que les professionnels qui travaillaient auprès des personnes qui vivent avec un problème de santé mentale subiraient de la stigmatisation par association à leurs clientèles. L'opinion publique, les médias et les films où l'on retrouve des psychiatres influenceraient les professionnels dans la façon qu'ils interagissent avec leurs clientèles. Ce résultat se lie directement avec l'un de nos résultats. En effet, les participants nomment eux-mêmes qu'ils entretiennent des préjugés envers eux et les autres qui vivent avec une difficulté de santé mentale. L'influence des médias, l'expérience négative de la stigmatisation vécue et l'image de la santé mentale qui leur sont projetées teintent leurs opinions et la façon dont ils se perçoivent. Les participants ont mentionné vivre un malaise envers les personnes qui, selon eux, vivent des difficultés de santé mentale plus lourdes. Corrigan et al. (2009) qualifient cela d'auto-stigmatisation, c'est-à-dire que les personnes vont intérioriser les stéréotypes associés à la santé mentale. Par la suite, selon leur niveau de

connaissance et de croyance envers les stéréotypes de la maladie mentale, les personnes en feront l'application envers eux-mêmes. D'ailleurs, les participants s'approprient plusieurs stéréotypes entourant la maladie mentale. En conséquence, les personnes vivent une dévalorisation au niveau l'estime de soi et de l'efficacité. Ainsi, les personnes qui vivent avec un PSMSP peuvent éviter d'aller vers des opportunités en emploi, en logement ou en lien avec d'autres aspirations personnelles. Rose et al. (2011) et Thornicroft (2013) vont également aborder la discrimination anticipée pour expliquer que les personnes ne s'engagent pas dans des projets d'emploi. Nos résultats sont concordant avec cette idée. En effet, les participants de notre recherche ont démontré, à plusieurs reprises, qu'ils n'allaient pas vers certaines opportunités par peur de changement, d'échec ou de jugement en lien avec la difficulté de santé mentale.

D'un autre point de vue, nos résultats indiquent un changement quant à la perception que les participants ont d'eux-mêmes à travers le temps, c'est-à-dire que plus jeunes, ils étaient davantage affectés par la stigmatisation comparativement à aujourd'hui. Nous croyons que ce cheminement positif pourrait avoir un lien avec l'accompagnement en santé mentale qu'ils reçoivent depuis plusieurs années.

La stigmatisation, la discrimination et les préjugés qu'ont subis les participants de notre recherche leur ont laissé des traces négatives, notamment sur la façon dont ils entrent en contact avec les autres. Les résultats de Goffman (1968) et Teh et al. (2014) viennent appuyer ce constat. Ainsi, la divulgation du PSMSP est un résultat marquant dans notre étude. À vrai dire, nos résultats démontrent la présence d'une forte stigmatisation et discrimination à l'égard des personnes qui vivent avec un PSMSP en contexte d'emploi. En fait, les participants croient qu'il est préférable de ne pas mentionner la difficulté de santé mentale à leur employeur ou de ne pas divulguer lors de l'entrevue, au risque d'être discriminés. Plusieurs auteurs viennent, par leurs résultats, valider la crainte de nos participants. En effet, Brouwers (2020) ajoute une cohérence à nos résultats car son étude révèle la présence d'employeurs ayant des attitudes négatives, ce qui augmente le risque d'avoir un impact négatif sur le processus de dotation et sur la supervision de soutien à l'emploi. En plus, Brouwers (2020) et Biggs et al. (2010) vont ajouter que les employeurs

utilisent le profilage afin d'éviter les risques financiers et qu'ils véhiculent un grand nombre de préjugés envers les personnes qui vivent avec une difficulté de santé mentale.

6.3. L'opinion subjective et la reconnaissance de la parole des personnes qui vivent avec un PSMSP.

À travers notre recherche, nous avons mis au premier plan le point de vue des personnes et leur subjectivité car il est de notre avis qu'aucun programme ou politique sociale ne devrait être mis en place avant d'avoir obtenu et pris en compte l'opinion des personnes concernées. En effet, la forte critique que portent les participants à l'égard des différents professionnels ou programmes qui gravitent autour d'eux nous démontre que nous demandons encore que très rarement leur opinion sur leur situation, sur ce qu'ils veulent de façon subjective et individuelle (Zanon & Merceron, 2017). Ils sont rarement sollicités pour prendre la parole sur les sujets qui les concernent et s'ils le sont, le dialogue n'est souvent pas adapté en fonction des besoins ou des capacités des personnes. Force est de constater, par nos résultats, qu'on ne cherche pas réellement à obtenir leurs avis puisque dans le PASM 2015-2020 : *Faire ensemble et autrement* (Ministère de la Santé et des Services sociaux Québec, 2015), l'importance de leurs opinions est marquée, mais que très peu actualisé par le manque d'écoute et d'ouverture. L'auteur Cyr (2019) fait ce même constat, et ce, malgré la présence d'objectifs concernant la participation citoyenne dans les derniers PASM. M Clément et al. (2012) en font également cette critique pour le PASM précédent.

Dans notre étude, nous avons demandé aux participants quels changements ils aimeraient apporter afin d'améliorer leur situation dans l'ensemble des sphères de leur vie. Nos résultats font ressortir un désir chez nos participants d'être écoutés, accompagnés, et ce, sans jugement par l'ensemble des professionnels qui œuvrent auprès d'eux. Luciano et al. (2020) notent les mêmes volontés de la part des participants dans leur étude. En effet, leurs résultats démontrent que les personnes qui vivent avec un PSMSP veulent participer aux décisions cliniques qui les concernent et pouvoir donner leur opinion sur leur propre situation. D'entrée de jeu, les résultats de Carrière et al. (2010) vont dans le même sens que nos résultats. Les mères de famille qui vivent avec un problème de santé mentale évoquent la volonté d'être écoutée et qu'on donne de l'importance à leur histoire. Ainsi,

il en est de même chez les participants de notre étude, il est impossible pour eux d'être et de faire ce qu'ils désirent car non seulement on ne leur demande pas leur avis, mais on ne leur offre pas non plus l'espace et le soutien pour le faire. En réalité, nous nous situons dans un contexte où le modèle médical crée un écart entre les professionnels de la santé mentale et les personnes qui vivent réellement la situation de santé mentale, car la personne n'est pas mise au premier plan (Blais & Mulligan-Roy, 1998). À travers nos résultats, les participants ont bien démontré leur vision de l'inclusion sociale et comment ils veulent s'y prendre afin de vivre ce sentiment. Selon Rodriguez del Barrio et Poirel (2011), on retrouve effectivement une différence marquée entre la conception des services qui les favorisent et la perspective des services qu'ils reçoivent.

De plus, nos résultats nous apprennent que les participants aimeraient avoir une meilleure implication de la part de leur famille. Certains nomment que les relations sont difficiles car les membres de leur famille ne comprennent pas ce qu'ils vivent et ne sont donc pas en mesure d'offrir un soutien. Pourtant, comme l'expliquent Bland et Foster (2012), la personne et sa famille sont au centre de la compréhension de la difficulté de santé mentale. Nous croyons que le modèle médical actuel devrait être plus souple et inclusif afin d'offrir un espace pour la famille en tant que système dans l'intervention faite auprès de la personne qui vit avec le PSMSP. Cette ouverture à la subjectivité contribuerait à augmenter l'implication de la personne et de sa famille, ce qui réduirait le risque d'échec au sentiment d'inclusion sociale. Carrière et al. (2010) en font une action à considérer. En effet, il y a une responsabilité de chaque professionnel d'impliquer la famille, de la motiver et d'accompagner les membres dans leur engagement, et ce, de façon personnalisée et adaptée. Leurs résultats l'indiquent comme les nôtres l'ont également démontré, si la charge est trop grande pour la famille et qu'elle n'a pas de soutien, celle-ci démissionnera et la personne se retrouvera seule (Carrière et al., 2010). Les recommandations d'un projet de recherche québécois et le rapport de la commission de la santé mentale du Canada stipulent la nécessité d'augmenter la collaboration entre les associations familiales et les organismes communautaires qui œuvrent auprès des personnes qui vivent avec une difficulté de santé mentale et pour, par la suite, orienter les proches aidants vers les associations familiales (Bonin et al., 2014).

6.4. Le soutien social

Nos résultats révèlent que le soutien social est un facteur de protection important pour les personnes qui vivent avec un PSMSP. En effet, la notion de « soutien » revient dans l'ensemble des témoignages, et ce, dans plusieurs sphères de la vie des participants. Le soutien vient effectivement jouer un rôle important dans la perception que les participants ont de leur qualité de vie. Caron, Mercier, Martin et Stip (2005) font cette même observation. Que ce soit un soutien qui vient de l'entourage, de la famille ou d'un organisme communautaire, le support que la personne reçoit influencera le niveau de sa qualité de vie. Ribas et Lam (2010) font aussi ce constat dans leur étude, mais ils stipulent que le soutien doit être de qualité. Ce résultat vient confirmer l'une de nos observations dans notre recherche. En effet, certains des participants ont volontairement mis fin au soutien qu'ils recevaient de la part d'amis, de membres de leur famille ou encore, ils ont cessé de fréquenter un milieu social puisqu'ils considéraient que ce soutien venait nuire à leur qualité de vie.

L'Organisme communautaire le Boulev'art de la Vallée qui œuvre auprès des personnes qui vivent avec un PSMSP est selon nos résultats une source de soutien social importante. Le Boulev'art vient effectivement combler le besoin, chez participants, d'être en relation avec l'autre, de faire partie d'un milieu de vie partagé, de briser l'isolement et de transmettre le sentiment qu'ils méritent d'être aidés. Le résultat de la recherche de Rodriguez del Barrio et Poirel (2011) résume bien le résultat de notre recherche. L'un des points positifs des interventions visées par les organismes communautaires entoure le développement d'habiletés sociales. Cela amènera ainsi les personnes vers une autonomie, une participation sociale et une inclusion sociale.

De plus, nos résultats affichent un désir d'être compris par le reste de la société. En effet, pour les participants, transmettre un savoir expérientiel va de soi afin de faire diminuer la stigmatisation et la discrimination entourant la santé mentale. En effet, à travers la boutique, les Artisans du Boulev'art, les personnes qui y travaillent portent une mission éducative envers la population. Rodriguez del Barrio et Poirel (2011) évoquent dans leur étude un deuxième point positif aux interventions des organismes

communautaires, soit l'impact sur la communauté en diminuant la discrimination et les obstacles à l'inclusion sociale.

Les participants notent l'importance du sentiment d'être inclus dans la société comme marqueur de la qualité de vie. En fait, nos résultats démontrent un lien direct entre le niveau de qualité de vie qu'ils ressentent et leur sentiment d'inclusion sociale, et ce, par la vie sociale qu'ils ont. Ainsi, pour les participants, ce qui compte le plus est l'interaction avec l'autre et les activités sociales. Ce résultat fait écho dans la théorie de Sen (2012). En effet, le bien-être se réfère à l'actualisation de « capacité » ou « pouvoir d'être ou de faire » et, pour se faire, la liberté réelle des individus doit être considérée afin que ceux-ci puissent vivre leur vie comme ils l'entendent. Toutefois, comme nous l'ont démontré nos résultats, le budget déficient des participants les empêche de profiter d'une qualité de vie à laquelle ils aspirent. Même si l'aspect monétaire n'est pas un indicateur de qualité de vie, il vient jouer un rôle de « ressource » importante pour permettre aux personnes de faire et d'être ce qu'elles désirent, et d'ainsi augmenter leur qualité de vie subjective (Forsé & Parodi, 2014).

L'emploi semble être un concept paradoxal dans le domaine de la santé mentale. En effet, l'emploi nous apparaît être à la fois un facteur de soutien important ainsi qu'un facteur de risque à la rechute. Selon notre recherche, plusieurs facteurs peuvent venir expliquer ce constat. Ce qui nous a le plus interpellés dans l'analyse de nos résultats est que le mode de vie actuel cible qu'un seul modèle d'emploi auxquels les personnes qui vivent avec un PSMSP doivent se conformer. Cependant, l'inquiétude que cela engendre chez les personnes est plus importante que le désir d'avoir un emploi. Latimer et Lecomte (2002) sont sans équivoque, l'admissibilité à l'assurance médicament et aux prestations de sécurité du revenu amène plusieurs personnes à éviter un retour en emploi. Vézina (2002) va même jusqu'à mentionner le risque de rechute en cas d'essais répétés d'embauche infructueuse ou si les efforts pour maintenir un emploi sont trop grands. Les participants de notre recherche ont effectivement été confrontés à ces deux situations. Ainsi, l'emploi est devenu, chez plusieurs, une source de stress, de dépression et de faible estime de soi (Vézina, 2002).

7. CONCLUSION

La présente conclusion se divise en trois parties. D'abord, un bref résumé de la recherche sera présenté, suivi des limites et des forces de l'étude. Ensuite, les retombées pour la pratique, de même que quelques pistes pour les recherches futures, seront abordées.

7.1. Résumé de la recherche

La présente étude avait pour but d'entamer une réflexion autour de l'inclusion sociale par l'emploi chez les personnes vivant avec un PSMSP, et ce, selon leur point de vue. Ceci qui nous a amenés à nous poser les deux questions suivantes : comment l'accès à l'emploi peut améliorer l'inclusion sociale des personnes qui vivent avec un PSMSP au Québec ? Comment et à quelles conditions l'accès à l'emploi peut renforcer les capacités des personnes qui vivent avec un PSMSP ? C'est sous l'approche par les capacités de Sen (2000) que nous avons apporté des réponses à ces deux questions et que nous avons soutenu nos objectifs de recherche, soit d'identifier les facteurs de conversion individuels, sociaux et environnementaux propices à l'accès à l'emploi des personnes qui vivent avec un PSMSP, et de comprendre comment l'emploi peut favoriser le sentiment d'inclusion sociale de ces personnes.

Notre échantillon était composé de 10 participants qui fréquentent l'organisme communautaire le Boulev'art de la Vallée et qui vivent avec un problème de santé mentale sévère et persistant. Nous avons donc fait des entrevues semi-dirigées où les participants ont fait preuve d'une grande générosité en nous partageant leur vécu et leur expérience. Nous savons que, pour certains d'entre eux, il aurait pu être difficile de s'ouvrir sur des sujets qui peuvent être douloureux. Par ailleurs, les participants ont permis de valoriser la recherche en parlant de leur savoir expérientiel.

Les résultats de notre étude nous ont permis de mieux comprendre le concept de l'inclusion sociale par l'emploi, et comment et à quelles conditions l'emploi peut venir renforcer les capacités des personnes qui vivent avec un PSMSP. En fait, les résultats nous ont appris bien plus. D'un côté, effectivement l'emploi peut augmenter le sentiment d'inclusion sociale, en valorisant la personne dans l'accomplissement de son rôle autant

envers la clientèle qu'avec les collègues. De plus, l'emploi offre à la personne un sentiment d'utilité envers sa communauté et une liberté monétaire qui favorise l'indépendance financière. Ainsi, la personne peut se rapprocher de la possibilité réelle de réaliser ce qu'elle désire. Toutefois, la structure de l'emploi telle que nous la connaissons ne vient pas répondre aux besoins des personnes et nous pouvons même dire que l'emploi vient davantage nuire à leurs capacités. En effet, le stress causé par les exigences de l'emploi, la crainte du risque de rechute, le manque de flexibilité des employeurs et la stigmatisation vécue en l'emploi viennent nuire aux opportunités de la personne de vivre comme elle le désire. D'un autre côté, nous constatons la présence d'un facteur de conversion plus important encore que l'emploi. En effet, la vie sociale est, pour les participants, plus significative lorsqu'on parle d'inclusion sociale. De plus, le soutien social est le facteur de conversion qui a à la fois manqué dans la vie des participants et qui est le plus présent aujourd'hui. Le soutien social vient donc répondre à un besoin d'accompagnement ainsi qu'à certains enjeux tels que la stigmatisation.

7.2. Limites et forces de la recherche

Limites de la recherche

Ce projet de recherche comporte certaines limites qui méritent d'être évoquées, notamment au niveau de l'échantillonnage, du recrutement et de l'outil ainsi que de la collecte de données.

En effet, procéder au recrutement des participants sur une base volontaire risquait de biaiser les résultats. Ainsi, les personnes qui ont vécu des situations satisfaisantes relativement à leur sentiment d'inclusion sociale auraient pu ne pas voir l'utilité de participer à notre recherche, les résultats pourraient donc être biaisés et difficilement généralisables.

De plus, l'ensemble des participants a été recruté auprès du même organisme communautaire. Ainsi, les résultats de notre recherche seront certainement teintés par l'expérience vécue spécifiquement au Boulev'art de la Vallée. Il est alors impossible de généraliser le point de vue des participants à l'ensemble des personnes qui fréquentent un organisme communautaire en santé mentale. Cependant, cette démarche était appropriée

compte tenu de la nature de la recherche qui prend en compte l'importance des résultats lorsque nous désirons avoir le point de vue des personnes dans un contexte de subjectivité.

L'entrevue comme outil de collecte de données fut pertinente pour cette recherche. Nous avons également prévu de prendre des notes durant l'entrevue. Toutefois, pour la population cible de cette étude, ces techniques auraient pu poser problème. En effet, certains participants auraient pu ne pas avoir apprécié l'idée de se faire enregistrer ou que nous prenions des notes devant eux. À ce moment, l'entrevue aurait pu être plus ardue avec ces participants. Cela aurait également pu poser une limite quant au recrutement, puisque certaines personnes auraient pu refuser de participer pour ces raisons.

La saturation des données aurait également pu être difficile à atteindre compte tenu de ce qui précède, notamment parce que certains participants auraient pu avoir de la difficulté à exprimer leurs émotions, à parler d'eux ou à décrire des situations concernant leur vécu. Malgré les limites rencontrées pendant l'étude, nous avons présenté des solutions intègres et respectueuses afin de mener à terme ce projet de recherche.

Finalement, l'étudiante-chercheuse aurait pu elle-même constituer une limite à la recherche. En effet, elle détient une certaine connaissance du milieu de recherche et cela aurait pu occulter certains éléments devenus normalisés pour elle. De plus, sa formation en intervention sociale aurait pu démontrer une posture d'intervenante plutôt que de chercheuse. Ainsi, elle a dû être à l'affût de ces limites et utiliser la pensée réflexive afin d'éviter de nuire à la recherche ou aux participants.

Forces de la recherche

Notre recherche permet d'offrir un regard différent en mettant en perspective le point de vue des participants et en s'éloignant des modèles d'analyse traditionnels. Notre étude prend sa force dans l'approche que nous avons préconisée, soit l'approche par les capacités. En effet, cette approche est une alternative aux modes d'analyse dans le domaine de la santé mentale. Elle met de l'avant le point de vue des participants et permet de cibler les ressources qui viennent augmenter les capacités, permettant ainsi de favoriser la qualité de vie en offrant un réel choix. De plus, pour qu'une personne puisse avoir de réelles possibilités, nous devons connaître ce qu'elle désire pour mettre à sa

disposition les ressources nécessaires. Ainsi, nous avons eu la chance de rencontrer en entrevue 10 participants qui nous ont offert des récits riches en information. Effectivement, leur générosité nous a permis de mieux comprendre leurs réalités et comment renforcer certaines de leurs capacités. En effet, pour les participants, la vie sociale est centrale dans leur quotidien. Les relations interpersonnelles, le soutien social, la stigmatisation, les structures sociales et administratives font parties des facteurs de conversion sociaux qui, selon nos résultats, viennent grandement influencer les capacités des participants. Or, l'amélioration des programmes impliquant et soutenant les personnes et leur famille dans leurs difficultés viendrait prévenir l'accentuation desdites difficultés et permettrait aux familles de se soutenir et de rester unies. En ce qui a trait aux structures sociales et administratives, nos résultats démontrent clairement la présence de lacunes. Les procédures et l'approche préconisée ne sont pas adaptées à la clientèle. Ces changements permettraient d'offrir aux personnes les possibilités réelles de vivre leur vie selon leurs désirs et leurs intérêts. Une fois ce changement amorcé, il y aura effectivement une réelle possibilité d'amélioration au niveau des préjugés portés envers les personnes qui vivent avec un PSMSP.

Tel que mentionné précédemment, la proximité de l'étudiante-chercheure quant au domaine d'étude pouvait composer une limite à la recherche, mais dans le cas de notre étude, cela s'est plutôt avéré être une force. En effet, la subjectivité est à la base de notre recherche puisque nous désirions comprendre l'inclusion sociale par l'emploi à partir du point de vue des participants. Nous avions la crainte d'obtenir peu d'information en entrevue en raison des difficultés de santé mentale et des mesures de collecte de données. Nous nous sommes toutefois retrouvées avec des participants ayant une grande aisance et une ouverture à nous livrer leur récit de vie. L'étudiante-chercheure a réussi à créer un certain lien de confiance avec les participants et d'ainsi recevoir des témoignages fructueux.

7.3. Retombées pour la pratique

Notre sujet de recherche est pertinent sur le plan social et politique. En effet, les travailleurs sociaux et tout autre intervenant qui travaille auprès de personnes qui vivent avec un PSMSP, soit dans le milieu communautaire, en CLSC, en milieu hospitalier ou dans un programme de retour/maintien en emploi, pourraient bénéficier des avancées de notre recherche dans l'orientation de leurs interventions afin de mieux comprendre vers quelles capacités s'orienter pour les aider à augmenter leur sentiment d'inclusion sociale. En ce sens, si l'intervenant a une meilleure compréhension de comment renforcer les capacités, il sera plus facile pour lui de cibler les interventions adaptées et efficaces, en travaillant par exemple sur les ressources disponibles et non pas seulement sur la problématique, et ce, en fonction de ce que la personne désire. Effectivement, l'intervenant sera en mesure de considérer l'ensemble des éléments de la problématique et d'ainsi prôner une approche orientée vers les capacités de la personne plutôt qu'une approche médicale orientée sur les symptômes.

Au niveau politique, notre étude démontre qu'il y a un manque important dans les ressources disponibles. Il est impossible pour les personnes de profiter d'un réel choix lorsqu'on parle de possibilité. Également, au niveau des politiques en santé mentale, les changements devraient être davantage concrets, sur le terrain, et non pas seulement inscrits dans un PASM. On peut se questionner à savoir s'il est normal qu'à travers les différents PASM, les objectifs à atteindre soient les mêmes ? Par-dessus tout, notre recherche a offert aux personnes qui vivent avec un PSMSP une voix, un espace pour exprimer leur subjectivité et pour nommer ce qui compte réellement pour eux.

Bref, il serait intéressant d'approfondir les recherches sur les capacités dans le domaine de la santé mentale. Effectivement, notre recherche a démontré qu'il était plus que nécessaire de tenir compte du point de vue des personnes dans le but de connaître ce qui vient réellement favoriser leur sentiment d'inclusion sociale. Il suffit d'écouter leurs témoignages pour comprendre que les ressources qui leur sont offertes ne sont pas adaptées à leurs besoins, c'est-à-dire de leur donner la possibilité de vivre comme ils le désirent, et même, pour qu'ils puissent avoir une qualité de vie simplement raisonnable. Ce sont eux les experts de leur situation. Ne pas prendre en compte leurs opinions sur leur

propre situation est contre-productif. De notre point de vue, cela pourrait donner place à des vrais changements et d'ainsi réduire l'intensité des interventions des professionnels de la santé mentale auprès des personnes car certaines difficultés ou problématiques seraient moins présentes.

RÉFÉRENCES

- Alexander, S. S. (1974). Social Evaluation Through Notional Choice. *The Quarterly Journal of Economics*, 88(4), 597-624. doi: 10.2307/1881825
- Allott, P., Loganathan, L., & Fulford, K. W. M. (2003). Discovering hope for recovery: From a British perspective: A review of a selection of recovery literature, implications for practice and systems change. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 21(3), 13-34. doi: doi:10.7870/cjcmh-2002-0014
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e ?dition.). Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier Masson.
- Armstrong, F. (2001). Intégration ou inclusion ? L'évolution de l'éducation spéciale en Angleterre. *Revue française de pédagogie*, 87-96.
- Association canadienne pour la santé mentale. (2010). "La santé mentale pour tous" Fiche de renseignements. La discrimination et la stigmatisation associées aux problèmes de santé mentale. Repéré de http://mentalhealthweek.cmha.ca/files/2013/2003/CMHA_MHW2012_Stigma_FRN_Final.pdf
- Association québécoise des parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale. (2018). Qu'est-ce que la santé mentale? Repéré à <https://aqpamm.ca/les-grands-types-de-maladies-mentales/>
- Banerjee, M. M., & Canda, E. R. (2012). Comparing Rawlsian Justice and the Capabilities Approach to Justice from a Spiritually Sensitive Social Work Perspective. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought*, 31(1-2), 9-31. doi: 10.1080/15426432.2012.647874
- Bégin, É., & Corbière, M. (2012). Les compétences perçues de la personne ayant un trouble mental grave : un facteur significatif de maintien en emploi. *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 31(2), 35-50.
- Benbow, S., Rudnick, A., Forchuk, C., & Edwards, B. (2014). Using a capabilities approach to understand poverty and social exclusion of psychiatric survivors. *Disability & Society*, 29(7), 1046-1060. doi: 10.1080/09687599.2014.902359

- Bereni, L., & Chappe, V.-A. (2011). La discrimination, de la qualification juridique à l'outil sociologique. *Politix*, 94(2), 7-34. doi: 10.3917/pox.094.0007
- Bertin, A. (2005). Quelle perspective pour l'approche par les capacités ? *Tiers-Monde*, 385-406.
- Biggs, D., Hovey, N., Tyson, P. J., & MacDonald, S. (2010). Employer and employment agency attitudes towards employing individuals with mental health needs. *Journal of Mental Health*, 19(6), 505-516. doi: 10.3109/09638237.2010.507683
- Bila, N. J. (2019). Social workers' perspectives on the recovery-oriented mental health practice in Tshwane, South Africa. *Social Work in Mental Health*, 17(3), 344-363. doi: 10.1080/15332985.2018.1554547
- Blais, L., & Mulligan-Roy, L. (1998). Incapacité mentale et incapacités sociales. *Reflets : Revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire*, 4(2), 87-103. doi: 10.7202/026219ar
- Bland, R., & Foster, M. (2012). Families and Mental Illness: Contested Perspectives and Implications for Practice and Policy. *Australian Social Work*, 65(4), 517-534. doi: 10.1080/0312407X.2011.646281
- Bonin, J.-P., Chicoine, G., Fradet, H., Larue, C., Racine, H., Jacques, M.-C., & St-Cyr Tribble, D. (2014). Le rôle des familles au sein du système de santé mentale au Québec. *Santé mentale au Québec*, 39(1), 159-173. doi: 10.7202/1025912ar
- Bonvin, J.-M., & Farvaque, N. (2007). L'accès à l'emploi au prisme des capacités, enjeux théoriques et méthodologiques. *Formation emploi*, 98(2), 9-22.
- Botha, U. A., Koen, L., Joska, J. A., Parker, J. S., Horn, N., Hering, L. M., & Oosthuizen, P. P. (2010). The revolving door phenomenon in psychiatry: comparing low-frequency and high-frequency users of psychiatric inpatient services in a developing country. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(4), 461-468. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-009-0085-6>
- Bouquet, B. (2015). L'inclusion : approche socio-sémantique. *Vie sociale*, 11(3), 15-25. doi: 10.3917/vsoc.153.0015
- Bourguignon, D., & Herman, G. (2005). La stigamtisation des personnes sans emploi: conséquences psychologiques et stratégies de défense de soi. *Recherche sociologique*, 1, 53-78.

- Boyd Ritsher, J., Otilingam, P. G., & Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, *121*(1), 31-49. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2003.08.008>
- Brohan, E., Henderson, C., Wheat, K., Malcolm, E., Clement, S., Barley, E. A., ... Thornicroft, G. (2012). Systematic review of beliefs, behaviours and influencing factors associated with disclosure of a mental health problem in the workplace. *BMC Psychiatry*, *12*(1), 11. doi: 10.1186/1471-244X-12-11
- Brouillette, C., Hachey, R., & Mercier, C. (2003). Les soutiens associés au maintien en emploi : perceptions des personnes aux prises avec un trouble mental grave. *Santé mentale au Québec*, *28*(1), 169-192. doi: 10.7202/006987ar
- Brouwers, E. (2020). Social stigma is an underestimated contributing factor to unemployment in people with mental illness or mental health issues: position paper and future directions. *BMC Psychology*, *8*. doi: 10.1186/s40359-020-00399-0
- Brouwers, E. P. M., Joosen, M. C. W., van Zelst, C., & Van Weeghel, J. (2020). To Disclose or Not to Disclose: A Multi-stakeholder Focus Group Study on Mental Health Issues in the Work Environment. *Journal of Occupational Rehabilitation*, *30*(1), 84-92. doi: 10.1007/s10926-019-09848-z
- Bush, P. W., Drake, R. E., Xie, H., McHugo, G. J., & Haslett, W. R. (2009). The Long-Term Impact of Employment on Mental Health Service Use and Costs for Persons With Severe Mental Illness. *Psychiatric Services*, *60*(8), 1024-1031. doi: 10.1176/ps.2009.60.8.1024
- Caria, A., Arfeuillère, S., Loubières, C., & Joseph, C. (2015). Passer de l'asile à la Cité, de l'aliéné au citoyen : un défi collectif. Destigmatisation et environnement politique. *Pratiques en santé mentale*, *61e année*(1), 22-31. doi: 10.3917/psm.151.0022
- Carlson, J., Nguyen, H., & Reinardy, J. (2016). Social Justice and the Capabilities Approach: Seeking a Global Blueprint for the EPAS. *Journal of Social Work Education*, *52*(3), 269-282. doi: 10.1080/10437797.2016.1174635
- Caron, J. (1996). L'Échelle de provisions sociales : une validation québécoise. *Santé mentale au Québec*, *21*(2), 158-180. doi: 10.7202/032403ar

- Caron, J. (2014). Les services de santé mentale dans une perspective de santé publique. *Santé mentale au Québec*, 39(1), 7-10. doi: 10.7202/1025903ar
- Caron, J., & Guay, S. (2005). Soutien social et santé mentale : concept, mesures, recherches récentes et implications pour les cliniciens. *Santé mentale au Québec*, 30(2), 15-41. doi: 10.7202/012137ar
- Caron, J., Mercier, C., Martin, A., & Stip, E. (2005). Le rôle du soutien social, du fardeau familial et de la satisfaction des services dans la détresse psychologique et la qualité de vie des familles de personnes souffrant de schizophrénie. *Santé mentale au Québec*, 30(2), 165-191. doi: 10.7202/012144ar
- Carrière, M., Clément, M., Tétreault, S., Pépin, G., Fortier, M., & Paquet, S. (2010). Réflexion sur les services aux familles dont la mère souffre d'un trouble de santé mentale (TSM). *Santé mentale au Québec*, 35(2), 185-208. doi: 10.7202/1000559ar
- Castel, R. (2006). La discrimination négative. Le déficit de citoyenneté des jeunes de banlieue. *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 61e année(4), 777-808.
- Cellard, A., & Thifault, M.-C. (2007). *Une toupie sur la tête : visage de la folie à Saint-Jean-de-Dieu*. Québec, QC: Les Éditions du Boréal.
- 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. doi: 10.7202/014545ar
- Clément, M. (2011). La participation, les temps de la parole et le mouvement, des usagers des services, de santé mentale au Québec. *Le Partenaire*, 20(2), 4-13.
- Clément, M., & Bolduc, N. (2009). Au cœur du face à face démocratique: La participation de l'utilisateur des services de santé mentale, l'espace public et la proximité. Dans M. I. Clément, L. Gélinau, & A. s.-M. McKay (Éds.), *Proximités : lien, accompagnement et soin* (pp. 67-93). Québec, QC: Presses de l'Université du Québec. doi: 10.2307/j.ctv18pgpqp.7
- Clément, M., Rodriguez Del Barrio, L., Gagné, J., Lévesque, A., & Vallée, C. (2012). *État de situation sur la participation des personnes utilisatrices suite au plan d'action en santé mentale*. Montréal, QC: Gouvernement du Québec.

- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., ... Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychol Med*, *45*(1), 11-27. doi: 10.1017/s0033291714000129
- Conradie, I., & Robeyns, I. (2013). Aspirations and Human Development Interventions. *Journal of Human Development and Capabilities*, *14*(4), 559-580. doi: 10.1080/19452829.2013.827637
- Cooper, A. E., Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2003). Mental illness stigma and care seeking. *J Nerv Ment Dis*, *191*(5), 339-341. doi: 10.1097/01.nmd.0000066157.47101.22
- Corbière, M., Lesage, A., Villeneuve, K., & Mercier, C. (2006). Le maintien en emploi de personnes souffrant d'une maladie mentale. *Santé mentale au Québec*, *31*(2), 215-235. doi: 10.7202/014813ar
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *Am Psychol*, *59*(7), 614-625. doi: 10.1037/0003-066x.59.7.614
- Corrigan, P. W., Larson, J. E., & Rüsch, N. (2009). Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*, *8*(2), 75-81. doi: <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00218.x>
- Costa, M., Baker, M., Davidson, L., Giard, J., Guillorn, L., Ibáñez, A. G., ... O'Connell, M. (2017). Provider perspectives on employment for people with serious mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*, *63*(7), 632-640. doi: 10.1177/0020764017725769
- Couhet, G., Dupérier, J.-P., Maysonnave, I., & Merceron, K. (2017). Présentation d'un dispositif d'accompagnement vers l'insertion professionnelle de personnes présentant un handicap psychique. *Santé mentale au Québec*, *42*(2), 105-118. doi: <https://doi.org/10.7202/1041917ar>
- Cresson, G., & Schweyer, F.-X. (2000). *Les usagers du système de soins*. Rennes, France: Presses de l'EHESP. doi: 10.3917/ehesp.schwe.2000.01. Repéré à <https://www.cairn.info/les-usagers-du-systeme-de-soins--9782859526399.htm>
- Cyr, M.-P. (2019). Soutenir la participation citoyenne dans l'organisation des services en santé mentale adulte : co-construction d'un outil de consultation des besoins dans

- deux quartiers montréalais. *Nouvelles pratiques sociales*, 30(2), 170-184. doi: <https://doi.org/10.7202/1066107ar>
- Danel, T. (2013). L'approche médicale des troubles mentaux. *Le sociographe*, 42(2), 21-31. doi: 10.3917/graph.042.0021
- Davidson, L., Flanagan, E., & Styron, T. (2012). 8. Des politiques en faveur de l'inclusion sociale. Dans *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie* (pp. 131-151). Toulouse, France: ERES. doi: 10.3917/eres.jouet.2012.01.0131. Repéré à <https://www.cairn.info/pour-des-usagers-de-la-psychiatrie-acteurs-de-leur--9782749216089-page-131.htm>
- de Rudder, V., Poiret, C., & Vourc'h, F. (2000). 3. Ségrégation et discrimination : inégalité, différence, altérité. Dans *L'Inégalité raciste* (pp. 47-70). Paris, France: Presses Universitaires de France. Repéré à <https://www.cairn.info/l-inegalite-raciste--9782130508861-page-47.htm>
- Den Braber, C. (2013). The introduction of the capability approach in social work across a neoliberal Europe. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 22 (4), 61-77. doi: <http://doi.org/10.18352/jsi.380>
- Devault, A., & Fréchette, L. (2006). Le soutien social : ses composantes, ses effets et son insertion dans les pratiques sociosanitaires. Dans C. G (Éd.), *Pratiques en santé communautaire* (pp. 141-152). Montréal, QC: Chenelière éducation.
- Doré, I., & Caron, J. (2017). Santé mentale : concepts, mesures et déterminants. *Santé mentale au Québec*, 42(1), 125-145. doi: <https://doi.org/10.7202/1040247ar>
- Doré, M. (1987). La désinstitutionnalisation au Québec. *Santé mentale au Québec*, 12(2), 144-157. doi: 10.7202/030407ar
- Dorvil, H. (1987). Les caractéristiques du syndrome de la porte tournante à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. *Santé mentale au Québec*, 12(1), 79-89. doi: 10.7202/030374ar
- Dorvil, H. (2005). Nouveau plan d'action : quelques aspects médicaux, juridiques, sociologiques de la désinstitutionnalisation. *Cahiers de recherche sociologique*, (41-42), 209-235. doi: 10.7202/1002467ar
- Drake, R. E., Bond, G. R., Goldman, H. H., Hogan, M. F., & Karakus, M. (2016). Individual Placement And Support Services Boost Employment For People With

- Serious Mental Illnesses, But Funding Is Lacking. *Health Aff (Millwood)*, 35(6), 1098-1105. doi: 10.1377/hlthaff.2016.0001
- Dubéchet, P. (2015). Le concept d'inclusion sous le regard de travailleurs sociaux en formation. *Vie sociale*, 11(3), 167-184. doi: 10.3917/vsoc.153.0167
- Dunn, E. C., Wewiorski, N. J., & Rogers, E. S. (2008). The meaning and importance of employment to people in recovery from serious mental illness: Results of a qualitative study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(1), 59-62. doi: 10.2975/32.1.2008.59.62
- Duperré, M., & Deslauriers, C. (2011). La participation des personnes atteintes de maladie mentale aux entreprises de l'économie sociale : pouvoir effectif ou symbolique ? *Nouvelles pratiques sociales*, 23(2), 124-137. doi: 10.7202/1006133ar
- Dzimira, S. (1998). A Critique of John Rawls's Justice Theory. *La Revue du MAUSS*, (12), 339-350.
- Ebsworth, S. J., & Foster, J. L. H. (2017). Public perceptions of mental health professionals: stigma by association? *Journal of Mental Health*, 26(5), 431-441. doi: 10.1080/09638237.2016.1207228
- Eklund, M., Hermansson, A., & Håkansson, C. (2012). Meaning in Life for People with Schizophrenia: Does it Include Occupation? *Journal of Occupational Science*, 19(2), 93-105. doi: 10.1080/14427591.2011.605833
- Elraz, H. (2013). The 'sellable semblance': Employability in the context of mental-illness. *Ephemera*, 13(4), 809-824.
- Elstad, T. A., & Eide, A. H. (2017). Social participation and recovery orientation in a "low threshold" community mental health service: An ethnographic study. *Cogent Medicine*, 4(1), 1362840. doi: 10.1080/2331205X.2017.1362840
- Énoncé de politique des trois conseil-EPTC2. (2014). *Éthique de la recherche avec des êtres humains*. Gouvernement du Canada.
- Evans, S. (2017). What should social welfare seek to achieve? Applying the capability approach. *Ethics and Social Welfare*, 11(1), 19-32. doi: 10.1080/17496535.2016.1234632

- Farrelly, S., Clement, S., Gabbidon, J., Jeffery, D., Dockery, L., Lassman, F., ... Thornicroft, G. (2014). Anticipated and experienced discrimination amongst people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: a cross sectional study. *BMC Psychiatry*, *14*(1), 157. doi: 10.1186/1471-244X-14-157
- Fassin, D. (2002). L'invention française de la discrimination. *Revue française de science politique*, *52*(4), 403-423. doi: 10.3917/rfsp.524.0403
- Federation of Social Workers. (2012). Statement of ethical principles. Repéré à <http://ifsw.org/policies/statement-of-ethical-principles/>
- Fleury, M.-J., & Acef, S. (2013). Réformes du système de santé mentale. Tendances internationales et perspectives Québec-France. *Santé mentale au Québec*, *38*(1), 17-41. doi: 10.7202/1019184ar
- Fleury, M.-J., & Grenier, G. (2012). *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de service sociaux*. Commissaire à la santé et au bien-être. Repéré à http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_EtatSituation_SanteMentale_2012.pdf
- Fleury, M.-J., Grenier, G., Bamvita, J.-M., Vallée, C., Farand, L., & Chiocchio, F. (2018). Évaluation du Plan d'action en santé mentale (2005-2015) : intégration et performance des réseaux de services. *Santé mentale au Québec*, *43*(1), 15-38. doi: <https://doi.org/10.7202/1048892ar>
- Forsé, M., & Parodi, M. (2014). Bien-être subjectif et sentiment de justice sociale. *L'Année sociologique*, *64*(2), 359-388. doi: 10.3917/anso.142.0359
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal, QC: Chenelière Éducation.
- Fortin, M.-P., Lavoie, M., Dufour, I., & Chouinard, M.-C. (2020). La littératie en santé chez les personnes présentant des troubles mentaux graves. *Santé mentale au Québec*, *45*(1), 105-126. doi: <https://doi.org/10.7202/1070243ar>
- Fougeyrollas, P., Beauregard, L., Gaucher, C., & Boucher, N. (2008). Entre la colère... et la rupture du lien social : des personnes ayant des incapacités témoignent de leur expérience face aux carences de la protection sociale. *Service social*, *54*(1), 100-115. doi: <https://doi.org/10.7202/018346ar>

- Frable, D. E. S. (1993). Dimensions of Marginality: Distinctions among those Who are Different. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 19(4), 370-380. doi: 10.1177/0146167293194002
- Gauthier, B. (2009). *Recherche sociale de la problématique et la collecte des données* (5e ed.). Québec, QC: Presses de l'Université du Québec. Repéré à <https://symbiose.uqo.ca/apps/LoginSigparb/LoginPourRessources.aspx?url=http://site.ebrary.com/lib/bibliouqo/Doc?id=10316161>
- Gélinas, D. (1998). Points de repère pour différencier la gestion de cas du suivi intensif dans le milieu auprès des personnes souffrant de troubles mentaux graves. *Santé mentale au Québec*, 23(2), 17-47. doi: 10.7202/032452ar
- Genard, J.-L. (1999). *La grammaire de la responsabilité*. Paris, France: Le Cerf.
- Goffman, E. (1968). *Stigma : notes on the management of spoiled identity*. Harmondsworth, Royaume-Uni: Penguin Books.
- Goffman, E., & Kihm, A. (1975). *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*. Paris, France: Editions de Minuit.
- Gould, N. (2006). Social Inclusion as an Agenda for Mental Health Social Work. *Journal of Policy Practice*, 5(2-3), 77-90. doi: 10.1300/J508v05n02_06
- Gouvernement du Québec. (2019, 25 octobre 2018). Maladie mentale. Repéré à <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/sante-mentale-maladie-mentale/>
- Grenier, G., & Fleury, M.-J. (2014). Rôle du communautaire en santé mentale dans un système en évolution : état des connaissances et recommandations. *Santé mentale au Québec*, 39(1), 119-136. doi: 10.7202/1025910ar
- Grey, A. (2013). La politique sociale, l'amélioration des capacités et la perspective du parcours de vie. *Sociologie et sociétés*, 45(1), 149-177. doi: 10.7202/1016399ar
- Hanisch, S. E., Twomey, C. D., Szeto, A. C. H., Birner, U. W., Nowak, D., & Sabariego, C. (2016). The effectiveness of interventions targeting the stigma of mental illness at the workplace: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 16(1), 1. doi: 10.1186/s12888-015-0706-4

- Hardina, D. (2003). Linking Citizen Participation to Empowerment Practice. *Journal of Community Practice*, 11(4), 11-38. doi: 10.1300/J125v11n04_02
- Harnois, G., & Gabriel, P. (2000). *Mental Health and Work : Impact, Issues and Good Practices*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la santé (OMS).
- Jaeger, M. (2015). L'inclusion : un changement de finalité pour le travail social ? *Vie sociale*, 11(3), 43-54. doi: 10.3917/vsoc.153.0043
- Joyal, A. (2012). Le développement local au Québec : trois décennies de contributions. *Revue d'Économie Régionale & Urbaine*, 4, 673-690.
- Julhe, S. (2016). L'approche par les capacités au travail Usages et limites d'une économie politique en terre sociologique//The capability approach to work. The uses and limitations of a political philosophy on sociological soil//Der Befähigungsansatz am Werk. Gebrauch und Grenzen einer politischen Ökonomie auf soziologischem Gebiet. *Revue Française de Sociologie*, 57(2), 321-352.
- Kapsambelis, V. (2015). Qu'est-ce qu'une institution psychiatrique ? *Filigrane*, 24(1), 13-25. doi: <https://doi.org/10.7202/1033080ar>
- Karazivan, P., Leclaire, M., & Andres, C. (2017). Les médecins de famille et la santé mentale : une expertise en mal de reconnaissance ou une pratique différente de celle des psychiatres ? *Santé mentale au Québec*, 42(1), 411-424. doi: <https://doi.org/10.7202/1040262ar>
- Lacaze, L. (2008). La théorie de l'étiquetage modifiée, ou l'« analyse stigmatique » revisitée. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 5(1), 183-199. doi: 10.3917/nrp.005.0183
- Laflamme, A.-M. (2017). Troubles mentaux et accommodement raisonnable au travail : les potentialités du droit québécois. *Santé mentale au Québec*, 42(2), 39-56. doi: <https://doi.org/10.7202/1041913ar>
- Laflamme, A.-M., & Bégin-Robitaille, M. (2013). La santé mentale et les accommodements raisonnables au travail : mythe ou réalité ? *Les Cahiers de droit*, 54(2-3), 389-411. doi: 10.7202/1017618ar

- Larousse. (n.d). Inclusion. Repéré le 17 juin 2019, à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/inclusion/42281?q=inclusion#42188>
- Latimer, E., & Lecomte, T. (2002). Le soutien à l'emploi de type « IPS » pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves : une voie d'avenir pour le Québec? *Santé mentale au Québec*, 27(1), 241-267. doi: 10.7202/014549ar
- Le Boulev'Art de la Vallée. (2017). *Rapport d'activités 2016-2017*. Gatineau, QC.
- Le Petit Robert. (2018). Langue française. Repéré le 17 juin 2019, à <https://pr.bvdep.com/robert.asp>
- Lecomte, Y., Stip, E., Caron, J., & Renaud, S. (2007). Une étude exploratoire de l'adaptation de personnes souffrant de schizophrénie. *Santé mentale au Québec*, 32(1), 137-158. doi: 10.7202/016513ar
- Lefebvre, Y. (1987). Jalons pour une problématique québécoise de la désinstitutionnalisation. *Santé mentale au Québec*, 12(1), 5-13. doi: 10.7202/030366ar
- Levaux, M.-N., Offerlin-Meyer, I., Larøi, F., Van der Linden, M., & Danion, J.-M. (2009). Déficits cognitifs et difficultés d'insertion professionnelle chez des personnes présentant une schizophrénie. *Revue française des affaires sociales*, (1), 237-255. doi: 10.3917/rfas.091.0237
- Lewis, L. (2012). The capabilities approach, adult community learning and mental health. *Community Development Journal*, 47 (4), 522-537.
- Lin, N., Kirsh, B., Polatajko, H., & Seto, M. (2009). The nature and meaning of occupational engagement for forensic clients living in the community. *Journal of Occupational Science*, 16(2), 110-119. doi: 10.1080/14427591.2009.9686650
- Loch, A. A., Guarniero, F. B., Lawson, F. L., Hengartner, M. P., Rössler, W., Gattaz, W. F., & Wang, Y.-P. (2013). Stigma toward schizophrenia: do all psychiatrists behave the same? Latent profile analysis of a national sample of psychiatrists in Brazil. *BMC psychiatry*, 13, 92-92. doi: 10.1186/1471-244X-13-92
- Luciano, M., Sampogna, G., Del Vecchio, V., Loos, S., Slade, M., Clarke, E., ... For the, C. S. G. (2020). When does shared decision making is adopted in psychiatric clinical practice? Results from a European multicentric study. *European Archives*

- of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 270(6), 645-653. doi: 10.1007/s00406-019-01031-y
- Luhmann, N. (2010). *Systèmes sociaux : Esquisse d'une théorie générale* (traduit par L. K. Sosoe). Québec, QC: Les Presses de l'Université Laval.
- Mandiberg, J. M., & Edwards, M. (2016). Business Incubation for People with Severe Mental Illness Histories: The Experience of One Model. *Journal of Policy Practice*, 15(1-2), 82-101. doi: 10.1080/15588742.2016.1109964
- Massé, R. (2003). La santé publique comme nouvelle moralié. Dans *Éthique et santé publique* Québec, QC: Les Presses de l'Université Laval.
- Mathers, C. D., & Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med*, 3(11), e442. doi: 10.1371/journal.pmed.0030442
- Mattig, T. (2014). *L'autonomie, un défi pour la promotion de la santé*. (Promotion Santé Suisse, Éd.). Berne, Suisse.
- Mayer, R., Ouellet, F., Saint-Jacques, M.-C., & Turcotte, D. (2000). *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Montréal, QC: Gaétan Morin.
- McCubbin, M., Dallaire, B., Lagrange, V., Wallot, H., Bergeron-Leclerc, C., Cormier, C., & Nelson, G. (2010). Reconstruction et rééquilibrage du lien social: une étude exploratoire sur les rôles de l'inclusion sociale, de l'appropriation du pouvoir d'agir et de l'espoir dans le rétablissement. *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 29 (1), 1-18.
- McGurk, S. R., & Mueser, K. T. (2004). Cognitive functioning, symptoms, and work in supported employment: a review and heuristic model. *Schizophr Res*, 70(2-3), 147-173. doi: 10.1016/j.schres.2004.01.009
- Ministère de la Santé et des Services sociaux Québec. (2005). *La force des liens : Plan d'action en santé mentale 2005-2010*. Québec, CA: Ministère de la Santé et des Services sociaux Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux Québec. (2015). *Faire ensemble et autrement : Plan d'action en santé mentale 2015-2020*. Québec, CA: Ministère de la Santé et des Services sociaux Québec. Repéré à <http://site.ebrary.com/lib/oculottawa/docDetail.action?docID=11150867>

- Mueser, K. T., Drake, R. E., & Bond, G. R. (2016). Recent advances in supported employment for people with serious mental illness. *Curr Opin Psychiatry*, 29(3), 196-201. doi: 10.1097/ycp.0000000000000247
- Ndiaye, L. D., & St-Onge, M. (2015). Entre sensibilité épistémologique et légitimité méthodologique : réflexions autour d'une théorie de la recherche sensible. *Spécificités*, 8(2), 34-40.
- Nieminen, I., Ramon, S., Dawson, I., Flores, P., Leahy, E., Pedersen, M. L., & Kaunonen, M. (2012). Experiences of Social Inclusion and Employment of Mental Health Service Users in a European Union Project. *International Journal of Mental Health*, 41(4), 3-23. doi: 10.2753/IMH0020-7411410401
- Nordt, C., Rössler, W., & Lauber, C. (2006). Attitudes of Mental Health Professionals Toward People With Schizophrenia and Major Depression. *Schizophrenia Bulletin*, 32(4), 709-714. doi: 10.1093/schbul/sbj065
- Nussbaum, M. C. (2011). *Creating Capabilities*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec. (2006). *L'éthique et les travailleurs sociaux : éléments de réflexion et guide de délibération*. Québec, QC: Bibliothèque nationale du Québec.
- Ordre professionnel des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec. (2019). Mandat, mission, vision et valeurs. Repéré à <https://beta.otstcfq.org/1-ordre/mandat-mission-vision-et-valeurs>
- Organisation mondiale de la Santé. (2004). *Investir dans la santé mentale*. Genève, Suisse Repéré à https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42896/9242562572_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organisation mondiale de la Santé. (2013). *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020*. Suisse: Éditions de l'OMS.
- Organisation mondiale de la Santé. (2019). Santé mentale. Repéré le 14 juin 2019, à http://origin.who.int/topics/mental_health/fr/

- Organisation mondiale de la Santé. (2001). Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. : *CIF*. Genève, Suisse : auteur.
- Orton, M. (2011). Flourishing lives: the capabilities approach as a framework for new thinking about employment, work and welfare in the 21st century. *Work, Employment and Society*, 25(2), 352-360. doi: 10.1177/0950017011403848
- Otero, M. (2005). Santé mentale, adaptation sociale et individualité contemporaine. *Cahiers de recherche sociologique*, (41-42), 65-89. doi: 10.7202/1002460ar
- Otero, M. (2014). Comment étudier la folie dans la cité? Spécificité et non-spécificité de la folie civile. Dans M.-C. Doucet, & N. Moreau (Éds.), *Penser les liens entre santé mentale et société. Les voies de la recherche en sciences sociales*. (pp. 75-116). Québec, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Ottewell, N. (2019). The association between employers' mental health literacy and attitudes towards hiring people with mental illness. *Work*, 64(4), 743.
- Pachoud, B. (2017). Activité professionnelle et processus de rétablissement. *Santé mentale au Québec*, 42(2), 57-70. doi: <https://doi.org/10.7202/1041914ar>
- Parker, I. (1999). Critical Psychology: Critical Links. *Radical Psychology*, 1 (1), 3-18.
- Parr, H. (2008). *Mental Health and Social Space : Towards Inclusionary Geographies?* Malden, MA: Blackwell.
- Pelchat, Y., Gagnon, É., & Thomassin, A. (2006). Sanitarisation et construction de l'exclusion sociale. *Lien social et Politiques*, (55), 55-66. doi: 10.7202/013224ar
- Pelletier, J.-F., Pouliot-Morneau, D., Houle, J., Bordeleau, J., Laroche, S., & Rowe, M. (2017). Évaluation d'une intervention de promotion de la citoyenneté : le Projet citoyen de l'Université du rétablissement. *Santé mentale au Québec*, 42(1), 205-222. doi: <https://doi.org/10.7202/1040251ar>
- Perreault, M., Provencher, H., St-Onge, M., & Rousseau, M. (2002). Le point de vue des aidants familiaux sur les services en santé mentale offerts à leurs proches. *Santé mentale au Québec*, 27(2), 198-214. doi: 10.7202/014564ar
- Perron, N. (2005). Réseaux intégrés de services en santé mentale et enjeux des pratiques. *Nouvelles pratiques sociales*, 18(1), 162-175. doi: 10.7202/012203ar

- Piat, M., Lesage, A., Dorvil, H., Boyer, R., Couture, A., & Bloom, D. (2008). Les préférences résidentielles des personnes souffrant de troubles mentaux graves : une étude descriptive. *Santé mentale au Québec*, 33(2), 247-269. doi: 10.7202/019677ar
- Picard, F., Pilote, A., Turcotte, M., Goastellec, G., & Olympio, N. (2015). Opérationnaliser la théorie de la justice sociale d'Amartya Sen au champ de l'orientation scolaire : les apports d'une étude multicas qualitative et comparative. *Mesure et évaluation en éducation*, 37(3), 5-37. doi: 10.7202/1036326ar
- Plouffe, J.-F. (2017). Défense de droits en santé mentale : un organisme communautaire autonome en solidarité avec des personnes maintenues dans la dépendance. *Nouvelles pratiques sociales*, 29(1-2), 159-173. doi: <https://doi.org/10.7202/1043398ar>
- Poulin, C., & Lévesque, M. (1995). Les représentations sociales des étiquettes associées à la maladie mentale. *Santé mentale au Québec*, 20(1), 119-136. doi: 10.7202/032336ar
- Poulin, C., & Massé, R. (1994). De la désinstitutionnalisation au rejet social : point de vue de l'ex-patient psychiatrique. *Santé mentale au Québec*, 19(1), 175-194. doi: 10.7202/032302ar
- Prouteau, A., Koleck, M., Belio, C., Dayre, E., Destailats, J.-M., Merceron, K., & Mazaux, J.-M. (2014). Mesurer le handicap psychique : enjeux et méthodes. *L'information psychiatrique*, 90(3), 191-195. doi: 10.3917/inpsy.9003.0191
- Provencher, Y. (2017). L'évaluation de l'employabilité au sein du régime québécois d'aide sociale. *Canadian Social Work Review / Revue canadienne de service social*, 34(1), 61-79. doi: <https://doi.org/10.7202/1040995ar>
- Quétel, C. (2010). *Images de la folie*. Paris, France: Gallimard.
- Rawls, J. (2009). *Théorie de la justice* (traduit par C. Audard). Paris, France: Éditions Points.
- Reddy, L. F., Irwin, M. R., Breen, E. C., Reavis, E. A., & Green, M. F. (2019). Social exclusion in schizophrenia: Psychological and cognitive consequences. *Journal of Psychiatric Research*, 114, 120-125. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.04.010>

- Ribas, A. C., & Lam, C. S. (2010). Social Support and Quality of Life Among Latinos With Mental Illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(2), 137-143. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181cc522d
- Robeyns, I. (2005). The Capability Approach : a theoretical survey. *Journal of Human Development*, 6 (1), 93-114.
- Rodriguez del Barrio, L., & Poirel, M.-L. (2011). Le traitement dans la communauté. Enjeux et défis de bonnes pratiques en santé mentale et en psychiatrie. *Santé mentale au Québec*, 36(1), 7-12. doi: 10.7202/1005811ar
- Roemer, J. (1994). Inequality reexamined (Book Review) (Undetermined). *Philosophical Review*, 103, 554-557. doi: 10.2307/2185798
- Roemer, J. (1996). *Theories of Distributive Justice*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Rose, D., Willis, R., Brohan, E., Sartorius, N., Villares, C., Wahlbeck, K., & Thornicroft, G. (2011). Reported stigma and discrimination by people with a diagnosis of schizophrenia. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 20(2), 193-204. doi: 10.1017/s2045796011000254
- Russinova, Z., Bloch, P., Wewiorski, N., Shappell, H., & Rogers, E. S. (2018). Predictors of Sustained Employment Among Individuals With Serious Mental Illness: Findings From a 5-Year Naturalistic Longitudinal Study. *J Nerv Ment Dis*, 206(9), 669-679. doi: 10.1097/nmd.0000000000000876
- Santé et Services sociaux. (2002). Besoins non comblés d'aide en santé mentale, selon le sexe. Statistique de santé et de bien-être selon le sexe., Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/sante-bien-etre/index.php?Besoins-non-combles-daide-en-sante-mentale-selon-le-sexe>.
- Schreiber, R., & Hartrick, G. (2002). Keeping it together: how women use the biomedical explanatory model to manage the stigma of depression. *Issues Ment Health Nurs*, 23(2), 91-105. doi: 10.1080/016128402753542749
- Sen, A. (1983). POOR, RELATIVELY SPEAKING *. *Oxford Economic Papers*, 35(2), 153-169. doi: 10.1093/oxfordjournals.oep.a041587

- Sen, A. (1992). *Repenser l'inégalité* (traduit par P. Chemla). Paris, France: Éditions du Seuil.
- Sen, A. (2005). Human Rights and Capabilities. *Journal of Human Development*, 6 (2), 151-166. doi: 10.1080/14649880500120491
- Sen, A. (2012). *L'idée de justice* (traduit par P. Chemla). Paris, France: Flammarion.
- Sicot, F. (2006). La maladie mentale, quel objet pour la sociologie ? *Déviance et Société*, 30(2), 203-232. doi: 10.3917/ds.302.0203
- Simard, M. (2000). Entre l'asile et le refuge : repères d'un parcours. *Santé mentale au Québec*, 25(2), 132-152. doi: 10.7202/014455ar
- Simon, J., Anand, P., Gray, A., Rugkasa, J., Yeeles, K., & Burns, T. (2013). Operationalising the capability approach for outcome measurement in mental health research. *Social Science & Medicine*, 98, 187-196. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.09.019>
- Staiger, T., Waldmann, T., Oexle, N., Wigand, M., & Rüsçh, N. (2018). Intersections of discrimination due to unemployment and mental health problems: the role of double stigma for job- and help-seeking behaviors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 53(10), 1091-1098. doi: 10.1007/s00127-018-1535-9
- Stuart, H. (2006). Mental illness and employment discrimination. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(5), 522-526. doi: 10.1097/01.yco.0000238482.27270.5d
- Teh, J. L., King, D., Watson, B., & Liu, S. (2014). Self-Stigma, Anticipated Stigma, and Help-Seeking Communication in People with Mental Illness. *PORTAL: Journal of Multidisciplinary International Studies*, 11(1), 1-18.
- Thornicroft, G. (2013). *Shunned Discrimination against people with mental illness: Discrimination against people with mental illness*. Oxford, Royaume-Uni: Oxford University Press. doi: 10.1093/med/9780198570981.001.0001
- Toye, M., & Infanti, J. (2004). *L'inclusion sociale et le développement économique communautaire Réseau pancanadien d'apprentissage en développement communautaire : cadre du projet: Le Réseau canadien*.

- Velpry, L. (2010). Subjectivité et psychiatrie. Travailler les points de vue dans l'intervention thérapeutique. *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, 4(1), 115-133. doi: 10.3917/ccgc.004.0115
- 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. doi: 10.7202/014551ar
- Vidon, G., Combes, C., & Gross, A. (2012). Discontinuité des soins et satellisation. Dans *Quels toits pour soigner les personnes souffrant de troubles psychotiques ?* (pp. 91-96). Toulouse, France: ERES. doi: 10.3917/eres.sasso.2012.01.0091
- Villotti, P., Corbière, M., Fossey, E., Fraccaroli, F., Lecomte, T., & Harvey, C. (2017). Work Accommodations and Natural Supports for Employees with Severe Mental Illness in Social Businesses: An International Comparison. *Community Ment Health J*, 53(7), 864-870. doi: 10.1007/s10597-016-0068-5
- Waghorn, G., & Lloyd, C. (2005). The employment of people with mental illness. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4(2), 129-171. doi: 10.5172/jamh.4.2.129
- Wallot, H.-A. (2019). Le soutien des pairs souffrant de psychose : l'expérience du programme « Passer l'espoir au suivant ». *Santé mentale au Québec*, 44(1), 111-126. doi: <https://doi.org/10.7202/1060279ar>
- Watson, A. C., Ottati, V., & Corrigan, P. (2003). From Whence Comes Mental Illness Stigma? *International Journal of Social Psychiatry*, 49(2), 142-157. doi: 10.1177/0020764003049002007
- Yoshimura, Y., Bakolis, I., & Henderson, C. (2018). Psychiatric diagnosis and other predictors of experienced and anticipated workplace discrimination and concealment of mental illness among mental health service users in England. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 53(10), 1099-1109. doi: 10.1007/s00127-018-1561-7
- Yuan, Q., Picco, L., Chang, S., Abdin, E., Chua, B. Y., Ong, S., ... Subramaniam, M. (2017). Attitudes to mental illness among mental health professionals in Singapore and comparisons with the general population. *PLoS One*, 12(11), e0187593. doi: 10.1371/journal.pone.0187593

Zanon, D., & Merceron, K. (2017). Le fonctionnement cognitif et le travail chez les personnes souffrant de troubles du spectre schizophrénique : l'apport de la Classification internationale du fonctionnement. *Santé mentale au Québec*, 42(2), 71-85. doi: <https://doi.org/10.7202/1041915ar>

APPENDICE 1

Formulaire de consentement



Case postale 1250, succursale HULL, Gatineau (Québec) J8X 3X7

www.uqo.ca/ethique

Comité d'éthique de la recherche

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

L'inclusion sociale par l'emploi des personnes qui vivent avec un problème de santé mentale sévère et persistant

Étudiante-chercheure : Emmanuelle Richer, étudiante à la maîtrise en travail social à l'Université du Québec en Outaouais, rice11@uqo.ca ; (819) 661-4209

Directrice de recherche : **Kheira Belhadj-ziane**, professeure à l'Université du Québec en Outaouais, Département de travail social, kheira.belhadj-ziane@uqo.ca 450 530 7616 poste 4049

Nous sollicitons par la présente votre participation au projet de recherche en titre, qui vise à mieux comprendre comment l'emploi favorise, ou non, votre sentiment d'inclusion sociale, cela, à partir de votre propre point de vue. Par « sentiment d'inclusion sociale », nous entendons la façon dont vous vous sentez par rapport à la place que vous occupez dans votre réseau (amis, communauté, famille, travail, loisirs, etc.). Plus spécifiquement, cette recherche a pour objectif de décrire et de mieux comprendre comment renforcer les capacités des personnes qui vivent avec un problème de santé mentale sévère et persistant dans le domaine de l'emploi, c'est-à-dire, comprendre les facteurs individuels (caractéristiques et capacités personnelles), sociaux (contexte socioculturel) et environnementaux (possibilités institutionnelles, la situation géographique, etc.) qui viennent favoriser ou freiner l'obtention ou le maintien d'un emploi.

Votre participation à ce projet de recherche consiste à participer à une entrevue individuelle confidentielle et anonyme de 60 à 90 minutes durant laquelle vous serez invité à répondre à des questions sur les thèmes; institutions et réseaux, stigmatisation, inclusion sociale, emploi et capacité. Les entrevues seront enregistrées et retranscrites dans leur intégralité sous forme de verbatim, afin d'en faire l'analyse. Les entrevues auront lieu dans un local de l'organisme communautaire que vous fréquentez. Le local sera privé afin de respecter la confidentialité des échanges.

La présente recherche a reçu l'approbation du Comité éthique de l'Université du Québec en Outaouais. La confidentialité des données recueillies dans le cadre de ce projet de recherche sera assurée conformément aux lois et règlements applicables dans la province de Québec et aux règlements et

politiques de l'Université du Québec en Outaouais². Tant les données recueillies que les résultats de la recherche ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Nous utiliserons des codes numériques afin d'identifier les entrevues. **Cependant, du fait que les entrevues auront lieu dans un local du centre communautaire que vous fréquentez, nous ne pouvons pas assurer l'anonymat de votre participation à notre projet de recherche.**

Les résultats seront diffusés par le biais d'un mémoire de recherche. Les données recueillies seront conservées sous clé dans un bureau au domicile de l'étudiante-chercheuse et sur un ordinateur dans un dossier encrypté et sécurisé. Seule l'étudiante, Emmanuelle Richer, aura accès à ces données. La directrice de recherche, Kheira Belhadj-ziane aura seulement accès aux verbatim des entrevues (anonymisés). Les données seront détruites dans cinq ans; les documents papiers seront déchiquetés et les données informatiques seront détruites de façon permanente.

Votre participation à ce projet de recherche se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, et de vous retirer en tout temps sans préjudice. **Les risques psychologiques** associés à votre participation sont minimaux puisque nous allons tenir compte de votre condition personnelle et de votre état de santé au moment de l'entrevue. De plus, nous nous assurerons que vous soyez consentant tout au long de la recherche et que vous compreniez la recherche. Cependant, au moment de l'entrevue il se peut que le fait de vous remémorer des souvenirs plus difficiles vous fasse ressentir un certain inconfort. Dans ce cas, l'entrevue sera interrompue si vous en exprimez le besoin ou si l'étudiante-chercheuse identifie un niveau élevé de détresse. L'entrevue pourra reprendre lorsque vous serez prêt. L'étudiante-chercheuse s'engage, le cas échéant, à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour réduire ou pallier les possibles inconvénients. À cet effet, vous serez dirigé vers des ressources d'aide appropriées si vous le désirez après l'entrevue.

Ressources disponibles :

- **Écoute téléphonique - Tel-Aide Outaouais**
Ligne d'écoute Gatineau : 819-775-3223 Ottawa : 613-741-6433
Ailleurs en Outaouais : 1-800-567-9699
- **Info-Social 811**
- **Gérer son anxiété**
Personne(s) ressource(s): Lise Racine (819) 561-0937
- **Prévention du suicide**
1-866-APPELLE (277-3553)
- **Revivre**
1-866-738-4873

La contribution à l'avancement des connaissances au sujet du lien entre emploi et capacité et à la bonification des pratiques d'intervention sociale et des politiques sociales concernant les personnes qui

² Notamment à des fins de contrôle, et de vérification, vos données de recherche pourraient être consultées par le personnel autorisé de l'UQO, conformément au *Règlement relatif à l'utilisation des ressources informatiques et des télécommunications*.

vivent avec un problème de santé mentale sévère et persistant sont les bénéfiques directs anticipés. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

Si vous avez des questions concernant le présent projet, veuillez communiquer avec Emmanuelle Richer, l'étudiante-chercheuse, au (819) 661-4209 ou Kheira Belhadj-ziane, directrice de recherche, au (450) 530-7616 poste 4049. Si vous avez des questions concernant les aspects éthiques de ce projet, veuillez communiquer avec André Durivage, président du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais, au (819) 595-3900 poste 1781.

Votre signature atteste que vous avez clairement compris les renseignements concernant votre participation au projet de recherche et indique que vous acceptez d'y participer. Elle ne signifie pas que vous acceptez d'aliéner vos droits et de libérer les chercheurs ou les responsables de leurs responsabilités juridiques ou professionnelles. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps du projet de recherche sans préjudice. Votre participation devant être aussi éclairée que votre décision initiale de participer au projet, vous devez en connaître tous les tenants et aboutissants au cours du déroulement du projet de recherche. En conséquence, vous ne devez jamais hésiter à demander des éclaircissements ou de nouveaux renseignements au cours du projet.

Après avoir pris connaissance des renseignements concernant ma participation à ce projet de recherche, j'appose ma signature signifiant que j'accepte librement d'y participer. Le formulaire est signé en deux exemplaires et j'en conserve une copie.

Consentement à participer au projet de recherche :

Nom du participant : _____

Signature du participant : _____

Date : _____

Nom du chercheur : _____

Signature du chercheur : _____

Date : _____

APPENDICE 2

Appel à la collaboration

Gatineau, le XX juin 2017

Objet : Collaboration à une recherche de maîtrise en travail social : L'inclusion sociale par l'emploi des personnes qui vivent avec un problème de santé mentale sévère et persistant.

Madame/Monsieur,

Je suis Emmanuelle Richer, étudiante à la maîtrise en travail social mené sous la direction de la professeure, Kheira Belhadj-ziane de l'Université de Québec en Outaouais (Campus de St-Jérôme).

Dans le cadre d'une étude portant sur l'inclusion sociale par l'emploi des personnes qui vivent avec un problème de santé mentale sévère et persistant (PSMSP), nous sollicitons votre collaboration à notre recherche. Celle-ci vise essentiellement à comprendre comment l'emploi favorise, ou non, le sentiment d'inclusion sociale des personnes qui vivent avec un PSMSP, cela, à partir de leur propre point de vue. Plus spécifiquement, cette recherche a pour objectif de décrire et de mieux comprendre comment renforcer les capacités de ces personnes dans le domaine de l'emploi, c'est-à-dire, comprendre les facteurs individuels (caractéristiques et capacités personnelles), sociaux (contexte socioculturel) et environnementaux (possibilités institutionnelles, la situation géographique, etc.) qui viennent favoriser ou freiner l'obtention ou le maintien d'un emploi. Leur participation à ce projet de recherche consiste à participer à des entrevues individuelles dont les questions concernent les thèmes : institutions et réseaux, emploi, inclusion sociale, stigmatisation et capacités.

Avec votre accord, nous aimerions faire appel à vos intervenants afin qu'ils fassent office d'intermédiaires au recrutement des participants en diffusant l'appel à la participation à leurs clients (annonce ci-jointe). Nous désirons recruter des personnes, hommes et femmes, âgées de 18 ans et plus, vivant avec un PSMSP, en emploi ou non, et sans tutelle. Plus précisément, nous souhaitons recruter des personnes qui vivent avec un diagnostic psychiatrique se traduisant par des incapacités fonctionnelles affectant ses capacités d'adaptation (Gélinas, 1998)(Gélinas, 1998) et entravant leur fonctionnement général.

De plus, nous aimerions avoir votre collaboration pour utiliser un local pour le temps des entrevues. Nous vous informerons à l'avance des moments où nous aurions besoin du local. Nous avons besoin d'un endroit qui permette d'assurer la confidentialité et l'anonymat des participants à cette recherche.

Cette recherche a obtenu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais. Les données recueillies serviront à la rédaction d'un mémoire dans le cadre de ma recherche de maîtrise en travail social. Si vous avez des questions, vous pouvez communiquer avec moi : Emmanuelle Richer, tél. (819) 661-4209 rice11@uqo.ca

En vous remerciant pour votre attention, je vous prie d'accepter mes sincères salutations.

Emmanuelle Richer

Étudiante à la maîtrise en travail social
Université du Québec en Outaouais

P.J : appel à participation « participant-e-s recherché-e-s pour une recherche universitaire »

APPENDICE 3

Appel à la participation



PARTICIPANT-E-S RECHERCHÉ-E-S POUR UNE RECHERCHE UNIVERSITAIRE

Je suis étudiante à la maîtrise en travail social à l'Université du Québec en Outaouais et je suis à la recherche de personne pour participer à une recherche intitulée ***l'inclusion sociale par l'emploi des personnes qui vivent avec un problème de santé mentale sévère et persistant (PSMSP)***. Nous recherchons des **hommes et femmes**, âgées de **18 ans et plus**, **vivant avec un PSMSP**, en **emploi ou non**, et **sans tutelle**. Plus précisément, nous souhaitons recruter des personnes qui vivent avec un **diagnostic psychiatrique** se traduisant par des incapacités fonctionnelles affectant leurs capacités d'adaptation et entravant leurs fonctionnements généraux.

Cette étude vise à mieux comprendre comment l'emploi favorise, ou non, le sentiment d'inclusion sociale des personnes qui vivent avec un PSMSP, cela, à partir de leur propre point de vue. Plus spécifiquement, cette recherche a pour objectif de décrire et de mieux comprendre comment renforcer les capacités de ces personnes dans le domaine de l'emploi, c'est-à-dire, comprendre les facteurs individuels (caractéristiques et capacités personnelles), sociaux (contexte socioculturel) et environnementaux (possibilités institutionnelles, la situation géographique, etc.) qui viennent favoriser ou freiner l'obtention ou le maintien d'un emploi.

Dans le cadre de cette recherche, il s'agira de participer à une **entrevue individuelle confidentielle et anonyme de 60 à 90 minutes** durant laquelle vous serez invité à répondre à des questions sur les thèmes; **institutions et réseaux, stigmatisation, inclusion sociale, emploi et capacité**.

Votre participation à cette recherche pourra grandement contribuer à la fois à **l'avancement des connaissances au sujet du lien entre emploi et capacité** et à la **bonification des pratiques d'intervention sociale et des politiques sociales** concernant les personnes qui vivent avec un problème de santé mentale sévère et persistant.

Si cette recherche vous interpelle et que vous aimeriez raconter **votre expérience reliée à l'emploi**, il me fera plaisir de vous donner plus d'informations.

Merci de contacter **Emmanuelle Richer**, étudiante à la maîtrise en travail social de l'Université du Québec en Outaouais, au **(819) 661-4209** ou par courriel rice11@uqo.ca

APPENDICE 4

Guide d'entrevue



Guide d'entrevue

1. Introduction

Je voudrais vous remercier du temps que vous prenez pour participer à cette entrevue dans le cadre de cette recherche, intitulé « L'inclusion sociale par l'emploi par l'emploi des personnes qui vivent avec un problème de santé mentale sévère et persistant ». L'objectif général de cette recherche vise à mieux comprendre comment l'emploi favorise, ou non, le sentiment d'inclusion sociale des personnes qui vivent avec un PSMSP, cela, à partir de leur propre point de vue. Par « sentiment d'inclusion sociale », nous entendons la façon dont vous vous sentez par rapport à la place que vous occupez dans votre réseau (amis, communauté, famille, travail, loisirs, etc.). Plus spécifiquement, cette recherche a pour objectif de décrire et de mieux comprendre comment renforcer les capacités de ces personnes dans le domaine de l'emploi, c'est-à-dire, comprendre les facteurs individuels (caractéristiques et capacités personnelles), sociaux (contexte socioculturel) et environnementaux (possibilités institutionnelles, la situation géographique, etc.) qui viennent favoriser ou freiner l'obtention ou le maintien d'un emploi.

Ainsi, votre participation à cette recherche pourra contribuer à la fois à l'avancement des connaissances au sujet du lien entre l'emploi et les capacités et à l'amélioration des pratiques d'intervention sociale et aux politiques sociales pouvant vous concerner.

C'est pour cette raison que nous souhaitons recevoir votre témoignage au sujet de votre sentiment d'inclusion sociale à travers les différentes expériences que vous avez eues dans votre parcours.

2. Votre participation

- L'entrevue sera d'une durée de 60 à 90 minutes ou de deux fois 30 minutes.
- Elle sera enregistrée et retranscrite dans son intégralité sous forme de *verbatim*, pour ensuite en faire son analyse.

3. Contenu de l'entrevue

Chacune des informations partagées avec moi sera confidentielle. Votre anonymat sera protégé, ainsi vos informations personnelles ne pourront pas être reliées à votre identité.

Cette entrevue se fera en deux temps.

1. Premièrement, vous allez être invité à raconter des expériences vécues autour de six principaux thèmes; présentation, institutions et réseaux, stigmatisation, inclusion sociale, emploi et capacités.

2. Finalement, à la fin de l'entrevue, les questions du questionnaire sociodémographique qui n'auront pas été répondues à travers le premier contact et l'entrevue vous seront posées.

Vous avez la liberté de partager le contenu dont vous désirez. Évidemment, le questionnaire est semi-dirigé, alors les questions sont orientées afin que je puisse recueillir l'information nécessaire. Cependant, les questions qui vous sont présentées sont ouvertes vous aurez donc l'espace pour répondre aisément. Pendant l'entrevue, vous devez vous sentir totalement à l'aise de répondre ou non à certaines questions. Dans cette recherche, le but est d'obtenir votre propre point de vue sur vos expériences, ainsi il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Vous pouvez prendre la parole à tout moment pendant l'entrevue pour demander des explications et simplement faire un commentaire. De plus, vous pouvez mettre fin à l'entrevue à tout moment, et ce, sans raisons à me fournir.

4. Consentement

Lecture et explication du formulaire de consentement : précisions apportées si nécessaire et signatures.

5. Questions (les sous questions servent seulement de guide)

Thème 1. Présentation

1. Pouvez-vous me parler de vous ?
 - Votre parcours personnel & votre parcours professionnel (fonctions, emplois occupés) ?
2. Pouvez-vous me parler de la situation que vous vivez en lien avec votre santé mentale ?
 - Comment est-ce que vous vivez cette situation ?
 - Cela fait combien de temps que vous la vivez ?
 - Comment cette situation affecte votre vie personnelle et votre vie professionnelle ?

Thème 2. Institutions et réseaux

1. Pouvez-vous me raconter vos rapports avec les institutions sociales (CLSC ou centre communautaire) concernant votre situation en lien avec votre santé mentale ?
 - Comment vivez-vous ces rapports ?
 - Selon vous, quels sont les avantages reliés à ces rapports (bénéfices directs sur votre vie personnelle et professionnelle) ?
 - Selon vous, quels sont les inconvénients reliés à ces rapports (impacts directs sur votre vie personnelle et professionnelle) ?
 - Selon vous, comment améliorer ces rapports de manière à ce qu'ils vous apportent des avantages directs sur votre vie personnelle et professionnelle ?
2. Pouvez-vous me raconter vos rapports avec les institutions médicales concernant votre situation en lien avec votre santé mentale ?

- Comment vivez-vous ces rapports ?
- Selon vous, quels sont les avantages reliés à ces rapports (bénéfices directs sur votre vie personnelle et professionnelle) ?
- Selon vous, quels sont les inconvénients reliés à ces rapports (impacts directs sur votre vie personnelle et professionnelle) ?
- Selon vous, comment améliorer ces rapports de manière à ce qu'ils vous apportent des avantages directs dans votre vie personnelle ?

3. Pouvez-vous me raconter vos rapports avec les institutions reliées à l'emploi concernant votre situation en lien avec votre santé mentale ?

- Comment vivez-vous ces rapports ?
- Selon vous, quels sont les avantages reliés à ces rapports (bénéfices directs sur votre vie) ?
- Selon vous, quels sont les inconvénients reliés à ces rapports (impacts directs sur votre vie personnelle et professionnelle) ?
- Selon vous, comment améliorer ces rapports de manière à ce qu'ils vous apportent des avantages directs dans votre vie personnelle et professionnelle ?

4. Pouvez-vous me parler des contacts et rapports que vous avez avec votre entourage proche (famille, amis, voisins, etc.) ?

- Comment vivez-vous ces rapports ?
- Selon vous, quels sont les avantages reliés à ces rapports (bénéfices directs sur votre vie) ?
- Selon vous, quels sont les inconvénients reliés à ces rapports (impacts directs sur votre vie personnelle et professionnelle) ?
- Selon vous, comment améliorer ces rapports de manière à ce qu'ils vous apportent des avantages directs dans votre vie personnelle et professionnelle ?

5. Avez-vous d'autres rapports avec d'autres institutions ou d'autres personnes que nous n'avons pas mentionnés jusque-là (médicales, sociales, professionnelles, entourage). Si oui, pouvez-vous m'en parler ?

- Comment vivez-vous ces rapports ?
- Selon vous, quels sont les avantages reliés à ces rapports (bénéfices directs sur votre vie) ?
- Selon vous, quels sont les inconvénients reliés à ces rapports (impacts directs sur votre vie personnelle et professionnelle) ?
- Selon vous, comment améliorer ces rapports de manière à ce qu'ils vous apportent des avantages directs dans votre vie personnelle et professionnelle ?

Thème 3. Stigmatisation

1. Comment vous percevez-vous ?

- Comment définissez-vous votre situation de santé mentale ?

2. Selon vous, comment les autres perçoivent votre situation de santé mentale ?

- Qui sont ces « autres » ? Institutions sociales, médicales, professionnelles, personnes de votre entourage proche (famille, amis, etc.) ou autres
- Pouvez-vous me nommer les termes que ces institutions ou ces personnes utilisent pour définir votre situation de santé mentale ?
- Comment les perceptions que les autres ont de vous impactent sur votre vie personnelle, professionnelle ?
- En contexte d'emploi, comment parlez-vous avec les autres (employeurs, collègues, etc.) de votre situation de santé mentale ? Comment cela (divulgaration ou non de votre situation de santé mentale) impacte-t-il sur vous ?

3. Lorsque vous êtes en situation d'emploi, quels changements observez-vous vis-à-vis de vous-même et des autres ?

- Comment vous percevez-vous lorsque vous êtes en situation d'emploi ?
- Selon vous, comment les autres vous perçoivent lorsque vous êtes en emploi ?

Thème 4. Inclusion sociale

1. Pourriez-vous me parler de votre routine quotidienne ?

- Décrivez-moi une journée type

2. Avez-vous des activités particulières (sports, loisirs, culture, etc.) ? Les pratiquez-vous seul en groupe ? Sont-elles rémunérées ou non ?

- Quel est votre rôle dans ces activités ?
- Qu'est-ce que vous apportent ces activités au niveau de votre vie personnelle et éventuellement professionnelle (contribution à la collectivité, sentiment de valorisation) ?
- Qu'est-ce que ces activités signifient pour vous ?
- Quelle est l'activité la plus importante pour vous ? Pourquoi ?
- Si vous deviez cesser de pratiquer ces activités, qu'est-ce que cela provoquerait pour vous ?
- Quelles autres activités aimeriez-vous faire ? Pourquoi ne les faites-vous pas ? Qu'est-ce qui pourrait faire que vous pratiquiez cette activité ?
- Jusqu'à quel point votre santé mentale vous permet-elle ou vous empêche-t-elle de réaliser des activités ?

3. Dans votre vie telle qu'est aujourd'hui, est-ce que vous vous sentez bien, est-ce que vous vous sentez épanouie ? Oui/non. Pourquoi ?

- Qu'est-ce qui compte le plus pour vous pour vous sentir bien personnellement ?
- Qu'est-ce qui permettrait d'augmenter votre sentiment de bien-être (les lois, vous, les autres, besoins, etc.) ?

Thème 5. Emploi

Pour les personnes actuellement en emploi :

1. Pouvez-vous me parler de votre emploi actuel ?
 - Rôle, responsabilités, tâches, temps partiel complet, horaire de travail, etc.
2. Qu'est-ce que vous apporte cet emploi personnellement ?
 - Au niveau de vos ressources financières, au niveau de votre vie sociale (habiletés, lien social, isolement social, entourage, contribution à la collectivité, valorisation, estime, etc.)
3. Comment avez-vous trouvé cet emploi ?
 - Décrivez-moi quelles ont été vos facilités et vos difficultés à trouver cet emploi (personnel, social, lois, transports, etc.) ?
4. Est-ce que cet emploi vous satisfait ? Oui-Non. Pourquoi ?
5. Quel emploi aimeriez-vous occuper idéalement ?
 - Dans l'état actuel des choses, pensez-vous que vous pourriez occuper cet emploi ? Oui/non. Pourquoi ?
 - À votre avis, quelles sont les conditions qui vous permettraient d'occuper un tel emploi (personnellement, entourage, société, lois, transports) ?
6. Selon vous, avez-vous suffisamment de choix d'emploi dans votre communauté ? Oui : Lesquels. Non : selon vous, pourquoi ?
7. Selon vous, comment les mesures gouvernementales actuelles permettent aux personnes qui vivent avec une situation de santé mentale d'accéder ou non à l'emploi de leur choix ?

Pour les personnes qui ne sont pas en emploi actuellement :

1. Pouvez-vous me parler des raisons pour lesquelles vous n'êtes pas en emploi présentement ?
 - Est-ce votre choix ?
2. Pouvez-vous me parler de vos expériences en emploi ?
 - Rôle, responsabilités, tâches, temps partiel complet, horaire de travail, etc.
3. Qu'est-ce que vous apportait cet emploi personnellement ?
 - Au niveau de vos ressources financières, au niveau de votre vie sociale (habiletés, lien social, isolement social, entourage, contribution à la collectivité, valorisation, estime, etc.)
4. Comment aviez-vous trouvé cet emploi ?
 - Décrivez-moi quelles ont été vos facilités et vos difficultés à trouver cet emploi (personnel, social, lois, transports, etc.) ?

5. Est-ce que cet emploi vous satisfaisait ? Oui-Non. Pourquoi ?
6. Quel emploi aimeriez-vous occuper idéalement ?
- Dans l'état actuel des choses, pensez-vous que vous pourriez occuper cet emploi ? Oui/non. Pourquoi ?
 - À votre avis, quelles sont les conditions qui vous permettraient d'occuper un tel emploi (personnellement, entourage, société, lois, transports) ?
7. Selon vous, avez-vous suffisamment de choix d'emploi dans votre communauté ? Oui : Lesquels. Non : selon vous, pourquoi ?
8. Selon vous, comment les mesures gouvernementales actuelles permettent aux personnes qui vivent avec une situation de santé mentale d'accéder ou non à l'emploi de leur choix ?

Thème 6. Capabilités

1. Qu'est-ce qu'une vie de qualité pour vous?
 - Qu'est-ce qui est important pour vous, pour avoir une vie de qualité?
 - Que faites-vous pour atteindre la qualité de vie que vous décrivez?
 - Pensez-vous avoir les moyens pour atteindre la qualité de vie dont vous me parlez? Comment?
 - Parlez-moi de ce qui vous empêche d'atteindre la qualité de vie dont vous me parler ?
2. Pouvez-vous me parler des dispositifs ou mesures sociales, politiques, économiques en lien avec votre situation de santé mentale que vous connaissez?
 - Croyez-vous qu'ils répondent à vos besoins? Comment?
3. D'après vous y a-t-il des caractéristiques personnelles qui peuvent influencer l'obtention ou le maintien d'un emploi? Lesquelles?
 - À votre avis quelles sont les mesures qui pourraient venir aider une personne qui vit avec ces difficultés?
4. Avez-vous déjà utilisé des services d'aide pour l'obtention ou le maintien d'un emploi? Lesquels?
 - Pouvez-vous me parler des ressources qui seraient nécessaires pour vous?
 - Idéalement, quel type d'aide avez-vous besoin pour obtenir un emploi ou le maintenir un emploi? Pourquoi?
5. Pouvez-vous m'expliquer comment votre milieu de vie (infrastructure et environnement naturel) influence votre quotidien?
 - Quels sont les services autour de votre santé médicale sociale, du transport, de l'emploi ou de loisirs auxquels vous avez accès dans votre environnement?
 - Est-ce que ces services vous satisfont ? Pourquoi?

- Apporteriez-vous des changements à certains de ces services? Lesquels?
- Y a-t-il d'autres types des services que vous aimeriez ? Lesquels? Pourquoi?

6. Pouvez-vous me parler de ce qui compte le plus pour vous, pour votre bien-être : emploi rémunéré ou activités sociales (bénévolat, etc.) ?

6. Questionnaire sociodémographique (après l'entrevue)

Ce questionnaire sociodémographique présenté a pour objectif de créer votre profil pour la recherche.

Cette grille sera répondue pendant le premier contact téléphonique et tout au long de l'entrevue.

<u>Vous vous identifiez à :</u> Homme Femme Autre?	<u>Enfants à charge :</u>
<u>Âge :</u> Diagnostic :	<u>Cohabitation :</u> <u>Niveau de scolarité :</u> Primaire Secondaire Diplôme d'études professionnelles (DEP) Diplôme d'étude collégial (DEC) Universitaire 1 ^{er} cycle (certificat ou baccalauréat) Universitaire 2 ^{ième} cycle (diplôme d'études spécialisées ou maîtrise) Universitaire 3 ^{ième} cycle (doctorat)
<u>Statut civil :</u> Célibataire Marié(e) Conjoint(e) de fait Séparé(e)\Divorcé(e) Veuf\Veuve	<u>Source de revenus :</u>
<u>Nombre d'enfants :</u>	<u>Revenu annuel :</u> En deçà de 10 000\$ (10 000\$ et 15 000\$) (16 000\$ et 20 000\$) (21 000\$ et 25 000\$) (26 000\$ et 30 000\$) (31 000\$ et 40 000\$) (40 000\$ et plus)

7. Conclusion

Est-ce qu'il y a d'autres éléments que vous aimeriez ajouter ?

8. Remerciements et suite à donner

Un grand merci pour votre collaboration. Votre participation est précieuse et elle est essentielle pour l'avancement des connaissances des pratiques en intervention sociale en santé mentale. Je vous rappelle que le formulaire d'information et de consentement contient plusieurs informations. Ainsi, si vous avez des questions en lien avec les considérations éthiques, je vous invite à utiliser les contacts indiqués. De plus, si vous avez des questions concernant cette recherche, il me fera un plaisir de répondre à vos questionnements.

APPENDICE 5

Liste de ressources



Liste de ressources

Vous pouvez communiquer avec votre intervenant, médecin et psychiatre à votre dossier. Vous pouvez aussi utiliser l'une ou plusieurs de ces ressources d'aide.

Écoute téléphonique - Tel-Aide Outaouais

Tel-Aide Outaouais offre un service d'écoute téléphonique en français aux personnes qui ont besoin d'aide, de soutien ou de références. Les bénévoles de Tel-Aide offrent une écoute attentive, chaleureuse et empathique. Ligne d'écoute Gatineau : 819-775-3223 Ottawa : 613-741-6433 Ailleurs en Outaouais : 1-800-567-9699

Info-Social 811

Info-Social 811 est un service de consultation téléphonique gratuit et confidentiel.

Le 811 est le numéro de téléphone unique de ce service. Composer le 811 permet de joindre rapidement un professionnel en intervention psychosociale en cas de problème psychosocial. Le service est offert 24 heures par jour, 365 jours par année. Toute personne résidant au Québec peut appeler Info-Social 811 pour elle-même ou pour un proche.

Les professionnels du service Info-Social 811 donnent des conseils et peuvent répondre aux questions d'ordre psychosocial. Ils peuvent aussi, au besoin, vous référer vers une ressource appropriée dans le réseau de la santé et des services sociaux ou une ressource communautaire.

Voici des exemples de situations où vous pouvez appeler Info-Social 811 :

- Vous traversez une situation qui vous fait vivre de l'anxiété.
- Vous avez des inquiétudes pour un proche.
- Vous vivez des difficultés dans votre famille ou votre couple.
- Vous vivez un deuil.
- Vous avez des questions concernant d'autres situations ou comportements qui vous inquiètent.

Disponible 24 heures sur 24 heures.

Gérer son anxiété

Groupe de soutien pour acquérir des outils concrets pour gérer l'anxiété.

- Durant les rencontres, vous n'êtes pas obligé de raconter quoi que ce soit si vous n'en avez pas le goût.

- Les rencontres vous offrent l'occasion d'acquérir des outils concrets que vous pourrez utiliser dans votre quotidien.
- De rencontrer des gens qui vivent des choses semblables à vous.
- De vous sentir compris par les participants.
- Ceci dans une atmosphère de non jugement et de respect vis-à-vis le cheminement de chaque personne.

Diminuer l'intensité et la fréquence de l'anxiété, c'est possible, mais nous devons apprendre comment le faire. Misons sur nos forces et nos capacités. Le courage c'est oser faire quelque chose pour s'en sortir même si nous avons peur. Si vous lisez ces lignes c'est que vous faites partie de cette catégorie de gens. La paix intérieure est un bien précieux qui a besoin d'être entretenue régulièrement. Tel que le bourgeon d'une rose, nous nous épanouissons pour devenir une fleur merveilleuse.

Septembre à fin novembre et de janvier à juin

Fréquence des rencontres: Le 1er mardi du mois de 19 h à 21 h

Personne(s) ressource(s): Lise Racine (819) 561-0937 du lundi au vendredi de 9 h à 16 h, "septembre à fin de novembre et de janvier à juin"

Coût: Aucun frais

Prévention du suicide

1-866-APPELLE (277-3553)

- Par ce numéro SANS FRAIS, votre appel sera directement acheminé vers le centre de prévention du suicide de votre région;
- Les intervenants au bout du fil sont formés et compétents ;
- Ce service est confidentiel et disponible 24 heures par jour et 7 jours sur 7.

REVIVRE (anxiété, dépression)

1-866-738-4873

- Par ce numéro SANS FRAIS, vous pourrez parler de façon confidentielle à un intervenant formé et compétent du LUNDI au VENDREDI de 9h00 à 17h00 ;
- Les intervenants vous écoutent et trouvent avec vous des moyens de reprendre du pouvoir et diminuer les symptômes et émotions souffrantes.