

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LE MAINTIEN EN EMPLOI DE TRAVAILLEURS AYANT UN TROUBLE
MENTAL GRAVE : APPRENDRE À CONCILIER TRAVAIL ET SANTÉ

THÈSE
PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN ÉDUCATION

PAR
DOMINIQUE THERRIEN

AVRIL 2020

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.10-2015). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Quatre professeurs m'ont permis de vivre un parcours doctoral fascinant. Je remercie Dominique Houle, professeure associée au département des sciences infirmières de l'Université du Québec en Outaouais (UQO) qui à titre de chercheure, de psychologue et d'infirmière en santé mentale m'a permis d'apprendre à me faire confiance. Elle a agi comme codirectrice de la thèse de 2013 à 2015. Pour la même période, le professeur André C. Moreau du département d'éducation de l'UQO a agi à titre de directeur de recherche en tant que spécialiste sur la littératie et la littératie en santé. Il a su par son enthousiasme, sa bienveillance et son professionnalisme me guider à travers les écrits qui m'ont permis d'apprécier l'apport unique des New literacy studies à la recherche en éducation et en santé. En 2015, mon parcours doctoral a été marqué par une grande joie. J'ai été nommé à titre de professeur régulier en sciences infirmières à l'UQO, ce qui m'a obligé à constituer un nouveau comité de recherche à l'Université du Québec à Montréal de 2015 à 2019. Le deuil associé au fait de quitter mon comité de recherche initial a été l'étape la plus difficile de mon parcours.

Ainsi, deux autres professeurs inoubliables sont entrés dans ma vie. Je remercie la professeure et chercheure Karine Collette de la Faculté de l'Éducation au département des lettres et des communications de l'Université de Sherbrooke qui a agi comme codirectrice. Ses qualités incroyables pour la rédaction, la critique sociale et son expertise des New literacy studies m'ont permis d'effectuer les analyses souhaitées sur l'apport des objets de littératie à l'apprentissage en santé. Le professeur et chercheur Marc Corbière du Département d'éducation et de pédagogie de l'Université du Québec à Montréal a agi à titre de directeur de cette thèse. Sa grande rigueur et ses rétroactions justes ont été pour moi une école formidable afin d'apprendre la recherche

et l'écriture scientifique. Sa manière d'être et d'accompagner resteront pour moi un modèle à reproduire auprès de futurs étudiants. Étant donné son expertise, entre autres sur l'intégration et le maintien en emploi de personnes qui expérimentent des troubles mentaux, je ne peux que rêver de futures collaborations.

Les efforts de conciliation travail-études-famille ont grandement été facilités par une généreuse bourse offerte par le Ministère de l'Éducation Supérieure de la Recherche et de la Science (MESRS) de 2015 à 2018. Je remercie sincèrement le MESRS et l'Ordre des infirmières et de infirmiers du Québec (OIIQ) qui en a fait la gestion. Je remercie tout particulièrement les trois organismes qui par l'intermédiaire du Regroupement des organismes communautaires en santé mentale de l'Outaouais (ROCSMO) ont contribué au recrutement des participants pour la recherche ou encore, à m'accueillir à titre d'étudiant-chercheur invité.

À tous les travailleurs, conseillers en emploi, employeurs, superviseurs immédiats qui ont contribué par le partage de vos expériences de vie et de travail à enrichir la connaissance du sujet exploré, je vous remercie de toute la confiance avec laquelle vous m'avez confié ces expériences très personnelles. Vous l'avez fait parce que vous croyiez que d'autres travailleurs qui ont un trouble mental grave pourraient en bénéficier à leur tour. En ce sens, je m'engage à partager les résultats de cette recherche afin qu'ils profitent à ceux et celles que vous vouliez aider. Un dernier mot pour mon conjoint, Gilles Thériault, qui pendant six années a accepté de vivre avec un doctorant à la maison. Merci pour l'écoute et les encouragements. Une pensée aussi pour mes sœurs : Catherine, qui a été pour moi un modèle de passion pour la recherche et Brigitte, pour son inestimable art de raconter la vie en classe ou sur la grève. À tous ceux et celles qui de près ou de loin m'ont soutenu, je vous remercie très sincèrement d'avoir été sur mon parcours d'apprenti-chercheur.

DÉDICACE

À mes parents, enseignants de carrière, qui ont été et seront pour toujours
des témoignages vivants de la pédagogie ouverte et créative

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	I
DÉDICACE.....	III
TABLE DES MATIÈRES	IV
LISTE DES FIGURES	VIII
LISTE DES TABLEAUX	IX
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES	X
RÉSUMÉ	XI
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I PROBLÉMATIQUE.....	3
1.1 LE TRAVAIL EN PRÉSENCE DE TROUBLES MENTAUX GRAVES.....	3
1.1.1 <i>L'exercice de la citoyenneté et le rétablissement par le travail.....</i>	<i>5</i>
1.1.2 <i>Quelques statistiques sur l'emploi et les incapacités</i>	<i>6</i>
1.1.3 <i>Enjeux structurels associés à la participation au travail.....</i>	<i>7</i>
1.1.4 <i>Soutien socioprofessionnel et participation au travail</i>	<i>8</i>
1.2 APPRENDRE À GÉRER LES SYMPTÔMES CLINIQUES D'UN TROUBLE MENTAL GRAVE	10
1.2.1 <i>La symptomatologie des troubles mentaux graves.....</i>	<i>10</i>
1.2.2 <i>Les fluctuations de la condition mentale.....</i>	<i>11</i>
1.2.3 <i>Les approches thérapeutiques.....</i>	<i>12</i>
1.2.4 <i>La lecture et l'écriture.....</i>	<i>14</i>
1.2.5 <i>Le rapport à autrui et à l'environnement</i>	<i>15</i>
1.3 RESPONSABILISATION ACCRUE DES CITOYENS DANS LES SOINS RELATIFS À LA SANTÉ MENTALE	16
1.3.1 <i>Bref historique des soins en santé mentale au Québec : être pris en charge</i>	<i>16</i>
1.3.2 <i>Responsabilisation accrue des citoyens à l'égard de leur santé et de leurs soins</i>	<i>18</i>
1.4 LA QUESTION GÉNÉRALE DE RECHERCHE.....	21
1.5 SYNTHÈSE DE LA PROBLÉMATIQUE	22

CHAPITRE II RÉFÉRENTS THÉORIQUES	23
2.1 LE CONTEXTE DE LA PARTICIPATION AU TRAVAIL.....	25
2.1.1 <i>Définir le travail et les troubles mentaux graves</i>	25
2.1.2 <i>L'incapacité au travail</i>	27
2.1.3 <i>La participation au travail</i>	30
2.1.4 <i>Facteurs de maintien en emploi</i>	32
2.2 LE PROCESSUS D'AUTOFORMATION.....	34
2.2.1 <i>L'autoformation</i>	34
2.2.2 <i>Le processus d'autoformation en tant que pratique sociale</i>	38
2.2.3 <i>Miser sur une perspective d'apprentissage</i>	42
2.3 L'AGENTIVITÉ DES TRAVAILLEURS.....	43
2.4 LES ASSISES THÉORIQUES DE LA COLLECTE ET DE L'ANALYSE DES DONNÉES.....	47
2.4.1 <i>Les New Literacy Studies</i>	48
2.4.2 <i>Les événements et les objets de littératie</i>	50
2.4.3 <i>Concepts liés à l'analyse temporelle des processus sociaux</i>	52
2.4.4 <i>Les rituels du quotidien</i>	54
2.5 OBJECTIFS DE LA RECHERCHE ET SYNTHÈSE	55
CHAPITRE III MÉTHODOLOGIE	58
3.1 LE CHOIX D'UNE ÉTUDE DE CAS MULTIPLE INDUCTIVE SOUTENUE PAR DES MÉTHODES ETHNOGRAPHIQUES....	59
3.1.1 <i>Le choix du devis : l'étude de cas multiples</i>	59
3.1.2 <i>Limites inhérentes aux études de cas</i>	60
3.2 LA DÉTERMINATION DU CAS : L'ÉTUDE D'UN PROCESSUS D'AUTOFORMATION.....	63
3.2.1 <i>La définition du cas</i>	63
3.2.2 <i>Le processus, le résultat et le contexte</i>	64
3.2.3 <i>Les perspectives de reconstruction et d'observation du cas</i>	64
3.3 SÉLECTION DES PARTICIPANTS ET COLLECTE	65
3.3.1 <i>La sélection des participants par échantillonnage intentionnel</i>	65
3.3.2 <i>Les modalités de recrutement et le consentement éclairé</i>	67
3.3.3 <i>La collecte de données</i>	68
3.3.4 <i>La conduite des entretiens semi-dirigés</i>	70
3.3.5 <i>Observations, collecte d'artéfacts et stage d'immersion</i>	71
3.4 TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNÉES.....	76

3.4.1	<i>Première procédure d'analyse : les aspects temporels de l'autoformation</i>	78
3.4.2	<i>Seconde procédure d'analyse : à la recherche de configurations de l'autoformation</i>	80
3.5	CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES ET CRITÈRES DE RIGUEUR DE LA RECHERCHE	82
3.6	SYNTHÈSE DE LA MÉTHODOLOGIE	83
CHAPITRE IV RÉSULTATS.....		85
4.1	DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES.....	87
4.2	PREMIER ARTICLE	88
4.3	DEUXIÈME ARTICLE.....	107
CHAPITRE V DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS		130
5.1	LES QUATRE PILIERS DE L'AUTOFORMATION.....	131
5.2	MODÈLES INSPIRANTS ET AIDE-MÉMOIRES SOUTENANT L'AUTOFORMATION.....	134
5.3	RITUELS DU QUOTIDIEN ET AUTOFORMATION.....	136
5.4	AUTOFORMATION ET MAINTIEN EN EMPLOI DURABLE	137
5.5	RECOMMANDATIONS POUR LES PROFESSIONNELS.....	139
5.6	FUTURES RECHERCHES	153
CONCLUSION.....		157
ANNEXE A PARCOURS FAVORISANT L'INSERTION SOCIALE ET ÉCONOMIQUE		160
ANNEXE B DISPOSITIFS DE FORMATION CONTINUE SELON D'ORTUN (2011) ET TREMBLAY (2003)		162
ANNEXE C QUESTIONNAIRE SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE ET QUESTIONS PRÉVUES POUR LES ENTRETIENS		164
ANNEXE D FORMULAIRES DE CONSENTEMENT DES PARTICIPANTS.....		172
ANNEXE E AUTORISATIONS ÉTHIQUES		183
ANNEXE F ÉCHANTILLON DE LA 1^{ÈRE} ANALYSE.....		187
ANNEXE G SYNTHÈSE DE LA 2^{ÈME} ANALYSE.....		194
ANNEXE H CRITÈRES DE RIGUEUR ASSOCIÉS AUX ÉTUDES DE CAS		238
ANNEXE I AUTORISATION D'INSERTION DE L'ARTICLE DANS LA THÈSE		240
RÉFÉRENCES.....		243

LISTE DES FIGURES

Figure	Page
2.1 Arrimage des référents théoriques.....	24
2.2 Dimensions et niveaux de l'incapacité au travail.....	29
2.3 Participation au travail en présence d'un trouble mental grave.....	31

LISTE DES TABLEAUX

Tableau		Page
2.1	Cinq principaux courants de la recherche sur l'autoformation de Carré...	35
3.1	Protocole de collecte des données.....	69

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

AMA :	American Medical Association
APA :	American Psychiatric Association
CIM :	Classification internationale des maladies
CCA :	Conseil canadien de l'apprentissage
CSMQ :	Comité de la santé mentale du Québec
DSM :	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
IOM :	Institute of Medicine
LS :	Littératie en santé
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
NIH :	National Institutes of Health
NLS :	New Literacy Studies
OCDE :	Organisation de coopération et de développement économiques
OIIQ :	Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec
OMS :	Organisation mondiale de la santé
OPQ :	Office des professions du Québec
PAAS :	Programme d'aide et d'accompagnement social
PASM :	Plan d'action en santé mentale
ROCSMO :	Regroupement des organismes communautaires en SM de l'Outaouais

RÉSUMÉ

« Le comportement d'une société envers ses déviants est un des meilleurs témoignages de son degré de civilisation » Bonnafé (1991) dans Coupechoux (2006, p. 26)

Cette étude multicas contribue à une meilleure compréhension du processus d'apprentissage informel d'adultes qui doivent composer avec les symptômes cliniques d'un trouble mental grave (TMG) au travail. La majorité des travailleurs qui expérimentent un TMG (ex. trouble bipolaire) et qui occupent un emploi compétitif ne peuvent le conserver plus de six mois (Cook et al., 2014). L'emploi compétitif est un travail rémunéré qui pourrait être occupé par quiconque a les compétences, payé au moins au salaire minimum. L'emploi compétitif se distingue du bénévolat ou de l'emploi en milieu protégé, par exemple, un lieu de travail spécialement conçu pour des personnes ayant des limitations intellectuelles ou de santé mentale. À ce jour, la problématique du maintien en emploi de personnes ayant un TMG a été abordée sous divers angles, mais jamais sous l'angle de l'autoformation. L'autoformation réfère d'abord aux efforts personnels du travailleur dans l'apprentissage; cela, sans oublier le soutien qu'il reçoit (Carré, 2005; D'Ortun, 2011a; Tremblay, 2003b). L'autoformation considérée en tant que pratique sociale réfère au fait que l'action individuelle reste inextricablement liée, voire même déterminée, par le vécu collectif. Ainsi, les efforts personnels du travailleur sont liés de près ou de loin au soutien et aux attentes véhiculées par le groupe de travail (ex. valeurs, idées). À ce titre, l'autoformation peut être considérée comme une pratique sociale (Barton & Hamilton, 2010; Barton & Papen, 2010; Overgaard, 1994). Par exemple, on pourrait penser que le désir de travailler soit généré par l'attente collective que tous les membres d'un groupe contribuent de manière équitable au bon fonctionnement de la société. L'objectif de la recherche est de décrire la manière dont ces travailleurs ont appris à gérer les symptômes cliniques vécus au travail.

Nous avons recruté cinq travailleurs adultes qui expérimentent un TMG et œuvrent sur le marché du travail compétitif depuis plus de six mois de même que six facilitateurs qui les ont aidés à s'autoformer (p. ex. conseiller en emploi, supérieur immédiat). Les participants ont été interviewés et observés pour documenter : 1) le cheminement en emploi des travailleurs de 2011 à 2018; 2) les symptômes cliniques vécus au travail et 3) les pratiques développées pour composer avec ces symptômes. Les données ont été recueillies pendant 15 mois lors d'entrevues semi-dirigées et de séances d'observation sur le terrain.

Deux analyses ont été menées sur le corpus de données. La première a abordé les aspects temporels du processus d'autoformation (Mendez, 2010) et a permis de décrire quatre modes d'autoformation expérimentés par les travailleurs, soit les modes : latent, post-crise, actif et, axé sur la transmission de l'expérience. La deuxième analyse a porté sur l'usage des objets de littératie permettant d'apprendre et de gérer les symptômes cliniques d'un trouble mental au travail. Les objets de littératie sont des objets qui comportent des écritures, des chiffres ou d'autres symboles (ex. liste, journal intime). Ce type d'analyse est inspiré par l'école des New Literacy Studies et sous-tend l'idée qu'il soit possible de retracer le sens des pratiques personnelles et sociales permettant aux travailleurs de composer avec leurs symptômes cliniques par l'étude des ressources matérielles qu'ils utilisent, plus précisément en analysant l'usage et les fonctions des objets de littératie (Fenwick, Nerland, & Jensen, 2012).

Il s'est avéré que l'usage des objets de littératie s'apparentait à la mise en œuvre de rituels du quotidien tels que définis par l'école d'anthropologie historique allemande (Jeffrey, Otero, Côté, Morissette, & Roberge, 2011; Wulf, 2013). Cinq rituels de conciliation travail-santé ont été recensés : préparation au travail, assertivité-affirmation, réassurance, valorisation et alternance travail-repos. Dans ces rituels, les objets de littératie agissent comme objets favorisant trois transitions: 1) de la sphère publique à la sphère privée (transition socio-spatiale); 2) de l'état de stress aigu à celui de calme (transition physiologique) et 3) d'une identité de « malade » stigmatisante, à celle de « travailleur » accompli (transition identitaire). D'autres objets de littératie agissent plutôt comme « modèles », inspirant de nouveaux savoir-faire et savoir-être; et, comme « aide-mémoires » rappelant d'en faire usage aux moments opportuns.

Tout en prenant en considération les limites d'une étude multicas (ex. peu de participants), les résultats indiquent que la mise en pratique de rituels de conciliation travail-santé est une caractéristique commune de travailleurs ayant un TMG qui connaissent un maintien en emploi durable. De plus, l'autoformation repose en partie sur le repérage d'histoires inspirantes qui suggèrent d'agir autrement et sur la mise en place d'aide-mémoires rappelant aux travailleurs de faire usage des nouvelles pratiques.

Mots-clés : maintien en emploi, apprentissage informel, autoformation, troubles mentaux, littératie en santé.

INTRODUCTION

Il s'agit d'une thèse par articles qui selon le règlement du programme doctoral réseau en éducation des Universités du Québec doit comporter entre un et trois articles scientifiques portant sur les résultats de recherche; cette thèse en propose deux. Le premier article a été soumis en anglais dans une revue australienne; *Australian Occupational Therapy Journal*. Les résultats au sujet de quatre modes d'autoformation associés à la gestion des symptômes cliniques y sont présentés. Le second article a été soumis en français dans une revue canadienne; *The Canadian Journal of Education/Revue canadienne de l'éducation*. Il porte sur l'apprentissage de cinq rituels du quotidien qui sont mis en œuvre pour composer avec les normes sociales véhiculées dans les milieux de travail.

Le premier chapitre de la thèse présente la problématique du maintien en emploi de travailleurs qui expérimentent un trouble mental grave. En général, ces travailleurs ne conservent pas leur emploi plus de six mois. Bien que plusieurs variables influencent la durée du maintien en emploi, l'apprentissage informel de la gestion des symptômes cliniques en contexte de travail demeurerait inexploré.

Le second chapitre aborde les principaux référents théoriques de l'étude : 1) l'autoformation en tant que pratique sociale et 2) les approches sociomatérielles, plus particulièrement les New Literacy Studies (NLS) qui permettent de retracer les pratiques personnelles et intimes des travailleurs en s'intéressant non seulement aux relations interpersonnelles mais au rapport que le travailleur entretient avec les objets dont il fait usage dans son quotidien. La question générale de recherche est ainsi

formulée : comment des travailleurs ayant un trouble mental grave et se maintenant en emploi plus de six mois ont-ils appris à gérer les symptômes cliniques vécus au travail?

Le troisième chapitre présente le devis d'une étude multicas permettant de répondre à cette question. La collecte a été faite à l'aide de méthodes ethnographiques. Le traitement des données a été soutenu par NVivo 11. Les données ont été condensées pour chaque travailleur en récits de pratiques mettant en parallèle l'historique de l'emploi, l'évolution des symptômes cliniques de 2011 à 2018 et les moyens de gestion des symptômes cliniques développés au cours de la même période. Deux analyses ont été conduites sur le corpus : 1) une analyse temporelle (Mendez, 2010) afin de déterminer s'il y avait diverses modalités d'autoformation; et, 2) une analyse anthropologique de l'usage et des fonctions des objets de littératie utilisés pour apprendre et gérer les symptômes cliniques (Wulf, 2013).

Le quatrième chapitre présente les résultats. De nouvelles connaissances au sujet de quatre modes d'autoformation et de cinq rituels du quotidien soutenant l'apprentissage et la gestion de symptômes cliniques sont présentées dans deux articles scientifiques.

Le cinquième chapitre est l'occasion de répondre à la question de recherche par une discussion sur les liens possibles entre la pratique des rituels du quotidien et le maintien durable en emploi. Quelques hypothèses explicatives, des recommandations pratiques et quatre avenues pour de futures recherches sont proposées.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE

1.1 Le travail en présence de troubles mentaux graves

Explorer les relations entre les troubles mentaux graves, le travail compétitif et l'apprentissage de la gestion des symptômes cliniques est plus que pertinent dans le contexte québécois actuel de plein emploi pour les raisons suivantes : pénurie de travailleurs, responsabilisation accrue des gens à l'égard de leur santé, mouvements de lutte contre la stigmatisation à l'égard des troubles mentaux et un élan certain pour l'intégration sociale en emploi de personnes qui vivent un trouble mental grave comme la schizophrénie, le trouble bipolaire, les troubles de la personnalité ou anxiodépressifs sévères, etc. Dans les prochains paragraphes, nous aborderons une synthèse des connaissances scientifiques récentes au sujet du travail de personnes aux prises avec un TMG ainsi que sur l'apprentissage de la gestion des symptômes cliniques en contexte de travail. Il en découlera des objectifs de recherche en vue de soutenir les avancées de la recherche sur l'apprentissage informel et le maintien en emploi de personnes ayant un TMG.

Les connaissances scientifiques montrent que plusieurs citoyens ayant un trouble mental grave (TMG) choisissent la participation au travail pour s'intégrer à la société, subvenir à leurs besoins et vivre un rétablissement (Mueser & McGurk, 2014). Le

maintien en emploi en présence d'un TMG demeure toutefois difficile au-delà d'une période de six mois (Cook et al., 2014); cela, même lorsque du soutien est mis en place pour contrer les possibles difficultés cognitives, sociales et psychologiques associées (Drake, Becker, & Bond, 2012; Frank, 2014; Lecomte, Corbière, & Lysaker, 2014; Pachoud & Corbière, 2014; Suijkerbuijk et al., 2017).

De plus, certains enjeux découlent du croisement entre les exigences sociales d'autonomie accrue en matière de santé et les capacités cognitives, sociales et décisionnelles fluctuantes des travailleurs ayant un TMG (Jeste, Depp, & Palmer, 2006; Villagrán, Ruiz-Granados, & González-Saiz, 2014). D'une part, les principes éthiques de bienfaisance et de liberté individuelle sont mis à mal si l'on exclut du monde du travail des personnes ayant un TMG aptes à se soigner et à travailler. D'autre part, le principe de protection d'autrui n'est pas respecté si l'on pousse des personnes ayant un TMG temporairement inaptes à se soigner ou à travailler sans bénéficier de tout le soutien nécessaire (Villagrán et al., 2014). Le sujet est délicat d'autant plus qu'une responsabilisation accrue est attendue des citoyens à l'égard de la gestion de leurs soins de santé (Collette & Rousseau, 2013; Kickbusch, 2009).

Malgré toutes les formes d'exclusion qui ont prévalu antérieurement dans l'histoire des soins psychiatriques au Québec (Boudreau, 2003), les personnes ayant un TMG doivent maintenant en faire davantage pour leurs soins. Le maintien d'un ordre social historiquement dévolu par l'État aux organismes de charité, philanthropiques et aux communautés religieuses soignantes (Nazon, Perron, & Foth, 2019) repose de plus en plus sur l'individu et ses proches. Il n'est donc pas étonnant que la question des efforts personnels entrepris pour apprendre à composer avec les symptômes cliniques d'un TMG en milieu de travail puisse être formulée (Williams, Fossey, Corbière, Paluch, & Harvey, 2016). Apprendre à gérer les symptômes cliniques d'un TMG en cours d'emploi est un objet de recherche dont l'étude est d'une importance capitale pour relever les défis actuels de la participation au travail de tous les citoyens, plus

particulièrement pour les travailleurs ayant un TMG face aux exigences de la participation à la société du travail entendue comme facteur essentiel d'autonomisation.

1.1.1 L'exercice de la citoyenneté et le rétablissement par le travail

Le travail est un moyen valorisé pour exercer sa citoyenneté (Québec & CSMQ, 2005). Pachoud et Corbière (2014) indiquent à ce sujet : « L'exercice d'une activité professionnelle aide à la structuration du temps et des journées, d'une façon qui est plus conforme aux rythmes sociaux dominants, contribuant au sentiment d'inclusion dans la vie sociale et professionnelle » (p. S40). Lorsque les personnes ayant un TMG adoptent une identité de *travailleur* au détriment d'une identité de *malade*, cela peut favoriser leur rétablissement (Lucock et al., 2011; Pachoud & Corbière, 2014) :

[Un] processus personnel que franchissent les personnes ayant un problème de santé mentale en vue de regagner le contrôle de leur vie et d'y donner un sens et un but. [...] Pour certains, c'est l'absence complète de symptômes de maladie mentale. Pour d'autres, c'est vivre pleinement dans la collectivité, tout en apprenant à vivre avec des symptômes permanents (Kent-Wilkinson et al., 2015, p. 22).

Le travail est considéré comme un moyen privilégié pour se rétablir (Pachoud & Corbière, 2014; Provencher & Keyes, 2010). Au contraire, la non-participation au travail a des répercussions sur la santé et le bien-être :

[...l'] isolement social, la perte de l'identité socioprofessionnelle et d'une structure spatio-temporelle, la perte d'un pouvoir de consommation et d'actualisation de soi, l'exacerbation des symptômes cliniques et la pauvreté (M. Corbière & Durand, 2011, p. 2).

1.1.2 Quelques statistiques sur l'emploi et les incapacités

Au Canada, 6,2 millions de personnes de 15 ans et plus (22,3%) présentent au moins un type d'incapacité. Si on exclut les 65 ans et plus, 4,2 millions de Canadiens ont une incapacité dont 1,7 million en lien avec la santé mentale. La prévalence des incapacités liées à la santé mentale dans la population âgée de 15 ans et plus occupe le 4^e rang (7,2%) après la douleur (14,5%), le manque de flexibilité (10%) ou de mobilité (9,6%). L'Enquête canadienne sur l'incapacité (ECI) de 2017 indique que les personnes qui expérimentent une incapacité sont moins susceptibles de participer au marché du travail (59%) que celles qui n'ont pas d'incapacités (80%). Au total, 644 640 Canadiens ayant une incapacité seraient aptes au marché du travail sans toutefois y évoluer, 263 000 pour des raisons de santé mentale, ce qui correspond à environ 60 000 au Québec (Statistique Canada, 2018).

Or, les taux d'obtention d'emplois compétitifs sont à 32% selon la méta-analyse Cochrane de Suijkerbuijk et al. (2017). Drake et al. (2012) indiquent 20% à 25% pour un suivi en emploi standard et 60% pour un suivi de type IPS¹. Quant au maintien en emploi, la moitié des travailleurs embauchés abandonne le travail ou est congédiée dans les six mois (Cook et al., 2014); l'autre moitié est stable, il s'agit de *steady workers* qui travaillent en général plus de 20 h par semaine (Drake et al., 2012). Au final, bien que la participation au travail soit un facteur majeur de rétablissement, 70% à 90% des personnes ayant un TMG qui désirent travailler demeurent sans emploi (M. Corbière, 2008; Marwaha et al., 2007; Québec & CSMQ, 2005). Ces quelques statistiques suggèrent qu'il est pertinent de se questionner sur l'inclusion de travailleurs ayant un TMG au marché de l'emploi compétitif dans l'esprit d'une meilleure intégration socioéconomique (ONU, 2014).

¹ Individual Placement Support, un modèle de soutien en emploi accompagné de type 'place than train'.

1.1.3 Enjeux structurels associés à la participation au travail

Les défis structurels de la participation au travail concernent l'arrimage des programmes de soutien à l'employabilité des ministères liés à la santé et à l'emploi et le financement de ces programmes. Le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a mandaté le Comité de la Santé mentale du Québec (CSMQ) de 2001 à 2005 pour explorer la compréhension de la santé mentale et de l'insertion socioprofessionnelle qu'avaient les ministères de l'Emploi et de la Solidarité sociale, le MSSS et d'autres acteurs, (Québec, 2001; Québec & CSMQ, 2005). Trois avis ont été transmis par le CSMQ soulignant entre autres la complexité face à laquelle se trouvent les travailleurs qui perdent des avantages sociaux (prestations, médicaments, dentiste, lunettes, transport adapté, etc.) parce qu'ils gagnent un salaire. Cette situation semble un frein à l'emploi : « Que m'arrivera-t-il si je n'ai pas de revenu et que je suis malade de nouveau? »

Le dernier avis de la CSMQ en 2005 proposait une réorganisation structurelle des cheminements vers l'emploi. Deux Parcours ont été suggérés : 1) l'intégration au marché du travail ordinaire et 2) la participation sociale en milieu protégé (annexe A). Ces Parcours reconnaissent quatre profils de besoins des personnes avec un TMG : l'implication sociale pour celles qui ne désirent pas entreprendre une démarche d'emploi; la préemployabilité lorsque travailler n'est pas considéré à court terme; le développement de l'employabilité par la formation et les stages pour celles qui ont déjà acquis des comportements et des habitudes de travail; de même que l'intégration et le maintien en emploi. Ces profils ont alors été arrimés aux programmes gouvernementaux cités.

Le rapport du CMSQ comportait d'autres recommandations : un meilleur arrimage des deux principaux ministères, la création de nouveaux services (p. ex. stages rémunérés)

et des modes de financement plus soucieux des réalités changeantes des personnes qui entreprennent un parcours d'insertion professionnelle (Québec & CSMQ, 2005).

Plus récemment (Québec, 2012), le Programme d'aide et d'accompagnement social du Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale (PAAS-Action) propose un ensemble de mesures intégrées au sein de parcours individualisés pour les personnes qui connaissent des difficultés les empêchant de participer aux mesures régulières d'aide à l'emploi. Il s'agit essentiellement de mesures de préemployabilité. Du financement est offert aux agences (p. ex. organismes communautaires) qui offrent des services de soutien et d'intégration à l'emploi au Québec. Toutefois, les cibles de financement encouragent l'intégration à court terme du travailleur au détriment du suivi prolongé en cours d'emploi.

D'autres enjeux structurels systémiques affectent la participation au travail des personnes ayant un TMG : l'évolution du marché de l'emploi, la stigmatisation, la présence d'accommodements en milieux de travail, la réticence des employeurs, etc. (Lecomte et al., 2014; Québec & CSMQ, 2005). À ces enjeux structurels s'ajoutent des défis relatifs au soutien socioprofessionnel.

1.1.4 Soutien socioprofessionnel et participation au travail

Le soutien psychosocial réfère au fait « [d'] accompagner la personne dans son développement grâce à un suivi adapté à sa réalité » (Québec & CSMQ, 2005, p. 24). Plus ciblé, le soutien socioprofessionnel : « vise à soutenir la personne dans son intégration et son maintien en emploi [...] [il] s'adresse à toute personne ayant des besoins de soutien socioprofessionnel, de suivi ou d'accompagnement dans le cadre de

son parcours vers l'emploi » (Québec & CSMQ, 2005, p. 24). L'évaluation de la situation de la personne (p. ex. counseling d'emploi) de même que le soutien et l'accompagnement dans la réalisation des étapes à venir (p. ex. instaurer des mesures d'accommodement) en font partie. Les intervenants doivent au cours de ce processus composer avec de nombreux éléments. Selon Pachoud et Corbière (2014), la centralité du travail dans la vie, les aptitudes relationnelles et le sentiment d'efficacité exercent leur influence sur l'intégration à l'emploi. D'autres éléments caractérisent ce sous-groupe de travailleurs parmi lesquels l'instabilité, la faible tolérance au stress, la faible scolarisation, le peu de formation spécialisée et le manque d'expérience de travail (Québec & CSMQ, 2005).

Pachoud et Corbière (2014) précisent que les pratiques traditionnelles de réinsertion en emploi comme les programmes Parcours du MSSS abordés précédemment (annexe A) sont remises en question par les données probantes. Les pratiques traditionnelles misent sur des approches progressives de réentraînement avant d'intégrer le milieu de travail (approches Train and place). À l'inverse, l'emploi accompagné relève d'une approche du type « Place than train » où : « il s'agit d'insérer d'abord, puis former et soutenir dans le cadre d'activités de travail, sans étapes préparatoires [...] assurer ensuite, sur le long terme, un réel soutien dans l'activité de travail » (Pachoud & Corbière, 2014, p. S36). Selon Suijkerbuijk et al. (2017), l'emploi accompagné s'avère plus efficace : « que la formation pré-professionnelle, l'emploi transitoire ou les soins psychiatriques seuls » (p.3).

Mueser et McGurk (2014) expliquent que le modèle d'emploi accompagné IPS (Individual Placement and Support) est basé sur huit principes : 1) inclure toute personne qui souhaite travailler sans discriminer (ex. toxicomanies), 2) assoir à la même table les intervenants des secteurs de la santé et de l'emploi, 3) viser l'emploi compétitif, 4) rechercher le travail désiré tôt dans le processus, 5) développer un éventail d'emplois et d'employeurs potentiels, 6) respecter les préférences du

travailleur en matière d'emploi désiré et de divulgation du trouble mental, 7) offrir du counseling et 8) assurer un suivi continu une fois l'emploi obtenu.

Au-delà des types de programmes mis en œuvre, retenons que la qualité du soutien socioprofessionnel offert aux travailleurs qui expérimentent un TMG en milieu de travail favorise le maintien en emploi (Corbière, Villotti, Toth, & Waghorn, 2014).

1.2 Apprendre à gérer les symptômes cliniques d'un trouble mental grave

1.2.1 La symptomatologie des troubles mentaux graves

Les troubles psychiatriques restent encore peu connus du point de vue de la science. Les chercheurs tentent toujours de comprendre les facteurs de risque, les diverses étiologies, dont l'impact de l'environnement sur le développement de ces troubles (Lalonde & Pinard, 2016). Peu de correspondances anatomophysiologiques sont connues permettant de reconnaître les divers troubles, ce qui explique pourquoi nous ne les appelons pas des maladies (TÉLuq & Wallot, 2017). Dès que la compréhension d'un trouble mental est moins connue, le trouble bascule alors hors du champ de la psychiatrie pour être soigné par des neurologues ou d'autres spécialistes (p. ex. démence de type Alzheimer, trouble déficitaire de l'attention). Ainsi, les deux classifications des maladies mentales reconnues; le Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders (DSM) et la Classification internationale des maladies (CIM) s'appuient sur l'idée de syndromes : soit un ensemble de critères ou de symptômes cliniques précis qui réunis selon certaines conditions (p. ex. avoir 3 des 5 critères suivants pour au moins 6 mois) permettent d'identifier un trouble mental spécifique

(APA, 2013). Ces critères réfèrent à la fois à des symptômes cliniques, à des manifestations comportementales, à la souffrance et à un fonctionnement altéré au niveau social, fonctionnel et professionnel. Bien que chaque trouble mental comporte ses particularités, les symptômes cliniques invalidants (anxiété, dépression, psychose, biais cognitifs, etc.) sont susceptibles d'être expérimentés dans la plupart des troubles mentaux graves (Fortinash et al., 2013).

1.2.2 Les fluctuations de la condition mentale

Les travailleurs avec un TMG expérimentent des fluctuations de leur condition mentale qui varie selon divers facteurs comme la santé physique, l'usage de substances (drogues, alcool, tabac), les ajustements du traitement pharmacologique, l'adhésion au traitement, les périodes de chaleur intense, etc. (Hamann et al., 2009; R. McCabe et al., 2013; SCS, 2012; Stewart, Anthony, & Chesson, 2010). Un exemple de fluctuation serait un épisode de psychose (perte de contact avec la réalité à divers degrés) vécu par un travailleur ayant un trouble bipolaire. La psychose entraverait momentanément les capacités décisionnelles et les capacités à travailler (Jeste et al., 2006; Leclerc & Rexhaj, 2016; Tania Lecomte & Leclerc, 2012; Sponheim et al., 2010). Après avoir reçu des soins aigus, les travailleurs connaîtront de nouvelles périodes de stabilité clinique au cours desquelles ils retrouvent toutes leurs capacités. Toutefois, lors de ces phases résiduelles, des symptômes comme la dépression, les difficultés de sommeil, les idées délirantes, les hallucinations, la méfiance, des déficits cognitifs ou une faible autocritique peuvent persister à des degrés moindres (Jeste et al., 2006; Kaup, Dunn, Saks, Jeste, & Palmer, 2011; Palmer & Jeste, 2006; Ventura, Tom, Jetton, & Kern, 2013).

1.2.3 Les approches thérapeutiques

L'intensité des cycles de stabilité-rechute peut être amenuisée par la prise de médicaments psychotropes. Hormis les médicaments en lien avec les problèmes de santé physique plutôt fréquents chez les personnes avec un TMG (p. ex. diabète) (El-Mallakh, 2007; Keefe, 2012; Robson & Gray, 2007), six principales classes de médicaments sont utilisées : antipsychotiques, antidépresseurs, anxiolytiques, stabilisateurs de l'humeur, stimulants du système nerveux central et agents procognitifs (Deglin, Vallerand, Sanoski, & Laplante, 2014; Fortinash et al., 2013; Healy, 2009). Tous ces médicaments comportent à divers degrés des effets indésirables importants susceptibles d'affecter le fonctionnement quotidien des travailleurs : tremblements, crampes musculaires, étourdissements, gain pondéral, modification de la résistance à l'insuline, hyperglycémie et diabète, somnolence, fatigue, troubles sexuels et diminution de la libido, sécheresse de la bouche, troubles du sommeil, céphalées, anxiété, etc. Ces effets indésirables sont parfois passagers, mais plusieurs persistent tout au long du traitement. Étant donné que les traitements ne guérissent pas le trouble mental, la prise de médicaments psychotropes est permanente. L'adhésion au traitement pharmacologique est souvent partielle, erratique, et fréquemment remise en question ou négociée (Simos, 2012; Stewart et al., 2010). Cela est entre autres dû à la méfiance, aux nombreux effets indésirables ou à une autocritique partielle, c'est-à-dire à un faible insight (Favrod, Maire, Bardy, Pernier, & Bonsack, 2011); cette capacité limitée de la personne à prendre conscience qu'elle souffre d'un trouble mental. L'abandon du traitement pharmacologique n'est pas rare et entraîne habituellement une détérioration de la condition mentale de même que des conséquences psychologiques, sociales et matérielles importantes.

Les travailleurs et leur entourage constituent une source très riche de savoirs et d'expériences sur l'autogestion des symptômes cliniques associés aux troubles

mentaux et à leur traitement puisqu'ils doivent composer au quotidien avec les symptômes invalidants de la maladie mentale et les effets indésirables de la prise de médicaments psychotropes (Lourdes Rodriguez del Barrio, Corin, & Poirel, 2001). Même lorsqu'une médication appropriée est bien ajustée, certains symptômes cliniques persistent dans plusieurs cas.

Les déficits cognitifs et le manque de motivation sont considérés comme des facteurs prédictifs d'une incapacité à décrocher un emploi (Frank, 2014). Des croyances erronées (biais cognitifs) existent au sujet du milieu de travail et des compétences requises. Une faible estime de soi liée à l'internalisation du stigmat social peut aussi être présente (Lecomte et al., 2014). À cet égard, la recherche indique que des traitements spécialisés comme la remédiation cognitive (troubles cognitifs), la thérapie cognitive comportementale (biais cognitifs, croyances erronées) et l'entraînement aux habiletés sociales (difficulté dans les relations sociales) permettent de mieux composer avec des difficultés psychiques lors de l'intégration à l'emploi.

La remédiation cognitive a pour objectif de compenser les déficits cognitifs par la stimulation des fonctions cognitives déficitaires et la mise en valeur des fonctions cognitives préservées. Elle devrait précéder toute démarche vers l'emploi en établissant au préalable les liens entre les besoins du poste et le profil cognitif de l'usager (Frank, 2014). La thérapie cognitive comportementale, dont celle offerte en petits groupes, permet l'amélioration du fonctionnement social et permet la mise en place de stratégies d'adaptation face au stress; il s'agit « d'explorer, voire de modifier ces croyances erronées et d'élargir si nécessaire le répertoire des stratégies d'adaptation » (Lecomte et al., 2014, p. S84). Croire qu'on ne peut conserver longtemps son emploi, qu'on est trop fragile pour travailler, que les autres sont à craindre ou qu'une critique négative conduite à une perte de l'emploi sont des exemples de croyances erronées mentionnés par Lecomte et al. (2014). Enfin, l'entraînement aux habiletés sociales (habiletés perceptives, décisionnelles et émettrices) fait aussi partie des stratégies qui visent à

apprendre des méthodes pour contourner ou réduire les incapacités, plus spécifiquement celles associées aux habiletés interpersonnelles; car, il existe dans certains TMG une « altération profonde de la relation à soi, aux autres, au monde [qui] rend difficile la communication avec autrui » (Hamon-Delbar & Magneron, 2013, p. 161). Ainsi, lors d'un entraînement aux habiletés sociales, la personne établit et planifie des objectifs. Des modèles et des jeux de rôles lui permettent de s'exercer et constituent une occasion pour recevoir la rétroaction. Diverses occasions pour accomplir la tâche dans un environnement naturel lui sont ensuite offertes.

1.2.4 La lecture et l'écriture

Puisque nous référerons aux objets de littératie, soit des objets comportant des lettres, des chiffres et des symboles, etc.; il semblait important de clarifier la question des capacités de lectures et d'écriture en lien avec les troubles mentaux graves. Les capacités de lecture et d'écriture demeurent intactes dans les TMG, bien qu'elles puissent comporter certaines particularités. Vinckier (2013) a testé les hypothèses du déficit magnocellulaire et de la dysconnectivité à l'aide d'une tâche de lecture. Des performances diminuées ont été observées en présence de schizophrénie pour la lecture de mots dégradés de façon minimale (rotation du mot, lecture en périphérie, augmentation de l'espacement entre les lettres). Toutefois, des performances de lecture similaires ont été observées entre le groupe contrôle et les gens atteints de schizophrénie lorsqu'ils ont été exposés à des conditions de lecture optimale. Ces résultats de recherche démontrent que le TMG n'empêche pas les personnes ayant un TMG de lire, ces facultés pouvant toutefois être altérées lors d'un épisode de psychose. L'écriture pour sa part est utilisée par les personnes ayant un TMG dans le cadre

d'interventions (p. ex. journal alimentaire, TCC) (Lecomte et al., 2014; McWilliams et al., 2012), ou d'activités thérapeutiques (Salesse, Saucier, & Mavrikakis, 2014).

1.2.5 Le rapport à autrui et à l'environnement

La cognition sociale altérée affecte les possibilités de socialisation tant dans la schizophrénie, la dépression majeure que la maladie bipolaire (Hoernagl & Hofer, 2014). En présence des symptômes positifs et négatifs de la schizophrénie, un inconfort général conduit fréquemment à l'isolement social (Rastad, Martin, & Åsenlöf, 2014). Le manque d'énergie, la culpabilité, la honte, la dévalorisation de soi dans le cas d'un trouble dépressif n'encouragent pas non plus à socialiser. La manie présente dans le trouble bipolaire de type I mène à une désinhibition du comportement, à une réduction de la distance physique dans les rapports sociaux, voire à l'intrusion dans l'intimité de l'autre. Parler fort, sans arrêt, avec un débit rapide et tendu tout en étant directif et critique sans vraiment écouter l'interlocuteur ne peut forcément mener à des relations sociales harmonieuses.

Le rapport à l'environnement (lieux publics et privés) d'une personne qui vit un TMG est aussi marqué par une expérience subjective ayant une incidence sur les lieux qu'une personne sera à l'aise de fréquenter. Le sentiment de sécurité est associé au mouvement vers le domicile. Les lieux publics sont générateurs d'un sentiment d'insécurité (McGrath & Reavey, 2015). Par exemple, être dans la salle d'attente d'une clinique médicale, dans un ascenseur, à l'épicerie, dans les transports publics sont des situations qui peuvent générer beaucoup d'anxiété. Autrement dit, le rapport aux autres et à l'espace est modulé (isolement, anxiété) par les symptômes cliniques. Ces particularités ont été prises en compte dans l'étude du processus d'autoformation.

1.3 Responsabilisation accrue des citoyens dans les soins relatifs à la santé mentale

Si dans un passé récent les personnes avec un TMG étaient prises en charge par les communautés religieuses et par l'État, la période actuelle en est davantage une de responsabilisation individuelle quant à l'autogestion de la santé et des traitements.

1.3.1 Bref historique des soins en santé mentale au Québec : être pris en charge

Dans une réflexion sur l'histoire de la folie en France à travers les siècles, Coupechoux (2006) aborde l'alternance de moments successifs d'enfermement asilaire, d'eugénisme et d'intégration des *malades mentaux* à la société. L'histoire québécoise de la psychiatrie y fait écho : au cours des cinquante dernières années on a progressivement assisté au passage de l'enfermement asilaire à une vie plus autonome dans la communauté (Boudreau, 1981, 2003; Lecompte, 1997; Pagé, 1961).

Dans une analyse psychopolitique de l'histoire de la psychiatrie au Québec, Boudreau (2003) renvoie à quatre périodes successives : 1- du milieu du XVIII^e siècle jusqu'aux années 1960, le système asilaire est caractérisé par des soins d'hébergement et de réconfort assurés par des communautés religieuses fortement imprégnées d'une conception métaphysique de la folie; puis, 2- au cours des années 1960, on assiste à une période de forte institutionnalisation et de traitements approximatifs initiés et administrés par des psychiatres « modernistes » qui véhiculaient une conception plus médicale des soins et de la maladie mentale; 3- au cours des années 1970, une troisième

période dite de « crise » a été associée à une prise de pouvoir par des technocrates et des rationalisateurs bureaucratiques, période au cours de laquelle de nombreuses lois ont été votées pour intégrer le système psychiatrique au sein du système global des Affaires sociales. Dans ce contexte, la santé mentale était considérée comme un droit, et divers groupes de professionnels en émergence (psychologues, travailleurs sociaux, ergothérapeutes et infirmières psychiatriques) ont remis en question le pouvoir des psychiatres tout en réclamant la légitimité de leurs pratiques; 4- de 1989 à 2003, période nommée « du secteur de la santé mentale » par Boudreau (2003), la recherche d'un consensus entre les divers acteurs, la décentralisation des services et la mise en place d'un modèle partenarial élargi au plan local, régional et central ont été des priorités. La santé mentale est alors devenue une responsabilité individuelle et collective, les soins s'adressant à toute la population.

Ce mouvement d'intégration *des malades* dans la société, aussi nommée désinstitutionalisation, a été chroniquement sous-financé. Des conditions de vie précaires ont ainsi été maintenues contribuant à une forme d'exclusion sociale (Bergeron-Leclerc & Dallaire, 2011; Pachoud & Corbière, 2014; Thifault & Dorvil, 2014).

Le Québec ne fait donc pas exception; comme partout ailleurs, le décongestionnement des hôpitaux psychiatriques et le programme de désinstitutionalisation n'ont pas été accompagnés d'une politique adéquate de création d'alternatives pour ces patients qui se trouvent « à l'extérieur ». C'est bien là la honte du projet de désinstitutionalisation appliqué pour des raisons dites « humanitaires », mais fortement teintées des plus élémentaires considérations économiques : il en coûte beaucoup plus cher aux contribuables de « garder » le patient à l'hôpital que de le « garder » à l'extérieur – surtout lorsqu'on ne fait que « parler » de continuité et d'alternatives (Boudreau, 2003, pp. 90-91).

Plus récemment, le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 (PASM) a été considéré par certains comme une source d'exclusion sociale des utilisateurs de services et de leurs réseaux personnels (L. Rodriguez del Barrio, 2011; White, 2015). Des critères d'admission restrictifs au sein même des services de santé mentale y contribueraient. L'action intersectorielle en santé mentale demeurerait fortement sectorisée, encourageant les personnes à côtoyer des ressources spécialisées en santé mentale plutôt que des services offerts à toute la population. Ainsi, selon ces chercheurs, l'état québécois tiendrait un discours officiel d'inclusion tout en soutenant des pratiques organisationnelles de soins qui excluraient les personnes les plus gravement atteintes par la maladie mentale et la toxicomanie.

C'est ainsi que diverses formes d'exclusion semblent s'être maintenues tout au long de l'histoire québécoise de la psychiatrie : enfermement asilaire, séjours et traitements hasardeux dans les hôpitaux psychiatriques, stigmatisation sociale et pauvreté à même des communautés peu préparées à la désinstitutionnalisation et plus récemment la sectorisation et les difficultés d'accès aux services de santé mentale offerts par l'état et les organisations. Sur ce terroir de l'exclusion, l'autogestion de la santé semble être une conception actuelle des soins qui ne cesse de prendre de l'ampleur.

1.3.2 Responsabilisation accrue des citoyens à l'égard de leur santé et de leurs soins

Divers modes de pensée et d'approches valorisant une plus grande responsabilisation des *malades* en matière de soins coexistent : l'autogestion de la maladie et de la santé, l'autosoin, la notion de patient expert, l'autonomisation, l'approche motivationnelle, etc. (Gross & Gagnayre, 2013; Kasper, Saya, Tekin, & Loze, 2009; Le Bossé, 2003; Loiselle & Michaud, 2008; Lucock et al., 2011; McCabe, Khanom, Bailey, & Priebe,

2013; Miller & Rollnick, 2002). Les patients « passifs » et « obéissants » sont devenus des « patients experts » qui veillent à l'autogestion de leur santé (Collette & Rousseau, 2013; Gross & Gagnayre, 2013; Kickbusch, 2009).

L'idée d'autogestion de la santé a été promulguée à partir des années 1960 pendant l'essor des mouvements sociaux, dont le féminisme; idée aussi perçue comme un moyen d'économiser des coûts (Santé Canada, 1997; Loiselle & Michaud, 2008). Le concept d'autosoin a été promu par Orem (1987) qui en donne la définition suivante : « activités réalisées de façon indépendante par un individu afin de promouvoir et maintenir son bien-être tout au long de la vie » (Lucock et al., 2011, p. 601). L'Organisation mondiale pour la santé (OMS) définit l'autosoin de manière similaire sauf qu'on y ajoute une dimension collective qui inclut les familles et la communauté (OMS, 2002). Loiselle et Michaud (2008) précisent que les soins demeurent autogérés lorsqu'ils « restent sous le contrôle de la personne soignée, qu'ils soient, ou non, directement prodigués par elle » (p. 53). Lucock et al. (2011) précisent d'ailleurs que les autosoins peuvent être réalisés de manière autonome ou en collaboration et reposent tant sur des savoirs issus de l'expérience populaire que sur les connaissances et les habiletés des professionnels.

Dans le contexte des soins psychiatriques, les approches axées sur l'empowerment (appropriation du pouvoir) et la notion de rétablissement ont aussi pris de l'importance (Bonsack, Rexhaj, & Favrod, 2015; Deegan, 2005; Émard & Aubry, 2004; H. Gagnon & Valentini, 2013; Powers, 2003; Rodriguez del Barrio, 2011). Il en va de même pour les traitements psychologiques éprouvés comme la TCC ou la remédiation cognitive qui requièrent nécessairement des gens une participation active (Clark, 2011; Fournier, Roberge, & Brouillet, 2012), ne serait-ce que pour mettre en pratique les exercices favorisant les changements escomptés (Bosanac & Castle, 2015; Frank, 2014; Kukla, Davis, & Lysaker, 2014; Lecomte et al., 2014). Au-delà de leurs nuances, tous ces concepts misent sur un capital d'autodétermination de l'individu et réfèrent à une plus

grande responsabilisation des citoyens à l'égard de leurs soins de santé. Collette et Rousseau (2013) considèrent que cette responsabilisation en matière de santé embrasse une idéologie néolibérale qui au Québec se manifeste ainsi :

[...] en termes d'effacement de l'idée de responsabilité collective, de processus de désengagement de l'État dans les services publics; en termes de contrat légal plutôt que social entre l'individu et l'État, de tarification, voire de démantèlement de certains services, mêmes rentables, au profit parfois du secteur privé; en termes de réduction des filets de protection sociale et d'augmentation des suspensions et des contrôles à l'égard des usagers, de réduction liée au contexte d'austérité [...] (Collette & Rousseau, 2013, p. 114).

Conséquemment, les réseaux personnels des *malades* se trouvent mis à contribution (El-Mallakh, Yates, & Adkins, 2013). La famille (plus particulièrement les femmes), des amis, des pairs-aidants, des voisins; bref, l'entourage social constitue un soutien essentiel (Le Bossé, 2003; Légaré et al., 2011; SCS, 2012).

La question d'une plus grande autonomie dans les soins soulève aussi des enjeux bioéthiques. Comment éviter l'erreur de limiter indument l'autonomie des travailleurs avec un TMG pour favoriser à tout prix le bien-être (p. ex. imposer une médication injectable contre le gré de la personne)? Comment à l'inverse éviter de mettre à risque le bien-être en prônant l'autonomie à outrance (p. ex. effets indésirables, séquelles ou mort par une absence de soins)? Les principes bioéthiques d'autonomie et de bienfaisance/non-malfaisance (Villagrán et al., 2014) sont parfois mis à rude épreuve lorsqu'on demande systématiquement aux personnes malades d'être très autonomes dans leurs soins et qu'on développe des législations, des services de santé et des programmes éducatifs en ce sens (Collette & Rousseau, 2013; Gross & Gagnayre, 2013; Powers, 2003). La responsabilisation accrue en matière de santé ne convient pas non plus à toutes les personnes ayant un TMG, dans toutes les circonstances et à tout prix; certaines personnes ne désirant ou ne pouvant pas y participer (Stewart et al., 2010).

Ainsi, la nécessité d'une responsabilisation accrue des personnes ayant un TMG dans l'autogestion de leur santé survient dans un contexte sociohistorique où l'exclusion et la prise en charge laissaient jusqu'à tout récemment peu de place à l'autonomie. Cette contingence historique soulève des enjeux bioéthiques considérables. Les connaissances issues de cette recherche sur les processus d'autoformation seront susceptibles de fournir certains points de repères. Au plan scientifique, l'apport principal demeure une compréhension étoffée et située du processus d'apprentissage de la gestion des symptômes cliniques de la maladie mentale en milieu de travail. Une description fine des contextes de participation au travail dans lesquels surviennent ces apprentissages de même qu'une description du vécu du travailleur et des facilitateurs au cours du processus d'autoformation permettra une compréhension plus nuancée de la gestion des symptômes cliniques en vue du maintien en emploi durable, tel que souligné par Williams et al. (2016).

1.4 La question générale de recherche

La question générale de recherche est ainsi formulée : *comment des travailleurs ayant un trouble mental grave et se maintenant en emploi plus de six mois ont-ils appris à gérer les symptômes cliniques vécus au travail?* Cette question permet d'explorer un processus d'autoformation au cours duquel plusieurs personnes sont susceptibles d'intervenir. Conséquemment, le cadre théorique présenté au second chapitre suggère de considérer le processus d'autoformation en tant que pratique sociale afin d'aborder l'autoformation dans une perspective systémique plutôt qu'individuelle.

1.5 Synthèse de la problématique

La participation au travail salarié de personnes avec un TMG est possible dans notre contexte socio-économique. Néanmoins, des difficultés cliniques, personnelles et structurelles s'érigent en défis pour ces travailleurs lorsque leur désir est de se maintenir en emploi. Nonobstant des mesures de soutien clinique, thérapeutique et socioprofessionnel, de nombreuses difficultés persistent parmi lesquelles la gestion des symptômes de la maladie mentale en cours d'emploi. L'état actuel des connaissances confirme l'intérêt de la personne ayant un TMG pour le travail. À ce jour, la problématique du maintien en emploi n'a pas été abordée sous l'angle de l'autoformation, quand bien même la gestion des symptômes des maladies mentales est appelée à être prise en charge par les travailleurs concernés. Décrire dans toute sa complexité la perspective de travailleurs sur l'apprentissage de la gestion des symptômes cliniques expérimentés au travail est en ce sens une contribution originale et nécessaire à la recherche en éducation.

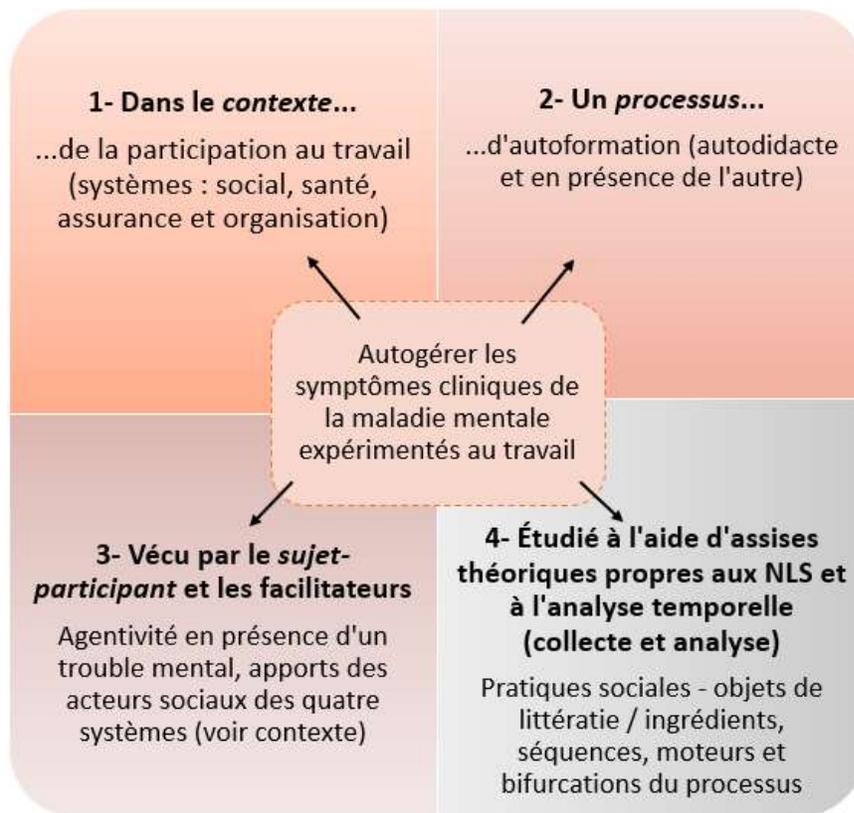
CHAPITRE II

RÉFÉRENTS THÉORIQUES

Les référents théoriques sont principalement issus de l'anthropologie, des sciences de l'éducation et du counseling en emploi. Les concepts empruntés aux travaux sur la participation au travail de personnes ayant un trouble mental grave (M. Corbière & Durand, 2011; Costa-Black, Feuerstein, & Loisel, 2013; Williams et al., 2016) aux travaux sur l'autoformation (Philippe Carré et al., 2010; D'Ortun, 2011b; Tremblay, 2003a) et aux approches sociomatérielles en éducation (Fenwick et al., 2012) dont les *New literacy studies* (NLS) (Barton & Hamilton, 2010; Papen & Collette, 2013) ont permis de bien circonscrire l'objet d'étude.

Quatre axes ont permis d'intégrer des concepts issus de différentes disciplines d'une manière logique : 1) la participation au travail est le *contexte* de l'étude; 2) l'autoformation est le *processus* étudié; 3) les travailleurs sont des *êtres culturels* qui s'autoforment (*agentivité*), les facilitateurs soutiennent par moments l'autoformation; 4) les événements et les objets de littératie servent d'*assises théoriques* pour la collecte et l'analyse; tandis que les travaux de Mendez (2010) sur l'analyse temporelle et ceux de Wulf (2013) sur les rituels du quotidien servent d'*assises théoriques* pour les analyses. La figure 2.1 résume le tout.

Figure 2.1 : Arrimage des référents théoriques



Les prochains paragraphes montrent en quoi l'arrimage de ces notions est cohérent aux plans ontologique et épistémologique. La rigueur de la démarche intellectuelle proposée repose sur l'explicitation des choix théoriques effectués, une forme de « subjectivité assumée » par le chercheur au regard du phénomène étudié. En ce sens, nous nous éloignons de l'idée de la suspension du jugement (époché) propre à certaines approches phénoménologiques (Annells, 1996; Creswell, 2013b; Polit, Beck, & Loiselle, 2007). L'apport interprétatif de l'étude s'appuie sur une « description dense » (Biersack & Hunt, 1989) prenant en compte les paradoxes et les contradictions dans les données (Simons, 1996) afin de décrire dans un contexte sociohistorique déterminé les liens entre les *pratiques d'autoformation* et le *maintien en emploi durable*. Les

prochaines sections abordent les concepts centraux de l'étude : participation au travail, autoformation, pratiques sociales et agentivité.

2.1 Le contexte de la participation au travail

Deux paradigmes sont présentés : l'incapacité au travail et la capacité partielle au travail. Le second a été retenu pour l'étude. Le travail et le trouble mental grave (TMG) sont d'abord définis.

2.1.1 Définir le travail et les troubles mentaux graves

La définition du travail proposée par Rhéaume (2008) a été retenue parce qu'elle réfère à des tâches et à des milieux de travail variés :

L'activité de travail désigne l'ensemble des actes posés, l'agir existentiel d'un sujet humain appelé travailleur, réalisé le plus souvent avec d'autres, dans un contexte organisé pour modifier ou transformer un objet matériel ou symbolique, pour produire une œuvre ou dans le cas d'activités de service [...] pour produire un effet, bénéfique nous l'espérons sur d'autres sujets humains (Rhéaume, 2008, pp. 458-459).

M. Corbière et Durand (2011) décrivent dans un ordre croissant de sévérité les troubles mentaux qui affectent les travailleurs dont l'état de santé mentale est fragilisé : le *problème de santé mentale* (p.ex. vivre de l'anxiété à la suite d'un deuil), le *trouble mental courant* (troubles anxieux, dépression ou trouble de l'adaptation) et le *trouble mental grave* (TMG) (troubles psychotiques, bipolaire, dépressif majeur, de

personnalité). Le problème de santé mentale correspond à un écart par rapport à un état de bien-être. Contrairement au trouble mental courant, le trouble mental grave perdure et les limitations fonctionnelles qui en découlent affectent plusieurs sphères de la vie dont le travail (M. Corbière & Durand, 2011). Le degré d'atteinte des fonctions neurocognitives y est pour quelque chose (Lepage, Bodnar, & Bowie, 2014). Définir le TMG ne se fait pas uniquement sur la base de diagnostics, l'impact des symptômes cliniques sur le fonctionnement de la personne dans son environnement social et de travail est un indicateur à prendre en considération (M. Corbière, Negrini, & Dewa, 2013). Ainsi, les limitations dans les activités quotidiennes (p. ex. la capacité à travailler), la durée perçue ou factuelle du trouble (p. ex. la fréquence et l'intensité des services psychiatriques reçus) et le type de diagnostic (p. ex. trouble psychotique, bipolaire, de la personnalité) permettent de définir plus spécifiquement ce qu'est un TMG au regard du travail. L. Rodriguez del Barrio (2011) a aussi pris en considération le fonctionnement de la personne pour classifier les troubles mentaux au regard du travail. Elle a identifié trois modes de vie ayant une incidence sur la participation au travail d'adultes ayant un TMG. Le mode de vie *nomade* concerne les personnes aux prises avec un problème de toxicomanie. Le mode de vie *domestique* regroupe des gens plus affectés par les symptômes de la maladie mentale préférant concentrer leurs activités autour du foyer. Seules les personnes ayant un mode de vie *orienté vers la communauté* seraient plus susceptibles de participer à divers degrés à des activités sociales et vocationnelles. Ainsi, le travail est davantage considéré comme un vecteur de rétablissement dans le contexte des troubles mentaux graves.

2.1.2 L'incapacité au travail

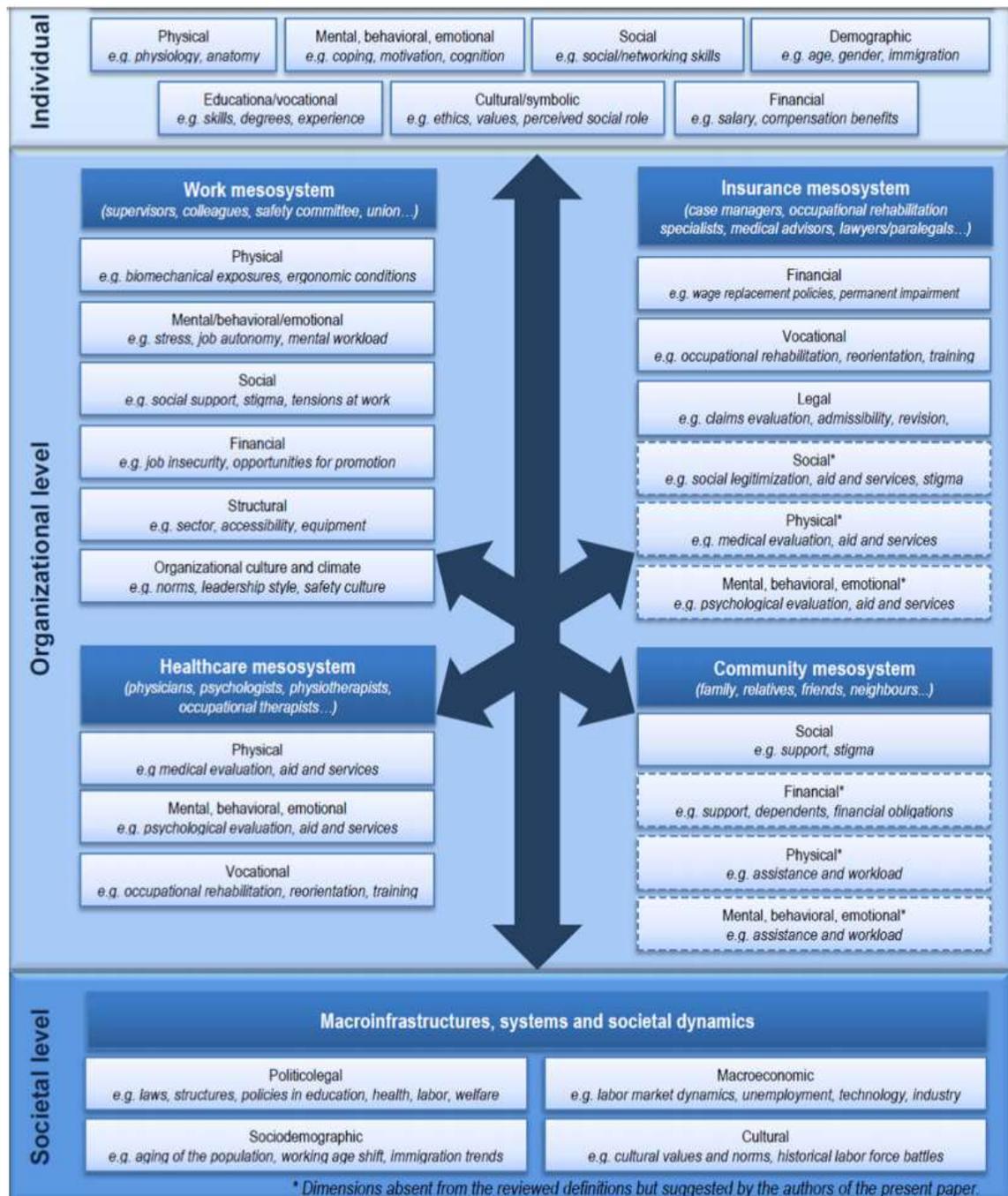
Les chercheurs qui s'intéressent à l'incapacité au travail ont souvent pour objectif d'en prévenir la survenue. L'analyse comparative de dix modèles explicatifs par Costa-Black et al. (2013) montre l'intérêt des chercheurs pour mieux comprendre les causes des blessures et les prévenir tout en précisant les facteurs qui y contribuent. Trois types de modèles explicatifs associés à ce paradigme se sont succédés et coexistent (Costa-Black et al., 2013) : les *modèles médicaux* de l'incapacité axés sur la présence de signes et de symptômes chez le travailleur, en vue de les traiter; les *modèles environnementaux* qui évoquent les causes environnementales et sociales de l'incapacité (p. ex. stigmatisation); et les *modèles écologiques ou biopsychosociaux* qui intègrent les causes biologiques, psychologiques, environnementales et s'attardent souvent aux aspects préventifs et interdisciplinaires de l'incapacité (Loisel & Côté, 2013).

Les modèles écologiques actuels selon Costa-Black et al. (2013) classent les multiples facteurs associés à l'incapacité au travail en trois systèmes : le système personnel, celui de l'environnement de travail et les autres systèmes. 1) Le *système personnel* comprend les facteurs suivants : caractéristiques individuelles, perceptions, tolérance aux tensions, charge biomécanique, état de santé-rétablissement, présence de symptômes, fonctions au travail, automotivation et capacités d'adaptation. 2) Le *système de l'environnement de travail* comprend 2 a) des *facteurs macroscopiques* liés à l'organisation : flexibilité, soutien, climat de travail, stress relié à l'emploi, politiques et procédures, facteurs économiques, culture d'entreprise, communications, contexte sociotechnique, prise de décision et ressources disponibles; et 2 b) des *facteurs microscopiques* liés aux exigences et aux risques du travail : physiques, cognitifs, émotionnels, interpersonnels, fonctionnels et temporels. 3) La troisième catégorie réfère aux facteurs contextuels qui influencent la participation au travail tels, le filet de protection sociale, les finances, les lois, le soutien social et l'environnement

domestique. Ces modèles permettent d'expliquer divers extrants liés au travail : capacité, incapacité, inconfort, douleur, réintégration, rétention, performance, productivité, coûts et absentéisme (Costa-Black et al., 2013). Retenons que ces modèles de l'incapacité au travail s'attardent en priorité aux déficits des travailleurs et ne prennent en considération ni les particularités associées aux troubles mentaux ni celles de l'environnement de travail.

La synthèse des écrits de Lederer, Loisel, Rivard, et Champagne (2014) présente les multiples dimensions de l'incapacité et de la capacité au travail en trois niveaux. La figure 2.1 ci-dessous tirée de l'article original illustre bien les niveaux micro, méso et macro-sociétal. Par exemple, la santé physique, la santé mentale et les habiletés sociales du travailleur relèvent du micro. Les quatre sous-systèmes de la santé, de l'assurance, de l'organisation et de la communauté. Les conditions politiques, socioéconomiques ou démographiques font plutôt partie du niveau macro. À titre d'exemple, la notion de culture fait partie de trois niveaux. Au niveau micro la culture réfère aux valeurs personnelles, au niveau méso à la culture organisationnelle du milieu de travail et au niveau macro aux valeurs et aux normes sociétales. La figure 2.1 illustre bien l'idée que la dynamique de l'autoformation puisse faire écho à des phénomènes qui articulent l'individuel, l'organisationnel et le sociétal.

Figure 2.2 Dimensions et niveaux de l'incapacité au travail.



Source : Lederer et al. (2014), p.259.

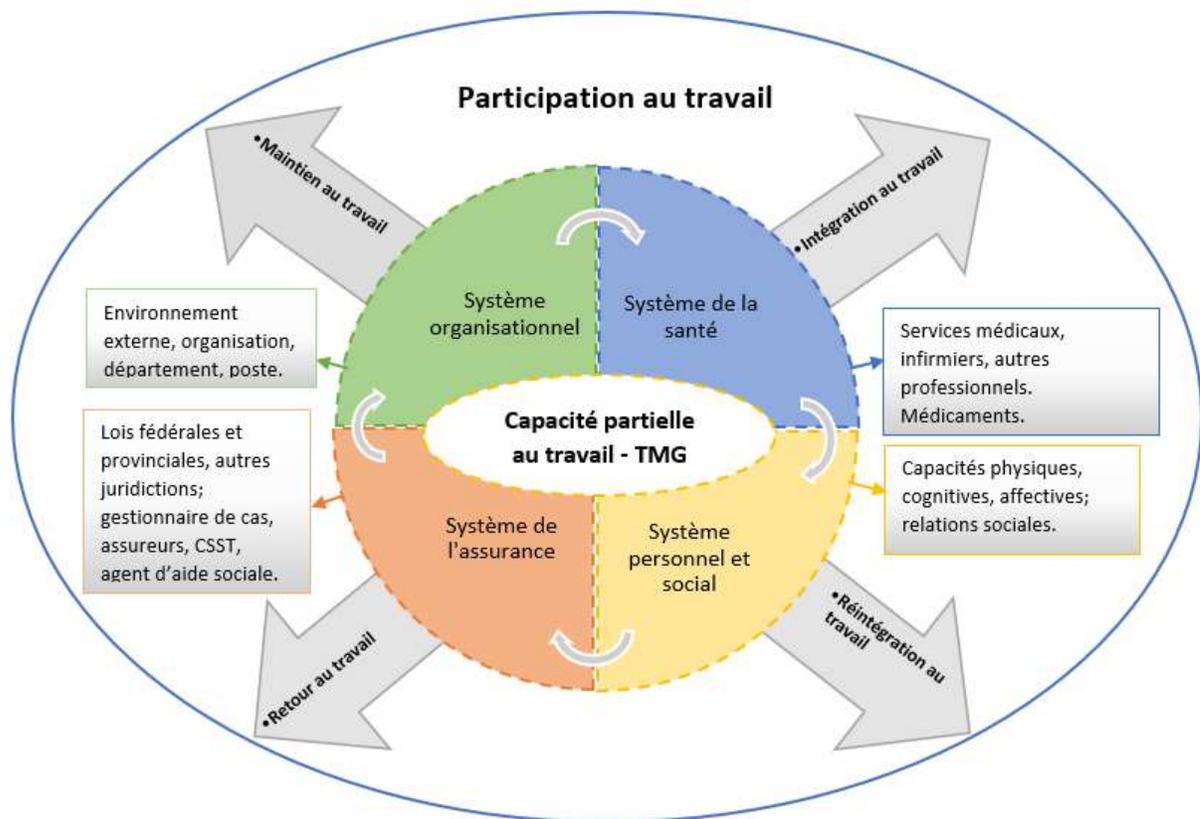
2.1.3 La participation au travail

Le modèle de la participation au travail proposé par M. Corbière et Durand (2011) est inspiré des travaux de Loisel et al. (2001). Il tient compte de la capacité partielle du travailleur qui expérimente un trouble mental. Quatre aspects du modèle sont d'intérêt : 1) l'importance de considérer la personne ayant un TMG comme détentrice d'une capacité partielle au travail; 2) la référence à un contexte sociétal composé de quatre systèmes : organisationnel, santé, assurance, personnel-social (Loisel et al., 2001); 3) l'identification des principaux facilitateurs au sein de ces quatre systèmes; et 4) les distinctions posées entre l'intégration, la réintégration, le retour et le maintien au travail. La figure 2.2 ci-dessous illustre ces éléments.

La notion de capacité partielle au travail découle de l'influence de l'Organisation pour la coopération et le développement économique (OCDE) qui en 2010 a fait usage d'une nouvelle terminologie : « [...] l'OCDE adoptera le terme de personnes à capacité réduite [ou] partielle de travail au détriment du terme personne avec une incapacité ou avec une invalidité, un handicap » (M. Corbière & Durand, 2011, p. 6). Ce revirement favorise une conceptualisation plus positive du travailleur ayant un TMG. Ensuite, le modèle décrit bien le contexte sociétal et les acteurs qui y participent :

Les acteurs clés principaux de ces systèmes peuvent être la famille et les amis (système personnel et social), l'employeur, le supérieur immédiat, les collègues de travail, les représentants syndicaux (système organisationnel), le médecin ou le psychiatre ainsi que les membres de l'équipe traitante (système de santé), le représentant de la compagnie d'assurance (système de l'assurance) et, enfin, l'intervenant qui facilite le retour ou la réintégration au travail et qui peut provenir de l'un des trois systèmes (assurance, organisationnel, santé) ou y appartenir, selon le contexte socioéconomique et culturel dans lequel il se trouve (M. Corbière & Durand, 2011, p. 8).

Figure 2.3 : Participation au travail en présence d'un trouble mental grave



Source : adapté de M. Corbière et Durand (2011), p.7 et Costa-Black et al. (2013), p.79.

Le modèle indique aussi quatre processus d'interaction avec le marché du travail : l'intégration, la réintégration, le retour et le maintien au travail. *L'intégration* au travail correspond à la toute première prise de contact avec le marché du travail. La *réintégration* au travail concerne le retour de la personne sur le marché du travail après une absence sans qu'un lien d'emploi ait été conservé. Si le lien d'emploi a été conservé, on réfère alors au *retour au travail* (*return-to-work* en anglais). Quant au *maintien en emploi*, il renvoie à « l'action de conserver un emploi dans une organisation ou de rester actif sur le marché du travail après une réintégration/un retour

au travail (soit dans le même lieu de travail, soit dans un milieu de travail différent) (M. Corbière & Goulet, 2011) » (M. Corbière & Durand, 2011, p. 5). Le maintien en emploi peut donc tout aussi bien s'expérimenter à la suite d'une intégration, d'une réintégration ou d'un retour au travail. Ainsi, on voit que le modèle de la participation au travail comporte maints avantages pour l'étude; soit une conceptualisation positive de la capacité au travail, la prise en considération des réalités propres aux travailleurs ayant un TMG et l'identification des personnes les plus susceptibles de soutenir l'autoformation.

2.1.4 Facteurs de maintien en emploi

Dans une revue intégrative des écrits (1993-2013) incluant les résultats de dix-neuf recherches quantitatives et qualitatives sur les facteurs qui modulent le maintien en emploi de travailleurs ayant un TMG, Williams et al. (2016) regroupent en trois thèmes les éléments favorables et les barrières au maintien en emploi : 1) l'expérience du travailleur pour le type d'emploi en cours; 2) le soutien dans le milieu de travail; et 3) les stratégies pour intégrer les exigences de l'emploi et la santé, que nous avons traduit par « conciliation travail-santé ».

L'expérience du travailleur pour le type d'emploi en cours renvoie aux éléments facilitants suivants : a) les *intérêts et les compétences* (le travail est intéressant, rend fier et aide à se sentir compétent); et b) les *conditions de travail* (le travail est régulier, sur le marché ordinaire de l'emploi, propose une rémunération avantageuse, comporte des mesures d'accommodement, demeure facile d'accès à partir du domicile). À l'inverse, les barrières associées à ce thème correspondent au manque d'intérêt et de

compétences relatives à l'emploi occupé de même qu'à des conditions de travail peu satisfaisantes, voire ennuyantes.

Le soutien en milieu de travail renvoie aux éléments facilitants suivants : a) les *relations avec les parties prenantes* (soutien du supérieur immédiat, collègues sympathiques, clients offrant des rétroactions positives); et b) la *culture de l'environnement de travail* (se sentir accepté, environnement bienveillant). À l'inverse, l'intolérance du supérieur immédiat, l'absence de rétroaction de sa part et le manque de clarté dans la définition des tâches constituent des obstacles. Il en va de même lorsque les collègues de travail ou les clients traitent le travailleur ayant un TMG différemment (p. ex. taquineries, impatience, manque de soutien). Des barrières environnementales surgissent aussi lorsque le travailleur se sent stigmatisé ou bousculé (p. ex. racisme, pression pour retourner au travail, attentes d'un niveau d'autonomie trop élevé).

La conciliation travail-santé fait référence : a) aux *ressources personnelles*; soit de considérer le travail comme une occasion de s'éloigner de la maladie pour progresser vers le rétablissement, de disposer de stratégies pour gérer les symptômes cliniques au travail et de connaître des stratégies de résolution de problèmes pour composer avec les stressors; b) au *soutien extérieur*, c'est-à-dire aux facilitateurs à l'extérieur du milieu de travail qui aident la personne à composer avec les défis liés au travail (p. ex. conjoint, pairs aidants, conseillers en emploi et professionnels de la santé); et c) aux *stratégies de gestion des symptômes cliniques de la maladie au travail*.

Ce troisième et dernier thème est davantage en lien avec l'étude réalisée. Parmi l'ensemble des facteurs de maintien en emploi de Williams et al. (2016), la question des *stratégies de gestion des symptômes cliniques de la maladie au travail* a été choisie comme objet d'étude puisque les travailleurs qui expérimentent un TMG ont à

s'investir davantage dans la gestion des symptômes cliniques que les travailleurs tout venant.

2.2 Le processus d'autoformation

Afin de rendre compte de l'éventail des modes d'apprentissage éventuellement utilisés par les travailleurs ayant un TMG, il nous paraît important de considérer le fait que l'apprentissage puisse tout aussi bien se faire en solo, qu'en présence d'autres personnes. S'attarder à cet espace personnel, plus intime, est primordial car les travailleurs qui ont un TMG sont susceptibles de s'isoler. N'étant pas toujours à l'aise en présence des autres, conséquences de préjugés sociaux et de symptômes cliniques tels la méfiance, l'anxiété, la peur, les hallucinations auditives, il est possible d'imaginer qu'apprendre par soi-même prenne alors quelque importance. L'apprentissage est aussi un phénomène qui s'inscrit « dans l'épaisseur du temps », voire, qui remonte à l'enfance (Mendez, 2010; Sapir & Darnell, 1999); l'apprentissage sera alors considéré en tant que *processus d'autoformation* qui s'inscrit nécessairement dans le temps.

2.2.1 L'autoformation

Une définition opérationnelle du concept est proposée par D'Ortun (2011a) : « L'autoformation est un mode de formation où l'apprenant prend l'initiative et choisit de manière autonome les buts et les méthodes d'apprentissage et acquiert des

connaissances en utilisant ses propres ressources et celles de son milieu. » (D'Ortun, 2011a, p. 23). L'autoformation n'exclut pas l'apport d'autres personnes à l'apprentissage (Tremblay, 1986). C'est plutôt l'autodidaxie, aussi appelée soloformation ou autoformation intégrale, qui correspondrait au fait d'« assumer soi-même l'ensemble des fonctions d'enseignement habituellement dévolues à un tiers » (Tremblay, 1986). Les recherches contemporaines sur l'autoformation s'inscrivent dans cinq principaux courants : autoformation intégrale, existentielle, sociale, éducative et cognitive; ce qui est communément appelé par les chercheurs la galaxie de l'autoformation de Carré; soit une « [...] gravitation commune autour du centre paradigmatique de l'apprendre par soi-même. » (P. Carré, Moisan, & Poisson, 1997, p. 18). Le tableau ci-dessous résume l'essentiel.

Tableau 2.1
Cinq principaux courants de recherche sur l'autoformation selon Carré (1997).

Principaux courants de recherche	Éléments-clés
Autoformation intégrale	Autodidaxie
Autoformation existentielle	Apprendre sur soi par soi
Autoformation sociale	Apprendre avec et par le groupe social d'appartenance et par le groupe de travail
Autoformation éducative	Apprendre au sein de dispositifs ouverts
Autoformation cognitive	<i>Apprendre à apprendre</i> et tous les mécanismes psychologiques reliés au fait d'apprendre

Toujours en référence avec le tableau ci-dessus, voici quelques exemples. Un travailleur ayant un TMG qui parle de rétablissement ferait davantage écho à *l'autoformation existentielle*; il pourrait exprimer avoir vécu une transformation identitaire, délaissant le rôle de malade pour celui de travailleur ou de citoyen (Deegan, 2005). *L'autoformation sociale* serait bien représentée par la décision du travailleur de divulguer sa condition de santé à l'employeur pour bénéficier du soutien de ses

collègues (M. Corbière, Villotti, Toth, & Waghorn, 2014). Lire sur le Web au sujet des effets indésirables d'un nouveau médicament à la bibliothèque municipale correspondrait à *l'autoformation éducative* (Bauman & Rivers, 2015). Le travailleur qui s'expose volontairement et progressivement à l'élément déclencheur du stress afin de se désensibiliser serait un bel exemple *d'autoformation cognitive* (Lecomte et al., 2014). Enfin, l'idée d'élaborer un aide-mémoire pour y référer lors de moments plus anxiogènes au travail correspond à *l'autoformation intégrale*. Diverses modalités d'autoformation pourraient d'ailleurs coexister chez un même travailleur.

Si la proposition de Carré (2005) au sujet des types d'autoformation permet de conserver l'ouverture d'esprit nécessaire à la reconstitution de catégories émiques (selon le point de vue des participants), il ne suggère toutefois pas ce qui devrait être observé afin de répondre à la question de recherche proposée sur les modalités d'autoformation. En s'inspirant des idées de Carré sur l'autoformation (2005) et d'autres écrits théoriques sur le sujet (D'Ortun, 2011a; Hrimech, 2000), voici ce que des chercheurs réputés disent au sujet des *motifs* de l'apprentissage; des *objets* d'autoformation spécifiques, des *stratégies* mises en œuvre pour apprendre et des *finalités* perçues de l'autoformation.

À propos des *motifs de l'autoformation*, D'Ortun (2011) rapporte les travaux de P. Carré (2001) inspirés par ceux de Deci et Ryan (1985) :

Le modèle décline trois motifs d'ordre « intrinsèque » : épistémique (lié à la connaissance, au contenu lui-même); socioaffectif (en vue de bénéficier de contacts sociaux); hédonique (pour le plaisir). De plus, Carré propose sept motifs d'ordre « extrinsèque » : économique (tirer des avantages, dont une promotion); prescrit (injonction d'autrui, pression de la conformité); opératoire professionnel (connaissances, habiletés, attitudes perçues [comme] nécessaires au travail); opératoire personnel (nécessaires à la réalisation d'activités hors du champ du travail); identitaire (nécessaires à une transformation, une

reconnaissance, à l'image de soi); vocationnel (logique d'orientation, de gestion de carrière ou de recherche d'emploi). (D'Ortun, 2011a, p. 30)

Les *objets d'autoformation* sont aussi variés. Dans le contexte d'une recherche exploratoire, il est impératif de bien les circonscrire afin de baliser les efforts de recherche. Précisons d'emblée que ce n'est pas l'autoformation à la carrière ou en cours d'emploi qui retient notre attention (D'Ortun, 2011b). L'objet d'autoformation qui retient notre attention est uniquement la gestion des symptômes cliniques d'un trouble mental expérimentés au travail. Déjà, on sait que le choix de cet objet d'apprentissage est justifié par le désir de documenter ce facteur de maintien en emploi (Williams et al., 2016).

En ce qui concerne les *stratégies d'autoformation* mises en œuvre lors du processus étudié, les travaux de Hrimech (2000, 2002) demeurent inspirants.

Hrimech (2002) dégage une quinzaine de stratégies d'autoformation, d'entretiens menés auprès de travailleurs, qu'il classe en stratégies sociales, cognitives et métacognitives. Les plus fréquentes sont la lecture, l'apprentissage par l'expérience ou par la pratique, l'essai et erreur, le coaching et le mentorat, la discussion et les échanges avec les experts, Internet et l'imitation. Comme d'autres dispositifs d'apprentissage, l'autoformation se fait par le biais de stratégies personnelles variées, plus ou moins conscientes et plus ou moins complexes que les individus développent au fil de leurs interactions avec les autres individus, les contenus à apprendre, les tâches à réaliser et les compétences à acquérir (D'Ortun, 2011a, p. 35).

Les stratégies d'autoformation, de formation, d'information ou d'autodidaxie (annexe B) n'impliqueraient pas les mêmes dispositifs d'autoformation continue (D'Ortun, 2011a, p. 28). L'autoformation, notion centrale dans cette étude, impliquerait une relation multidirectionnelle : « La relation entre le formateur et l'apprenant est multidirectionnelle (du formateur à l'apprenant, de l'apprenant au formateur et de l'apprenant à lui-même). (D'Ortun, 2011a, p. 28). Même si une part de l'apprentissage

en santé se fait en solo « à la Robison Crusoé », le concept d'autoformation ne signifie pas nécessairement autodidaxie intégrale. Le concept *d'autoformation* utilisé en sciences de l'éducation permet de tenir compte à la fois de l'apprentissage autodidacte et de celui réalisé dans le cadre d'une relation de soutien à l'autoformation.

En ce qui concerne les *finalités* de l'autoformation, on peut estimer qu'elles sont variées et liées aux motifs d'apprentissage des travailleurs déjà énoncés ci-dessus : amélioration des conditions de vie, maintien de l'équilibre mental, rétablissement, bien-être, etc. Le concept d'autoformation s'éloigne de l'idée d'une autodidaxie intégrale « à la Robison Crusoé » (Philippe Carré et al., 2010) et inscrit le travailleur au sein de rapports sociaux. Ainsi, les travailleurs et les facilitateurs interagissent en fonction de motifs, de moyens et de finalités précises quel que soit l'objet d'autoformation retenu. Puisque l'autoformation s'inscrit dans le lien social, le processus d'autoformation sera alors considéré comme une pratique sociale.

2.2.2 Le processus d'autoformation en tant que pratique sociale

Le processus d'autoformation est considéré en tant que pratique sociale dans cette étude. À la suite des idées d'Overgaard (1994) et de Demers, Lefrançois, et Éthier (2015) au sujet de l'éducation en tant que pratique sociale, nous proposons à notre tour de considérer l'autoformation comme pratique sociale; c'est-à-dire, comme « entreprise normative », ayant ses propres finalités située dans un contexte sociohistorique comportant des facteurs géographiques, économiques, politiques, etc. L'autoformation en tant que pratique sociale permet de « répondre à des besoins partagés par une communauté pour atteindre un but commun » (Demers et al., 2015, p. 10); finalités qui demeurent par ailleurs multiples et arbitraires, comme le maintien de

l'ordre social (p. ex., adhésion aux traitements) ou le désir de changement (p. ex., lutte pour l'accès au logement abordable, au travail). Cette conceptualisation abstraite de la vie sociale en tant qu'enchevêtrement de pratiques est commune parmi les sociologues comme l'exprime Glaeser (2005) :

[...] perhaps already a common place, at least among social scientists working ethnographically and/or historically. I propose to imagine social life as an incredibly dense thicket of partially independent and partially interacting social processes (Glaeser, 2005, p. 18)

Lorsque l'autoformation est envisagée comme pratique sociale, cela indique que les préoccupations de recherche porteront en partie sur la relation entre le travailleur et son entourage socioprofessionnel. Or, l'étude des pratiques sociales pour être systémique ne peut se limiter uniquement à l'étude des rapports sociaux (p. ex. soutien à l'autoformation). La relation que le travailleur établit avec l'environnement et les ressources matérielles qui s'y trouvent (objets, espaces physiques, etc.) compte tout autant et contribue à documenter les pratiques d'autoformation des travailleurs. Les approches sociomatérielles suggèrent de prendre en considération l'environnement non-humain (Fenwick et al., 2012) plutôt que de miser uniquement sur les capacités intrinsèques ou relationnelles des travailleurs. Par exemple, l'usage qu'un travailleur fait d'un objet pour diminuer l'anxiété pendant la journée de travail sera un artéfact fort utile pour rendre visible les pratiques effectives de gestion des symptômes cliniques mises en œuvre par le travailleur chez lui ou au travail.

Les pratiques sociales sont de plus étroitement liées à l'idée d'éducation informelle. Bourdon et Bélisle (2005) précisent :

Quant à l'éducation informelle, appelée aussi apprentissage non structuré, on l'associe souvent à la maison, la rue, les divers lieux d'exécution ou de réalisation du travail (dans son sens large), de consommation et de loisirs (Bourdon & Bélisle, 2005, p. 214).

Hrimech (1996) cité dans l'ouvrage de Bezille (2003) définit à son tour l'apprentissage informel :

[...] désigne un champ d'apprentissage plus large : l'ensemble des expériences éducatives qui se produisent tout au long de la vie et qui rendent possible l'acquisition des savoirs, d'habiletés et d'attitudes, par le biais de l'interaction quotidienne que tout individu entretient avec son environnement (p.129)

L'apprentissage informel est ainsi étroitement lié au domaine de la santé (Bastable, 2008; Hagan & Bujold, 2014). Entre autres, parce que la plupart des apprentissages en santé se réalisent en milieu extrascolaire.

Enfin, puisque l'apprentissage s'inscrit dans la durée, l'aspect longitudinal de l'autoformation sera soutenu par l'idée de l'éducation tout au long de la vie :

L'éducation tout au long de la vie est une construction continue de la personne humaine, de son savoir et de ses aptitudes, mais aussi de sa faculté de jugement et d'action. Elle doit lui permettre de prendre conscience d'elle-même et de son environnement et de jouer son rôle social dans le monde du travail et dans la cité. Le savoir, le savoir-faire, le savoir vivre ensemble et le savoir-être constituent les quatre aspects, intimement liés, d'une même réalité. (Delors, 1996, p. 211)

Ainsi, l'éducation tout au long de la vie permet de considérer les travailleurs avec un TMG en tant qu'apprenants en activité perpétuelle situés au sein de contextes sociohistoriques et environnementaux variés.

En résumé, nous adoptons une perspective *écosystémique* de l'autoformation qui invite le chercheur à s'attarder à un processus conçu en tant que pratique sociale prenant en considération les relations que le travailleur tisse avec les personnes des divers systèmes évoqués plus haut (facilitateurs), les lieux (domicile, espace public, espace de

travail), les objets (objets de littératie) et le temps en cours d'apprentissage (Fenwick et al., 2012).

En définitive, la notion d'apprentissage culturel pourrait bien résumer l'ensemble des considérations que nous venons d'explorer au sujet de l'apprentissage informel et de l'autoformation. L'apprentissage culturel repose sur une *compréhension anthropologique des êtres humains qui véhiculent d'une génération à l'autre certaines pratiques, valeurs, normes et idées*. Ces pratiques sociales sont acquises de manière plus ou moins consciente en grande partie par mimétisme (Jeffrey et al., 2011; Overgaard, 1994; Wulf, 2013), c'est-à-dire en observant d'abord les comportements d'autrui pour ensuite les reproduire à sa manière (apprentissage vicariant). Certaines pratiques sociales comme les salutations deviennent des habitudes appelées *conventions, rites ou rituels du quotidien*, ce qui libère le travailleur d'un questionnement perpétuel sur les comportements adéquats. Jeffrey et al. (2011) abordent les éléments-clés des rituels selon l'anthropologie historique allemande : « Le rituel est une pratique corporelle (p.38) [...] Les rites engagent un ensemble de mouvements corporels, de gestes, de mimiques, de déplacements pratiqués seuls ou en groupe. Le rite est le corps en action normé par des règles internes et sociales. (p.38) [...] il y a des rites répétés quotidiennement surtout ceux qui accompagnent la satisfaction des besoins corporels de base et les rites de salutation » (p.40) (Jeffrey et al., 2011).

C'est dans cette conception de l'apprentissage culturel que se trouvent liés les aspects individuels et collectifs de l'apprentissage; soit, ce qui en fait une pratique sociale. D'une part, les efforts personnels du travailleur pour apprendre (aspect individuel) et se conformer ou remettre en question les normes sociales (p. ex. nécessité de tolérer un seuil minimal de stress, refuser de travailler des heures supplémentaires); d'autre part, il y a la question des normes, des idées, des valeurs et des croyances véhiculées par le groupe de travailleurs (aspect collectif) qui exercent à leur tour une influence sur les

pratiques individuelles (p. ex., d'être ponctuel, d'être diligent envers ses collègues). Juste avant de compléter cette section, nous justifierons pourquoi nous avons adopté une perspective d'apprentissage plutôt qu'une perspective d'éducation ou de pédagogie adaptée pour cette étude.

2.2.3 Miser sur une perspective d'apprentissage

Nous avons adopté une perspective d'apprentissage plutôt qu'une perspective d'enseignement ou de pédagogie. Apprendre à gérer ses symptômes cliniques fait davantage écho dans cette recherche à l'agentivité de la personne dans une perspective d'apprentissage (p. ex. andragogie, TCC). Legendre (2005) définit ainsi l'apprentissage :

Processus d'acquisition ou de changement, dynamique et interne à une personne, laquelle, mue par le désir et la volonté de développement construit de nouvelles représentations explicatives cohérentes et durables de son réel à partir de la perception de matériaux, de stimulations de son environnement, de l'interaction entre les données internes et externes au sujet et, d'une prise de conscience personnelle (p.88).

Par pédagogie, nous entendons à la suite de Legendre (2005) une « [d] iscipline éducationnelle normative dont l'objet concerne les interventions de l'enseignant dans des situations pédagogiques réelles » (p.1007). La *pédagogie adaptée* correspond à une : « [...] pédagogie qui tient compte des caractéristiques particulières du sujet dans une situation pédagogique ordinaire » (Legendre, 2005, p. 1016). La relation travailleur-facilitateur étudiée s'inscrit à divers endroits sur un continuum de difficultés croissantes : 1- pédagogie, 2- pédagogie adaptée, 3- orthopédagogie, pédagogie curative, rééducation et 4- thérapie (Legendre, 2005). Puisque nous avons choisi de

documenter les pratiques d'autoformation selon une perspective d'apprentissage, le lecteur retiendra que les pratiques d'autoformation peuvent se déployer auprès de facilitateurs qui adoptent ces divers types de pédagogie à l'égard des travailleurs.

Bien que certains apprenants ayant un TMG puissent être limités dans leurs apprentissages parce qu'ils présentent par exemple des déficits cognitifs à divers degrés (Dreher et al., 2012; Levoux, Van der Linden, Larøi, & Danion, 2012; Sempels, 2011; Sponheim et al., 2010), nous partageons la perspective de Charlot (1997) sur l'apprentissage : « Naître c'est entrer dans un monde où l'on sera soumis à l'obligation d'apprendre. Nul ne peut échapper à cette obligation, car le sujet ne peut advenir qu'en s'appropriant le monde » (Charlot, 1997, p. 67). Cette appropriation peut se faire à la fois en autodidacte et au sein d'une relation de soutien, deux pôles qui ne sont en rien opposés.

2.3 L'agentivité des travailleurs

Les travailleurs ayant un TMG sont considérés comme des êtres culturels vivant dans un environnement social et matériel, dotés d'une agentivité et dont le devenir est influencé par les institutions sociales et d'autres éléments de l'environnement. À cette étape de la recherche, nous aimerions préciser le sens que certains anthropologues attribuent à la notion de culture et ensuite discuter de l'agentivité du travailleur ayant un TMG dans le contexte de la prise de décision en santé relative aux autosoins lors de maladies chroniques (Thorne, Paterson, & Russell, 2003) et du rétablissement en santé mentale (Provencher & Keyes, 2010).

Un être culturel. Affirmer que le travailleur et ses facilitateurs sont des êtres culturels, c'est reconnaître qu'ils donnent un sens (significations) à leurs expériences, à leurs relations sociales, à leur environnement physique, etc. Les aspects symboliques de l'existence, soit les normes institutionnelles, les valeurs, les croyances personnelles, les conceptions du monde font partie du processus d'autoformation conceptualisé en tant que pratique sociale. Une définition anthropologique de la culture a été proposée par Sapir et Darnell (1999). Sapir (1884-1939) était un intellectuel émérite dans le domaine de la sociolinguistique et de l'anthropologie sociale et culturelle; son analyse fine du concept l'a amené à proposer une définition de la culture et de sa transmission :

Any form of behavior, either explicit or implicit, overt or covert, which cannot be directly explained as physiologically necessary but can be interpreted in terms of the totality of meanings of a specific group, and which can be shown to be the result of a strictly historical process, is likely to be cultural in nature. 'Historical process' means the conveyance of forms of behavior through social processes, either by suggestion or by direct instruction to the young [...] Culture demands a historical continuum, implicitly or explicitly conveyed to the young by the elders, [though in general] unconscious assimilation plays a greater part than conscious learning, and implicit forms are more significant than explicit ones (Sapir & Darnell, 1999, p. 436).

Nous constatons que cette conception de la culture n'est ni associée au raffinement d'une élite sociale (p. ex. un être érudit, d'une grande culture), ni à un ensemble de traits figés décrivant les individus de toute une société et mettant en opposition nature-culture (kultur), mais plutôt aux aspects symboliques partagés et changeants qui s'inscrivent au sein d'un groupe par la transmission implicite et explicite entre les générations et entre les personnes.

L'agentivité. Les travailleurs avec un TMG sont dotés d'un pouvoir d'agir. Au-delà des multiples difficultés qu'expérimentent les travailleurs ayant un TMG, il est impératif de reconnaître leurs capacités et leurs atouts. Aucun doute ne peut persister sur l'intelligence, les capacités cognitives, l'intérêt à apprendre et le pouvoir d'agir que ces

personnes exercent sur leur vie et sur leur environnement. Sans reconnaître cette prémisse, que vaudraient les résultats d'une recherche sur l'autoformation de personnes ayant un TMG? Cela implique que les participants de la recherche soient considérés comme étant dotés d'une pleine agentivité malgré certaines limitations physiques et psychiques. L'agentivité peut être définie comme : « la capacité d'agir de façon compétente, raisonnée, consciencieuse et réfléchie » (Smette, Stefansen, & Mossige, 2009, p. 370).

Thorne et al. (2003) dans leurs recherches nous rappellent que l'agentivité des personnes atteintes de maladies chroniques s'exprime par les nombreuses décisions d'autosoins prises chaque jour; des décisions relatives aux soins de santé, au style de vie (p. ex. nutrition, sexualité, gestion du stress) et à l'égard des protocoles de traitement (p. ex. dosage et moment de la prise des médicaments). Au-delà des particularités associées à chaque maladie, un élément est commun à plusieurs d'entre elles, la prise en charge réelle des autosoins débiterait par une décision consciente de « prendre le contrôle de sa maladie » avec divers objectifs (p. ex. réduire les symptômes cliniques, se maintenir en emploi). Les troubles mentaux graves, contrairement aux troubles aigus qui ne perdurent pas sont des maladies qui donnent le temps aux personnes d'effectuer des apprentissages et d'exercer leur agentivité de par leur caractère chronique.

S'engager à vivre le rétablissement par le travail est une autre expression de la capacité d'agir de la personne ayant un TMG. Le modèle du rétablissement proposé par Keyes ne réfère pas seulement à un axe qui détermine la présence ou l'absence de symptômes cliniques mais inclut un deuxième axe permettant de déterminer le niveau de santé mentale positive qui peut être soit languissante, modérée ou florissante; ce qui réfère à un continuum dans lequel, malgré la présence d'un trouble mental, la personne considère vivre un quotidien plutôt insatisfaisant, satisfaisant ou encore, rempli d'opportunités (Provencher & Keyes, 2010). Cette conception élargie du

rétablissement laisse entendre que chaque personne n'est pas au même endroit dans sa vie pour envisager le processus de rétablissement et, que plus le rétablissement progresse vers une santé mentale florissante, plus il semble faire appel à la prise de décisions et aux possibilités de travailler :

[Ces personnes] ont recours à des stratégies pour prévenir les rechutes de la maladie et leur rôle actif dans la gestion du trouble mental les amènent à effectuer d'autres changements dans leur vie, incluant la reprise d'activités et de rôles dans un cadre normatif. À l'égard du continuum de la santé mentale positive, l'engagement professionnel et ceux d'autres secteurs (p. ex. études, parentalité, loisirs) sont plutôt perçus comme des défis et des voies d'actualisation de leur potentiel. Préserver leur qualité de vie, voire la bonifier, est priorisé ainsi que la recherche de sérénité et de bonheur. Des repères importants dans leurs choix de vie (Provencher & Keyes, 2010, p. 586).

En ce sens, Lhotellier et St-Arnaud (1994) résument bien l'importance de l'action et du sens construit de l'action par l'acteur en référant à la praxéologie, soit :

[une] démarche construite (visée, méthode, processus) d'autonomisation et de conscientisation de l'agir (à tous les niveaux d'interaction sociale) dans son histoire, dans ses pratiques quotidiennes, dans ses processus de changement et dans ses conséquences (Lhotellier & St-Arnaud, 1994, p. 95).

Il s'agit en effet d'un processus de changement qui implique l'agir d'acteurs (choix d'apprendre, de soutenir l'apprentissage) dotés d'une conscience de leurs actions (expriment des besoins, agissent selon des valeurs et des contraintes, visent des finalités) qui s'inscrit dans le temps (processus) et s'exprime par la mise en œuvre d'actions au quotidien (effectuer un choix, innover, imiter, etc.). « C'est en analysant comment l'acteur constitue le sens de son agir et en précisant en quoi l'agir crée un acte personnel que la démarche de praxéologie se précise » (Lhotellier & St-Arnaud, 1994, p. 96). C'est ainsi que l'idée de « gérer ses symptômes cliniques » et l'idée « d'apprendre à gérer ses symptômes cliniques » peuvent être considérées comme une

seule et même chose. Autrement dit, c'est en forgeant qu'on devient forgeron; ce qui revient à dire que c'est en faisant la gestion de ses symptômes cliniques qu'on apprend à les gérer.

Retenons pour l'étude que les travailleurs, bien qu'ils expérimentent un TMG sont considérés comme des êtres culturels dotés d'un pouvoir d'agir au regard de leur santé. De plus, l'apprentissage en santé est à la base d'une démarche praxéologique, peu importe le sens qu'elle prendra pour le travailleur : rétablissement, prise de décisions relatives à la maladie chronique ou gestion des symptômes cliniques.

2.4 Les assises théoriques de la collecte et de l'analyse des données

L'événement et les objets de littératie constituent une assise conceptuelle de la collecte de données qui, tout comme un fil d'Ariane, guide le chercheur lors des entretiens semi-dirigés et des séances d'observation in situ. Deux méthodes d'analyse des données sont aussi utilisées pour l'analyse du corpus de données. Nous introduisons d'abord l'analyse temporelle des processus sociaux proposée par Mendez (2010). Ce cadre d'analyse s'avère utile pour faire l'étude des phénomènes qui s'inscrivent dans la durée, comme l'autoformation. Puis, nous présentons les référents conceptuels d'une analyse inspirée des NLS, soit les objets de littératie en tant qu'indices mettant au jour les pratiques d'autoformation. La configuration de ces pratiques a ensuite été interprétée a posteriori comme des rituels du quotidien (Jeffrey et al., 2011; Wulf, 2013) tels que définis par l'école d'anthropologie historique allemande. La prochaine section présente ces concepts sans toutefois entrer dans les procédures qui seront plutôt explicitées dans le chapitre dédié à la méthodologie.

2.4.1 Les New Literacy Studies

Des linguistes, des sociologues et des chercheurs en éducation, entre autres de l'Université de Lancaster, proposent depuis presque 40 ans d'aborder la littératie en tant que pratique sociale dans le cadre des New literacy studies (NLS) (Barton & Hamilton, 2010). Les NLS s'inspirent de l'anthropologie de l'écriture et ne focalisent pas sur les ressources cognitives individuelles des apprenants (modèle autonome de la littératie), mais plutôt sur les usages sociaux qu'ils en font (modèle idéologique). Dans cette perspective, le caractère collectif de la littératie rend possible l'étude des référents socioculturels (normes, valeurs, attitudes, relations interpersonnelles, identités, statuts, rapports de pouvoir, etc.) qui participent aux processus sociaux étudiés (Barton & Hamilton, 2010; Barton, Ivanic, Appleby, Hodge, & Tusting, 2007; Barton & Papen, 2010; Collette & Rousseau, 2013; Papen & Collette, 2013). Sous cet angle, la littératie devient une porte d'entrée pour étudier la vie sociale.

Les NLS correspondent à un corpus de recherches variées, dont certaines, en santé. Papen (2012) a fait une recherche sur les médiateurs de l'écrit de personnes malades. Elle a étudié les manières dont les aidants naturels recherchent, lisent, écrivent, interprètent et utilisent avec leurs proches malades des documents écrits relatifs à la santé comme des formulaires, des brochures ou des sites Internet pour développer une compréhension de leur diagnostic et des traitements proposés. Papen (2012) fait donc dans cette ethnographie le portrait d'une pratique sociale de l'écrit dans des contextes de santé. Si les NLS comportent leurs limites, dont les possibilités restreintes de généralisation des résultats et les biais d'interprétation dus à la proximité du chercheur, leur intérêt se situe dans les descriptions évocatrices des aspects culturels et sociaux des sujets à l'étude. L'anthropologie de l'écriture se distingue ainsi des études linguistiques, littéraires et éducatives (Barton & Papen, 2010) par l'attention portée au processus de production d'un texte et à l'usage qui en est fait plutôt qu'à l'étude du

texte lui-même (contenu). Il n'y a donc pas de forme de littérature privilégiée, ce sont les aspects ordinaires et routiniers de l'écriture qui retiennent l'attention.

L'anthropologie de l'écriture s'appuie sur la prémisse que nous vivons dans un monde où l'écriture est au cœur de la société, de ses institutions et de ses pratiques culturelles. En ce sens, l'écriture correspond tout à fait à l'objet d'étude des anthropologues, soit un intérêt pour « ce qui est créé par les gens, transmissible, empreint de valeurs symboliques, comportant des aspects matériels, situé au cœur des interactions sociales et central pour la création de savoirs » [notre traduction] (Barton & Papen, 2010, p. 4). Dans cette perspective, la littératie en santé est considérée en tant que pratique sociale située (Barton & Papen, 2010; Dray & Papen, 2004; Papen, 2012), au même titre que de simples activités du quotidien comme manger (Papen, 2005; Papen & Collette, 2013), voire, apprendre et se soigner, peuvent être comprises en tant que pratiques sociales.

[...] les pratiques sociales sont des activités qui font partie de la vie des gens et qui constituent une partie de leur monde; elles sont non seulement façonnées par des capacités individuelles, mais par des normes culturelles, des relations sociales et le contexte global de la vie de ces gens [notre traduction]. (Papen, 2010, p. 63)

Les événements de littératie, les objets de littératie, les commanditaires et les pratiques de littératie sont des concepts propres aux NLS (Barton & Hamilton, 2010; Brandt & Clinton, 2002; Fraenkel & Mbodj, 2010).

2.4.2 Les événements et les objets de littératie

L'unité d'analyse dans les NLS est constituée d'une séquence d'événements de littératie (literacy event). Les événements de littératie sont « des occasions au cours desquelles un document écrit de quelque nature est au cœur des interactions et des processus d'interprétation (Heath, 1983); « l'événement » est une série d'actions et de réactions associées les unes aux autres (bounded) qui surviennent dans l'interaction entre les gens et dans lesquelles la lecture et l'écriture sont partie prenante » [notre traduction] (Kell, 2008, p. 910). Les événements de littératie renvoient aux personnes, à leurs interactions, aux objets de littératie, aux environnements et au temps. Les événements de littératie sont de nature empirique, on peut les observer, les décrire, les vivre, les situer dans le temps et dans l'espace, etc.; toutefois, ils comportent une partie symbolique plus abstraite : les valeurs, les rapports de pouvoir, les normes culturelles et institutionnelles qui s'y rapportent.

Les objets de littératie peuvent être traités comme des artefacts. Pour cette étude, cela correspond aux écrits de tous types soutenus par diverses technologies : volumes, journaux personnels, formulaires, curriculum vitae, pages Web, aide-mémoire, conventions collectives, horaires d'autobus, textos, etc. Kell (2008) considère non seulement les artefacts en tant que ressources sémiotiques, mais reconnaît leur rôle de médiation entre l'acteur et le contexte. Quelle que soit la technologie qui les soutient (papier, Web, autres supports, etc.), les artefacts sont des moyens de médiation à la disposition des acteurs. Ils peuvent être utilisés à divers degrés lors d'interactions sociales: « In any given interaction, such artefacts are seen to mediate thought between the subject (and I would argue, subjects) and the context. I argue that semiotic resources should be viewed as mediational means in activity systems ». (Kell, 2008, p. 902). Ainsi, en tant que ressource, les objets de littératie utilisés pour gérer les symptômes

cliniques deviennent pour le chercheur une occasion de documenter les pratiques sociales d'autoformation.

L'étude des usages sociaux des objets de littératie est un moyen potentiellement révélateur des pensées, des valeurs et des croyances actuelles et antérieures des travailleurs. Les objets de littératie, de par leur matérialité, véhiculent donc des significations qui se situent à distance et dans le passé (Brandt & Clinton, 2002). Autrement dit, les objets de littératie ne restreignent pas le regard du chercheur à la situation locale et immédiate. Par exemple, un livre des années 1970 qui provient des États-Unis peut influencer les pratiques de gestion des symptômes cliniques d'un travailleur québécois. Les commanditaires de la littératie (Brandt & Clinton, 2002), en tant que tiers extérieurs à une situation locale peuvent ainsi exercer une influence sur la situation locale de par la charge idéologique qu'ils véhiculent.

Fraenkel et Mbodj (2010) indiquent que : « [...] l'enquête repose sur l'observation de "literacy events", au sein desquels le repérage de régularités permet de dégager des "literacy practices" (pratiques de l'écrit) récurrentes [...] » (p.14). Papen (2010) elle aussi fait référence à la dimension empirique du concept et aux conceptualisations plus abstraites issues de l'analyse :

The NLS conceptualises literacy as a social practice, as activities that are part and parcel of people's life world that are patterned not only by individual skills, but by cultural norms, social relations and the wider context of people's life. (Papen, 2010, p. 63)

Ainsi, les pratiques de littératie font écho d'une part aux pratiques quotidiennes observables en termes d'activités concrètes, c'est-à-dire à ce que les gens font avec les écrits; et d'autre part à une inférence analytique comme évoquée ci-dessus en termes de conceptualisations sociales et culturelles.

2.4.3 Concepts liés à l'analyse temporelle des processus sociaux

L'étude de l'autoformation ne pourrait s'actualiser dans le cadre d'une analyse synchronique. L'autoformation est un phénomène qui incorpore le temps. Il est vrai que certaines études des NLS s'intéressent à la composante temporelle des processus étudiés, par exemple en introduisant la notion de séquences de littératie (Kell, 2008); mais, cet aspect reste peu développé. Afin d'être en mesure de mettre au jour les possibles séquences temporelles propres aux processus d'autoformation, nous introduisons les aspects théoriques de l'analyse temporelle des processus sociaux proposés par un collectif multidisciplinaire (économie, sociologie, gestion, science politique et droit) de chercheurs du Laboratoire d'Économie et de Sociologie du Travail (LEST, <http://www.lest.cnrs.fr/>) en France.

Étant donné que l'étude des processus d'autoformation s'inscrit dans le temps, il est intéressant de s'attarder à la dimension temporelle de l'analyse des processus sociaux : « Une analyse de processus est évidemment adaptée lorsque l'analyse porte sur un phénomène qui incorpore du temps. [...] elle se justifie aussi lorsque la problématique exige de donner du sens à des situations qu'une analyse synchronique ne permet pas d'expliquer » (Mendez, 2010, p. 12). Cela, sans pour autant recourir à l'analyse d'histoires ou de récits de vie (recherche biographique en éducation) (Delory-Momberger, 2014; Josso, 2000) puisqu'il s'agirait d'un projet qui dépasserait alors fort probablement le temps disponible, le degré d'investissement souhaité par les participants et le chercheur, sans compter qu'une telle exhaustivité dans l'ampleur des récits n'est pas nécessaire pour répondre à la question de recherche.

Nous présentons sommairement le cadre théorique de l'analyse temporelle des processus sociaux proposé par Mendez (2010). Il s'appuie sur quatre piliers : ingrédients, contextes, moteurs et bifurcations.

Ces quatre concepts articulés définissent un processus comme un ensemble de phénomènes organisés dans le temps qui combine des ingrédients et des moteurs dont le changement éventuel permet d'identifier des séquences. Lorsque ces changements modifient l'orientation même du processus, ils correspondent à des bifurcations (Mendez, 2010, p. 19).

Les *ingrédients* sont les « éléments d'un contexte qui sont pertinents pour un processus » (p.20). Les auteurs expliquent que si les ingrédients n'intervenaient pas dans le processus, le processus n'existerait pas ou serait différent. Les éléments pertinents font l'objet d'une analyse approfondie tandis que les éléments moins significatifs ou moins discriminants constituent le « paysage » du processus. Processus et contexte (le paysage) sont ainsi dans une relation de co-construction mutuelle, le processus étant structuré par le contexte et le contexte agissant sur le processus. Une *séquence* est définie comme un « segment temporel d'un processus qui articule un ensemble spécifique d'ingrédients » (Mendez, 2010, p. 21). Les ingrédients seraient parfois actifs, parfois passifs au cours d'un processus. Toujours selon ces auteurs, chaque fois que la configuration des ingrédients est profondément transformée, une nouvelle séquence s'ouvre dans le processus.

Les *moteurs* sont les « mécanismes génératifs qui entraînent le mouvement du processus » (Mendez, 2010, p. 22). Il y a divers types de moteurs, les archétypes de moteurs étant les moteurs programmatiques, téléologiques, évolutionnistes et dialectiques. Plusieurs moteurs peuvent travailler ensemble, parfois dans des directions opposées ou encore être enchâssés; d'autres moteurs entraînent la stabilité, la régression ou ont des effets combinés. Enfin, les *bifurcations* « rendent compte des transformations majeures dans un processus [...] une recombinaison majeure des ingrédients impliquant un événement, provoquant une crise et l'apparition d'une alternative et débouchant sur un changement d'orientation dans le processus » (Mendez, 2010, p. 22). Les auteurs précisent que ces concepts permettent d'effectuer une analyse en deux étapes que nous présenterons dans la section méthodologique

portant sur l'analyse des données. Malgré une description plutôt mécaniste, les chercheurs s'éloignent vraiment d'une logique de causalité pour chercher plutôt à comprendre l'intelligibilité du mouvement.

2.4.4 Les rituels du quotidien

L'école d'anthropologie historique allemande propose une conception des rituels en tant que pratiques corporelles normées (Jeffrey et al., 2011; Wulf, 2013). Nous avons pris connaissance de cette compréhension des rituels juste avant d'effectuer l'analyse des objets de littératie répertoriés lors des observations. Nous avons alors fait un rapprochement entre les données recueillies et la 'forme' que semblaient prendre les pratiques sociales d'autoformation liées à la gestion des symptômes cliniques. Les objets (de littératie) pouvaient à juste titre être considérés comme un des domaines associés aux rituels tels que définis par Wulf *et al.* (2013). Cette « coïncidence » nous a amené à prendre en compte pour l'analyse non seulement des objets de littératie mais d'autres dimensions des rituels telles que décrites ci-dessous.

Le rituel comporte huit dimensions que nous avons opérationnalisées dans le contexte de l'étude : 1) *l'espace*; soit le milieu de travail, le domicile ou un lieu public; 2) *la personne* en tant que « corps en action normé »; 3) *les médiateurs* qui soutiennent le travailleur dans son apprentissage; 4) *la performance* du travailleur, soit ses gestes, ses mouvements, ce qu'il dit; 5) *les objets de littératie*; soit les objets qui comportent des écritures, des chiffres ou des symboles utilisés au cours de la gestion des symptômes cliniques; 6) *le potentiel mimétique des objets de littératie* qui réfère aux modèles véhiculés par les objets de littératie desquels s'inspireraient les travailleurs pour élaborer leurs performances (fait référence aux influences des commanditaires de la

littératie) et, *l'intégration de standards normatifs au corps*, ce qui fait référence 7) aux *règles sociales* véhiculées dans le milieu de travail et 8) aux *règles internes*, c'est-à-dire aux schémas mentaux du travailleur.

Rappelons que Wulf *et al.* (2015) mettent en valeur l'aspect performatif des rituels : « On qualifie de performatif le caractère, étroitement lié au corps, de mise en scène et de théâtralisation de l'action, du langage et du comportement de l'homme [...] celui-ci procède d'un savoir pratique, partiellement accessible à l'analyse seulement » (p. 201). De plus, comme il était impossible de tenir compte de tous les objets sollicités lors des rituels, seuls les objets de littératie écrits (p. ex. liste, livre, artisanat intégrant des messages) ou oraux (p. ex. paroles, chansons, musique) (Baker, 2006) ont été retenus. Ils ont été considérés sous deux aspects : 1) l'utilisation autonome de l'objet comme ressource pour apprendre à gérer ses symptômes cliniques (p. ex. livre) et 2) l'utilisation de l'objet au cœur d'une relation interpersonnelle permettant d'apprendre à gérer ses symptômes cliniques (p. ex. échange conseiller-travailleur au sujet d'un devoir).

2.5 Objectifs de la recherche et synthèse

Deux objectifs de recherche ont été formulés pour répondre à la question de recherche : *comment des travailleurs ayant un trouble mental grave connus pour un maintien en emploi de plus de six mois ont-ils appris à gérer les symptômes cliniques vécus au travail?* Ces deux objectifs sont : 1) déterminer s'il y a ou non divers modes d'autoformation lorsqu'un travailleur ayant un TMG apprend à gérer ses symptômes cliniques en vue de se maintenir en emploi; et 2) décrire la configuration des pratiques d'autoformation de la gestion des symptômes cliniques mises en œuvre par des travailleurs connus pour un maintien en emploi durable.

En résumé, les référents conceptuels proposés pour l'étude sont articulés de façon logique. Le modèle de la participation au travail a été retenu comme *contexte*. Il permet de concevoir la personne comme un travailleur ayant une capacité partielle au travail entourée de facilitateurs qui proviennent des systèmes de la santé, personnel-social, de l'organisation ou de l'assurance. Ce modèle a permis de délimiter le processus à l'étude en s'attardant plus spécifiquement à l'étape du maintien en emploi. L'autoformation est considérée en tant que *processus* qui s'inscrit dans le temps et comme pratique sociale. Les participants sont conçus comme *êtres culturels dotés d'une capacité d'agir*. Enfin, les assises théoriques de l'analyse font des événements et des objets de littératie des fenêtres pour appréhender les qui, avec qui, quoi, comment et pourquoi de l'autoformation. Les New Literacy Studies ici convoquées trouvent leur complément dans l'analyse temporelle des processus sociaux de Mendez (2010) et dans l'analyse des rituels en tant que pratiques corporelles normées, tel que proposé par Wulf (2013).

Dans le premier chapitre, nous avons justifié l'importance d'étudier une barrière du maintien en emploi chez les travailleurs ayant un trouble mental grave (TMG), soit : la gestion des symptômes cliniques d'un TMG au travail. À notre connaissance, les travailleurs ayant un TMG réputés pour un maintien en emploi durable (plus de six mois) n'ont pas fait l'objet d'une étude qui s'attarde au processus d'apprentissage de la gestion des symptômes cliniques. Cela revêt toute son importance au Québec où présentement, la responsabilisation des citoyens à l'égard de la gestion de leurs soins de santé est de plus en plus sollicitée.

Le second chapitre a fait état d'un cadre conceptuel interdisciplinaire arrimant la participation au travail (contexte), l'autoformation liée à la gestion des symptômes cliniques de troubles mentaux (processus) et l'agentivité du travailleur ayant un TMG (agent). De plus, certains aspects théoriques des usages sociaux de la littératie, de l'analyse temporelle des processus sociaux et des rituels du quotidien ont été présentés.

Ces points de repère théoriques assurent une cohérence, sans toutefois prédéterminer ce qui au plan empirique sera révélé par les participants (Hamel, 1997).

Le troisième chapitre expliquera le devis méthodologique retenu (étude multicas), ses avantages et ses limites, la détermination du cas, la sélection des participants, les méthodes de collecte, les procédures d'analyse, les critères de rigueur pris en considération de même que la diffusion des résultats. Tous ces éléments seront passés en revue afin de préciser en quoi ils sont cohérents, valides, rigoureux et empreints d'un souci éthique. Les outils de collecte et les formulaires de consentement peuvent être consultés aux annexes C et D.

CHAPITRE III

MÉTHODOLOGIE

Rappelons d'entrée de jeu qu'une recherche réalisée auprès de personnes ayant un TMG comporte certains défis prévisibles au plan méthodologique : accueillir le degré de méfiance possible des travailleurs interrogés (p. ex. sentiment d'intrusion dans la vie privée, biais d'interprétation quant aux intentions du chercheur); s'assurer d'un réel consentement libre et éclairé des participants à la recherche; reconnaître les possibles difficultés d'accès aux milieux de travail pour effectuer les observations (p. ex. non-divulgence du trouble mental à l'employeur ou aux collègues); accepter le désistement des participants en cours de recherche (p. ex. rechute, manque de motivation); gérer certaines difficultés de communication (p. ex. présence d'une autocritique partielle, pensée concrète ou faibles capacités d'abstraction, tendance à sauter du coq-à-l'âne lors des entretiens); parer aux inconnus (p. ex. les facilitateurs de l'apprentissage choisis par les travailleurs?) et rassurer les participants d'une diffusion des résultats qui préserve non seulement l'anonymat, mais toute l'intégrité du vécu partagé.

En plus de ces défis méthodologiques, d'autres particularités des études de cas qui recourent aux méthodes ethnographiques doivent être prises en compte : la période de collecte est susceptible de se prolonger pendant plusieurs mois, une quantité importante de données risque d'être générée sans oublier que le chercheur peut être conduit vers des zones d'exploration inattendues de son objet d'étude. Le protocole

de recherche doit en ce sens être cohérent, bien balisé, flexible et respecter les limites du temps consacré à une thèse. Voyons d'abord ce qui justifie le choix du devis qualitatif retenu.

3.1 Le choix d'une étude de cas multiple inductive soutenue par des méthodes ethnographiques

3.1.1 Le choix du devis : l'étude de cas multiples

Choisir l'étude de cas reflète une valorisation de l'holisme chez le chercheur. L'holisme consiste à défendre l'idée que la compréhension véritable d'un phénomène provient d'une description complexe et profonde des relations entre l'objet d'étude et les contextes (Sturman, 1999). Plus précisément, l'holisme conduit à un impératif de triangulation en tant qu'opération de mise en perspective de l'objet d'étude; « [...] la triangulation [étant reconnue] comme la méthode de validation la plus efficace pour l'étude de cas » (Karsenti & Demers, 2011, p. 242; Yin, 2006). Croiser entre elles les sources d'information, adopter diverses perspectives théoriques sur le même objet et s'intéresser aux multiples interprétations des chercheurs et des participants permet l'actualisation d'une démarche crédible à fort potentiel heuristique. Gagnon (2012) et Mucchielli (1996) considèrent l'étude de cas complète en soi, comme une approche permettant d'appréhender la complexité des phénomènes humains. L'étude de cas serait nécessaire lorsque de trop nombreuses variables empêchent l'utilisation des approches corrélationnelles (Mucchielli, 1996).

Le cas peut être considéré comme « une entité sociohistorique évolutive en interaction avec son environnement » (Demers, 2014, p. 5; Harvey, 2009). Il s'agit d'un cas de recherche : « une analyse en profondeur décrivant dans le détail un phénomène organisationnel s'étalant parfois sur plusieurs années [...] » (Giroux, 2003, p. 47). Une personne, une institution, un processus en sont de bons exemples (Roy, 2004). L'étude de cas de type inductif privilégie le mouvement de théorisation et en fait même une finalité (Mucchielli, 1996). L'étude de cas de type déductif servirait plutôt à tester un cadre conceptuel déjà existant (Karsenti & Demers, 2011). Ainsi, qu'on soit tenant d'une posture épistémologique post-positiviste, critique ou constructiviste, on peut faire usage d'études de cas (Giroux, 2003).

L'étude peut impliquer un seul cas ou de multiples cas (Mariano, 2001). Yin (2006), Stake (1995), Ragin (1992) et d'autres chercheurs ont proposé des typologies distinguant les études de cas unique des études de cas multiples. Les études de cas multiples impliquent une collecte de données auprès de plusieurs cas, la procédure de recherche est répliquée pour chacun des cas et une synthèse des cas permet de comprendre le phénomène d'intérêt (Dahl, Larivière, & Corbière, 2014).

3.1.2 Limites inhérentes aux études de cas

Quel que soit le type de raisonnement logique privilégié pour répondre à la question de recherche, le discours des participants a un statut mitigé dans les études de cas. Bien qu'on reconnaisse l'agentivité du participant de l'étude (Demers, 2014) et que l'on reconnaisse la valeur heuristique de son discours et de ses actions. Hamel (1997) en faisant référence aux idées de Dubet (1988), soulève le fait que le participant ne peut être conscient de l'ensemble des phénomènes sociaux auxquels il participe. En effet, les savoirs implicites ne sont ni faciles à verbaliser ni liés à une activité

métacognitive très structurée (Gasparini, 2004). Même si l'on accorde une valeur à la connaissance émique (compréhension de la réalité construite à partir du point de vue des participants), cette dernière demeurerait incomplète sans la théorisation. La connaissance étique (élaborée à partir des catégories associées à la science) d'un phénomène passe par le langage théorique normé que le chercheur puise à même la discipline scientifique dont il se réclame; on parle ici de la validité de construit (Gagnon, 2012). En ce sens, il est nécessaire de considérer deux registres : le langage propre à la réalité empirique de l'objet d'étude et le langage conceptualisant et abstrait d'une discipline scientifique quant à son objet de recherche (Hamel, 1997). C'est donc au plan théorique que s'exprime la cohérence de la recherche. Elle découle de « l'explicitation des liens entre la problématique, l'objet d'étude, la question de recherche, etc., et le cas retenu sert "d'observatoire" privilégié » (Hamel, 1997, p. 91; Mucchielli, 1996) pour appréhender le phénomène à l'étude.

Flyvbjerg (2006) reprend cinq critiques adressées aux études de cas : 1- la survalorisation de l'empirique au détriment de la théorie; 2- l'absence de possibilité de généralisation à partir d'un seul cas; 3- une méthodologie destinée à générer certaines hypothèses au détriment de leur vérification ou de la théorisation; 4- la présence du biais de vérification du chercheur et 5- la difficulté à présenter de manière sommaire un rapport découlant d'une étude de cas.

Nous avons déjà abordé deux des critiques de Flyvbjerg (2006) sur la théorisation (critiques 1 et 3) ci-dessus en considérant la théorie comme vecteur de cohérence. Quant aux possibilités de généralisation de l'étude de cas (critique 2) Gagnon (2012) et Roy (2004) soutiennent l'idée que la validité externe est une faiblesse de cette méthode. Flyvbjerg (2006) décrie une survalorisation de l'importance de la « généralisation » au détriment de « l'exemple » pour soutenir le développement scientifique. Nous avons pris en considération cette limite et avons considéré les résultats de la recherche comme étant provisoires, c'est-à-dire situés dans un contexte

sociohistorique et géographique précis et temporaire. Reconnaître que les résultats d'une recherche sur l'expérience subjective d'un groupe de personnes comportent des limites quant aux possibilités de généralisation n'empêche toutefois pas leur utilisation judicieuse (Gomm, Hammersley, & Foster, 2000), entre autres dans les décisions politiques, financières, administratives, cliniques et pédagogiques. Quant au biais de vérification (critique 4), une triangulation de l'information transmise par diverses sources de données (travailleur, facilitateurs, artéfacts) et une validation externe des récits par les participants ont permis d'assurer une compréhension holiste du cas et limitent ainsi les interprétations marginales. Étant données les propriétés complexes de la réalité étudiée, Flyvbjerg (2006) constate que les chercheurs dans leurs rapports hésitent à effectuer des synthèses écrites qui évacuent les aspects phénoménologiques de leur étude (critique 5) : « Case researchers, thus, tend to be skeptical about erasing phenomenological detail in favor of conceptual closure » (Flyvbjerg, 2006, p. 239). Yin (2006) suggère alors de séparer la narration du cas des données proprement dites. Nous avons en ce sens procédé à une condensation des données (1000 pages de verbatim) en récit d'expérience (40 pages X 5 travailleurs) en inférant des modes d'autoformation et des pratiques de conciliation travail-santé plutôt que d'en rester aux détails biographiques. L'étude de cas multiples a été retenue malgré ses limites méthodologiques car elle permet de bien explorer le « quand » et le « comment » de l'autoformation. Bien déterminer le cas (Creswell, 2013a) est en ce sens, une première étape capitale.

3.2 La détermination du cas : l'étude d'un processus d'autoformation

3.2.1 La définition du cas

Si déterminer un cas consiste à choisir une « entité sociohistorique évolutive qui interagit avec son environnement » (Demers, 2014, p. 5; Harvey, 2009), avec idéalement un désir de répondre à une question de recherche qui soulève le « comment » d'un phénomène (Mucchielli, 1996), déterminer le cas consiste aussi à le délimiter, donc, à dire ce qu'il n'est pas (Baxter & Jack, 2008).

Pour cette étude, le cas est un processus d'autoformation centré sur le travailleur, auquel participent divers facilitateurs. Afin de délimiter l'objet d'étude et pour nous placer en continuité avec les recherches récentes dans ce domaine, nous avons retenu le processus d'apprentissage de la gestion des symptômes cliniques vécus au travail. Le cas retenu est un processus vécu par un ensemble de personnes (travailleurs, facilitateurs) en relation avec l'environnement.

Afin de respecter les visées d'une recherche exploratoire, c'est le travailleur lui-même qui a déterminé le facilitateur qui l'a soutenu dans son processus d'autoformation. La question suivante a permis aux travailleurs de choisir les facilitateurs qui ont été interrogés : « Quelles personnes ont joué un rôle important lorsque vous avez appris à gérer vos symptômes cliniques? » Même si le travailleur a identifié plusieurs facilitateurs, un seul a toutefois été considéré pour les entretiens afin de limiter l'ampleur de l'étude. Précisons que le facilitateur qui fait partie d'une organisation (organisme de soutien à l'emploi, milieu de travail, etc.) risque d'avoir intégré en partie les valeurs et les discours de cette organisation à même sa vision personnelle.

3.2.2 Le processus, le résultat et le contexte

Toujours afin de bien déterminer le cas, Mjoset (2009) rappelle l'importance de distinguer le processus, le résultat et le contexte dans les études de cas :

Delimiting cases in social science investigations, we imply a three-fold logic of empirical research. First, we relate to our research problems, selecting the process and/or outcome to be studied. Second, we define the context, the elements that we treat as the environment of the process singled out. Third, we trace the specific links in the process we have selected. Depending on the quality of our knowledge about the case, we arrive at an explanation of the case (Mjoset, 2009, p. 47).

Ainsi, c'est le *processus* d'autoformation permettant la gestion des symptômes cliniques expérimentés dans un *contexte* de travail qui retient notre attention. Le *résultat* correspond à l'atteinte d'un équilibre qui, parmi un ensemble d'autres facteurs, favorise le maintien en emploi durable. Il n'y a pas de rapport de causalité : le processus d'autoformation mis en œuvre n'engendre pas automatiquement le maintien en emploi.

3.2.3 Les perspectives de reconstruction et d'observation du cas

L'étude de cas a procédé tant par reconstruction de cas que par une participation du chercheur aux processus en cours (Mjoset, 2009). La reconstruction de cas s'est effectuée à partir des récits des participants élaborés a posteriori sur l'autoformation et la gestion des symptômes cliniques. La participation du chercheur au processus d'autoformation (Mjoset, 2009) s'est réalisée par le biais de moments d'observation participante; moments au cours desquels le chercheur a été invité au sein d'espaces

privés, publics et de travail pour apprécier les pratiques de gestion des symptômes cliniques mises en œuvre par les travailleurs. Ces occasions, bien qu'elles n'aient pu être planifiées à l'avance dans le fin détail, se sont précisées au fil des rencontres. L'observation *in situ* a permis au chercheur de se familiariser plus finement avec le processus et le contexte d'apprentissage. Ce choix d'observer n'est pas sans incidences méthodologiques. Puisque le chercheur interfère dans le processus en cours, des notes d'observation et un journal de bord ont permis de consigner les informations relatives à chacune des rencontres afin de pouvoir objectiver l'information recueillie lors de l'analyse.

3.3 Sélection des participants et collecte

3.3.1 La sélection des participants par échantillonnage intentionnel

Pour une étude de cas multiples, Creswell (2013a) recommande qu'un maximum de cinq personnes soit interrogé, alors que Martinson et O'Brian (2010) considèrent de 6 à 9 personnes; le principe de saturation des données servant de repère pour ajuster au besoin le nombre de cas à documenter en profondeur. À l'aide de ces paramètres, nous avons choisi de porter attention à l'expérience de cinq travailleurs et six facilitateurs. L'échantillonnage intentionnel a eu lieu au début de l'étude.

Cinq travailleurs ayant un TMG qui ne se connaissent pas et qui ne fréquentent pas les mêmes espaces sociaux ont été recrutés. Tous devaient répondre aux critères d'inclusion suivants : 1) s'être maintenu en emploi plus de six mois sur le marché du travail ordinaire malgré la présence d'un TMG; 2) vouloir partager son expérience de

conciliation travail-santé lors d'entretiens et de séances d'observation ayant pour but de montrer au chercheur les pratiques de gestion des symptômes cliniques; 3) avoir plus de 18 ans et 4) s'exprimer en français. Ces critères ont favorisé le recrutement de travailleurs situés à une phase de rétablissement complet, tel qu'expliqué par Provencher et Keyes (2010), c'est-à-dire avec des symptômes mieux contrôlés et un niveau de santé mentale positive plus élevé.

Comme le maintien en emploi de plus de six mois est un phénomène peu fréquent, voire marginal, la sélection des participants a pratiquement correspondu à un échantillonnage par cas extrêmes ou déviants (Creswell, 2013a; Miles & Huberman, 1994), c'est-à-dire un échantillonnage qui permet « [d'] apprendre à partir de manifestations très inhabituelles du phénomène d'intérêt [notre traduction] » (p.158).

Interroger des personnes atteintes de maladies chroniques (Holt & Peveler, 2006; Keefe, 2012) comme c'est le cas pour les TMG s'est avéré un excellent choix méthodologique car ces personnes sont plus susceptibles d'aborder l'historique de leurs apprentissages à propos de la maladie (Salesse et al., 2014; Thorne et al., 2003). Un élément commun qui caractérise les apprenants en santé est souvent d'être solidaire socialement face à une « menace » commune [les guillemets sont de nous] (Beck, 2008). Par exemple, les entendeurs de voix abordent ensemble les manières de composer au quotidien avec des hallucinations auditives intrusives (Breault-Ruel, 2013). Sinon, les groupes d'apprenants en santé demeurent plutôt hétérogènes : « [leurs] caractéristiques sont contrastées en ce qui concerne la scolarité, les revenus et l'habitat » (Bourdon & Bélisle, 2005, p. 219).

3.3.2 Les modalités de recrutement et le consentement éclairé

Le recrutement des travailleurs s'est fait au sein de cercles de confiance, c'est-à-dire en sollicitant l'appui de trois organismes en réadaptation psychosociale déjà connus des travailleurs qui ont participé à l'étude. Des intervenants désignés ont sollicité quelques candidats potentiels en fonction des critères d'inclusion. Les travailleurs qui ont manifesté un intérêt pour participer à la recherche ont ensuite été rencontrés individuellement par le chercheur afin de préciser les modalités de leur participation et échanger autour du formulaire de consentement.

Kaup et al. (2011) rappelle que lors de recherches avec des personnes ayant un diagnostic de trouble mental comme la schizophrénie, il est possible que les symptômes puissent entraver la possibilité de donner un consentement éclairé. Toutefois, selon cette étude, juger de la capacité décisionnelle à consentir ne devrait pas se faire uniquement à partir de diagnostics. Les auteurs de l'étude confirment la capacité des sujets ayant un TMG de consentir à la recherche. Ils recommandent de bien structurer l'information, de répéter les informations clés et de spécifier les avantages et les inconvénients que pourraient avoir la recherche lors d'une conversation interactive. Cette idée de partage d'informations s'éloigne du format « lire et signer », souvent associée au consentement.

C'est de cette manière que nous avons procédé pour présenter la recherche et obtenir les consentements. Les cinq travailleurs ont rencontré le chercheur en personne individuellement. Une copie du formulaire de consentement leur a été remise et expliquée de vive voix. Les travailleurs ont pu poser toutes leurs questions. Puis, une période de réflexion d'une semaine a été exigée. Les trois femmes et les deux hommes sollicités ont tous fait le choix de participer à la recherche; et tous ont poursuivi leur participation jusqu'à la fin. Quatre types de formulaires de consentement ont été

préparés : pour les travailleurs, les facilitateurs, les employeurs et un consentement général (Annexe D).

Deux autorisations d'éthique ont été demandées; celle du comité d'éthique de la faculté des sciences de l'éducation de l'Université du Québec à Montréal (UQAM) et celle du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais (UQO), région où s'est déroulée la recherche (Annexe E). Le Regroupement des Organismes communautaires en Santé mentale de l'Outaouais (ROCSMO) a aussi donné son aval. Même si les travailleurs ont été retenus pour leurs succès, leurs forces et l'originalité des moyens qu'ils ont su mettre de l'avant pour apprendre à gérer leurs symptômes cliniques, il a été nécessaire que toutes les démarches effectuées en cours de recherche respectent les principes de l'Énoncé de politique des Conseils sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains (CRSH, CRSNG, & IRSC, 2010) afin de ne pas leur causer de préjudices. Aucun incident n'est survenu. Un psychologue spécialisé dans les troubles mentaux graves avait été recruté pour intervenir au besoin.

3.3.3 La collecte de données

Les méthodes ethnographiques ont été privilégiées : entretiens semi-dirigés, séances d'observation, rédaction d'un journal de bord du chercheur, notes de terrain et collecte d'artéfacts (p. ex., photos d'objets de littératie) ont permis de constituer un corpus exhaustif. La collecte s'est échelonnée sur quinze mois, de mars 2017 à juin 2018. Au total, trois entretiens semi-dirigés de 75 minutes ont été effectués avec chaque travailleur, un entretien avec chaque facilitateur de même qu'une séance d'observation dans le milieu de travail. Le tableau 3.1 présente le protocole de collecte des données

Tableau 3.1 : Protocole de collecte des données

Séances	Thèmes abordés	Objectifs des rencontres
Entretien no.1 (Travailleur)	<ul style="list-style-type: none"> - Présentation, consentement - Emplois antérieurs et actuels - Conception de l'apprentissage 	<ul style="list-style-type: none"> - Instaurer la confiance. - Connaître l'historique de l'emploi - Saisir la conception de l'apprentissage
Entretien no.2 (Travailleur)	<ul style="list-style-type: none"> - Historique du trouble mental et des symptômes cliniques - Coffre à outils élaboré pour gérer les symptômes cliniques - Rôle des facilitateurs 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier les principaux symptômes vécus au travail - Préciser les moyens d'y faire face - Identifier les principaux facilitateurs et leur rôle dans l'apprentissage du travailleur
Entretien no.3 (Facilitateur)	<ul style="list-style-type: none"> - Présentation, consentement - Emplois antérieurs et actuels - Conception de l'apprentissage - Historique du trouble mental et des symptômes cliniques - Coffre à outils élaboré pour gérer les symptômes cliniques - Rôle des facilitateurs 	<ul style="list-style-type: none"> - Connaître le point de vue du facilitateur sur l'apprentissage de la gestion des symptômes par le travailleur X; et identification des pratiques de soutien en cours.
Séance d'observation (Travailleur)	<ul style="list-style-type: none"> - Le travailleur montre au chercheur les moyens de gestion des symptômes cliniques qu'il met en œuvre 	<ul style="list-style-type: none"> - Observer in situ les pratiques de gestion des symptômes cliniques - Prendre des photos des principaux objets de littérature utilisés pour gérer ses symptômes cliniques.
Entretien no.4 (Travailleur)	<ul style="list-style-type: none"> - Coffre à outils élaboré pour gérer les symptômes cliniques - Retour sur l'entretien avec le facilitateur, la séance d'observation et les objets de littérature 	<ul style="list-style-type: none"> - Préciser les pratiques permettant de gérer les symptômes cliniques - Échanger sur les propos des facilitateurs - Échanger au sujet des observations et des objets de littérature photographiés
Stage d'immersion (organisme - 180 h)	<ul style="list-style-type: none"> - Participation prolongée (10 mois) aux réunions d'équipe d'un organisme d'intégration et de soutien à l'emploi au service de personnes ayant un TMG; à raison d'une demi-journée par semaine. 	<ul style="list-style-type: none"> - Exposition aux activités, aux employés et aux personnes qui reçoivent des services afin de nourrir la réflexion du chercheur pour interpréter les données recueillies en tenant compte du contexte financier, administratif, politique et culturel du maintien en emploi au Québec.

3.3.4 La conduite des entretiens semi-dirigés

Un principe sous-jacent aux entretiens est d’apprécier toute la créativité et l’ingéniosité des moyens appris ou imaginés par les travailleurs pour gérer leurs symptômes cliniques. Un second principe est d’échanger autour d’exemples précis afin d’éviter un éparpillement et d’être en mesure de documenter les pratiques (Beaud & Weber, 2010). Les participants ont été rencontrés de manière individuelle et les thématiques abordées au cours des entrevues sont les mêmes pour tous (appendice C). En résumé, nous nous sommes intéressés à documenter : 1) l’historique en emploi de 2011 à 2018; 2) l’évolution du trouble mental et des symptômes cliniques pour la même période; 3) le coffre à outils élaboré pour gérer les symptômes cliniques du trouble mental. Nous avons limité le processus à l’étude à la période 2011-2018 qui couvrait le nombre moyen d’années en emploi des travailleurs.

Tel que présenté au tableau 3.1, la première rencontre a permis d’établir un climat de confiance, de signer le formulaire de consentement et d’aborder les expériences de travail actuelles et antérieures du travailleur afin de se familiariser avec son évolution sur le marché du travail. Le second entretien a été l’occasion de questionner les travailleurs au sujet de leurs symptômes cliniques et de l’évolution du trouble mental pour ces mêmes années. Des questions sur les moyens de gestion mis de l’avant pour composer avec les symptômes cliniques en milieu de travail ont aussi été posées.

Le troisième entretien a été réalisé avec les facilitateurs. Les mêmes questions ont été posées et avaient pour but de documenter les pratiques effectives des travailleurs de même que le soutien à l’autoformation. La valeur ajoutée de ces entretiens était de confirmer l’information reçue des travailleurs et de documenter plus précisément le soutien offert aux travailleurs. Les questions portaient sur leur vision de l’apprentissage, sur la santé du travailleur, sur l’évolution en emploi et l’autogestion des symptômes cliniques du travailleur qu’ils connaissaient depuis au moins un an,

question d'avoir un vécu partagé. Un seul entretien de 90 minutes a eu lieu avec les facilitateurs. Il s'est déroulé dans un milieu propice à la conversation (p. ex. bureau à l'université, dans leur milieu de travail). Tous les facilitateurs ont été rencontrés seuls avec l'aval des travailleurs. Le quatrième et dernier entretien a été l'occasion de revenir avec les travailleurs sur les moments d'observation et sur les objets de littérature répertoriés lors de la collecte. Nous avons aussi pu effectuer un retour sur les thèmes qui ont été abordés avec les facilitateurs afin d'apporter certaines précisions. Les séances d'observation et la collecte d'artéfacts sont décrites ci-dessous.

3.3.5 Observations, collecte d'artéfacts et stage d'immersion

Une des plus-values de l'observation participante concerne la possibilité de renforcer la compréhension du phénomène étudié en explorant les contradictions et les arrimages entre les discours, les pratiques déclarées (entretiens semi-dirigés) et les pratiques effectives (observations) afin de reconstituer les pratiques d'autoformation investiguées.

Au total, huit séances d'observation ont eu lieu en milieu de travail, à domicile ou dans le quartier avoisinant le lieu de travail. Comme les observations ont pris différentes formes pour chaque travailleur, nous allons en faire une description sommaire en précisant les lieux, les motifs et les artéfacts photographiés pour chaque cas. Pour des raisons de confidentialité, nous avons parlé des travailleurs uniquement au masculin dans cette section.

Le travailleur A nous a invité à deux reprises : lors d'une réunion d'équipe avec ses collègues de travail et pendant sa pause-dîner du midi. Nous avons pu observer

comment il sort de sa zone de confort pour s'adresser à un groupe lors d'une réunion de même que l'art de faire ses pauses-midi afin de bien décrocher du travail. Les artéfacts photographiés pour le cas A sont l'ordre du jour de la rencontre, le matériel d'animation utilisé, des albums de musique country et Rock écoutés pendant les pauses et le journal intime qui sert à écrire des pensées positives les jours où l'estime de soi est à plat ou encore pour gérer l'anxiété.



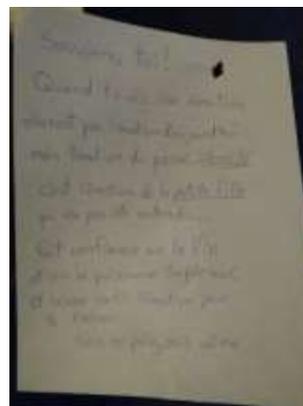
Le travailleur B nous a invité à une séance d'observation dans un organisme communautaire qu'il côtoie. Il n'était pas vraiment possible de l'observer pendant ses heures de travail, bien que le milieu ait pu être visité en dehors des heures de travail lors de l'entretien avec son facilitateur. Nous avons aussi été invité au domicile du travailleur pour prendre le café, ce qui a été une autre occasion d'observation des préparatifs qui sont mis en branle le matin. Que ce soit au domicile ou dans l'organisme communautaire, il a été possible d'observer ce qu'il fait pour sortir de sa torpeur matinale et être mieux disposé pour réaliser ses tâches au travail. Les artéfacts suivants ont été répertoriés et pris en photos : la tablette intelligente permettant de communiquer avec sa famille par courriel ou par Skype le matin, de même que des photos d'aquarelles et de peintures qu'il a réalisées entre autres lors des pauses artistiques faites à chaque jour au travail en dehors des heures rémunérées.



Le travailleur C nous a prêté un livre qui a inspiré les moyens de gestion des symptômes cliniques (colère, biais cognitifs) qu'il met en œuvre; ce livre, disait-il, a été son meilleur professeur à vie et il le garde sur sa table de chevet depuis 30 ans. Puisque ce livre s'avérait d'une importance capitale, nous en avons fait la lecture et avons nous-mêmes mis ces nouvelles pratiques d'affirmation de soi à l'essai; une autre façon de faire de l'observation participante. Le type de travail effectué et le fait qu'il n'ait pas divulgué son TMG à l'employeur rendait impossible une visite dans le milieu de travail. Le travailleur C nous a aussi parlé de ses cartes-fiches sur lesquelles il rédige chaque matin sa liste de choses importantes à faire et de personnes à rencontrer pendant la journée de travail, une soupape et un aide-mémoire pour les moments où il se sent plus anxieux au travail. Les photos du livre et de ses cartes-fiches ont constitué les artéfacts de ce cas.

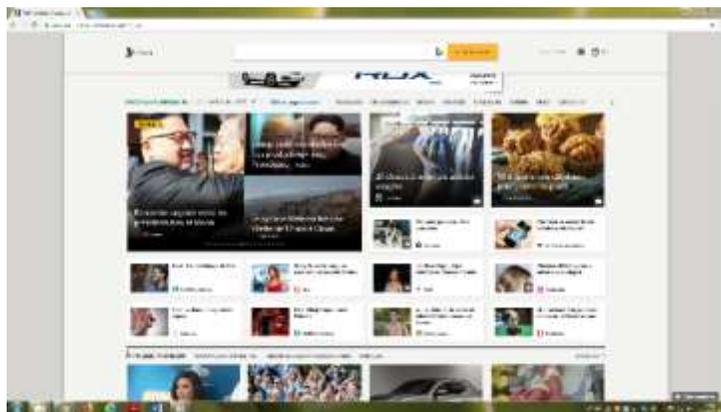


Le travailleur D nous a fait visiter son milieu de travail et nous a présenté certains collègues. De plus, il nous a fait vivre par message-texte (texto) un moment où il cherchait de l'écoute et du soutien lors d'une crise vécue en soirée à la suite d'événements survenus au travail. Enfin, comme les préparatifs de la routine du matin avant de se rendre au travail comportaient dans son cas des messages de rappels inscrits sur un support décoratif de même que la lecture d'une prière pour s'apaiser, nous les avons considérés. Pour le cas D, nous avons ainsi deux moments d'observation (visite au travail et moment de crise via texto) et trois photos d'artéfacts : les communications texto utilisées pour demander de l'aide, un support décoratif et une autre de la prière rédigée et consultée au besoin sur son téléphone intelligent.



Enfin, pour le cas E, même si le travailleur avait divulgué son trouble mental à l'employeur, les règlements pour avoir accès au milieu de travail étaient si stricts qu'il n'a pas été possible d'en faire la visite. Toutefois, une démonstration au bureau de recherche de la façon dont il gère l'anxiété au travail lorsqu'il devient méfiant a été réalisée « en reprise » comme s'il était au travail. De plus, les devoirs faits à la demande de sa conseillère en emploi lorsqu'il choisit de ne pas se rendre au travail

s'il est plus méfiant et désorganisé le matin ont fait l'objet d'échanges. Ces devoirs ont pour but de l'amener à réfléchir aux conséquences de ses absences et de ses retards au travail. Nous avons donc deux photos d'artéfacts, soit : une photo du devoir en question et une photo de l'écran d'ordinateur qui déclenche sa paranoïa au travail.



Toutes les photos ne comportent aucune signature ou éléments distinctifs qui permettraient de reconnaître les travailleurs. Ces dernières ont été prises soit par le chercheur lors des séances d'observation ou par les travailleurs si les objets de littératie se trouvaient à leur domicile.

Ainsi, entre les séances d'observation planifiées (ou quelques fois survenant de manière spontanée) et les artéfacts, il a été possible de réunir plusieurs objets de

littératie et de moments « terrain » afin de documenter autrement que par les entretiens semi-dirigés les pratiques de gestion des symptômes cliniques de chaque travailleur. L'idée de recueillir des artéfacts au cours des moments d'observation s'est avérée fort intéressante. Les photographies d'objets de littératie utilisés au cours des pratiques d'autoformation ont été versées dans la base de données NVivo et ont permis de compléter une analyse inspirée des NLS visant à déterminer l'usage des objets de littératie dans les pratiques d'autoformation. Enfin, un stage de 180 heures (réalisé sur un an à raison d'une demi-journée par semaine) dans un organisme de réadaptation psychosociale dont la mission est l'intégration et le maintien en emploi de personnes ayant des troubles mentaux a favorisé la compréhension du contexte du maintien en emploi par le chercheur.

3.4 Traitement et analyse des données

Le logiciel NVivo 11 a été retenu comme support de l'information puisqu'il permet l'intégration des multiples sources de données, permet de coder le matériel, rend possible le travail de triangulation et permet de restructurer le matériel codé au besoin. Au cours de l'analyse, une importance particulière a été accordée aux données qui contredisent les prémisses du chercheur. Cette attitude prudente et nécessaire a permis de rehausser la validité interne de la recherche en mettant au jour des préconceptions du chercheur (Gagnon, 2012). Le meilleur exemple est qu'une des normes sociales identifiées en cours d'analyse, soit le surinvestissement au travail, n'allait pas du tout dans le sens des autres normes (p. ex. être ponctuel, respectueux). Contrairement aux autres normes répertoriées, la norme du surinvestissement au travail devait être rejetée plutôt qu'adoptée pour qu'elle prenne un sens en ce qui concerne le maintien en emploi durable.

Lors d'études de cas inductives, il est fortement suggéré de procéder à une analyse des données simultanément à la collecte (Roy, 2004) afin de raffiner les questions de recherche, voire de redéfinir la problématique et son contexte au fur et à mesure que l'étude avance. Yin (2006) explique que la capacité à analyser simultanément les données lors de la collecte est une qualité essentielle des chercheurs qui se consacrent aux études de cas. Nous avons adopté en partie l'approche d'analyse simultanée des données proposée. Afin d'être en mesure de le faire, nous avons espacé les entretiens les uns des autres d'au moins une semaine; cela pouvait aller même jusqu'à deux ou trois mois entre certains entretiens étant donnés les congés, les horaires de travail et les disponibilités du travailleur et du chercheur ou les besoins de la recherche. Ainsi, il a été possible à chaque fois de réécouter l'entretien, d'en faire la transcription, de coder l'entrevue en fonction des thèmes prédéterminés et de noter les éléments qui nous paraissaient moins clairs ou dignes d'intérêt supplémentaire avant de procéder à l'entretien subséquent. Nous n'avons toutefois pas modifié la problématique, celle-ci est restée, au demeurant, en lien avec l'apprentissage et la gestion des symptômes cliniques d'un TMG en contexte de travail.

La condensation des données a été faite en respectant deux principes : 1) le respect de la chronologie des événements de 2011 à 2018 et, 2) le fait de documenter des pratiques effectives. Chaque cas comportait donc six moments de collecte : 3 entretiens avec le travailleur, 1 entretien avec le facilitateur, 1 moment d'observation, 1 ensemble d'artéfacts. Les données verbales ont été transcrites puis codées sous les trois thèmes déjà cités : 1) l'historique de l'emploi de 2011 à 2018; 2) l'évolution du trouble mental et des symptômes cliniques pour la même période; 3) les moyens développés par le travailleur pour gérer ses symptômes cliniques. Les moments d'observation et les photos d'objets de littératie ont été du même coup traités puisqu'ils ont été abordés lors des entrevues.

Toutes ces données hétérogènes ont été synthétisées dans le genre *récits d'expérience*, lesquels récits ont été validés par les travailleurs qui ont pu les lire (document papier de 40 à 50 pages) et les écouter (enregistrement de 90-120 min.) afin de proposer quelques ajustements pour qu'ils s'y reconnaissent pleinement. Les récits d'expérience correspondent au vécu subjectif rapporté par les travailleurs quant à leur cheminement en emploi en lien avec leurs expériences d'apprentissage et de gestion des symptômes cliniques. Ce travail de condensation rigoureux (Miles & Huberman, 2003) a permis de constituer une base de données validée sur laquelle deux procédures d'analyses ont été conduites : a) une analyse temporelle visant à déterminer la période la plus propice à l'autoformation pour gérer les symptômes cliniques (Mendez *et al.*, 2010) et, b) une analyse anthropologique de la contribution des objets de littératie aux pratiques d'autoformation (Barton & Hamilton, 2010; Wulf, 2013). Le travail d'analyse s'est réalisé en deux temps : 1) l'analyse des séquences temporelles des processus d'autoformation à partir du modèle conceptuel de Mendez (2010) a été fait en août 2018; et, 2) l'analyse des objets de littératie dont font usage les travailleurs au cours des pratiques de gestion des symptômes cliniques afin de saisir les diverses configurations de l'autoformation a été réalisée en avril-mai 2019.

3.4.1 Première procédure d'analyse : les aspects temporels de l'autoformation

Il serait prudent d'abord de justifier en quoi l'autoformation se prête à l'analyse processuelle. Mendez (2010) explique en ce sens :

[...] tout processus est conçu comme une histoire, au sens d'une succession d'action et d'événements dont l'analyse implique un travail complexe de description [...] [qui] privilégie une compréhension de la manière dont les éléments qui composent un processus sont en relation les uns avec les autres (Mendez, 2010, p. 16).

Puisque l'autoformation d'un travailleur ayant un TMG est un processus qui requiert du temps et qui réfère à son histoire de vie, nul doute alors qu'il se prête à l'analyse temporelle. L'analyse temporelle telle que proposée par Mendez (2010) se réalise en deux étapes. Seule la première étape a été réalisée dans le cadre de cette étude. D'abord une objectivation du processus par a) le repérage initial des ingrédients au sein des contextes dans lesquels se déploie le processus; et, b) par l'analyse de la temporalité propre à chaque ingrédient et ses liens avec les autres. Cela permet de : c) déceler les premières séquences; d) leurs frontières; e) les périodes d'accélération et de concentration des changements; et f) d'effectuer la première identification des facteurs explicatifs du mouvement (représentation provisoire du processus à l'aide d'outils catégoriels).

Cette étape a été réalisée de manière exhaustive pour chaque cas à même des tableaux Excel regroupant les événements selon les années (2011-2018). Sur ces tableaux, le travail minutieux d'analyse permet de mettre en juxtaposition la chronologie des événements travail-santé-gestion des symptômes cliniques (mise en parallèle). Pour chaque période, nous avons été en mesure d'identifier les principaux ingrédients et moteurs du processus afin d'inférer les séquences d'autoformation. Une portion d'un tableau Excel utilisé pour l'analyse d'un cas a été autorisée et est présentée à l'annexe F. Six diapositives sont présentées dans l'annexe : les trois premières montrent la ligne du temps et les informations associées à l'emploi et aux symptômes cliniques. Les trois suivantes présentent la ligne du tableau Excel juste en dessous où l'on trouve d'autres informations au sujet des médicaments, des traitements, des moyens de gestion entrepris tout en illustrant un début de réflexion sur les séquences d'autoformation. D'autres lignes existent dans le tableau Excel et elles présentent l'apport des divers facilitateurs. Au besoin, les membres du jury pourront bénéficier de tableaux Excel supplémentaires s'ils le souhaitent.

Réalisée d'abord pour chaque cas, cette analyse a ensuite fait l'objet de comparaisons intercas. Parmi les 13 séquences recensées au total chez les travailleurs (2 ou 3 par travailleur) la comparaison a permis d'en identifier quatre qui étaient vraiment différentes. Ces quatre séquences ont été identifiées en tant que modes d'autoformation spécifiques : latent, post-crise, actif et transmission de l'expérience.

La seconde étape de l'analyse de Mendez (2010) n'a pas été réalisée dans le cadre de l'étude. Elle correspond à une identification plus aboutie du système d'analyse par a) une spécification du cadre conceptuel; b) un resserrement de la collecte de données; et c) l'attribution d'un sens aux configurations de la première étape. Ce mouvement interprétatif s'est plutôt réalisé en faisant usage de la notion de rituel du quotidien telle que développée par l'école d'anthropologie historique allemande (Jeffrey et al., 2011; Wulf, 2013). Ces résultats sont présentés dans les articles, plus particulièrement dans le premier.

3.4.2 Seconde procédure d'analyse : à la recherche de configurations de l'autoformation

L'analyse des objets de littératie dans les pratiques d'autoformation visant à gérer les symptômes cliniques d'un TMG a comporté deux étapes : 1) identifier et déterminer les fonctions des objets de littératie utilisés : 1 a) *dans les pratiques de gestion des symptômes cliniques* et 1 b) *pour s'autoformer*; puis, 2) décrire en quoi les fonctions dévolues aux objets de littératie *contribuent à un maintien en emploi durable*. Une synthèse de 40 pages de cette analyse plutôt exhaustive est disponible pour consultation à l'annexe G. Voici ce qui a été fait dans les grandes lignes.

La première étape a consisté à rassembler les photos des 15 objets de littérature recueillis au cours des observations. Chaque objet a été analysé individuellement afin d'en déterminer ses usages par les travailleurs pour gérer leurs symptômes cliniques. Une fois cela déterminé, nous avons classé les objets de littérature sous cinq types de pratiques de gestion des symptômes cliniques (plus tard nous dirons par type de rituel). Autrement dit, les objets ont été rassemblés par types de pratiques plutôt que par cas.

Pour la deuxième étape, nous avons analysé les pratiques dans lesquelles ces objets étaient utilisés en prenant en considération six des huit dimensions des rituels proposées par Wulf (2013) : l'*espace*, la *personne*, les *facilitateurs*, la *performance* du travailleur, c'est-à-dire ce qu'il fait avec son corps; les *objets* utilisés au cours de cette performance (focus sur les objets de littérature) et l'intégration par le travailleur de *normes sociales* véhiculées dans son milieu de travail. Des fiches individuelles ont été élaborées et compilées à ce sujet pour chaque objet de littérature.

L'analyse intercas a révélé que tous les travailleurs présentaient des comportements répétitifs, fréquents (parfois plusieurs fois par jour), et de surcroît dotés de similitudes importantes. De plus, ces comportements apaisaient les symptômes cliniques et stabilisaient les relations interpersonnelles en milieu de travail (annexe G). C'est ainsi que l'idée d'utiliser la notion de rituel du quotidien (Wulf, 2013) a été de plus en plus présente pour parler de la configuration des pratiques sociales favorables à la gestion des symptômes cliniques.

La troisième et dernière étape de l'analyse nous a permis de comparer les cinq rituels entre eux afin d'en dégager une réflexion plus générale. En associant certains rituels, il a été possible de noter qu'ils servaient chacun à leur manière à vivre des transitions; soit sociotemporelle (rituels de préparation au travail ou d'alternance travail-repos); physiologique (rituel de réassurance) ou identitaire (rituel d'assertivité et de valorisation).

Certains objets de littérature ne semblaient pas être utilisés pour gérer les symptômes cliniques proprement dits (p. ex. téléphone, livres). Ces derniers ont finalement été associés à des fonctions plus directement liées à l'autoformation, soit à titre de modèles pour inspirer de nouvelles pratiques soit pour servir d'aide-mémoires afin de mettre en œuvre ces pratiques aux moments opportuns. Ces derniers résultats sont présentés dans les articles, plus particulièrement dans le second.

3.5 Considérations éthiques et critères de rigueur de la recherche

C'est une relation d'intersubjectivité progressive, authentique et empreinte de confiance qui a pu s'établir entre le chercheur et les participants à l'étude. Dans une étude de cas, le passage obligé par une multiplicité de sources de données et de perspectives exige un temps considérable du chercheur et des interviewés. Une même personne a ainsi été sollicitée dans le cadre d'observations, d'entrevues, etc. De plus, un nombre limité de sujets a participé à l'étude. Ainsi, il devenait important de toujours bien clarifier les raisons de notre présence sur le terrain, d'être en contact avec les personnes donnant les autorisations d'accès aux sites (Roy, 2004) et de répondre aux interrogations afin d'éviter la méfiance et de conserver de bonnes relations.

La rigueur éthique a aussi été de mise dans le traitement des données et de ce que les participants ont divulgué (Mariano, 2001). En ce sens, ayant choisi de définir le cas comme un processus plutôt qu'un individu, il a été plus aisé de conserver l'anonymat lors de la présentation descriptive des données. La diffusion des résultats a été prévue dans un format de thèse par articles, ce qui confirme le niveau de densité avec lequel les résultats de la recherche ont été publiés. Autrement dit, il n'y a pas eu de

présentation individuelle des cas étudiés (à moins de quelques extraits autorisés), même si des analyses intracas ont été effectuées. Enfin, rappelons que comme les participants ont été questionnés sur leurs succès à gérer les symptômes cliniques et à se maintenir en emploi, ils ont pu être plutôt enclins à vouloir partager leurs récits, cette perspective étant plutôt valorisante pour les travailleurs sollicités.

La rigueur scientifique de l'étude s'est exprimée dans l'adoption de plusieurs moyens permettant de répondre aux exigences de crédibilité, de fiabilité, de confirmabilité et de transférabilité présentées par Polit, Beck, et Loisel (2007). Ces éléments sont présentés à l'annexe H et ont toujours guidé nos choix.

3.6 Synthèse de la méthodologie

Nous avons mis de l'avant une étude multicas inductive appuyée par des méthodes ethnographiques ayant pour finalité la description complexe et nuancée de processus d'autoformation vécus par cinq travailleurs ayant un TMG et leurs facilitateurs. Le cas a été défini comme un processus d'autoformation. La collecte s'est réalisée à l'aide de méthodes ethnographiques (entretiens semi-dirigés, séances d'observation et photos d'artéfacts). La condensation des données s'est faite sous le format de récits d'expérience chronologiques individuels mettant en parallèle l'historique de l'emploi, des symptômes cliniques et des pratiques de gestion. Les récits ont été validés par les travailleurs. Deux types d'analyses ont été menées sur le corpus de données. Une analyse temporelle des processus sociaux, ici le processus d'autoformation de la gestion des symptômes cliniques. Cela a permis de dégager quatre modes d'autoformation, dont un mode actif plus propice pour recevoir du soutien à l'autoformation. Une seconde analyse anthropologique a porté sur les objets de

littérature comme indicateurs permettant de mettre au jour les pratiques de gestion des symptômes cliniques. La configuration des pratiques de gestion a été a posteriori interprétée en tant que rituels du quotidien. Cela nous a permis de présenter cinq rituels du quotidien qui permettent aux travailleurs de composer avec les normes sociales véhiculées dans leurs milieux de travail.

Comme les chercheurs qui recourent à une étude de cas multiples, nous avons dû accepter une certaine mouvance dans l'opérationnalisation de la recherche. La capacité à composer avec les incertitudes aura été un atout nécessaire pour bénéficier du potentiel heuristique qu'une telle méthodologie a généré (Mariano, 2001).

CHAPITRE IV

RÉSULTATS

Les résultats sont présentés selon les règles facultaires d'une thèse par articles tel que le règlement de la Faculté des sciences de l'éducation de l'UQAM le prévoit. Deux articles ont été rédigés et soumis à des revues scientifiques.

Le premier, soulève la question des étapes de l'autoformation liée à la gestion des symptômes cliniques et présente aussi les quatre piliers de l'autoformation. L'article a pour but de comprendre les diverses modalités non-séquentielles de l'autoformation liée à la gestion des symptômes cliniques et de déterminer si certains de ces modes étaient plus favorables pour s'autoformer ou bénéficier de soutien à l'autoformation. L'article a été soumis une première fois en février 2019 à la revue scientifique australienne : *Australian Occupational Therapy Journal*. Ce choix a été motivé par le fait qu'en 2016, une revue systématique des écrits sur le maintien au travail de personnes ayant un trouble mental grave y avait été publiée (Williams et al., 2016) et, la question de la conciliation travail-santé et de la gestion des symptômes cliniques y était soulevée. Il a d'abord fait l'objet d'une demande de corrections majeures, resoumis en juillet 2019 puis accepté pour publication en septembre de la même année avec une demande de corrections mineures. Il faut noter que dans cet article, toute référence initiale à la notion de rituel a été remplacée par le concept de « stratégie de conciliation travail-santé », qui convenait mieux au lectorat de cette revue scientifique s'adressant aux ergothérapeutes en contexte australien. L'article s'intitule : « *Workers with severe mental illness coping with clinical symptoms: self-directed learning of*

work-health balance strategies. » Cet article a été publié le 26 mars 2020, et l'autorisation de le verser dans la thèse a été obtenue le lendemain (annexe I). Nous remercions la Faculté des sciences de l'éducation de l'UQAM pour la subvention reçue afin de déboursier les frais de traduction de cet article.

Le second article s'intitule : « *Apprendre à gérer les symptômes cliniques d'un trouble mental grave en contexte de travail : la contribution des objets de littératie à l'autoformation en matière de santé.* » Il a été soumis à une revue scientifique qui s'intéresse plus largement aux questions d'apprentissage et d'enseignement plutôt qu'à une revue qui publie des recherches sur l'apprentissage spécialisé ou sur les personnes ayant un TMG. Ce choix a été motivé par le fait que les repères théoriques de l'autoformation véhiculent l'idée non-stigmatisante que le travailleur ayant un TMG apprend comme les autres travailleurs; par observation, essai-erreur, etc. Le choix d'utiliser l'autoformation comme repère théorique suggère qu'il y a donc un tronc commun dans l'apprentissage chez tous les humains. Cet apprentissage référerait plus spécifiquement à l'apprentissage culturel, c'est-à-dire à l'enculturation (acquisition des valeurs et des normes d'un groupe culturel donné) et à l'acculturation (acquisition des valeurs et des normes d'un groupe culturel autre) qui ont cours et dont le sujet se rend compte plus ou moins explicitement.

Le second article soulève la question des configurations de l'apprentissage informel lié à la gestion des symptômes cliniques et montre que cinq rituels du quotidien permettent aux travailleurs de composer avec les normes sociales de leurs milieux de travail; ces rituels ouvrant du même coup la porte à des transitions sociotemporelles, physiologiques et identitaires qui peuvent être favorables au maintien en emploi durable chez les travailleurs ayant un TMG. L'article a été soumis à la *Revue canadienne de l'éducation* en juillet 2019. En mars 2020, il a été refusé dans sa forme actuelle et la rédactrice en chef a invité l'auteur à le resoumettre en considérant les rétroactions reçues.

Les données sociodémographiques des participants sont d'abord présentées sommairement. Puis, les deux articles scientifiques soumis dans leur version la plus récente sont intégrés.

4.1 Données sociodémographiques

Cinq travailleurs ayant un TMG et plus de six mois sur le marché du travail compétitif ont été invités à participer à cette étude par le biais d'intervenants de trois organismes de réadaptation psychosociale d'une même région urbaine. Au final, trois femmes et deux hommes de 31 à 63 ans ayant les diagnostics de troubles obsessionnel-compulsif, dissociatif de l'identité, schizoaffectif et de personnalité ont été recrutés. Tous les travailleurs sauf un ont divulgué leur TMG à l'employeur sans nécessairement mentionner le diagnostic. Ils œuvrent dans la même région urbaine pour des employeurs distincts dans le secteur des services (adjoint administratif, surveillant, superviseur, trieur). Leurs salaires varient de 17 à 27\$ de l'heure pour une moyenne de 20\$. Ils ont cumulé de 2 à 10 ans d'expérience en continu sur le marché régulier de l'emploi (M=5 ans). Quatre d'entre eux travaillent 35 heures par semaine et ont en poche un diplôme d'études secondaires. Le cinquième un diplôme universitaire.

Les facilitateurs, cinq femmes et un homme de 26 à 65 ans (N.B. un travailleur a proposé deux facilitateurs pour les entretiens), la moitié ayant reçu une formation collégiale, l'autre universitaire de 1^{er} cycle, œuvrent à titre de médecin, de conseillers en emploi et de supérieurs immédiats. Ils connaissent les travailleurs depuis au moins 2 ans et ont une expérience professionnelle ou personnelle qui les rend à l'aise d'aborder les questions de santé mentale.

4.2 Premier article

Title

Workers with severe mental illness coping with clinical symptoms: self-directed learning of work-health balance strategies. *Australian Occupational Therapy Journal*
<https://onlinelibrary.wiley.com/journal/14401630>

Abstract

Introduction: Most workers with a severe mental illness (SMI) experience brief job retention, usually under six months. Managing their clinical symptoms to maintain employment is a constant challenge. However, little is known about the personal initiatives these workers undertake to learn to manage their clinical symptoms at work. The study presented here documented, from an emic perspective, the self-directed learning of work-health balance strategies applied in the workplace.

Methods: The study was conducted with five adults with SMI employed in the competitive labour market and six support persons. Between March 2017 and May 2018, a data set was constructed based on 21 semi-structured interviews, eight observation sessions, and photographs taken of 15 objects used by the workers to manage their clinical symptoms. The analysis was guided by Mendez's retrospective and current temporal analysis of social processes.

Results: The workers experienced four different self-directed learning patterns (preparation, post-crisis, active self-directed learning, and identity transformation) and used five types of strategies to facilitate work-health balance: preparation for work, reassurance, validation, assertiveness, and work–rest transitions.

Conclusion: These workers with SMI, all of whom had job retention of two years or more in competitive employment, learned and applied work-health balance strategies. Self-directed learning was enhanced by customised pharmacological treatment, mindfulness activities, active listening by support persons and psychotherapy specific to the mental illness.

Introduction

Even if a majority of people with SMI want to work (M. Corbière, 2008; Marwaha et al., 2007; Mueser & McGurk, 2014), a 2010 national survey in Australia, for example, found that only 22% of working-age adults with psychotic disorders were employed (Waghorn, Saha, & McGrath, 2014). It has been estimated from the 2017 Canadian Survey on Disability that 644,640 persons with disabilities are fit to work but unable to advance in the labour market, including 263,000 for mental health reasons (Morris, Fawcett, Brisebois, & Hughes, 2018). Political, institutional, and social barriers (e.g. stigmatisation) and individual factors (e.g. lack of experience, fears) (Hielscher & Waghorn, 2017) inhibit workers with SMI from obtaining employment (Charette-Dussault & Corbière, 2019). These workers are often considered unable to control their emotions, cooperate, or resolve conflicts (Follmer & Jones, 2017). Fears of relapse, self-stigmatisation, and risk of losing certain benefits when returning to work also reduce job seeking (Butler, Howard, Choi, & Thornicroft, 2010). However, according to the meta-analysis by Suijkerbuijk et al. (2017), when persons with severe mental illness (SMI) are supported in return-to-work programs like Individual Placement Support (IPS) (Drake et al., 2012; Waghorn, 2013), rates of competitive employment rise by 20% to 60%.

With regard to job retention, half of workers with SMI resign or are dismissed within six months (Corbière et al., 2014). The other half remain stable; these are steady workers who work longer than six months, 20 hours and more per week (Drake, Bond,

& Becker, 2012). Factors contributing to their job retention fall into three broad categories (Williams et al., 2016): 1) their qualification for the job and their daily experience (e.g. feeling of competence, appreciation for the task, accommodations); 2) support in the workplace (e.g. supervisors' active listening, non-competitive environment, disclosure possible); and 3) work-health balance, referring to their ability to cope with stress and clinical symptoms. With respect to this third category, cognitive behavioural therapy, neurocognitive remediation, social skills training, and improvement of social cognition are all relevant interventions to reduce the intensity and impact of symptoms at work (Carr & Waghorn, 2013; Frank, 2014; Lecomte et al., 2014).

Workforce participation does not require that a person be free of clinical symptoms (Provencher & Keyes, 2011), but can be jeopardised by obtrusive symptoms like psychosis. This suggest that optimising pharmacological treatment (Barrio et al., 2014) may be of significant importance to help some workers maintain a clear sensorium and insight and experience fewer relapses (Thomas, Prasad Muliya, Jayarajan, Angothu, & Thirthalli, 2019). Clinical symptoms are understood as cognitive, emotional, and behavioural manifestations of mental disorders that cause distress and functional disabilities (American Psychiatric Association, 2013).

Several advances in the research on SMI and employment are synthesised in the *Mental Illness and Work-Related Experiences* model developed by Follmer and Jones (2017). This model links scientific evidence on mental illness and employment (e.g. clinical symptoms, stigmatisation), individual moderators (e.g. employment support programs, treatments), organisational moderators (e.g. accommodations), individual outcomes (e.g. task performance), and organisational outcomes (e.g. healthcare costs, productivity). However, no research has focused on personal practices developed and used in society by workers with SMI to manage their clinical symptoms. These practices, implemented by workers every day, are largely unknown.

Self-directed learning was a useful concept to study such practices. It is defined as: “a training approach in which learners take the initiative and choose for themselves the learning goals and methods, and acquire knowledge using their own resources and those in their environment” (D'Ortun, 2011a, p. 23). Tremblay (2003b) interpretation of the concept refers not only to autodidactic learners doing things on their own, but also to the support they receive while learning. This understanding of the self-learning concept was applied to study practices developed by workers with SMI by themselves and with support persons.

In studying workers' practices (e.g. what they do), it is not enough only to talk about their efforts; these must also be made visible by the objects they use when managing symptoms in the workplace. Objects with letters, numbers, or other meaningful symbols are called literacy objects, and their use can be studied to document practices. Examining the written materials used in a society is a strong anthropological tradition for documenting practices in education (e.g. New Literacy Studies) (Barton & Hamilton, 2010; Barton & Papen, 2010; Papen & Collette, 2013). In this research project, workers with SMI used a variety of resources to learn — mainly support from and interactions with people, as well as materials (Fenwick et al., 2012). Given the difficulty of gaining access to moments of learning between workers and their support person (e.g. relevant interactions between people at work or on the phone), written materials frequently used by the workers to learn and to cope with symptoms (e.g. diary, list, book, Web page) were also considered important for analysis. In other words, the research employed a sociomaterial approach that not only studies the learner's relationship to others, but also considers the material used in learning to be informative about management practices (submitted elsewhere).

In other words, self-directed learning is made visible by looking at what workers do on their own, with their support persons, and with the materials they use in those practices. The analysis method advanced by Mendez (2010) identifies components

essential to self-directed learning (e.g. support person, psychotherapy) and seeks to determine in which periods workers avail themselves of these components. The objective of this study was to document, from the perspective of workers with SMI in competitive work environments, the practical reasoning behind the work-health balance strategies that were developed over time, on their own and with their support persons. Practical reasoning (praxis) refers to a process in which thinking (e.g. what is best for me and my colleagues in this difficult situation at work?) and doing (e.g. managing symptoms on a daily basis) are embedded practices at the root of self-directed learning (Freire, 1972; Smith, 2011). In other words, “thinking about managing symptoms” and “managing symptoms” cannot be studied separately.

Methods

Case definition and sample

This was a qualitative multiple case study (Merriam & Tisdell, 2016; Yazan, 2015) aimed at describing both the self-directed learning processes of workers with SMI and the support they received to manage clinical symptoms in order to achieve work-health balance. Considering the inclusion criteria, five workers with SMI were approached by health professionals working in three psychosocial rehabilitation organizations. The first authors then contacted those workers to present the research project, goals, procedure, and other ethical aspects. After leaving them to think about the project for one week, the first author contacted them to verify their interest in participating and answer their questions, if any. Workers who accepted to participate in the study signed a consent form.

This convenience sample was based on four selection criteria: 1) living with a severe mental illness; 2) employed in the competitive labour market for more than six months; 3) willing to share, through interviews and observation sessions, their experience of striving for work-health balance; and 4) being over 18 years old and

French-speaking (the primary language in this setting). There were no exclusion criteria. This study was approved by the Human Research Ethics Committee of UQAM (Project number 1402) and UQO (Project number 2643). The workers themselves, after the first interview, chose the person(s) who most helped them manage their clinical symptoms in the workplace. Those persons, considered in this study to be support persons, had to have supported them for at least one year, so that they had a shared experience to discuss in interviews. Table 1 summarises participants' profiles.

Table 1. Sociodemographic profile of workers and case managers

	Workers (5)	Case managers (6)
Age	31 to 63	26 to 65
Sex	Female (3)	Female (5)
Employers	Service sector (all)	Community organisations (4), school commission (1), health sector (1)
Salaries	\$17–25/hour (CAD), average: \$20/hour	N/A
Work status	Full-time (4)	N/A
Number of employers (2011–2018)	Only one (4), three employers (1)	N/A
Work experience	Average: 6 years (2-10 years)	5–30 years
Education	Secondary (4), university (1)	College (3), university (3)
Mental disorders	Obsessive-compulsive (1), dissociative identity (1), schizo-affective disorder (1), borderline personality (2); comorbidities (5), such as OCD and diabetes.	
Medications	Satisfied (all), strict compliance (4/5)	N/A
Length of relationship (worker/case manager)	Average: 6 years (minimum 2, maximum 20)	

Legend: N/A: non-applicable

Data collection

Data were collected from March 2017 to May 2018. Three semi-structured interviews were conducted with each of the five workers and one with each of the support

persons. Time between interviews ranged from two weeks to two months over a 15-month period (e.g. three interviews with participants, one with their support person, and one observation).

These face-to-face interviews were conducted in a university research office or other location conducive to conversation (e.g. quiet restaurant, room in a community organisation). Respondents signed consent forms before the interviews and completed a sociodemographic questionnaire. The questions were related to three themes: 1) the workers' 2011–2018 employment career; 2) the evolution of their mental illness, their clinical symptoms, and the means deployed to develop work-health balance strategies; 3) contextual elements (e.g. type of case manager, literacy objects, places). Before their third and last interview, the workers showed the researcher strategies that helped them better manage their clinical symptoms. The main observation points were the workplace, the neighbourhood, the home, and the community organisation. This approach respected all rules restricting access to workplaces, as well as the needs of workers who had not disclosed their diagnoses to their employer. Photographs of literacy objects were taken by the workers or the researcher during the observation sessions. They served to illustrate work-health balance strategies, and their uses were discussed with the workers. Data saturation was attained when workers started repeating the same examples (e.g. first and second interviews: “This book was my best teacher ever to help me with symptom management” Third interview: “Did I tell you about this book that helped me to become assertive?”).

The information was compiled in NVivo 11 under the three main themes cited above. Because learning new strategies takes time, particular attention was paid to situating events within a time frame. The period was defined as 2011–2018 to encompass the workers' average number of years in employment. All events were condensed into narratives showing the evolution of work-health balance strategies over the chosen period. This data condensation step was guided by two objectives: to clarify the self-

directed learning activities and to track the chronology of events. Each narrative was then given to the worker in audio and written format for feedback so the necessary corrections could be made to ensure the worker fully identified with it (member checking).

Analysis

Two analyses were done, aimed at: 1) describing the various periods and conditions under which certain self-directed learning practices of symptom management took place; and, 2) identifying patterns in those self-directed learning practices to explain how workers with SMI mastered work-health balance strategies. Only the first analysis is covered in the present article. The five 2011–2018 narratives about work-health balance strategies were analysed in two steps: intra-case and inter-case analyses. The intra-case analysis was inspired by the work of Mendez (2010) on processual analysis of social phenomena. This involved inferring from the narratives the essential elements (ingredients) and sequences (periods) involved in the process of mastering the work-health balance strategies. This analysis was done for each worker to identify the times and circumstances in which objects, people, and phenomena were optimally combined. First, all data were apposed in an Excel file dated from 2011 to 2018. From that juxtaposition, various learning patterns workers experienced when developing strategies were inferred. Inter-case analysis consisted of comparing those individual processes to identify common elements. That analysis identified four non-sequential patterns.

Results

The results are presented below in three sections: a) the four self-directed learning patterns workers encounter in developing work-health balance strategies; b) the support provided to the workers by support persons; and c) the five types of work-health balance strategies. Choosing processual rather than thematic analysis involves

a high level of data condensation, with the disadvantage of reducing access to detailed intra- and inter-case analysis. The advantage of such analysis is to present a dynamic view of the phenomenon under study.

Self-directed learning patterns

Four non-sequential patterns emerged during the inter-case analysis: preparation for self-directed learning, post-crisis self-directed learning, active self-directed learning, and transformation of occupational identity. The four patterns were inferred by comparing 13 individual patterns observed in the workers' narratives (two or three different patterns per worker). *Preparation for self-directed learning* is a latent period. In this pattern, workers' consciousness of symptom presence is low, and they generally use avoidance to cope with anxiety. The *post-crisis self-directed learning* pattern initially manifests in workers' efforts to stabilize the acute phase of mental illness while learning more about their diagnoses. Information-seeking on the Web (watching testimonials, reading information) leads to the consoling discovery that they are not alone in suffering with this SMI. On returning to work, there is a period of adjustment. They have to negotiate tasks with their employer, setting limits to respect new health needs. The *active self-directed learning* period is characterised by the workers' daring to go outside their comfort zone, practising new behaviours and adjusting them to the multiple contexts and interactions they encounter. Workers at that point appreciate active listening from support persons and look for inspiring stories from peers and others to fine-tune their strategies. They focus on avoiding relapse. The *transformation of occupational identity self-directed learning* pattern is more oriented towards recovery and corresponds to a strong desire to share their experience with work colleagues.

The inter-case analysis showed that, to set in motion the *active self-directed learning* pattern, all the workers had combined four specific conditions: 1) engaging in regular psychotherapy; 2) taking appropriate medication; 3) integrating mindfulness activities

into their daily lives; and 4) benefiting from many occasions of active listening with trusted people. The workers were not directly asked about these conditions when interviewed; however, they all mentioned those items spontaneously. As such, the case comparisons revealed what we call here the *four pillars of active self-directed learning*. Psychotherapy was tailored to the mental health problem diagnosed, and several workers (3/5), despite limited incomes, paid for private therapy. Medication compliance was strict (4/5) or partial (1/5). Adjustments of antipsychotics and other drugs were considered useful, as they generated a basic level of well-being (alertness, concentration) needed to function in the workplace. Mindfulness refers, for the workers, to the ability to focus on the present moment and on feelings experienced during pleasant activities (e.g. painting, gardening, music). The workers took breaks several times a day, either at home or during their workday. Lunch and coffee breaks were their preferred times to “disconnect” at work. Active listening was sought from a diverse network of people with whom a relationship of trust had been created, which included not only immediate supervisors, but also employment counsellors, family members, and friends. Active listening involves being open to the other’s experience and listening without judgment. These trust relationships, in which the worker can talk freely about mental health issues, were reported as essential for the emergence of work-health balance strategies.

Aline’s clinical vignette illustrates these patterns. In her second year of employment, Aline, 33 years old, had an obsessive-compulsive disorder (OCD) characterised by irrational fears and considerable anxiety. Convinced she would lose her administrative officer job if an error were to occur in any of the files she processed, she spent up to two hours in compulsive checking every day. Aline was ashamed, brought her anxiety home, suffered from insomnia, and lost all concentration and ability to do her tasks. Sick leave became inevitable. Suffering greatly and isolated at home, Aline decided to face her irrational fears; thus began her symptom management process. From reading others’ stories online, she learned about OCD and saw she was not alone in

her affliction (post-crisis self-directed learning). She then sought: 1) a general practitioner, who prescribed anxiolytic medications and followed her regularly; 2) a psychotherapist, with whom she began therapy for OCD and anxiety; 3) support from her peers and immediate supervisors, who provided her with up to 20 hours of active listening per month; and 4) recreational activities such as gardening and painting, in which she strove to fully appreciate the present moment (reunites the four pillars). Even though she did not feel 100% ready, Aline decided to go back to work. She feared she would never be able to work again if she stayed home too long. Back at work, she committed to “going outside her comfort zone” to lessen her irrational fears and anxiety. Aline expressed her limits to her employer to control the anxiety caused by her perception of excess workload, faced her fear of being fired if she made an error in the bank deposits, and overcame her social phobia by leading numerous groups at work. Each time she dared to act rather than avoiding the situation, her anxiety was reduced and a new habit was instilled (active self-directed learning). One day she was offered by her employer to become a part-time peer counsellor at the same job site; she trained for it and could then share her experience of SMI recovery to inspire work colleagues and clients (transformation of occupational identity).

Self-management partnership

All five workers said that, without the help of support persons, they would no longer be employed. Two main types of support were involved depending on whether the mental health condition had been disclosed to the employer. When workers chose to disclose certain less stigmatising symptoms to their employer (e.g. sensitivity to anxiety), support was provided in large measure from work-based counsellors (supervisors). When no disclosure was made, the workers turned instead to community-based support persons (mainly employment counsellors, family members, or spouses).

All support persons helped workers by: a) having a deep understanding of the meaning of work as a rehabilitation process; b) encouraging workers to go outside their comfort zone to accomplish their goals in line with their employer's needs; c) listening to workers' accounts of mistakes and successes with their new strategies (active listening); and d) sharing inspiring success stories of work-health balance. Workers reported that supervisors acting as a support person tended to be very comfortable in discussing mental health issues; often, they acted sensitively because they knew someone who struggled with mental health issues. Close relatives solicited by the workers generally had personal experience with mental health issues themselves and shared their own successful strategies. Employment counsellors that are community based helped in at least three ways, by reminding workers of: 1) their progress to date; 2) the effective strategies developed during therapy that could be transferred to the work setting; and 3) the pros and cons to consider in decision-making on days when they hesitate to go to work.

Work-health balance strategies

What motivated workers to develop those strategies? The five workers had *objectives directly related to their clinical symptoms*: motivating themselves to go to work, lessening anxiety, feeling safe, establishing authentic relationships with colleagues, and adopting healthy lifestyles to maintain concentration at work. Regardless of their actual clinical symptoms (e.g. fear, pseudoconvulsions, obsessive thoughts, compulsions, paranoia, verbal aggressions, avoidance), the workers used the word "anxiety at work" to refer to their experience, a term they thought less stigmatising in the workplace than diagnostic labels (e.g. borderline). Other goals included improved living conditions, self-expression (e.g. expressing their creativity), sharing of experiences, and social recognition and acceptance. Table 2 presents the work-health balance strategies identified.

Table 2. Work-health balance strategies

Strategies	Description (number of workers)	Examples
1. Preparation for work	To motivate themselves and feel prepared to work (3/5)	Combinations of prayer, song, and music on rising in the morning
2. Reassurance	To regain their self-confidence when anxiety is high (5/5)	Using their inner voice to become calm
3. Validation	To obtain social recognition (4/5)	Telephoning family members for compliments
4. Assertiveness	To avoid the accumulation of personal aggression (3/5)	Telling their colleagues what they are really thinking
5. Work–rest transitions	To disconnect during or at the end of the workday (3/5)	Engaging in art, music, driving, leisure activities

Preparation for work strategies is aimed at creating a better disposition for work through behavioural activation (e.g. getting up, washing and dressing, eating, taking medication), entering into gradual contact with the outside world, and instilling hope in the face of suffering (e.g. prayer, singing). For instance, every morning, Diane read on her smartphone the prayer she had written to remind herself that her emotional outbursts stemmed from her past. This made her more aware, calm, and hopeful. Whenever she forgot to do this, she said, things went less well at work that day.

I have my prayer that I say every morning.... This is my morning. I get up two hours before going to work. I take care of my little animals. I relax, have my coffee. I sing beautiful songs. Right now, I'm singing "Where is happiness?"... (Diane, interview)

Reassurance strategies are well illustrated by Bernadette, who, in the presence of an authority figure at work, was anxious, felt like crying, and worried she might have pseudo-convulsions. With her inner voice, that of the good parent, she comforted

herself: “I reassure the little one in me: ‘Don’t be afraid, this person is kind, no need to cry’.” (Bernadette, interview). Workers who reassured themselves inwardly, by repeating a sentence they had memorised or written on paper and posted on the wall as a reminder, had fewer periods of acute anxiety.

Eric often experienced paranoia, which made him reluctant to go to work in the morning. On arriving at work, he would telephone his parents to express his pride at having arrived. This is a *validation strategy*. The private space and time allowed by the employer to make the call from work, and simple greetings to his parents, such as “Hello, I’m at work, have a good day!” (Eric, interview), conferred social recognition on the effort he made to get there. This practice calmed him and encouraged him to stay at work, which also lessened the intensity of his symptoms.

The *assertiveness strategy* is well illustrated by Carl, who learned not to react too quickly to a situation in which he felt devalued (e.g. his initial tendency to think his colleague was laughing at him). He learned to get some distance rather than explode.

I said: “Teach me how to defend myself when I feel someone is hurting me”.... Is it because I’m too wounded that I feel [the pain] so strongly, or am I really being hurt? That’s why I learned to “step back”. If someone says something, I won’t respond right away. I’ll respond later. Because I have to analyse it.... [I was inspired by] a book that gives techniques for [dealing with] someone who antagonises you or is difficult with you. (Carl, interview)

The *assertiveness strategy* Carl used came from a book he had kept at his bedside for 30 years (literacy object). Instead of accumulating frustrations, Carl expressed them in a mutually acceptable way to his immediate supervisor or colleagues by telling them what he really thought about a situation. Sharing his feelings to be respected reduced his sense of inferiority, which calmed him. This assertiveness strategy met Carl’s need for work-health balance, as it allowed him to establish authentic relationships with colleagues rather than indulging in negative thinking, isolation, and verbal abuse at work.

Listening to music full-blast on the drive home helped Aline to *transition successfully from work to rest*. As such, listening to music and singing in her car on the way home from work became a necessity:

[I]n traffic (laughs), I put on music, I think about something else.... Over time, it seems it's a reflex in my head to "disconnect" ... I started this in 2012.... It's been five years. Now I can really switch off... I had to be patient (laughs). (Aline, interview)

Without that strategy, she said, her work-related worries would invade her domestic space again. She would bring her concerns home at night, which would activate the anxiety–insomnia–poor concentration pattern detrimental to her work.

The five types of strategies illustrated above show that the combination of pre-established actions, literacy objects, support, and personal effort is effective in coping with various symptoms at work. However, while the workers' repertoire of work-health balance strategies increased, putting them into practice remained a challenge.

Work-health balance strategies vs. ineffective behaviour patterns

Incorporating work-health balance strategies helps workers align their behaviours with the norms, rules, requirements, and values promoted in the workplace. Every day, at every moment, the worker has the choice of acting according to work-health balance strategies that lead to socio-occupational inclusion or ineffective behaviour patterns that intensify clinical symptoms and lead to exclusion from the work environment.

Discussion

This study documented work-health balance strategies developed by workers with SMI to manage their clinical symptoms in the workplace. The personal efforts of such

workers and their support persons in learning has received little research attention to date. This study partially fills this gap and provides clear benchmarks for workers with SMI and health professionals supporting them, including occupational therapists. First, four patterns of self-directed learning were identified: preparation, post-crisis, active self-directed learning, and identity transformation. The latter two are the best periods for support persons to invest time in developing work-health balance strategies with workers. Second, five types of strategies were identified as helpful for managing clinical symptoms at work: preparation for work, assertiveness, reassurance, validation, and work–rest transition. These were strategies mastered by workers with longer job retention ($\mu = 5$ years). These results add to scientific knowledge and suggest to professionals in health and occupational services that it is worthwhile to: 1) support workers in applying all *four pillars* of work-health balance; and 2) view workers' efforts to balance work requirements and health needs as *personal learning projects* and act accordingly, whether or not the workers themselves see their process through this lens.

Applying the four pillars of work-health balance

The four *pillars of work-health balance*—adjusted medication, mindfulness, psychotherapy, active listening—facilitate the management of clinical symptoms by reducing anxiety levels and promoting reflexivity. When these four pillars are used by workers and their support persons, workers with SMI can enter into the *active self-directed learning* and *identity transformation* patterns, which are the best periods in which to develop work-health balance strategies. The voluntary use of properly adjusted medications provides a basic level of well-being. Otherwise, anxiety levels are too high, significantly impeding work-health balance. These results are consistent with those of Gandhi et al. (2014), who found a positive correlation between medication use, self-esteem, and work performance among people with mental illnesses. All participants in the present study practised mindfulness several times a

day when they went to work, which also enhanced their ability to manage anxiety. Recent neurocognitive research (Grégoire, Lachance, & Richer, 2016; Tang, Hölzel, & Posner, 2015) on mindfulness meditation suggests this type of activity leads to better attention control, emotional regulation, and self-awareness, which would promote self-regulation. Active listening (called *validation* in a therapeutic context) refers to attentive listening by someone who encourages workers to engage in cognitive and reflexive activity, a mirror moment that allows them to evaluate their own practices and imagine new ones. According to de Klerk-Rubin (2015), validation is a non-judgmental form of interaction that allows others to express emotions and resolve their own psychological difficulties. With this in mind, it is recommended that employers recruit supervisors who are trained to provide good-quality listening and ensure they can devote sufficient time to it. When such resources are not available within the organisation, external professionals, such as occupational therapists, could be engaged to play that role (Waghorn, 2013).

Applying the concept of the self-directed learning project

The workers did not say they were engaged in a learning project. Rather, they talked about going outside their comfort zone, repeating actions to become more comfortable, seeking support, or using a Web-based resource to acquire knowledge. A useful concept to integrate these diverse ways of learning is that of the self-directed learning project (Tough, 2002). In the present study, such a project corresponds to a positive andragogical situation in a non-school setting for learning how to deal with clinical symptoms. In a self-directed learning project, individuals are strongly motivated to acquire knowledge and skills or to make a sustainable change in themselves while asserting maximum control over one or more dimensions of the project: content, objectives, resources, approach, or evaluation (Tremblay, 2003b). Embedding the self-directed learning project concept into employment assessments and interventions is an approach that encourages mental health professionals,

including occupational therapists, to value workers' personal efforts. This makes it easier to integrate teaching into the learning efforts already under way. If, to retain employment, workers with SMI need to learn new strategies, then interacting with them in terms of a self-directed learning project may be a creative and productive way to provide support that respects their self-determination.

Limitations of the study and conclusion

Aside from the small number of participants and the limitations inherent in case studies with respect to transferability, asking respondents to look back at their own symptom management also meant accepting that their practice narratives would be partial, subjective, and reported from their current perspective. However, even if their memories of events may have receded, certain experiences remained significant. To enhance the study's validity, the statements of workers and support persons were cross-referenced and current practices were observed. While access to workplaces was limited—for reasons of non-disclosure, the nature of the work, or regulations—in situ observations of strategies were conducted in other settings.

Because achieving these learning outcomes (strategies) takes time and requires adjustments whenever the context changes (e.g. new job, supervisor, work colleagues), it is important that occupational services be adequately funded over a long enough period to support workers through the numerous changes in their employment career. Future research projects involving occupational therapists should also investigate whether these work-health balance strategies might help college students with SMI to succeed in their studies and pursue their career aspirations.

How do workers with SMI learn to manage their clinical symptoms at work? When the favourable conditions are met (four pillars), a systemic learning process is initiated. Through personal efforts, and with the use of specific literacy objects and long-term assistance from support persons, workers can progressively generate new

behaviours, i.e., the five work-health balance strategies identified in this study that appear to promote inclusion in the workplace.

Key points for occupational therapists

Occupational therapists may encourage workers:

- to consider work as a learning project;
- to pay attention to social norms valued by colleagues in their workplace (e.g. punctuality);
- to ask their employer to challenge them with responsibilities that will progressively bring them out of their comfort zone.

4.3 Deuxième article

Le second article est intitulé : Apprendre à gérer les symptômes cliniques d'un trouble mental grave en contexte de travail : la contribution des objets de littératie à l'autoformation en matière de santé.

Titre

Therrien, D., Collette, K., Corbière, M., (soumis). Apprendre à gérer les symptômes cliniques d'un trouble mental grave en contexte de travail : la contribution des objets de littératie à l'autoformation en matière de santé. *Canadian Journal of Education/Revue canadienne de l'éducation*. <https://cje-rce.ca/fr/>

Résumé

Objectif : Décrire comment cinq travailleurs ont appris à gérer les symptômes cliniques d'un trouble mental grave en contexte de travail. *Méthodes* : l'étude multicas compare cinq processus d'autoformation reconstitués à partir d'observations, d'artéfacts et d'entretiens. L'analyse anthropologique repose sur les objets de littératie et le rituel en tant que pratique corporelle normée. *Résultats* : les travailleurs disposent de modèles et d'aide-mémoires qui visent à réduire l'anxiété, à établir des relations saines et à promouvoir l'identité professionnelle. *Implications* : ponctualité, respect d'autrui, réciprocité, tolérance à l'incertitude, refus du surinvestissement sont des normes sociales à intégrer pour concilier travail et santé.

Mots-clés

Autoformation – trouble mental – travail – symptômes – littératie en santé

Introduction

La difficulté à gérer les symptômes cliniques liés à un trouble mental grave (TMG) (p. ex. troubles psychotiques, bipolaires) en milieu de travail a été mise en évidence comme facteur nuisible au maintien en emploi (Williams et al., 2016). Bien que la présence de symptômes cliniques n'empêche pas d'intégrer un milieu de travail compétitif; les biais cognitifs, l'anxiété, l'irritabilité, les pensées obsessionnelles, la méfiance, l'apathie et une concentration moindre constituent de réels défis pour les travailleurs qui visent un maintien en emploi durable. Ainsi, près de 263 000 Canadiens ayant une incapacité en lien avec un trouble mental sont aptes au marché du travail et souhaitent y prendre part, mais éprouvent des difficultés à s'y maintenir (Statistique Canada, 2018). Plus de la moitié des travailleurs qui vivent avec un TMG ont quitté leur emploi ou ont été congédiés dans les six mois suivant leur embauche (Cook et al., 2014).

Diverses approches favorisent la gestion des symptômes d'un TMG en contexte de travail : thérapies cognitives comportementales, entraînement aux habiletés sociales, remédiation cognitive, psychoéducation, programmes de soutien en emploi et pharmacothérapie (Frank, 2014; Gandhi et al., 2014; Lecomte et al., 2014; Suijkerbuijk et al., 2017). Il existe aussi des lois qui protègent les travailleurs contre la discrimination en emploi (M. Corbière, Villotti, Lecomte, et al., 2014). Des programmes du ministère de l'Emploi, du Travail et de la Solidarité sociale visent l'intégration en emploi durable de personnes à risque de chômage prolongé (subventions salariales) et à encourager les embauches et le maintien en emploi dans les milieux de travail compétitifs (programmes d'intégration en emploi) (Québec, 2016).

Cela ne semble pas suffisant puisque plusieurs personnes aptes au travail, ayant une incapacité liée à un trouble mental se trouvent exclues du marché du travail en période de plein emploi (Statistique Canada, 2018). Rappelons que gagner un salaire régulier

entraîne la perte ou la diminution d'avantages sociaux comme la sécurité du revenu, l'assurance-médicament et le paiement d'autres frais médicaux par l'État, ce qui constitue un frein économique au maintien en emploi (M. Corbière et al., 2006; M. Corbière, Mercier, Lesage, & Villeneuve, 2005). La stigmatisation sociale à l'égard de personnes qui ont un TMG mine la participation au travail (AQRP, 2014; Dorvil, Dupuis, & Kirouac, 2015); des préjugés touchant l'incapacité à contrôler ses émotions, à coopérer ou à résoudre des conflits sont également fréquents (Follmer & Jones, 2017).

Malgré ces écueils, certains travailleurs ayant un TMG qui s'engagent sur le marché du travail se maintiennent dans un emploi compétitif (M. Corbière et al., 2006; Drake et al., 2012). Or, aucune recherche connue ne détaille la manière dont ces travailleurs ont appris en tant qu'autodidactes à gérer leurs symptômes cliniques, bien qu'il s'agisse d'une composante-clé de la conciliation travail-santé (Williams et al., 2016). Nous abordons les repères théoriques des sciences de l'éducation qui nous permettent de mieux saisir les processus d'autoformation en santé mis en œuvre par cinq travailleurs qui, bien qu'ils expérimentent un TMG, ont connu un maintien en emploi durable.

Apprentissage informel au travail

Apprendre à composer avec les symptômes cliniques d'un trouble mental au travail relève de l'apprentissage informel, soit de « l'ensemble des expériences éducatives [...] qui rendent possible *l'acquisition des savoirs, d'habiletés et d'attitudes, par le biais de l'interaction quotidienne que tout individu entretient avec son environnement* » (Bezille, 2003, p. 129). L'apprentissage informel est souvent associé « à la maison, [à] la rue, [aux] divers lieux d'exécution ou de réalisation du travail [...] » (Bourdon & Bélisle, 2005, p. 214). L'apprentissage informel a lieu *tout au long de la vie*, est vu comme « une *construction continue* de la personne humaine, de son savoir et de ses aptitudes, mais aussi de sa faculté de jugement et d'action » (Delors,

1996, p. 211). Il relève d'une approche *écosystémique* qui invite le chercheur à s'attarder aux relations que le travailleur tisse avec les personnes, les lieux et les objets en cours d'apprentissage (Fenwick et al., 2012).

Autoformation et facilitateurs

Puisque cette recherche vise à saisir les efforts personnels du travailleur pour composer avec ses symptômes cliniques, le concept *d'autoformation* a été retenu (Tremblay, 2003b). D'Ortun (2011a) le définit comme : « un mode de formation où l'apprenant prend l'initiative et choisit de manière autonome les buts et les méthodes d'apprentissage et acquiert des connaissances en utilisant ses propres ressources et celles de son milieu » (p.23). Les ressources du milieu sont des objets (p. ex. livres) et des personnes qui soutiennent le travailleur dans son apprentissage, des « facilitateurs » (p. ex. conseiller en emploi).

Autoformation en société et rites

L'autoformation repose aussi sur une *compréhension anthropologique des êtres humains qui véhiculent d'une génération à l'autre certaines pratiques, valeurs, normes et idées*. Ces pratiques sociales sont acquises de manière plus ou moins consciente en grande partie par mimétisme (Jeffrey et al., 2011; Overgaard, 1994; Wulf, 2013), c'est-à-dire en observant d'abord les comportements d'autrui pour ensuite les reproduire à sa manière. Certaines pratiques comme les salutations deviennent des habitudes appelées *conventions, rites ou rituels du quotidien*, ce qui libère le travailleur d'un questionnement perpétuel sur les comportements adéquats. Jeffrey et al. (2011) abordent les éléments-clés des rituels selon l'anthropologie historique allemande :

« Le rituel est une pratique corporelle (p.38) [...] Les rites engagent un ensemble de mouvements corporels, de gestes, de mimiques, de

déplacements pratiqués seuls ou en groupe. Le rite est le corps en action normé par des règles internes et sociales. (p.38) [...] il y a des rites répétés quotidiennement surtout ceux qui accompagnent la satisfaction des besoins corporels de base et les rites de salutation » (p.40) (Jeffrey et al., 2011).

L'écrit est omniprésent dans nos sociétés: l'usage de mots, de chiffres, de symboles fait partie du quotidien des citoyens, que ces derniers sachent ou non lire (Barton, 2007; Fraenkel & Mbodj, 2010). L'écrit et ses usages sont devenus des outils précieux dans la compréhension des phénomènes sociaux comme l'autoformation (Papen, 2008).

Des objets de littératie comme indices de l'autoformation

Comment rendre visible ce que font les travailleurs dans leur intimité pour gérer leurs symptômes cliniques? Des chercheurs associés à l'école des *New Literacy Studies* (Barton & Hamilton, 2010; Barton & Papen, 2010; Papen & Collette, 2013) proposent une avenue : s'attarder à l'usage que les travailleurs (en solo ou en collaboration avec les facilitateurs) font des objets de littératie pour rendre visible leurs pratiques de conciliation travail-santé. Les objets de littératie sont des objets du quotidien sur lesquels on trouve des écritures et des symboles : livre, journal personnel, page Web, liste, etc. Quel que soit le support qui soutient les mots, les chiffres et les symboles (p. ex. papier, téléphone intelligent, œuvre d'art), les objets de littératie reflètent le rapport qu'entretient le travailleur avec son environnement matériel (Kell, 2008); ces objets sont donc des indices utiles pour rendre visibles les pratiques de gestion des symptômes cliniques. Par exemple, interroger un travailleur sur le journal intime qu'il utilise pendant sa pause-midi nous permet de constater qu'il utilise l'écriture pour gérer l'anxiété. Les objets de littératie véhiculent un contenu informatif qui perdure dans le temps, ce qui les rend encore plus intéressants que d'autres objets. Les concepts d'apprentissage informel, d'autoformation et d'objets de littératie sont utiles pour répondre à notre objectif de recherche soit de décrire l'apport d'objets de littératie

à l'autoformation de travailleurs qui connaissent un maintien en emploi durable (2 à 10 ans) dans les milieux compétitifs malgré un TMG.

Méthodologie

Collecte

Cinq travailleurs ayant un TMG et plus de six mois sur le marché du travail compétitif ont été invités à participer à cette étude par le biais d'intervenants de trois organismes de réadaptation psychosociale d'une même région urbaine. Au final, trois femmes et deux hommes de 31 à 63 ans ayant les diagnostics de troubles obsessionnel-compulsif, dissociatif de l'identité, schizoaffectif et de personnalité ont été recrutés. Tous les travailleurs sauf un ont divulgué leur TMG à l'employeur sans nécessairement mentionner le diagnostic. Ils œuvrent dans la même région urbaine pour des employeurs distincts dans le secteur des services (adjoints administratifs, surveillants, superviseurs, trieurs). Leurs salaires varient de 17 à 27\$ de l'heure pour une moyenne de 20\$. Ils ont cumulé de 2 à 10 ans d'expérience en continu sur le marché régulier de l'emploi (M=5 ans). Quatre d'entre eux travaillent 35 heures par semaine et ont en poche un diplôme d'études secondaire. Les facilitateurs, cinq femmes et un homme de 26 à 65 ans, la moitié ayant reçu une formation collégiale, l'autre universitaire de 1^{er} cycle, œuvrent à titre de médecin, de conseillers en emploi et de supérieurs immédiats. Ils connaissent les travailleurs depuis au moins 2 ans et ont une expérience professionnelle ou personnelle qui les rend à l'aise d'aborder les questions de santé mentale. Les approbations des certificats d'éthique ont été obtenues de deux universités (UQAM, UQO).

La collecte s'est échelonnée sur 15 mois auprès de cinq travailleurs et de six facilitateurs afin de documenter les pratiques d'autoformation. Des entretiens et des observations sur le terrain ont été réalisés. La collecte s'est déroulée selon la séquence suivante : a) 1^{er} et 2^{ième} entretiens avec le travailleur, b) observations terrain, c)

entretien unique avec le facilitateur, d) 3^{ème} et dernier entretien avec le travailleur. Les entretiens semi-dirigés ont eu lieu soit au bureau de recherche soit dans des lieux publics où les participants étaient à l'aise de converser (associations, restaurants). Tous les participants ont signé un consentement et complété le questionnaire sociodémographique (p. ex. âge, employeurs, horaire de travail, santé).

Le premier entretien avec les travailleurs portait sur le thème du cheminement d'emploi antérieur et actuel (2011-2018). Le second avait pour thème l'historique du TMG, les symptômes cliniques expérimentés au travail et les efforts entrepris pour apprendre à les gérer. Le troisième et dernier entretien a permis d'effectuer un retour sur les observations terrain, les objets de littérature et les propos des facilitateurs afin d'en valider le sens. Chaque travailleur avait identifié un facilitateur qui a été interviewé. Les mêmes questions ont été posées aux facilitateurs, le but étant de valider et d'enrichir la compréhension des pratiques effectives du travailleur. Comme il était particulièrement difficile d'observer directement les travailleurs pendant leurs heures de travail pour diverses raisons (non divulgation, lois interdisant l'accès aux milieux de travail, etc.) les séances d'observation ont eu lieu au moment et à l'endroit où les travailleurs pouvaient démontrer leurs manières de gérer les symptômes cliniques au travail. Les terrains d'observation ont été : le travail, le quartier avoisinant, les organismes communautaires et le domicile. Les objets de littérature utilisés pour gérer les symptômes cliniques ont été repérés et photographiés par le chercheur ou le travailleur lors de ces observations.

Les verbatims d'entretiens, les observations ainsi que les photos d'objets de littérature ont été codés à l'aide du logiciel NVivo Pro 11 sous les thèmes précités. Toutes ces données hétérogènes ont été synthétisées dans le genre *récits de pratiques*, lesquels récits ont été validés par les travailleurs qui ont pu les lire (document papier) et les écouter (enregistrement) afin de proposer quelques ajustements afin qu'ils s'y reconnaissent pleinement. Ce travail de condensation rigoureux (Miles & Huberman,

2003) a permis de constituer une base de données validée sur laquelle deux procédures d'analyses ont été conduites : a) une analyse temporelle visant à déterminer la période la plus propice à l'autoformation pour gérer les symptômes cliniques (Mendez *et al.*, 2010) et, b) une analyse anthropologique de la contribution des objets de littérature aux pratiques d'autoformation (Barton & Hamilton, 2010; Wulf, 2013).

Analyse

L'analyse des objets de littérature dans l'autoformation visant à gérer les symptômes cliniques d'un TMG a comporté trois étapes : identifier et déterminer les fonctions des objets de littérature utilisés *dans les rituels*; identifier et déterminer les fonctions des objets de littérature utilisés *pour s'autoformer*; et, décrire en quoi les fonctions dévolues aux objets de littérature *contribuent à un maintien en emploi durable*. L'analyse intercas comparant les pratiques des travailleurs avait révélé que tous présentaient des comportements répétitifs, fréquents (parfois plusieurs fois par jour), et de surcroît dotés de similitudes importantes. De plus, ces comportements apaisaient leurs symptômes cliniques et stabilisaient leurs relations interpersonnelles en milieu de travail. Ces constatations ont inspiré l'idée d'utiliser la notion de rituel du quotidien (Wulf, 2013) pour approfondir l'analyse des pratiques sociales découlant des patrons récurrents remarqués lors de l'analyse temporelle. Six composantes ont été retenues pour analyser les rituels parmi celles proposées par Wulf (2013) : l'*espace*, la *personne*, les *facilitateurs*, la *performance* du travailleur, c'est-à-dire ce qu'il fait avec son corps; les *objets* utilisés au cours de cette performance (focus sur les objets de littérature) et l'intégration par le travailleur de *normes sociales* véhiculées dans son milieu de travail.

Résultats

Dans les paragraphes qui suivent, 1) les fonctions des objets de littératie et des espaces d'apprentissage et 2) les normes sociales associées aux rituels du quotidien mis en œuvre par les travailleurs, seront présentés. Notons que les objets de littératie étudiés ne semblaient pas tous servir à la mise en œuvre des rituels cités; nous nous sommes alors questionnés sur leur usage dans l'autoformation.

Fonctions des objets de littératie

Au total, 15 objets ont été répertoriés, photographiés et analysés lors des séances d'observation. Le tableau 1 en fait état selon les rituels dans lesquels ils ont été observés. Deux objets de littératie (œuvres d'art, cartes-fiches) ont été classés sous plus d'un rituel, trois autres objets relèvent de la littératie orale (téléphone, méditation guidée, musique).

Tableau 1 : Objets de littératie associés aux rituels du quotidien

Préparation au travail	Assertivité	Valorisation	Réassurance	Alternance travail-repos
-Devoir (A)	-Livre (A) (B)	-Art (œuvres) (D)	-Cartes-fiches (B)	-Musique et journal intime (C)
-Cartes-fiches (B)	-Feuille d'infos sur le trouble de la personnalité pour la famille (A)	-Téléphone (D)	-Cahier-thérapie (B)	-Art (œuvres) (C)
-Prière (B)		-Ordre du jour (E)	-Textos (D)	-Méditation guidée Web (C)
-Art (œuvres) (B)		-Matériel d'animation (E)	-Liste-tâches (E)	
-Courriels (D)				

Légende : A = objets porteurs de récits inspirants; B = objets aide-mémoire; C = objets de détente; D = objets pour communiquer; E = objets de transition identitaire (p. ex. 'un malade' vs 'un travailleur').

Trois objets sont utilisés pour leur *potentiel mimétique* (A). Le potentiel mimétique d'un objet de littératie réfère au fait qu'il agit comme un modèle inspirant pour le travailleur. Que ce soit un récit, une histoire, une analogie, une métaphore, un proverbe ou une pensée positive importe peu; tant que l'objet et le contenu véhiculés

inspirent et incitent le travailleur à modifier ses connaissances, ses manières de faire ou d'être. Il peut s'agir d'histoire réelles (p. ex. témoignages) ou imaginées (p. ex. histoire, film, poème); les siennes ou celles d'autrui. Qu'elles soient positives ou négatives, il faut en tirer des leçons. Le livre sur l'expression de la colère et le feuillet d'information sur la manière de se comporter avec une personne qui a un trouble de la personnalité constituent des récits tirés de l'expérience d'autrui qui agissent comme modèles de relations interpersonnelles pour les travailleurs. Faire un devoir (p. ex. analyses en chaînes de comportements problématiques) pour comprendre les raisons de ses retards ou de son absentéisme au travail est l'occasion de faire de sa propre expérience du passé, un modèle à répéter ou à modifier.

Six objets sont utilisés comme *aide-mémoire* (B); objets que le travailleur intègre à son environnement et qui agissent comme rappels. Par exemple, les cartes-fiches rappellent le nom des clients et les priorités de la journée; ce qui s'avère utile lors de moments anxiogènes qui déclenchent les symptômes et briment la mémoire. Le livre placé sur la table de chevet est un aide-mémoire que le travailleur garde à proximité depuis 30 ans en guise de rappel quotidien de ne pas agir de manière impulsive lorsqu'il pense qu'on rit de lui au travail. L'œuvre d'art « Ici, maintenant » sur le mur de la cuisine rappelle chaque matin toute l'importance d'une journée de travail vécue dans le moment présent.

Trois objets de littérature sont utilisés pour *favoriser le passage vers la détente* (C). La musique en tant qu'objet de littérature orale est utilisée par certains travailleurs : « La musique rock écoutée pendant la pause-midi évoque pour moi un festival Rock annuel où je vais chaque année, le public qui y participe est très diversifié, les gens ne se jugent pas » (Entrevue A); il s'agit là de souvenirs agréables évoquant l'inclusion sociale, ce qui favorise un état d'esprit propice à la détente lors des pauses au travail. Les capsules Web de méditation guidée et le journal intime sont aussi utilisés à cette fin.

Photos : exemple d'objets de littératie – livre, œuvre d'art



Trois objets de littératie sont utilisés par les travailleurs pour *entrer en contact avec des gens bienveillants* (D) afin de gérer leurs symptômes cliniques; parfois, sans même que ces facilitateurs ne le sachent. Sortir de sa bulle le matin en contactant des proches par courriel/Skype permet de sortir de cette envie de ne rien faire. Joindre des intervenants ou des proches par texto/téléphone pour traverser une crise en est aussi un bon exemple.

Trois objets *confirment le passage de l'identité de malade à celle de travailleur* (E); l'identité d'un travailleur qui s'affirme en tenant compte de ses besoins de santé. Par exemple, la liste pour rendre visibles les tâches en cours et négocier avec le supérieur immédiat les priorités devient un objet de littératie qui permet de gérer l'anxiété associée au surplus de travail. Le matériel d'animation et l'ordre du jour d'une réunion d'intervenants sont des objets de littératie qui montrent aux collègues que le travailleur fait maintenant partie du groupe d'intervenants et que son statut de travailleur lui confère des responsabilités (p. ex. animer une partie de la rencontre).

L'étude des objets de littératie répertoriés indique que le travailleur élabore un répertoire de pratiques favorisant la détente, la réciprocité sociale et l'acquisition

d'une identité professionnelle; cela, en partant d'abord à la recherche de récits et d'histoires inspirant de nouvelles pratiques (modèles) puis en élaborant divers aide-mémoires pour se rappeler d'en faire usage.

Les espaces d'apprentissage

Le domicile, le milieu de travail et l'espace public sont utilisés en cours d'autoformation. *Le domicile* est souvent utilisé dans la mise en œuvre des rituels soit pour se préparer le matin, se projeter dans la journée de travail, soit pour se reposer le soir, prendre du recul et réfléchir à ce qui s'est passé pendant la journée. *Le milieu de travail* est le lieu par excellence de mise à l'essai des rituels. Toutefois la réceptivité des milieux de travail pour soutenir le travailleur peut varier. Ceux qui facilitent l'autoformation adoptent des valeurs associées au rétablissement (ex. instiller l'espoir, autonomisation progressive), ce qui en fait des milieux d'exercice idéaux pour apprendre par essai-erreur à gérer les symptômes cliniques. *L'espace public* est utilisé par le travailleur surtout lors du voyage entre la maison et le lieu de travail ou lors des pauses afin de décompresser. Les rituels sont ainsi performés dans trois espaces distincts ayant chacun leurs fonctions : 1) le domicile est un espace de réflexion utile pour prendre du recul, lire, écrire et solliciter des conseils; 2) le milieu de travail est un terrain pour performer et personnaliser les rituels; 3) l'espace public est une 'zone tampon' qui facilite l'alternance travail-repos.

Normes sociales et rituels associés

Le tableau suivant met en relation les normes sociales du milieu de travail repérées au cours de l'analyse et les cinq rituels du quotidien permettant de mieux concilier travail et santé.

Tableau 2 : Normes sociales et rituels associés

Normes sociales (en milieu de travail)	Rituels
Arriver au travail à l'heure (ponctualité), être fonctionnel	Préparation au travail
Respecter autrui, être non-violent	Assertivité/affirmation
S'engager dans une forme de réciprocité différée	Valorisation/réciprocité
Développer un seuil minimal de tolérance au stress et à l'incertitude	Réassurance
Contre la norme sociale de surinvestissement au travail	Alternance travail-repos

Bien que respecter ces normes sociales semble simple, les travailleurs qui expérimentent un TMG sont confrontés à des défis particuliers : « Pour moi, arriver au travail à l'heure de façon régulière est tout un exploit. Souvent j'ai mal dormi et mes vêtements ne sont pas lavés parce j'ai de la difficulté à planifier mon horaire. Je ne mange pas le matin parce que la veille j'ai outre-mangé pour me punir, ça affecte mon diabète. La méfiance s'installe chez moi, j'ai peur qu'on m'attaque et j'hésite à me rendre au travail. Je ne prends pas toujours mes antipsychotiques » (entrevue E). Pour répondre à ces difficultés, les travailleurs apprennent à maîtriser par le biais de rituels les normes sociales véhiculées dans les milieux de travail.

Le *rituel de préparation au travail* est un double mouvement d'introspection-extériorisation comparable à la résilience, une « capacité à rebondir » permettant d'être dispo au travail. Considérer sa douleur psychologique (introspection) et faire des efforts pour prendre contact avec soi, autrui, l'environnement ou une force spirituelle (extériorisation), assure un état psychique qui permet au travailleur d'affronter les défis de gestion des symptômes cliniques qui se présentent au cours de la journée. Les travailleurs sont ainsi plus susceptibles d'être ponctuels et disposés à

accomplir les tâches prévues. En l'absence du rituel, le corps pris de douleurs psychologiques reste dissocié de la réalité. Le travailleur reste au lit sans motivation, il s'isole.

Le rituel d'assertivité-affirmation permet au corps d'exprimer par la parole, à un moment choisi et dans des circonstances appropriées les frustrations, les insatisfactions et la colère expérimentées au travail. Se taire, accumuler des frustrations ou exprimer indirectement de façon malicieuse ses émotions nuit à l'établissement de relations interpersonnelles authentiques. Perdre le contrôle, crier, insulter, harceler un collègue est contraire aux normes sociales de respect d'autrui et de non-violence attendues en milieu de travail. Mettre en œuvre le rituel d'assertivité-affirmation permet au travailleur de réagir autrement lorsqu'il vit des émotions intenses. Au lieu de perdre le contrôle, il quitte temporairement la pièce ou s'abstient de quelque réaction (ne pas agir en primaire); il analyse la situation seul ou en étant accompagné puis fait un retour avec la personne concernée sur ce qui est ressenti, perçu (agir en secondaire). Cette capacité à mettre en mots son insatisfaction plutôt qu'à agir promptement de manière impulsive exige une rééducation du corps qui éventuellement « parle » au lieu « d'agir » (mentalisation). L'absence d'intégration de cette norme a conduit certains travailleurs au rejet, au retrait de responsabilités, voire à un congédiement.

Le rituel de valorisation est une occasion pour le corps de se conformer à un des universaux de la condition humaine, la réciprocité; une règle importante du fonctionnement en société. Au-delà des cultures, dans toutes les sociétés les individus et les groupes procèdent à des échanges de biens, de services ou de cadeaux et ont une obligation à recevoir et à redonner. Dans la présente recherche, le corps du travailleur après avoir reçu soins, soutien, argent, pendant plusieurs années peut remettre avec un décalage dans le temps les « dons » reçus en contribuant à son tour à la société par son engagement dans un travail productif et rémunéré à la mesure de ses capacités. Une

nouvelle identité peut alors être exprimée. L'identité de « travailleur » prime sur l'identité de « malade ». La stigmatisation sociale pèse alors moins lourdement sur le travailleur. La transmission du vécu expérientiel et de talents occupe aussi une place importante. Dans certains milieux les travailleurs ont l'occasion de devenir pairs-aidants ou de transmettre aux collègues des savoir-faire associés aux arts (ex. broderie, peinture) en dehors de leurs heures de travail. Ils expérimentent alors un grand sentiment d'accomplissement car ils deviennent à leur tour des « aidants » plutôt qu'être « aidés ». Cette inversion est bien résumée par l'expression imagée d'un travailleur : « Je suis passé de l'autre côté du miroir, c'est tellement valorisant; je peux leur faire vivre des succès à mon tour » (entrevue C).

Le rituel de réassurance est une occasion pour le corps de s'apaiser dans un moment de stress aigu qui souvent survient au contact d'une personne en position d'autorité. Trois moyens sont utilisés : la voix intérieure, la validation et l'écoute active. La voix intérieure est utilisée comme celle du parent qui rassure l'enfant (entrevues B et E). La crainte de l'autorité peut mener les travailleurs à des états dissociatifs, en raison d'éventuels traumatismes antérieurs. Le déclencheur de l'anxiété peut aussi être une nouvelle d'actualité vue à l'écran d'ordinateur au travail, par exemple une manchette au sujet d'une menace de guerre nucléaire (ex. Corée-USA). Dans ces situations, la voix intérieure du travailleur vise à apaiser l'incertitude: « Je me rappelle alors que je n'ai pas de contrôle sur ce type d'événement, que je ne peux rien y faire et qu'il y a très peu de probabilités que cela survienne » (entrevue E). Ces apprentissages pour éduquer la voix intérieure dans des situations de paranoïa ont été faits au cours de psychothérapies ou d'expériences antérieures et ont été récupérés par les travailleurs pour gérer l'anxiété aiguë au travail.

L'anxiété est aussi expérimentée lorsque les tâches s'accumulent. C'est alors que la confection d'une liste rend visible les tâches et devient le socle d'une rencontre entre le travailleur et le supérieur immédiat pour s'entendre sur les priorités. Cette forme de

validation diminue la peur de faire des erreurs et donne des repères précis qui réduisent considérablement l'anxiété des travailleurs. Enfin, des moments d'anxiété aigüe sont aussi expérimentés le soir à la maison à la suite d'événements anxiogènes survenus pendant la journée de travail. Le rituel de réassurance est alors performé auprès des services de crise téléphoniques afin de bénéficier d'une écoute active. Ce lien qui soutient et qui rattache à la vie dans un moment de désespoir est établi à l'aide de messages texte (textos) si la personne n'obtient pas la ligne téléphonique rapidement. Les textos sont dirigés vers des personnes connues peu spécialisées en santé mentale (ex. amis); ils créent toutefois le même effet d'apaisement. Même s'ils demeurent un second choix car la parole, plus spontanée est en mesure d'exprimer sur le champ un éventail d'émotions plus authentiques. Le rituel de réassurance, lorsque performé implique donc un ensemble de services qui sont offerts par les services communautaires et les proches.

Ces trois moyens d'apaiser l'anxiété expérimentée en milieu de travail; c'est-à-dire la voix intérieure rassurante, la validation en milieu de travail et l'écoute active par les services de crise et les proches sont des apports essentiels pour soutenir l'autoformation et la mise en œuvre du rituel de réassurance permettant de contrecarrer les symptômes d'anxiété. Ainsi, en bénéficiant d'un réseau d'écoute dans le milieu de travail et dans la communauté, les travailleurs ont été en mesure de démontrer un degré accru de tolérance au stress et à l'incertitude au travail. Ayant eu accès à la psychothérapie et à de l'écoute active pendant plusieurs années, ils ont su développer leur voix intérieure qui maintenant leur permet de s'apaiser au travail.

Le rituel d'alternance travail-repos est une occasion pour le corps de décrocher complètement des moments de productivité associés au travail. Les travailleurs interrogés ont su intégrer à leur routine de travail des pauses quotidiennes lors desquelles ils se retrouvent seuls ou en compagnie de collègues pour « décrocher ». Cette alternance travail-repos se fait aussi en fin de journée dans le moment de

voyagement entre le travail et la maison. Ces déplacements quotidiens accompagnés de musique ou de chant permettent au corps de passer plus facilement de la sphère professionnelle à la sphère privée. En l'occurrence, il ne s'agit pas de respecter une norme sociale, mais bien de la contrer. La tendance au surinvestissement dans le travail se doit d'être contrebalancée par de fortes capacités d'autodétermination. Les travailleurs interrogés ont par exemple appris à baliser le nombre d'heures de travail par semaine qui leur convient, le nombre idéal d'heures de travail par jour et le meilleur moment de la journée pour effectuer ces heures. Chaque travailleur devient le seul juge et maître du bon dosage, du bon rythme, du sens et de la place qu'il accorde au travail devant les innombrables possibilités qu'offre le marché de l'emploi : « Au-delà de 15 heures par semaine, je tombe malade. Si j'ai moins de 12 heures, je n'ai plus assez d'argent et ça m'angoisse » (entrevue B). C'est entre autres en ce sens que l'autodétermination du travailleur doit être bien développée.

Discussion

L'objectif de cette recherche est de mieux comprendre comment cinq travailleurs qui ont obtenu un emploi compétitif et qui l'ont maintenu plus de six mois ($M = 2$ à 5 ans) ont appris à gérer les symptômes cliniques d'un trouble mental grave au travail. Les résultats saillants indiquent que les objets de littératie contribuent à la mise en œuvre de rituels permettant aux travailleurs d'adhérer aux normes sociales qui prévalent dans leurs milieux de travail (p. ex. respect d'autrui, être ponctuel); ou de s'y opposer (p. ex. surinvestissement au travail). La mise en œuvre des rituels diminue *in fine* l'intensité des symptômes cliniques ressentis (p. ex. anxiété), assure une distinction nette entre l'espace de travail et l'espace privé (p. ex. ne pas être préoccupé par le travail à la maison) et permet de tisser des rapports authentiques avec autrui (p. ex. ne pas s'isoler, s'affirmer, se sentir valorisé). L'apport des objets de littératie à l'autoformation sera discuté dans un premier temps pour montrer qu'ils agissent

comme marqueurs de transitions socio-spatiale, physiologique et identitaire. Puis, en second lieu, comme source d'inspiration et comme aide-mémoire pour s'autoformer.

Les objets de littératie, des outils de transition.

Thorne *et al.* (2003) ont déjà indiqué pour des maladies physiques chroniques (diabète, sclérose, VIH) que s'engager dans l'apprentissage d'autosoins amène à redéfinir le sens de la maladie, la relation aux autres et la relation au corps malade. La présente étude conduit à des constats similaires. L'autoformation soutenant la gestion des symptômes cliniques d'un TMG conduit à percevoir le monde selon trois types de transitions : *socio-spatiale* (l'espace domestique et le lieu de travail), *physiologique* (le corps du travailleur), et *identitaire* (relations au travail et l'entourage). Ainsi, les objets de littératie sont utilisés par les travailleurs et les facilitateurs comme catalyseurs pour soutenir les transitions d'un lieu à l'autre, d'un état physiologique à l'autre et d'une identité à l'autre.

La *transition socio-spatiale* concerne l'arrimage entre l'espace public et l'espace privé : on relève trois nouvelles pratiques valorisées 1) le refus de l'empiètement de la vie professionnelle sur l'espace privé, 2) l'augmentation du nombre de pauses-santé prises à l'extérieur ou à proximité du lieu de travail et 3) la qualité de la coupure à la fin de la journée de travail, c'est-à-dire bien laisser les préoccupations du travail derrière soi. Les deux rituels de préparation au travail et de l'alternance travail-repos aident à gérer les symptômes d'apathie, de manque de concentration, de troubles de mémoire et du sommeil et permettent de mettre en place ces nouvelles pratiques. La recherche de McGrath *et al.* (2015) indique aussi que le mouvement vers l'espace privé correspond au besoin de rétablir l'ordre, de récupérer ses forces et sa capacité d'agir (McGrath & Reavey, 2015).

La *transition physiologique* concerne la capacité de passer d'un état d'anxiété aigüe à un état de calme en faisant des efforts pour : 1) éviter la présence de déclencheurs

majeurs d'anxiété dans le milieu de travail (p. ex. choisir un milieu de travail plus féminin si on a été agressé par un homme), 2) agir promptement lorsque des moments d'anxiété surviennent (p. ex. sortir dehors quelques minutes) et 3) vivre pleinement l'instant présent en pratiquant la pleine conscience. La pleine conscience est pratiquée plusieurs fois par jour par les participants lorsqu'ils vont au travail, ce qui renforce leur capacité à gérer l'anxiété. Des recherches neurocognitives récentes (Grégoire et al., 2016; Tang et al., 2015) sur la méditation de pleine conscience suggèrent que ce type d'activité permette un meilleur contrôle de l'attention, de la régulation émotionnelle et de la conscience de soi, ce qui favoriserait l'autorégulation. Le rituel de réassurance permet de s'autoformer à ces nouvelles pratiques.

La *transition identitaire* consiste à abandonner le stigma, c'est-à-dire le fait de se percevoir comme une 'maladie psychiatrique' pour adopter progressivement une identité de travailleur très valorisante. Les rituels de valorisation et d'assertivité permettent de développer ces pratiques : 1) de reconnaissance sociale du rôle de travailleur (p. ex. appel aux proches pour dire qu'on est au travail); 2) d'assertivité-affirmation qui permettent d'établir des liens authentiques avec autrui (ex. faire part d'une insatisfaction au supérieur immédiat); et 3) de transmission de l'expérience (p. ex. faire un témoignage sur son expérience de vie). Ces nouvelles pratiques contrecarrent les conséquences de l'agressivité, de l'impulsivité et de l'isolement et contribuent ainsi à diminuer la stigmatisation sociale et l'autostigmatisation. Les stratégies de contact direct, c'est-à-dire non seulement éduquer mais partager son expérience de vie à des personnes de confiance, demeurent des occasions privilégiées pour diminuer la discrimination envers les travailleurs qui expérimentent un trouble mental (Corrigan & Rao, 2012; Hielscher & Waghorn, 2017).

Les objets de littératie, une source de récits pour s'autoformer

Certains objets de littératie véhiculent des récits (livres, témoignages, etc.) qui inspirent aux travailleurs l'intégration des rituels dans leurs pratiques en

remplacement de comportements inefficaces. D'autres objets de littératie agissent comme aide-mémoire (œuvre d'art, prière sur son téléphone intelligent) pour rappeler aux travailleurs de mettre en œuvre ces rituels aux moments opportuns. Les résultats indiquent que pour s'autoformer, les travailleurs s'inspirent de modèles; plus précisément de récits, d'histoires, d'analogies, de métaphores² ou d'allégories³. Ainsi, le statut quo, c'est-à-dire l'envahissement par les symptômes cliniques au cours de la journée de travail, est bouleversé par le recours à des objets de littératie qui véhiculent des récits qui inspirent aux travailleurs une autre gestion de leurs symptômes cliniques. L'étude des objets de littératie nous apprend que l'autoformation fait appel à la lecture, au repérage de récits inspirants, à l'effet sensible plutôt que cognitif de ces récits sur le corps, de même qu'aux aide-mémoires visuelles et sonores de ces récits, comme s'il s'agissait de drapeaux rouges auto imposés pour se souvenir d'agir autrement.

L'exemple suivant d'une métaphore-allégorie associée au rituel d'assertivité-affirmation illustre bien cette part du *récit* dans le processus d'autoformation. Carl a comme objet de littératie un livre intitulé *L'agression créatrice : la nécessité de s'affirmer* pour s'autoformer (entrevue C). L'idée de « danser avec la bête » plutôt que de « contourner la bête » s'y trouve, deux images qui font référence au fait de reconnaître et d'exprimer son agressivité plutôt que de la nier, de la contenir ou de l'exprimer indirectement (Bach, 1974). Le livre, par les métaphores et les récits qui s'y trouvent, inspire à Carl d'exprimer aux superviseurs immédiats ses perceptions d'être ridiculisé par ses collègues de travail, ce qui devient une occasion pour lui d'apprendre à gérer ses biais cognitifs et l'irritabilité de manière constructive. Haenni

² Selon Arcand (2004), la métaphore « permet de souligner une certaine ressemblance entre deux réalités » (p.104); s'adresse « davantage à la sensibilité qu'à l'intelligence. Sollicite l'imagination. Modifie la vision du monde pour permettre la découverte de nouveaux aspects de la réalité » (p.106).

³ Selon Arcand (2004), l'allégorie « est un récit (parfois une description) qui met en scène des personnes ou des animaux pour représenter une idée, une abstraction, de façon concrète et imagée » (p.19); a pour effet d'intriguer « le lecteur ou l'auditeur pour l'amener à saisir le sens caché, souvent d'ordre moral ou métaphysique » (p.20).

Chevalley, Chambouleyron, Lagger, et Golay (2016) indiquent qu'en explorant les métaphores qui font écho à l'expérience personnelle de l'apprenant (ex. sa profession, ses loisirs, ses symptômes), il devient alors possible d'aller au-delà du cognitif, de faire appel aux émotions et aux sensibilités qui n'auraient pu autrement surgir à la conscience.

Recommandations pratiques et limites

Les connaissances issues de cette recherche inspireront l'élaboration de futurs programmes de maintien en emploi. Par exemple, des travailleurs bénéficieraient très certainement de rencontres de groupe pour échanger au sujet des normes sociales véhiculées dans leurs milieux de travail respectifs. Les cinq rituels que les travailleurs mettent de l'avant pour composer avec ces normes pourraient ensuite être enseignés, expérimentés et faire l'objet d'ajustements à chaque fois que du nouveau survient au travail (ex. changement de superviseur, de tâche, de collègues).

À notre connaissance, le concept de conciliation travail-santé spécifique à un TMG demeure peu explorée. La notion de santé organisationnelle en diffère parce qu'elle s'adresse d'abord aux entreprises qui gèrent un groupe de travailleurs généralement en santé :

« [...] une bonne santé organisationnelle se traduit généralement par un faible nombre d'accidents du travail ou de maladies professionnelles, un taux élevé de présence au travail [...], un petit nombre d'invalidités [...] stress moins élevé [...] climat de travail positif, un fort engagement du personnel et une productivité accrue. »
(Couturier, 2008, pp. 38-39).

Une conciliation travail-santé spécifique aux personnes ayant un TMG résiderait plutôt dans les efforts communs et la satisfaction partagée du travailleur, de l'employeur et des autres parties prenantes d'avoir créé un espace de réadaptation et de bien-être en milieu de travail. Cela survient lorsque les travailleurs ayant un TMG

se sentent appréciés de leurs collègues et en mesure d'effectuer des tâches valorisantes sans trop être envahi par l'anxiété. Les travailleurs doivent aussi bénéficier d'un environnement social et physique leur permettant de gérer leurs symptômes cliniques lorsque ces derniers s'avèrent plus présents. Enfin, cette étude multicas sur l'apprentissage informel en matière de santé en contexte de travail s'avère utile pour illustrer en quoi l'étude des rituels du quotidien dans une perspective anthropologique est pertinente pour comprendre l'apprentissage informel chez l'adulte; un apport unique et original à l'andragogie et aux sciences de l'éducation.

Malgré les limites inhérentes à toute étude de cas, dont le petit nombre de participants, nous avons répondu à l'objectif fixé en respectant une méthodologie rigoureuse. Lorsque le chercheur choisit de poser un regard rétrospectif sur l'apprentissage, il accepte que les récits d'expérience demeurent partiels, subjectifs et racontés à partir du présent. Si la mémoire des faits s'estompe, certaines expériences demeurent malgré tout marquantes. Croiser les propos des travailleurs et des facilitateurs aura été un moyen de combler certains trous de mémoire. Enfin, l'accès aux milieux de travail demeure limité pour faire de la recherche sur les troubles mentaux, entre autres s'il n'y a pas eu de divulgation, si des règles l'interdisent ou si la nature du travail ne s'y prête pas.

Conclusion

L'acquisition des nouveaux rituels pour composer avec les normes sociales en milieu de travail conduit ultimement à l'élargissement du répertoire des comportements sociaux normés adoptés par le travailleur. Chaque travailleur se trouve alors devant un éventail de choix pour gérer ses symptômes cliniques. Il peut soit mettre en œuvre les nouveaux rituels d'apaisement et de mise en relation à l'autre, qui réduisent les affects anxieux, ou encore, agir selon des patrons comportementaux inefficaces et souvent associés au non-respect de l'ordre social désiré en milieu de travail. Par exemple, être agressif verbalement, être en retard et s'isoler constamment des

collègues sont des comportements qui nécessairement renforcent la stigmatisation sociale et la mise à l'écart des travailleurs ayant un TMG.

À l'inverse, savoir prendre en compte diverses normes sociales par la mise en œuvre des rituels de préparation au travail, d'assertivité-affirmation, de réassurance, de valorisation et d'alternance travail-repos rend plus probable le maintien en emploi. Bien que certains travailleurs ayant un TMG puissent être contraints dans leurs apprentissages parce que certains d'entre eux présentent des déficits cognitifs à divers degrés (Dreher et al., 2012; Levoux et al., 2012; Sempels, 2011; Sponheim et al., 2010), nous partageons la perspective de Charlot (1997) sur l'apprentissage : « Naître c'est entrer dans un monde où l'on sera soumis à l'obligation d'apprendre. Nul ne peut échapper à cette obligation, car le sujet ne peut advenir qu'en s'appropriant le monde ». (Charlot, 1997, p. 67). Il serait alors judicieux que les travailleurs, les employeurs et toutes les parties prenantes souhaitant favoriser le maintien durable en emploi aménagent le temps, l'espace et les ressources humaines et matérielles pour que l'autoformation liée à la gestion des symptômes cliniques ait toute sa légitimité en milieu de travail.

CHAPITRE V

DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS

La discussion a pour objectif d'établir des liens entre l'autoformation et le maintien en emploi durable. Cinq travailleurs qui ont un TMG réputés pour s'être maintenus en emploi plus de six mois sur le marché du travail ordinaire ont été interviewés afin de mieux comprendre leurs pratiques d'autoformation. Les résultats montrent que : 1) combiner une médication ajustée, la pratique de la pleine conscience, l'écoute active et la psychothérapie favorise l'autoformation; 2) les objets de littératie soutenant l'autoformation sont utilisés comme *récits-modèles* pour élaborer de nouvelles pratiques et comme *aide-mémoires* pour rappeler aux travailleurs de les mettre en œuvre; 3) l'autoformation mène à l'adoption de cinq rituels du quotidien (préparation au travail, assertivité-affirmation, réassurance, valorisation, alternance travail-repos) permettant aux travailleurs de composer avec les normes sociales véhiculées en milieu de travail. Des hypothèses explicatives sur le sens de ces résultats au regard du maintien en emploi durable de personnes ayant un TMG sont formulées. Quelques recommandations et idées pour de futures recherches sont aussi proposées.

5.1 Les quatre piliers de l'autoformation

Quatre piliers de l'autoformation communs aux cinq travailleurs ont été repérés lors de l'analyse intercas, soit : 1) l'ajustement des *médicaments* psychotropes, 2) la pratique de la *pleine conscience* lors de moments plus anxiogènes, 3) la présence d'un réseau de facilitateurs voués à l'*écoute active* et, 4) l'engagement dans une *psychothérapie* spécifique au trouble mental. Comment ces piliers une fois réunis favorisent-ils l'autoformation?

Bien qu'il s'agisse d'un sujet délicat, on doit admettre que dans plusieurs cas la prise volontaire de *médicaments* bien ajustés est essentielle pour atteindre un seuil minimal de concentration et de vigilance suffisant pour travailler. Ces résultats vont dans le sens de Gandhi et al. (2014) qui ont noté une corrélation positive entre la prise de médicaments, l'estime de soi et la performance au travail de personnes ayant un trouble mental. En effet, le travailleur ne peut être dans un état psychotique, de manie, de profonde dépression ou d'anxiété aiguë pour mener à bien ses tâches. Une prescription ajustée signifie aussi que les effets indésirables (ex. somnolence) ont un impact minimal sur les activités productives.

Comme des symptômes cliniques amoindris persistent chez les travailleurs ayant un TMG malgré la prise de médicaments, d'autres moyens de gestion de l'anxiété sont nécessaires. Un niveau d'anxiété trop important nuit ou rend impossible l'apprentissage. L'anxiété d'intensité moyenne serait par contre idéale pour apprendre puisqu'elle assure le niveau de vigilance requis (Fortinash et al., 2016; Lalonde & Pinard, 2016; Lupien, Juster, Raymond, & Marin, 2018; TÉLuq & Wallot, 2017). Il s'avère que la *pleine conscience* est pratiquée plusieurs fois par jour par tous les participants de l'étude lorsque les déclencheurs de réactions anxieuses se manifestent. Des recherches neurocognitives récentes (Grégoire et al., 2016; Tang et al., 2015) sur la méditation de pleine conscience suggèrent que ce type d'activité permet un meilleur

contrôle de l'attention, de la régulation émotionnelle et de la conscience de soi, ce qui favoriserait au final l'autorégulation.

L'écoute active des facilitateurs favorise chez le travailleur une activité cognitive et réflexive, un moment-miroir qui permet au travailleur d'évaluer ses pratiques et d'en imaginer de nouvelles. Pour offrir une écoute active de qualité, il s'agit pour les facilitateurs de porter attention à ce que le travailleur exprime, de reformuler les propos, de refléter les émotions exprimées et de poser des questions qui amènent le travailleur à pousser plus loin sa réflexion (DeVito, Chassé, & Vezeau, 2008). La qualité de l'écoute et l'absence de préjugés du facilitateur permettent d'apprendre. Selon Klerk-Rubin, Labbé, Munsch, et Munsch-Roux (2015), la validation thérapeutique, qui est une forme d'interaction empreinte de non jugement (un type d'écoute active), permet à l'autre d'exprimer ses émotions et de résoudre ses difficultés psychologiques.

Les *psychothérapies* spécifiques au trouble mental (p. ex., TCC pour les idées obsessives, les biais cognitifs, thérapie dialectique comportementale pour la personnalité limite), qu'elles soient brèves ou prolongées, ont un effet positif sur la durée du maintien en emploi. La recherche de Lecomte et al. (2014) montre que si le contenu de huit séances de groupe de type TCC est offert aux personnes ayant des troubles du spectre de la schizophrénie, 50% intègrent un emploi, qu'ils aient ou non suivi l'atelier. Toutefois, le groupe ayant participé aux ateliers a démontré une meilleure autonomie professionnelle.

L'hypothèse explicative que nous avançons sous toute réserve au sujet de la présence de ces quatre piliers chez tous les participants est que leur présence permet aux travailleurs de développer leurs *capacités de mentalisation*.

L'acquisition de capacités à mentaliser correspond à un processus développemental qui dans l'enfance « permet à l'individu de comprendre ses propres états mentaux et

ceux des autres, incluant les pensées, les affects, les désirs et les intentions » (Terradas et al., 2016, p. Web). Le fait de ne pas avoir développé pleinement ses capacités de mentalisation amène l'individu à « privilégier inconsciemment l'agir au détriment de la pensée réflexive, de la parole et de la symbolisation » (Op.cit.). Perdre le contrôle, crier des injures, s'automutiler, dissocier sont de bons exemples d'une faible capacité à mentaliser. Faire part d'une déception en verbalisant ses émotions, montre une capacité de mentalisation bien développée. Les travailleurs ayant vécu des traumatismes dans l'enfance (p. ex. abandon, abus, négligence; au moins 3 des 5 travailleurs de l'étude sont touchés par d'importants traumas) pourraient avoir eu à gérer les conséquences de leurs traumas en plus de leurs symptômes cliniques. En ce sens, les rituels du quotidien permettraient d'apprendre à réfléchir et à s'exprimer plutôt que d'agir par des gestes impulsifs. Prendre contact avec sa souffrance (rituel de préparation au travail), retenir ses paroles et ses gestes impulsifs (assertivité-affirmation), se rassurer à l'aide de sa voix intérieure (réassurance), se mettre en valeur et apprécier ses réussites (valorisation) et, décrocher mentalement du travail (transitions travail-repos) sont des activités réflexives qui demandent aux travailleurs de considérer leurs propres pensées et ressentis et ceux des autres avant de réagir.

Au sujet de l'autocritique, de la cognition et de la performance au travail, Erickson, Jaafari, et Lysaker (2011) rapportent une association positive entre une autocritique préservée et la performance accrue des travailleurs ayant un TMG (schizophrénie), certains résultats démontrant même que l'autocritique s'améliorerait progressivement lors d'un placement en emploi. Les déficits métacognitifs tel l'incapacité à conscientiser la pensée de l'autre (soit une faible capacité de mentalisation) serait un facteur associé positivement aux symptômes négatifs (Lysaker, Kukla, Buck, & Yanos, 2017). Or, les résultats du Folstein administré au début de la recherche montrent qu'aucun travailleur interviewé n'a de déficit cognitif important, tous ayant des résultats élevés (28/30 à 30/30) à ce test de dépistage. De plus, parmi les cinq travailleurs interviewés, seuls trois d'entre eux ont présenté des symptômes négatifs

au cours de leur maladie sans compter que tous avaient une conscience aigüe de leur TMG au moment des entretiens. Ainsi, il serait possible d’imaginer que les travailleurs qui ont participé à cette recherche présentaient pour diverses raisons (p. ex. âge, disposition à vouloir raconter leur histoire) une meilleure autocritique, des capacités cognitives préservées et moins de symptômes négatifs. En ce sens, il s’avèrerait imprudent de tirer des conclusions à partir des données de cette recherche quant au développement de l’autocritique et des capacités cognitives. Il serait toutefois raisonnable de penser que des capacités cognitives et une autocritique préservée constituent des éléments nécessaires à la mise en place des quatre piliers de l’autoformation. De plus, la réduction des niveaux d’anxiété (médicaments, pleine conscience) combinée à l’écoute active par des facilitateurs et des psychologues (validation, thérapies spécifiques aux TMG) favoriserait l’autoformation active, entre autres par le développement progressif des capacités de mentalisation.

5.2 Modèles inspirants et aide-mémoires soutenant l’autoformation

Les objets de littératie soutiennent l’autoformation puisqu’ils agissent comme *récits-modèles* inspirant de nouvelles pratiques (savoir, savoir-faire, savoir-être) et comme *aide-mémoires* rappelant l’importance de mettre en œuvre ces nouvelles pratiques. Certains objets de littératie véhiculent des *récits-modèles* (p. ex., témoignages) qui inspirent aux travailleurs de remplacer leurs comportements inefficaces par des rituels, tandis que d’autres agissent comme *aide-mémoires* (p. ex., œuvre d’art) rappelant aux travailleurs de mettre en œuvre ces rituels aux moments opportuns. Les résultats indiquent que les travailleurs s’inspirent de récits, d’histoires, d’analogies,

de métaphores¹ ou d'allégories². Ainsi, le statut quo, c'est-à-dire l'envahissement par les symptômes cliniques au cours de la journée de travail, est bouleversé par le recours à des objets de littérature qui véhiculent des récits-modèles inspirant aux travailleurs une gestion alternative de leurs symptômes cliniques. Ainsi, l'étude des objets de littérature nous apprend que l'autoformation fait appel à la lecture, au repérage de récits inspirants, à l'effet sensible plutôt que cognitif de ces récits sur le corps, de même qu'aux aide-mémoires visuelles et sonores de ces récits, comme s'il s'agissait de drapeaux rouges auto imposés pour se souvenir d'agir autrement.

L'exemple suivant d'une métaphore-allégorie associée au rituel d'assertivité-affirmation illustre bien cette part du *récit-modèle* dans le processus d'autoformation. Carl a comme objet de littérature un livre intitulé *L'agression créatrice : la nécessité de s'affirmer* pour s'autoformer (entrevue C). L'idée de « danser avec la bête » plutôt que de « contourner la bête » s'y trouve, deux images qui font référence au fait de reconnaître et d'exprimer son agressivité plutôt que de la nier, de la contenir ou de l'exprimer indirectement (Bach, 1974). Le livre, par les métaphores et les récits qui s'y trouvent, inspire à Carl d'exprimer aux superviseurs immédiats ses perceptions d'être ridiculisé par ses collègues de travail, ce qui devient une occasion pour lui d'apprendre à gérer ses biais cognitifs et l'irritabilité de manière constructive. Haenni Chevalley et al. (2016) indiquent qu'en explorant les métaphores qui font écho à l'expérience personnelle de l'apprenant (p. ex. sa profession, ses loisirs, ses symptômes), il devient alors possible d'aller au-delà du cognitif, de faire appel aux émotions et aux sensibilités qui n'auraient pu autrement surgir à la conscience.

¹ Selon Arcand (2004), la métaphore « permet de souligner une certaine ressemblance entre deux réalités » (p.104); s'adresse « davantage à la sensibilité qu'à l'intelligence. Sollicite l'imagination. Modifie la vision du monde pour permettre la découverte de nouveaux aspects de la réalité » (p.106).

² Selon Arcand (2004), l'allégorie « est un récit (parfois une description) qui met en scène des personnes ou des animaux pour représenter une idée, une abstraction, de façon concrète et imagée » (p.19); elle a pour effet d'intriguer « le lecteur ou l'auditeur pour l'amener à saisir le sens caché, souvent d'ordre moral ou métaphysique » (p.20).

5.3 Rituels du quotidien et autoformation

Les cinq rituels du quotidien identifiés lors de l'analyse sont : la préparation au travail, l'assertivité-affirmation, la réassurance, la valorisation et l'alternance travail-repos. La mise en œuvre de ces rituels permet aux travailleurs de composer avec certaines normes sociales véhiculées en milieu de travail comme la ponctualité, le respect d'autrui, la capacité à tolérer un minimum de stress et d'incertitude, la réciprocité sociale et le refus de la survalorisation du travail. Les cinq types de rituels identifiés s'apparentent à des actions rituelles quotidiennes (conventions sociales) : « chaque sujet social y apprend les règles de savoir-vivre nécessaires à sa vie pratique, [...] À force de répétitions et de pratiques, ces formes d'action et de comportements se formalisent et se stylisent » (Wulf, 2013, p. 219).

Les rituels font référence au *mimétisme* et au fait de *performer*, c'est-à-dire que le corps reproduit, à sa manière et en innovant, ce qui a été vu et entendu (Jeffrey et al., 2011). Par exemple, lorsque le travailleur s'efforce d'arriver à l'heure (Entrevue E), de ne pas perdre patience (Entrevues C et D), de surmonter une peur ou de contrôler son anxiété (Entrevues A et B), il a une manière unique adaptée à son environnement de le faire. En effet, les travailleurs ont personnalisé le rituel par une série d'essais-erreurs, ce qui a exigé d'eux plusieurs ajustements s'échelonnant sur plusieurs mois, voire des années. De plus, comme le corps performe⁴ les rituels, les travailleurs doivent répéter la nouvelle pratique à de maintes reprises avant que l'habitude ne s'inscrive en eux (incorporation). Ainsi, le rituel d'alternance travail-repos nommé « faire la fermeture » (Entrevue A), a dû être performé chaque jour pendant six mois avant de devenir une habitude. Ce rituel qui consiste à mettre la musique de la radio à tue-tête dans la voiture et à chanter très fort lors du retour à la maison s'avère efficace.

⁴ Les termes « performant, performer » font référence aux repères conceptuels proposés par Wulf (2013). Ce chercheur compare les pratiques sociales ritualisées à un acte théâtral. Cela aux dépens de termes similaires tels accomplir, actualiser, exercer, etc.

En effet, Anne épargne du temps (p. ex., décroche quasi automatiquement du travail), a moins de préoccupations (p. ex., n'apporte pas les soucis du travail à la maison) et bénéficie d'un sommeil de qualité lui permettant d'avoir toute sa concentration pour réaliser les tâches et gérer ses symptômes le lendemain.

En d'autres mots, les pratiques d'autoformation apprises et mises en œuvre par les travailleurs peuvent être conceptualisées en termes de rituels du quotidien. Dès lors, les pratiques d'autoformation du travailleur impliquent un corps qui performe (les gestes), le mimétisme (par observation, répétition personnalisée), un environnement matériel (les objets de littératie et les lieux), des rapports humains (les facilitateurs); éléments auxquels le travailleur et le groupe social dont il fait partie attribuent diverses significations (normes sociales, valeurs).

5.4 Autoformation et maintien en emploi durable

Quels liens pourrait-on établir entre les piliers de l'autoformation, les objets de littératie, les rituels du quotidien et le maintien en emploi durable? Une hypothèse explicative serait que le fait de combiner des moyens permettant la réduction des symptômes cliniques dont l'anxiété (médicaments et pleine conscience) à divers moyens favorisant la pensée réflexive (écoute active, psychothérapie) favoriserait l'autoformation active. Ce mode d'autoformation serait l'occasion d'oser sortir de sa zone de confort pour mettre en place des rituels, qui, *in fine*, permettent de composer plus aisément avec les normes sociales propres aux milieux de travail.

Le corps du travailleur devient central dans les pratiques d'autoformation. Entre autres, il semble que les rituels placent le corps à un carrefour entre l'apprentissage en tant que processus social et l'apprentissage en tant qu'activité cognitive.

L'apprentissage comme processus social correspond à une conscience accrue des normes sociales qui prévalent dans le milieu de travail (p. ex. ponctualité, respect d'autrui, tolérance minimale au stress), ce qui permettrait aux travailleurs d'expérimenter des relations moins conflictuelles avec leurs collègues. Il serait raisonnable de penser que le fait d'entretenir des relations interpersonnelles plus authentiques au travail soit un élément susceptible de favoriser un maintien en emploi durable.

L'apprentissage en tant qu'activité cognitive place aussi le corps au centre de l'attention. Cette fois, c'est le cerveau, le système nerveux, les réseaux neuronaux, la chimie des neurones qui se modifient (plasticité cérébrale) au contact de l'environnement (épigénétique, thérapies, observations, essais-erreurs, etc.) (Lalonde & Pinard, 2016). Les objets de littératie utilisés à répétition en cours d'autoformation par les travailleurs véhiculent de nouvelles images, idées et métaphores qui *in fine* sont intégrées à la mémoire procédurale, sémantique, etc. Des objets « aide-mémoire » qui sont volontairement postés dans l'environnement par le travailleur (p. ex., œuvre d'art « Ici, maintenant »; livre de chevet) afin, peut-on supposer, qu'ils ramènent à la conscience (évocation) des modèles de savoir, savoir-faire et savoir-être inspirants permettant au travailleur d'agir autrement si les symptômes cliniques se manifestent au travail.

Il devient ainsi plausible d'imaginer que d'être mieux dans sa peau (ex. moins de stress), de vivre des relations interpersonnelles satisfaisantes, de prendre des pauses régulières et d'être reconnu comme travailleur à part entière puisse contribuer en partie à un maintien en emploi durable. Dit autrement, la condition mentale du travailleur (état clinique plus stable, anxiété moindre, meilleure concentration et mémoire) et les conditions d'autoformation dans lesquelles il se trouve (avoir du temps pour observer et réfléchir, être encouragé par l'employeur à essayer de nouvelles pratiques, bénéficier du soutien des supérieurs immédiats et de l'écoute

active des facilitateurs, etc.) permettraient de concilier plus facilement les tâches rémunérées et la gestion d'un TMG au travail. C'est ainsi que l'exploration de la gestion des symptômes cliniques dans une perspective d'autoformation contribue à enrichir la compréhension des facteurs favorables au maintien en emploi de travailleurs qui expérimentent un trouble mental grave (Williams et al., 2016).

5.5 Recommandations pour les professionnels

La finalité de cette recherche sur l'apprentissage informel est de mieux saisir les enjeux quotidiens et les moyens développés par des travailleurs ayant un TMG pour favoriser leur intégration et leur maintien en emploi lorsqu'ils le désirent. Lorsqu'on sait que des conditions doivent être réunies pour favoriser les périodes actives d'autoformation et que des rituels du quotidien appris et mis en œuvre au travail peuvent favoriser un maintien en emploi durable, les parties prenantes disposent alors de repères concrets pour soutenir le travailleur. Ces résultats mis au jour ont le potentiel de favoriser des collaborations mieux informées et respectueuses de ce délicat équilibre entre l'autonomie et la protection de l'individu atteint d'un trouble mental (Lucock et al., 2011; Villagrán et al., 2014). Ainsi, nous avons formulé pour les parties prenantes soutenant l'intégration et le maintien en emploi des recommandations spécifiques issues de la recherche. Rappelons que quatre méso-systèmes ont été identifiés, chacun évoquant des acteurs spécifiques (Lederer et al., 2014).

Sous-système personnel

Les recommandations ici proposées s'adressent principalement au travailleur et à son entourage immédiat (conjoint, parents, amis). Le travailleur cherchera à mettre en

place les quatre piliers de l'autoformation. En ce sens, il formulera un projet de rétablissement lié notamment à l'emploi au cours duquel il se lancera constamment des défis pour sortir de sa zone de confort. Il élaborera progressivement un réseau de soutien de confiance afin d'être écouté, et veillera à sa façon à lutter contre les préjugés à l'égard des troubles mentaux. Les familles, plus particulièrement les conjoints, les parents, les amis, les proches aidants ou les pairs-aidants ont tout avantage, surtout s'ils ont vécu des expériences similaires (p. ex., avoir souffert d'un trouble anxieux et être passé à travers il y a quelques années) à partager leur vécu expérientiel avec le travailleur lorsqu'ils sentent que celui-ci est en confiance et qu'il est ouvert à l'entendre. Raconter ses propres histoires est un cadeau précieux car ces récits partagés peuvent éveiller ou inspirer la mise en œuvre de nouvelles pratiques de conciliation travail-santé. Le réseau personnel du travailleur lorsqu'il est présent et qu'il souhaite s'impliquer auprès du travailleur constitue une source primaire de soutien émotionnel, financier, matériel (ex. transport, hébergement temporaire).

Sous-système de l'emploi

Les recommandations proposées ici s'adressent principalement aux employeurs, aux supérieurs immédiats, aux syndicats, aux collègues de travail et aux services d'intégration et de maintien en emploi. Les employeurs ont un rôle fondamental à jouer dans la mesure de leurs capacités matérielles et organisationnelles pour désigner les ressources humaines (supérieurs immédiats) en mesure d'offrir un temps d'écoute suffisant aux travailleurs lorsque leurs difficultés surgissent en milieu de travail. De plus, le climat général au sein de l'entreprise exige un investissement auprès de l'ensemble des employés pour les sensibiliser à ce qu'ils peuvent faire concrètement pour lutter contre la stigmatisation et savoir comment agir en faveur de l'inclusion de collègues ayant des difficultés de santé mentale. Les supérieurs immédiats jouent un rôle-clé à cet égard et, étant eux-mêmes sensibilisés, ils seront en mesure de promouvoir les valeurs de rétablissement (p. ex. autodétermination, semer l'espoir),

d'éviter la stigmatisation sociale du travailleur tout en respectant les délicats enjeux de la confidentialité et de la non-divulgence lorsque c'est le cas. Ces recommandations concordent avec les constats de Lemieux, Corbière, et Durand (2011) qui proposent des pistes d'intervention similaires : s'assurer en tant que supérieur immédiat que des ressources soient consacrées à l'intégration et au suivi du travailleur ayant un TMG afin de disposer d'une marge de manœuvre (ex. accorder une flexibilité dans les horaires de travail, accepter une baisse de la productivité, avoir suffisamment de temps pour échanger) permettant d'accommoder le travailleur. Organiser un accueil chaleureux lors du retour au travail. S'assurer en tant que supérieur immédiat d'être un modèle qui évite la stigmatisation. Éduquer et sensibiliser le groupe de travail à l'aide de formations (p. ex. former des sentinelles, formation en premier soins en santé mentale, échanges de points de vue, etc.) pour réduire la discrimination liée aux troubles mentaux en milieu de travail. Il est reconnu que les activités éducatives ayant un meilleur potentiel pour transformer les attitudes comportent une rencontre avec la personne stigmatisée (p. ex. bibliothèques vivantes). Autrement dit, avoir de meilleures connaissances sur les troubles mentaux demeure insuffisant si on n'a pu accéder à l'expérience et au vécu de l'autre (Corrigan & Rao, 2012).

À ces pistes d'intervention axées sur la sensibilisation, les résultats de cette recherche suggèrent que pour maintenir la motivation et favoriser l'autoformation des employés ayant un TMG, les supérieurs immédiats devraient idéalement proposer des défis aux travailleurs en les invitant à réaliser des tâches qui misent sur leurs forces et leurs intérêts tout en les faisant sortir de leur zone de confort. Il peut s'agir de projets spécifiques utiles ou encore de l'assignation de responsabilités qui permettent aux travailleurs de ressentir toute la confiance du supérieur immédiat à leur égard. Par exemple, faire confiance à une employée qui craint faire une erreur grave lors d'un dépôt bancaire, offrir au travailleur d'animer une partie de la rencontre d'équipe, promouvoir le travailleur à un poste comportant de nouvelles responsabilités. Ces

défis liés au travail doivent répondre aux besoins de l'entreprise et tenir compte du contexte de travail local comme le précise Lemieux et al. (2011) : la productivité, les valeurs des hauts dirigeants et la viabilité de l'entreprise ne peuvent être ignorés, car bien souvent ces visées contrastent avec celles de la santé, du rétablissement, voire des besoins du travailleur ayant un TMG. Les supérieurs immédiats doivent donc apprendre à « traduire en action les mots de la haute direction » (Lemieux et al., 2011, p. 318) tout en prenant en considération le point de vue de l'employeur et celui des travailleurs. Ainsi, au-delà des mesures d'accommodement (p. ex. flexibilité de l'horaire), proposer des défis progressifs au travailleur lui permettant de sortir de sa zone de confort serait un élément favorable au maintien en emploi durable.

Trois des cinq travailleurs occupaient un emploi dans un milieu de travail syndiqué. Peu d'éléments ont spontanément été rapportés par ces derniers quant aux relations de travail entre eux et leur syndicat. Les travailleurs n'ont pas mentionné avoir sollicité de soutien actif de la part des membres des syndicats lors de la phase de maintien au travail, ce qui n'a pas permis d'échanger au sujet du rôle que les membres du syndicat auraient pu jouer en tant que facilitateurs de l'apprentissage. Or, la contribution des syndicats au maintien au travail importe (M. Corbière et al., 2015). Cela, tant au niveau du développement de politiques favorisant le retour progressif au travail dans une culture organisationnelle saine (p. ex. connaissances sur la santé mentale, ouverture pour parler de santé mentale au travail, présence de collègues pairs-aidants), que de l'appui dans la négociation de mesures d'accommodement. De plus, les syndicats peuvent informer le travailleur au sujet des services disponibles, des procédures de retour au travail, des droits et responsabilités du travailleur (M. Corbière et al., 2015). Une hypothèse plausible quant au silence des travailleurs à ce sujet : les bénéfices historiques des luttes syndicales pour de meilleures conditions de travail s'inscrivent dans des politiques qui s'adressent à l'ensemble des employés, des politiques qui ne sont plus nécessairement associées aux gains collectifs du passé. De futures recherches seraient utiles pour documenter en profondeur le rôle de facilitateur

des apprentissages liés à la santé par les syndicats dans le maintien au travail de personnes ayant un TMG; on sait par exemple que des éléments de discrimination dans les formulaires d'embauche au gouvernement provincial persistent (Pilon-Larose, 2018).

Cette recherche montre le caractère foncièrement collectif des pratiques d'autoformation. Entre autres, les collègues de travail sont des acteurs-clés du maintien en emploi. En effet, lorsque l'incorporation et la mise en œuvre des rituels de conciliation travail-santé se fait sentir en milieu de travail pour gérer les symptômes cliniques, des comportements individuels comme arriver à l'heure, exprimer calmement ses divergences, etc., modifient nécessairement les rapports interpersonnels avec les collègues de travail. L'adhésion à certaines normes sociales valorisées en milieu de travail (p. ex. ponctualité, respect d'autrui, capacité à tolérer un certain niveau de stress) et le refus d'autres normes (p. ex. le surinvestissement au travail) peuvent rendre plus aisé les relations sociales avec les collègues contribuant ainsi au maintien durable en emploi. Nous avons aussi mentionné l'importance d'un accueil chaleureux, de rapports cordiaux et respectueux, d'un climat de travail inclusif, etc.

Tjulin, MacEachen, et Ekberg (2010) ont aussi montré le rôle fondamental qu'informellement les collègues de travail exercent auprès de travailleurs qui font un retour en emploi (troubles musculosquelettiques et mentaux). Ce travail d'ajustement des collègues est décrit par les chercheurs comme invisible et il comporterait une large part d'incertitude, en ce sens qu'il s'agit d'interventions improvisées à partir d'expériences personnelles antérieures qu'auraient eu les collègues en côtoyant des proches qui ont eu un problème de santé. Rien de cela n'est écrit dans les protocoles portant sur le retour au travail. Le soutien de collègues viendrait plus spécifiquement à la suite de l'implication plus active des superviseurs immédiats dans la phase initiale de retour au travail. Ainsi, le retour au travail dans la durée reposerait largement selon

ces chercheurs sur l'acceptation du travailleur par les collègues, une acceptation non seulement de l'autre tel qu'il est avec certaines forces et limitations, mais l'autre « qui vient avec sa maladie au travail ». Cette entente de soutien plus ou moins implicite au sein du groupe de travailleurs ouvre, au-delà des accommodements réguliers, à des arrangements temporaires entre le travailleur TMG et ses collègues, pour compenser les incapacités partielles permanentes, temporaires ou fluctuantes (p. ex. moins bon état mental ou plus de douleurs certains jours). Tjulin et al. (2010) précisent que les efforts des collègues de travail tels les réajustements d'horaires ou le soutien informel dans certaines tâches reposent habituellement sur la bienveillance (goodwill, soit de traiter l'autre comme on aimerait être traité selon l'article). Le plus souvent, ces ententes informelles sont passées sous silence bien qu'il s'agisse d'éléments essentiels à un retour réussi au travail prolongé. Une meilleure connaissance de l'apport des collègues de travail demeure donc un impératif d'autant plus que la présente recherche renforce l'idée établie dans des recherches précédentes, du caractère foncièrement collectif du maintien en emploi durable.

Les services d'intégration et de maintien en emploi offerts par divers types d'agences, lorsqu'ils sont sollicités par les travailleurs devraient être en mesure de penser leurs interventions en termes d'espaces de laboratoire et d'espaces de stage. *L'espace-laboratoire* consiste à soutenir le travailleur par diverses simulations et jeux de rôles pour qu'il mette en pratique les habiletés impliquées dans les rituels du quotidien. Par exemple, se pratiquer avec le conseiller en emploi à verbaliser une insatisfaction de manière respectueuse au supérieur immédiat. Notons à titre d'exemple que ce travail de simulation-labo est fait dans le cadre de suivis individuels liés à l'emploi en cours. À titre d'exemple, la simulation se fait dans la voiture du conseiller en emploi sur le terrain de stationnement de l'entreprise où le travailleur est embauché. La proximité temporelle entre la situation simulée et sa mise à l'essai en milieu de travail est évidente. Rappelons d'ailleurs que des simulations et des échanges entre pairs en petits groupes-thérapie, fondés sur les principes de la thérapie cognitive-comportementale

(TCC), montrent un effet positif sur la durée du maintien en emploi de travailleurs ayant un TMG (Lecomte et al., 2014; T. Lecomte & Corbière, 2017). Les croyances erronées liées au travail et la mise en doute de conclusions hâtives dans les rapports avec le supérieur immédiat ou les collègues de travail y sont abordées. Ce qu'il est intéressant de noter, c'est la similarité entre les thématiques retenues comme aidantes par les concepteurs de l'atelier et les rituels de conciliation travail-santé identifiés dans cette recherche. Par exemple, la mise en doute des croyances erronées correspond à une partie de ce qui est fait par le travailleur dans le rituel d'assertivité-affirmation de soi. Rappelons que dans ce rituel le travailleur expérimente d'abord un mouvement de retrait face à ses perceptions initiales pour les questionner (ex. évite d'agir en primaire) et à un moment ultérieur (p. ex. le jour suivant) il fera un retour et exprimera honnêtement au supérieur immédiat ce qu'il vit, cela permettant de créer une relation interpersonnelle authentique tout en évitant l'accumulation de frustrations.

L'espace-stage consiste à soutenir l'actualisation des nouvelles pratiques de conciliation travail-santé en cours d'implantation dans le milieu de travail en temps réel. L'espace-stage correspond à une période indéterminée au cours de laquelle l'employeur accepte que le travailleur ait une capacité partielle au travail et qu'il consacre du temps pour composer avec sa maladie en milieu de travail. En effet, du temps est nécessaire pendant les heures de travail pour composer avec les symptômes cliniques ou encore pour apprendre à le faire. Tjulin et al. (2010) concluent d'ailleurs que le travailleur ayant un TMG ne peut rendre complètement invisible son trouble malgré les meilleurs accommodements: « It seems that the return-to-work model side-step the social dynamics of bringing back a sick listed worker who has not fully recovered and who is thereby bringing his or her health problem into the workplace and placing it before everyone » (p.319).

Tant l'espace-labo que l'espace-stage mis au jour dans cette recherche sont des occasions concrètes pour le travailleur qui occupe un emploi compétitif d'être écouté

par des facilitateurs qui connaissent bien les enjeux en santé mentale. Des recherches récentes rapportent que dans les emplois protégés (p. ex. entreprises sociales adaptés pour un TMG) le soutien et l'écoute sont évalués par les travailleurs comme une mesure de soutien très importante (88,2 % et plus) (M. Corbière et al., 2018; M. Corbière, Villotti, Lecomte, et al., 2014). Cette écoute favorise l'aspect réflexif nécessaire à l'apprentissage et à la transformation de soi. Ces rétroactions authentiques partagées permettent au travailleur de prendre du recul et de considérer autrement sa situation, ses essais-erreurs, ses bons coups et même, d'imaginer comment il s'y prendra la prochaine fois. Ces pratiques de mise en œuvre les rituels de conciliation travail-santé demeurent perfectibles et doivent être ajustées puisque le milieu de travail est en constant changement : nouveaux collègues, changement de supérieur immédiat, nouvelles technologies, etc.

Les conseillers en emploi étant à l'extérieur du milieu de travail sont des confidentiels pour les questions de santé mentale lorsque ces derniers ont su développer une alliance de travail avec le travailleur concerné, cela tant au moment de trouver un nouvel emploi (M. Corbière et al., 2017) que de son maintien (Nunes, Corbière, & Lanctôt, 2011). Ainsi, lorsque les travailleurs participant à cette recherche mettent les conseillers en emploi au fait des moyens concrets d'adaptation développés au cours de psychothérapies, les conseillers peuvent alors les soutenir pour transférer ces acquis en milieu de travail; cela, que le travailleur ait ou non dévoilé son trouble mental à l'employeur. Rappelons que seul trois des cinq travailleurs ont bénéficié ou bénéficié de soutien en emploi, ce qui n'exclut pas que les autres procèdent à des transferts de connaissances par eux-mêmes. Par exemple, la travailleuse A a appris à sortir de sa zone de confort en thérapie et d'elle-même elle poursuit cette stratégie en milieu de travail. Dit autrement, faciliter le transfert des savoirs, savoir-faire et savoir-être issus de psychothérapies antérieures ou actuelles, c'est valoriser les acquis antérieurs dans un nouveau contexte. Ce précieux coffre à outils développé par le

travailleur au coût de plusieurs années d'efforts et de dépassement de soi est désormais réutilisé pour gérer les symptômes en milieu de travail.

Une manière d'intégrer les acquis antérieurs du travailleur serait d'ancrer les activités d'accompagnement et les plans d'intervention sur des objectifs visant à respecter les normes sociales véhiculées dans les milieux de travail. Ainsi, soutenir le travailleur pour qu'il soit ponctuel, respectueux et engagé auprès des collègues, en mesure de tolérer les changements et de s'y adapter, d'aller chercher la reconnaissance sociale et de prendre des pauses régulièrement en cours de journée et à la fin de la journée de travail sont des objectifs d'autoformation à privilégier. Ces objectifs peuvent être considérés en tant que mesures d'accommodement spécifiques aux travailleurs ayant un TMG (M. Corbière, Villotti, Lecomte, et al., 2014). Or, si l'accommodement constitue un effort de l'employeur pour s'approcher de la réalité du travailleur, les rituels de conciliation travail-santé évoqués dans cette recherche pourraient être conceptualisés comme les efforts du travailleur pour progresser vers la réalité de l'employeur et de son groupe de travail. Bref, il s'agirait de perspectives complémentaires sur la mise en œuvre de mesures d'accommodements utiles au maintien durable en emploi. Toutes les autres normes sociales comme l'importance de l'hygiène, de ne pas être intoxiqué, d'agir de manière sécuritaire, de respecter les limites des collègues, etc. seraient aussi louables. Bref, il s'agit de proposer aux travailleurs d'apprendre à concilier besoins de santé et normes socioprofessionnelles. Cet apprentissage de la conciliation travail-santé par le travailleur constituerait un mouvement progressif du travailleur vers l'adoption des normes socioprofessionnelles véhiculées en milieu de travail. Ce mouvement pouvant être compris comme la contrepartie informelle entreprise par le travailleur au regard de l'obligation légale d'accommodement qui incombe aux employeurs (Laflamme, 2017).

Le maintien à long terme de relations avec les conseillers en emploi ou d'autres facilitateurs est suggéré étant donné que non seulement la condition du travailleur

fluctue mais aussi que le milieu du travail et ses acteurs changent constamment. L'espace partagé et la confiance existant entre le travailleur et son conseiller en emploi sont une source d'efficacité, voire, d'efficience, puisque le lien déjà établi et la connaissance de l'histoire du travailleur permettent d'aller droit au but, même s'il s'agit d'une nouvelle situation ou d'un nouvel enjeu au travail. Tel que Negrini et al. (2018) l'indiquent au sujet de supérieurs immédiats (SI) dans leur recherche sur les mesures facilitant le retour au travail après une dépression, le degré d'intention avec lequel le SI s'investit dans le retour au travail est un facteur significatif de sa réussite. L'investissement important du SI dans le retour au travail initial s'observe par le truchement des mesures d'accommodement mises en place comme la qualité de la relation travailleur-SI, les caractéristiques de la tâche de travail (p. ex. introduction progressive des tâches) et le contexte de travail (p. ex. avoir accès à des ressources). Comme les TMG perdurent et que les symptômes cliniques fluctuent dans le temps, le maintien de ce degré d'intention élevé des SI d'accommoder les travailleurs pourrait être envisagé comme une disposition permanente qui va au-delà de la phase initiale de retour au travail. Déjà certains milieux de travail proposent spontanément des accommodements universels (à tous les employés), milieux de travail qu'on qualifie de « soutiens naturels » (M. Corbière, Villotti, Lecomte, et al., 2014). Parmi ces accommodements, proposer le travail à temps partiel pour composer avec les effets indésirables des médicaments ou pour se rendre aux rendez-vous médicaux, redistribuer le travail entre les collègues, modifier le mode de rétroaction des superviseurs pour qu'il soit plus empathique, offrir l'entraînement aux habiletés sociales, permettre des moyens pour combler les déficits mnésiques sont des interventions de choix (M. Corbière, Villotti, Lecomte, et al., 2014).

De là l'importance pour les services d'intégration et de maintien en emploi d'être en mesure de déployer des programmes qui perdurent dans le temps. En ce sens, les critères d'admissibilité demeureront souples et les services faciles d'accès afin que les besoins exprimés par le travailleur ou perçus par les facilitateurs puissent être

considérés au moment où c'est pertinent. À la limite, tel que proposé dans les programmes de soutien à l'emploi de type IPS (Mueser & McGurk, 2014) une forme d'« outreach » devrait être instituée par les services de maintien en emploi pour rester en contact avec les travailleurs desservis, bien que ceux-ci pour diverses raisons n'y recourent pas toujours spontanément. Il faut aussi respecter les travailleurs qui au cours de certaines périodes ne désirent plus collaborer avec les services d'intégration et de maintien en emploi par souci d'autonomie. Ce choix caractérise peut-être davantage les travailleurs lorsqu'ils sont dans une modalité d'autoformation de type *transmission de l'expérience*; ou ceux qui n'ont pas accès ou ne désirent pas se prémunir des services d'intégration en emploi.

Sous-système de l'assurance

Les recommandations ici proposées s'adressent principalement aux décideurs publics, aux gestionnaires et aux employés qui œuvrent dans les ministères associés au travail et à la santé. L'image qu'on devrait garder en tête est que le travailleur ayant un TMG doit être perçu comme occupant deux emplois simultanément : les fonctions pour lesquelles il a été embauché dans l'entreprise, et la « job » associée au fait de prendre soin de sa santé. La capacité partielle au travail peut alors être conçue comme une capacité totale à l'emploi, une partie étant dévolue aux fonctions productives, l'autre associée à la nécessité à soigner son trouble mental et les conséquences sociales de ce dernier sur les relations avec les collègues et les supérieurs immédiats. Cette suggestion diffère des firmes sociales qui proposent des emplois aux travailleurs ayant un TMG (M. Corbière et al., 2018). Ici, dans le cadre d'un emploi sur le marché compétitif, le travailleur serait rémunéré en partie par l'État qui considérerait qu'une des tâches de l'employé au cours de la journée de travail est de prendre soin de sa santé (ex. gérer ses états d'âme, prendre ses médicaments, s'offrir des pauses-santé, vérifier ses perceptions auprès d'autrui, utiliser ses aide-mémoires, se rendre à un rendez-vous de suivi, organiser une réunion entre l'employeur et le conseiller en

emploi, etc.). L'autre partie de la rémunération étant versée par l'employeur pour les tâches faisant partie de la description du poste pour lequel le travailleur a été embauché. Par ailleurs, il serait profitable que les avantages sociaux et de santé des programmes gouvernementaux soient maintenus sans conditions, ou sinon, automatiquement réitérés sans délais dès que le travailleur désire par mesure préventive prendre une pause ou un congé de maladie. Le financement à long terme des programmes de maintien en emploi, d'activités de outreach ou le fait de créer des programmes durables pour l'intégration et le maintien en emploi seraient un atout considérable. Malgré l'importance de l'investissement à considérer (Sultan-Taïeb et al., 2019), une personne expérimentant un TMG qui intègre et maintien un emploi est susceptible de vivre moins d'isolement, de toxicomanie, etc. L'idée n'est pas de mettre tout le monde au pas mais bien plutôt de permettre aux personnes stigmatisées par un trouble mental pour qui le fait d'occuper un emploi prend une place importante dans leur vie, d'y avoir accès tout en s'assurant que leurs efforts personnels soient considérés comme étant valables, sains et soutenus à leur juste valeur.

Sous-système de la santé et des services sociaux

Les recommandations proposées ici s'adressent principalement aux psychologues, aux omnipraticiens, aux psychiatres, aux ergothérapeutes, aux psychoéducateurs, aux infirmières et aux travailleurs sociaux. Tous ces intervenants peuvent agir de manière concertée dans la limite de leurs rôles professionnels afin de favoriser la santé et l'intégration socioprofessionnelle du travailleur.

La psychothérapie est une clé pour l'acquisition du coffre à outils de base que le travailleur met en place. Cet investissement dans une transformation de soi par la thérapie variera selon les capacités cognitives, d'autocritique, de mémoire et d'apprentissage des travailleurs. L'acceptation du trouble mental, toujours à poursuivre, est en soi un facteur contribuant à ce que les travailleurs s'investissent ou non dans un processus thérapeutique. Des thérapies spécifiques au trouble mental du

travailleurs peuvent s'avérer les plus adéquates bien que pour certains, le soutien psychologique de base et la mise en place d'un environnement qui évite la présence de déclencheurs des symptômes cliniques au travail sera un choix plus judicieux, car tous n'ont pas une capacité à revisiter leurs difficultés psychologiques, étant donné entre autres les traumatismes du passé.

Les médecins prescripteurs prendront le temps et s'informeront des intérêts pour le travail ou des enjeux vécus au travail afin d'ajuster les médicaments en conséquence (ex. trop de somnolence, vigilance, tremblements, concentration, sommeil, nombre de prises quotidiennes, effets indésirables nuisibles).

Au-delà des spécialités et des expertises spécifiques offertes par les professionnels de la santé et des services sociaux, tous peuvent instiller un espoir réel de rétablissement chez le travailleur. Savoir et croire que les travailleurs ayant un TMG peuvent œuvrer sur le marché du travail régulier, qu'ils peuvent y contribuer de leurs atouts tout en prenant en considération leurs limites et leurs besoins de santé est un message d'espoir et d'inclusion sociale que les professionnels de la santé sont invités à véhiculer. Cette « modification du regard » posé sur le travailleur ou que le travailleur pose sur lui-même et son handicap s'inscrit dans la foulée du mouvement social et politique en grande partie mené par des personnes qui vivent un problème de santé mentale (Pachoud & Corbière, 2014). La perspective du rétablissement invite à poser le regard sur les forces et les atouts des travailleurs tout en interrogeant l'environnement social et physique afin de comprendre ce qui nuit à l'intégration sociale et professionnelle des personnes ayant un TMG.

Rappelons aussi que les travailleurs ne disent pas explicitement entreprendre un projet d'autoformation pour gérer leurs symptômes cliniques. Ils parlent plutôt de sortir de leur zone de confort, de répéter une action pour devenir plus à l'aise, de solliciter un appui ou de recourir à une ressource sur le Web pour acquérir des connaissances. Pour intégrer ces diverses manières d'apprendre, le projet d'autoformation (PA) proposé

par Tremblay (2003a) peut être un concept utile. Le PA correspond à une situation éducative andragogique en contexte extrascolaire favorable pour apprendre. Au cours d'un PA, la plus grande motivation du travailleur est d'acquérir des connaissances (savoir) et des habiletés (savoir-faire) ou de procéder à un changement durable en soi-même (savoir-être) tout en assumant un contrôle prépondérant sur une ou plusieurs dimensions du projet : contenu, objectifs, ressources, démarche ou évaluation (Tremblay, 2003b). Intégrer l'idée de PA dans les suivis en emploi est une posture d'intervention qui amène les professionnels en santé mentale à prendre en compte les efforts personnels du travailleur. Cela permet entre autres d'intégrer l'enseignement des professionnels aux efforts d'apprentissage déjà en cours chez le travailleur. Si le maintien au travail de personnes ayant un TMG passe par l'apprentissage de pratiques ritualisées, il se pourrait alors qu'interagir autour d'un PA soit une manière créative et productive d'offrir un soutien qui respecte l'autodétermination du travailleur.

Enfin, les services intégrés demeurent un atout. Tel qu'indiqué dans l'évaluation des programmes de soutien en emploi du type IPS (individual placement support) il est avantageux que les services occupationnels et de santé soient intégrés (Drake et al., 2012; Mueser & McGurk, 2014). Le travailleur et des partenaires offrant des services de santé et en emploi assis à la même table, ou du moins, en concertation étroite via les outils de communication disposeront alors de l'information utile pour soutenir les travailleurs dans leurs projets de rétablissement par le travail. Les facilitateurs et les travailleurs pourront ainsi faire des choix concertés d'accommodements plus susceptibles d'être mis en œuvre avec succès, de façon pérenne ou temporaire, dans les milieux de travail. Notre recherche montre que lorsque ces accommodements sont offerts sur de longues périodes (p. ex. 5 ans) dans un ou de multiples emplois consécutifs, un niveau d'autonomie dans la gestion des symptômes cliniques s'acquiert et prend la forme de rituels de conciliation travail-santé favorables à un maintien durable en emploi.

5.6 Futures recherches

Les résultats obtenus invitent à explorer d'autres pistes de recherche, plus particulièrement sur les liens entre l'autoformation et : 1) le maintien au travail, 2) le maintien aux études, 3) d'autres dimensions des rituels (ex. pratiques corporelles, mimétisme) et 4) la conciliation travail-santé.

Soutien à l'autoformation et maintien au travail

Si l'expérience des travailleurs avec un TMG est mieux connue, la question du soutien à l'autoformation telle que vécue du point de vue des employeurs, des supérieurs immédiats ou de conseillers en emploi reste à peine effleurée. Par exemple, on ignore ce que les employeurs vivent lorsqu'ils apprécient un travailleur et que celui-ci doit quitter pour des raisons de santé mentale. De plus, on en sait très peu sur la réaction des autres employés au regard de la stigmatisation et de l'inclusion et les possibles liens avec le maintien au travail. Il en va de même pour le rôle et l'implication de syndicats dans un milieu de travail au regard du soutien à l'autoformation favorisant les pratiques de conciliation travail-santé et le maintien en emploi de personnes qui ont un TMG.

Soutien à l'autoformation et maintien aux études

La recherche montre que quatre conditions ont été réunies (4 piliers) pour stimuler l'autoformation chez les travailleurs ayant un TMG et favoriser leur maintien durable en emploi. Est-ce que ces conditions sont les mêmes pour le maintien aux études en présence d'un TMG? Il serait intéressant d'étudier les conditions favorables à l'autoformation (piliers), les rituels du quotidien de même que les normes sociales des institutions d'enseignement fréquentées par les étudiants qui ont un TMG. La question de la faible scolarisation de personnes ayant un TMG a bien entendu un impact sur les

possibilités qu'une carrière soit plus ou moins intéressante et rémunérée de façon satisfaisante. Ainsi, les possibilités de compléter un programme d'étude, les pratiques de gestion des symptômes cliniques en cours d'études et les pratiques élaborées afin de concilier études et santé sont des questions d'une grande pertinence sociale. À ce jour, la question des rituels du quotidien et des normes sociales associées n'a pas été abordée dans des contextes d'autoformation visant la conciliation études-santé.

Autoformation et rituels du quotidien

Les configurations (modes ou patterns) de l'autoformation liée à la gestion des symptômes cliniques prennent la forme de rituels du quotidien, plus particulièrement de cinq rituels permettant aux travailleurs de vivre trois types de transitions qui semblent favorables au maintien en emploi : 1) les transitions sociotemporelles liées aux rituels de préparation et d'alternance travail-repos; 2) les transitions physiologiques liées au rituel de réassurance et 3) les transitions identitaires associées aux rituels de valorisation et d'assertivité-affirmation. Certaines recherches pourraient s'attarder à de plus larges échantillons de travailleurs afin d'identifier la présence d'autres rituels et d'autres types de transitions ou encore d'approfondir le sens de ces derniers. Il serait aussi possible d'effectuer des analyses qui au lieu de se centrer sur les usages des objets de littératie s'attarderaient à d'autres dimensions théoriques des rituels tel que proposé par Wulf (2013); par exemple, les pratiques corporelles normées, le mimétisme, les règles internes, etc. Enfin, on pourrait comparer des travailleurs tout venant aux travailleurs ayant un TMG afin de saisir plus finement les enjeux et les pratiques déployées pour favoriser une gestion des symptômes cliniques favorable au maintien en emploi. Enfin, l'étude de travailleurs qui ont des diagnostics semblables pourrait révéler des pratiques d'autoformation plus spécifiques ou la présence d'autres rituels.

Autoformation et conciliation travail-santé

S'il est fréquent de parler de conciliation travail-famille-études, la notion de conciliation travail-santé reste à explorer plus en profondeur. Un rapport de l'INSPQ (I. n. d. s. p. d. Québec, St-Amour, & Bourque, 2013) a abordé la conciliation travail-famille sous l'angle des impacts sur la santé :

Avec l'objectif de réfléchir aux politiques de conciliation travail-famille susceptibles de favoriser la santé des mères et des pères en emploi, il est important de mettre à jour les connaissances scientifiques relatives aux impacts de la difficulté à conjuguer les exigences professionnelles et la vie familiale avec la santé. (p.25)

Cette piste est prometteuse pour mieux comprendre le maintien en emploi car elle permet de documenter une problématique où des bouleversements importants ont lieu. Tant le monde du travail, la famille que la santé et la maladie sont des domaines majeurs de la vie quotidienne qui subissent d'importants changements. Or, malgré le potentiel que revêt la notion de conciliation travail-famille préservant la santé; la question de la conciliation travail-santé envisagée sous l'angle spécifique de devoir prendre soin du trouble mental au travail tout en assumant les exigences du poste pour lequel le travailleur a été embauché n'existe pas à notre connaissance. Ici, on ne réfère pas aux problèmes d'horaires surchargés par de nombreux rendez-vous de santé qui nuisent à la possibilité de travailler ni au besoin d'avoir accès à des congés de maladie comme mesure d'accommodement. On ne pense pas non plus à la notion de santé organisationnelle qui diffère puisqu'elle réfère à la santé globale d'un groupe de travailleurs pour qu'il se sente bien et soit productif : « [...] une bonne santé organisationnelle se traduit généralement par un faible nombre d'accidents du travail ou de maladies professionnelles, un taux élevé de présence au travail [...], un petit nombre d'invalidités [...] [un] stress moins élevé [...], un fort engagement du personnel et une productivité accrue. » (Couturier, 2008, pp. 38-39). Les travailleurs qui maintiennent leur emploi bénéficient d'un environnement social et physique qui

leur a permis de gérer leurs symptômes cliniques au travail lorsque ces derniers s'avèrent plus présents

CONCLUSION

L'objectif de l'étude était d'explorer sous l'angle de l'autoformation le processus de gestion des symptômes cliniques d'un trouble mental grave (TMG) chez des travailleurs qui se sont maintenus en emploi plus de six mois sur le marché du travail ordinaire. Les travaux de Williams et al. (2016) au sujet des éléments facilitants et des barrières au maintien en emploi de personnes ayant un TMG ont été un point de départ solide pour décider de s'intéresser plus spécifiquement à la gestion des symptômes cliniques en contexte de travail, domaine d'investigation qui demeure à ce jour peu exploré. Notons qu'il est plutôt rare que ce sous-groupe de population connaisse un maintien en emploi durable.

Le pari réussi du chercheur aura été de sélectionner cinq travailleurs qui se sont maintenus en emploi plus de six mois ($u = 5$ ans) et, de s'intéresser aux pratiques qu'ils ont mises en œuvre, seuls ou en présence de facilitateurs, afin de composer avec les symptômes cliniques vécus au travail. Une étude multicas de type inductif s'appuyant sur des méthodes ethnographiques a été mise de l'avant. Quinze mois ont permis de recueillir à l'aide d'entretiens semi-dirigés et d'observations-terrain un corpus de données provenant de multiples sources (travailleurs, facilitateurs, artéfacts) au sujet : 1) de l'historique en emploi; 2) de l'évolution du trouble mental et des symptômes cliniques en contexte de travail; et 3) du coffre à outils élaboré progressivement pour gérer les symptômes cliniques.

Ce corpus de données a d'abord été condensé sous la forme de récits de pratiques mettant en parallèle les trois thématiques citées puis, validé par les travailleurs afin qu'ils représentent bien leurs expériences. Deux analyses ont été menées sur ce corpus. La première analyse avait pour but de déterminer s'il y avait diverses modalités d'autoformation et a été soutenue par les principes de l'analyse temporelle des processus sociaux de Mendez (2010). Cette analyse intra et intercas a permis d'inférer quatre modes d'autoformation non-séquentiels : latent, post-crise, actif et transmission de l'expérience. Il s'est avéré que les deux derniers modes d'autoformation sont les plus propices pour s'autoformer ou solliciter du soutien pour s'autoformer. En effet, c'est à ces moments que les travailleurs réunissent les quatre piliers de l'autoformation active, soit : une médication bien ajustée, une psychothérapie spécifique au trouble mental, la mise en pratique de la pleine conscience et la présence d'un réseau de facilitateurs en mesure d'offrir une écoute active.

La seconde analyse avait pour but de déterminer les formes et le fonctionnement de l'apprentissage au cours de la période active d'autoformation. Comment ce processus se déroule-t-il au juste? Cette analyse a reposé en partie sur les usages sociaux des objets de littératie (Barton & Hamilton, 2010), tradition héritée des New literacy studies (NLS), et en partie sur cinq des huit dimensions des rituels du quotidien telles que définies par l'école d'anthropologie historique allemande (Jeffrey et al., 2011; Wulf, 2013). Les résultats découlant de cette analyse invitent à penser que les pratiques sociales d'autoformation visant à gérer les symptômes cliniques d'un trouble mental au travail s'apparentent à l'apprentissage et à la mise en œuvre de rituels du quotidien (ou stratégies de conciliation travail-santé) pour composer avec les normes sociales véhiculées dans les milieux de travail. Cinq rituels du quotidien ont été répertoriés : préparation au travail, assertivité-affirmation, réassurance, valorisation et alternance travail-repos. L'apprentissage et la mise en œuvre de ces rituels permet de

composer avec les normes sociales de ponctualité, de respect d'autrui, de tolérance au stress, de réciprocité et de surinvestissement au travail.

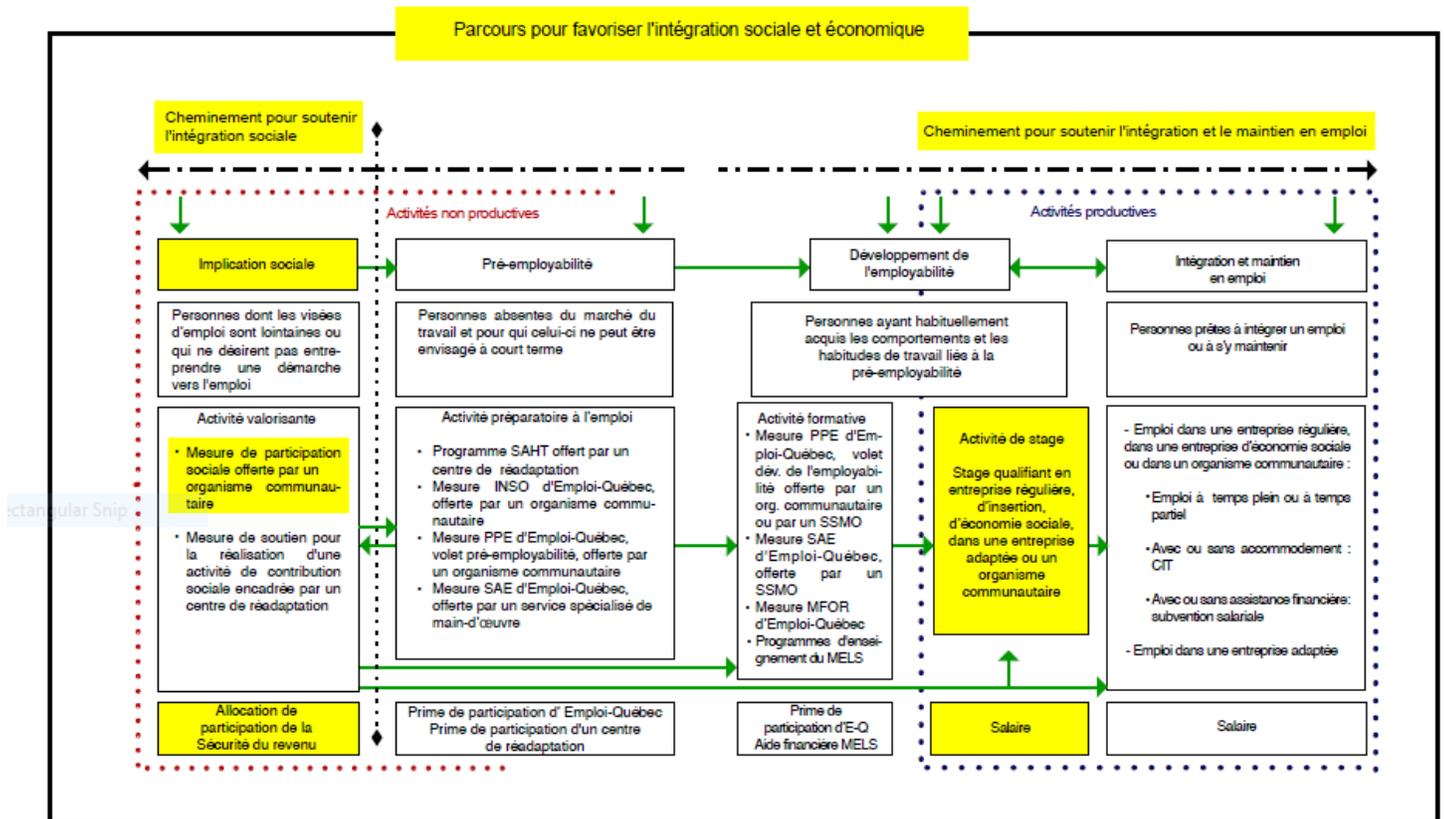
Ainsi, l'apprentissage progressif de rituels du quotidien permettrait d'acquérir de nouvelles habitudes corporelles (incorporer) utiles pour se sentir bien au travail. Précisons que les objets de littératie, outre leur contribution dans les rituels du quotidien, auraient deux fonctions principales au regard de l'autoformation, soit : 1) en agissant comme récits-modèles qui inspirent de nouvelles manières d'être et d'agir; et 2) en servant d'aide-mémoire pour rappeler aux travailleurs de mettre en œuvre les nouvelles pratiques de conciliation travail-santé lorsqu'approprié. De nombreuses recommandations ont été formulées pour les facilitateurs et les travailleurs afin de favoriser le soutien et l'engagement dans les activités d'autoformation. Plusieurs pistes de recherche sont aussi proposées.

Pour l'instant, ce que cette thèse nous apprend de nouveau au regard du maintien en emploi durable de travailleurs ayant un trouble mental grave, c'est que l'autoformation active de la gestion des symptômes cliniques survient lorsque les piliers de l'autoformation sont réunis (médicaments, psychothérapie, pleine conscience et écoute active). Dans ces moments, les pratiques d'autoformation mises en œuvre visent à développer des pratiques personnalisées utiles pour respecter ou s'opposer à certaines normes sociales véhiculées dans les milieux de travail. Ces pratiques peuvent être considérées comme des rituels du quotidien, c'est-à-dire des pratiques culturelles normées impliquant à la fois le corps, l'environnement humain et matériel et l'adhésion ou le rejet de normes sociales. Cela pourrait expliquer, sous toute réserve, comment l'autoformation favoriserait le maintien en emploi durable de travailleurs ayant un trouble mental grave.

ANNEXE A

PARCOURS FAVORISANT L'INSERTION SOCIALE ET
ÉCONOMIQUE

Parcours favorisant l'intégration sociale et économique



Activité de soutien psychosocial tout au long du parcours pour favoriser l'intégration sociale et économique →

Activité de soutien socioprofessionnel tout au long du cheminement pour soutenir l'intégration et le maintien en emploi →

Gouvernement du Québec, C. (2005). *Le Parcours pour favoriser l'intégration sociale et économique : pour un meilleur accès au travail*. pp. 26-27.

ANNEXE B

DISPOSITIFS DE FORMATION CONTINUE SELON
D'ORTUN (2011) ET TREMBLAY (2003)

Dispositifs de formation continue selon D'Ortun (2011) et Tremblay (2003)

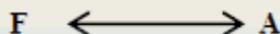
Information

Message, nouvelle, renseignements que l'on communique à une personne pour la mettre au courant d'un événement, lui rendre intelligible une situation complexe ou lui permettre d'agir. La personne peut réagir ou non à la situation nouvelle créée par le message. Ici le formateur transmet un contenu à l'apprenant de manière unidirectionnelle.



Formation

(Formare : donner une forme). Ensemble des activités ou moyens didactiques utilisés en vue d'acquérir les savoirs nécessaires à l'exercice d'une tâche ou d'un emploi. La relation d'apprentissage entre le formateur et l'apprenant est bidirectionnelle (du formateur à l'apprenant et de l'apprenant au formateur).



Autoformation

Situation pendant laquelle l'individu est responsable de l'une ou l'autre dimension d'une activité de formation : contenu, objectif, démarche, ressources, rythme. La relation entre le formateur et l'apprenant est multi-directionnelle (du formateur à l'apprenant, de l'apprenant au formateur et de l'apprenant à lui-même).



Autodidaxie

(didaskhein : enseigner et autos : soi-même = qui s'enseigne à lui-même). Situation d'apprentissage au cours de laquelle l'apprenant est responsable de toutes les dimensions de son activité éducative ou de formation.



D'après Tremblay (2003, p. 264, Tableau 35 Quatre situations éducatives).

F = formateur, A = apprenant.

Source : D'Ortun, F. (2011). *Les compétences acquises par l'autoformation : relevé des pratiques et des tractations travailleurs-employeurs en vue de leur reconnaissance*. Gatineau: Université du Québec en Outaouais., p.28.

ANNEXE C

QUESTIONNAIRE SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE ET QUESTIONS
PRÉVUES POUR LES ENTRETIENS

A- Données sociodémographiques

1- Date de naissance : _____

2- État civil : _____

3- Langues : _____

4- Scolarité : _____

5- Diagnostics auto rapportés :

- a. Schizophrénie
- b. Dépression majeure
- c. Maladie affective bipolaire
- d. Trouble de la personnalité
- e. Dépendance aux substances

6- Autres problèmes (Diabète, maladies du cœur, douleurs, etc.) :

7- Médicaments :

8- Emploi en cours : _____

a. Depuis quand? _____

b. Périodes d'absences? _____

c. Nombre d'heures semaines? _____

d. Voyagement entre la maison et le travail? _____

e. Importance accordée au travail? peu - 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 - beaucoup

f. Collègues? _____

B- Entretiens avec les travailleurs (en solo ou groupes de 2 ou 3)

Entretien no 1

Thèmes abordés et questions associées :

- a. Présentations, but de la recherche, questions, signature du consentement**
- b. Emplois antérieurs et actuels (atelier A : La ligne du temps de l'emploi)**
 - Parle-moi de tes expériences de travail (utiliser le CV ou de la ligne du temps)
 - Quels sont les moments les plus importants de ta carrière ?
 - Y a-t-il eu des périodes sans travail ?
 - Combien d'emplois occupes-tu présentement ?
- c. Conception de l'apprentissage (atelier B : Pour moi apprendre c'est...)**
 - Pour toi apprendre ça veut dire quoi au juste ?
 - Partage d'un exemple
- d. L'art de garder l'équilibre mental au travail (atelier C : Mes défis, mon coffre à outils)**
 - Comment gères-tu le stress et les autres symptômes au travail ?
 - Quel est ton défi le plus important ?
 - Quels trucs, moyens, stratégies utilises-tu pour y faire face ?
 - D'où vient cette idée, qu'est-ce qui t'a inspiré à faire cela ?

Entretien no 2

Thèmes abordés et questions associées :

a. Rappel du but de la recherche

b. Apprendre à gérer mes symptômes : avec qui ? (atelier D : L'écocarte)

- Qui t'aide ou t'a aidé pour apprendre à gérer tes symptômes ?
 - Parle-moi de cette personne ?
 - Que faites-vous ensemble ?
- Est-ce que tu préfères apprendre seul-e ?

c. Apprendre à gérer mes symptômes : avec quoi ? (atelier E : La place de la lecture et de l'écriture dans ma vie)

- Qu'est-ce que tu lis (as lu) quand tu apprends (a appris) à gérer tes symptômes ? (mode appropriation)
- Qu'est-ce que tu écris (as écrit) quand tu apprends (a appris) à gérer tes symptômes ? (mode production)
- Comment utilises-tu ces objets-lus/écrits pour apprendre à gérer tes symptômes ? (usages sociaux des écrits)

Entretien no 3

Thèmes abordés et questions associées :

a. Rappel du but de la recherche

b. Apprendre à gérer mes symptômes : où ? (atelier F : Les lieux utiles pour apprendre)

- Parle-moi des lieux où tu apprécies être lorsque tu apprends (a appris) à gérer tes symptômes ?
 - Que peux-tu me dire au sujet de ces endroits ?
 - Comment ces lieux t'aident pour apprendre à gérer tes symptômes ?
- Qu'as-tu à me dire au sujet des lieux qui nuisent à ton apprentissage ?

c. Apprendre à gérer mes symptômes : quand ? (atelier G : Les moments gagnants pour apprendre)

- Parle-moi des meilleurs moments (de ta vie, de l'année, du mois, de la journée) pour apprendre à gérer tes symptômes ?
- Que peux-tu me dire de ces moments ?
- Qu'as-tu à me dire au sujet des moments qui nuisent à ton apprentissage ?

Échanges de validation

Chaque participant est invité à remettre une adresse courriel au chercheur. Il s'agit d'un moyen de communication pour faire les invitations aux rencontres. De plus, entre les rencontres, le chercheur fera un résumé de ce qu'il a compris des opinions exprimées par chaque participant. Un résumé est acheminé par courrier au travailleur ou il peut être révisé lors de la rencontre subséquente. Le but est de valider l'information colligée.

C- Entretien unique avec le facilitateur de l'apprentissage choisi

- a. Présentations, but de la recherche, questions, signature du consentement.**
- b. Emplois antérieurs et actuels de la personne avec un TMG**
 - Parle-moi des expériences de travail de la personne X
 - Quels sont les moments les plus importants de sa carrière ?
 - Y a-t-il eu des périodes sans travail ?
 - Combien d'emplois occupe-t-elle présentement ?
- c. Conception de l'apprentissage du facilitateur**
 - Pour toi, apprendre à gérer les symptômes de la maladie mentale au travail ça réfère à quoi au juste ? Partage d'un exemple.
- d. L'art de garder l'équilibre mental au travail selon le facilitateur**

- Comment la personne X gère-t-elle son stress et ses autres symptômes cliniques lorsqu'elle est au travail ?
- Quel est son défi le plus important ?
- Quels trucs, moyens, stratégies utilise-t-elle pour y faire face ?
- D'où viennent ces idées, qu'est-ce qui l'a inspirée à faire cela ?

e. Apprendre à gérer ses symptômes : avec qui ?

- Qui aide cette personne pour qu'elle apprenne à gérer ses symptômes ?
- Parle-moi de ces personnes et de ce qu'elles font ?
- Parle-moi de ce que vous faites ensemble pour qu'elle apprenne à gérer les symptômes de la maladie mentale au travail ?
- Est-ce que cette personne préfère apprendre seul-e ?

f. Apprendre à gérer ses symptômes : avec quoi ?

- Qu'est-ce que la personne lit (a lu) pour apprendre à gérer ses symptômes ? (mode appropriation)
- Qu'est-ce que la personne écrit (a écrit) pour apprendre à gérer ses symptômes ? (mode production)
- Comment utilises-tu des objets-lus/écrits avec cette personne pour qu'elle apprenne à gérer ses symptômes ? (usages sociaux des écrits)

g. Apprendre à gérer ses symptômes : où ?

- Parle-moi des lieux que la personne X apprécie pour apprendre à gérer ses symptômes ?
- Que peux-tu me dire au sujet de ces endroits ?
- Comment ces lieux l'aide-t-elle à apprendre ?
- Y a-t-il des lieux qui nuisent à son apprentissage ?

h. Apprendre à gérer ses symptômes : quand ?

- Parle-moi des moments (de sa vie, de l'année, du mois, de la journée) qui sont favorables à la personne X pour apprendre ?
- Que peux-tu me dire de ces moments ?
- Y a-t-il des moments qui nuisent à son apprentissage ?

D- Entretiens avec les informateurs-clés

Les entretiens avec les informateurs-clés permettent d'approfondir des enjeux d'actualité et des éléments abordés par les participants que le chercheur ne saisit pas bien. Par exemple, si les travailleurs réfèrent à un programme de subvention à l'emploi et qu'il n'est pas connu du chercheur, un entretien avec une personne qui connaît bien le programme permettra d'en saisir l'essentiel. Il s'agit donc tout au plus de 4 ou 5 entretiens avec des informateurs-clés de l'Outaouais qui permettront de mieux saisir le contexte sociopolitique, légal et administratif du maintien en emploi de personnes avec un trouble mental grave.

E- Séances d'observation participante auprès des travailleurs

Les séances d'observation participante peuvent se dérouler au domicile du travailleur, dans son milieu de travail, dans les transports entre la maison et le travail et dans tout autre espace public retenu par le travailleur (p. ex. organisme, café, quartier, pharmacie, etc.).

- J'aimerais que tu m'invites à découvrir une de tes innovations (truc, moyen, stratégie, etc.) pour gérer tes symptômes cliniques, celle de ton choix.
 - Est-ce que cela est possible ?
 - Quand ? Où ?
 - But : décrire un événement de littératie soutenant un apprentissage
- Observations semi-structurées le jour de la visite :
 - Identification de l'innovation visant à gérer les symptômes cliniques (réussite)
 - Motifs, objet d'apprentissage, moyens et finalités (but)
 - Description du processus d'apprentissage
 - Les lieux (espace physique)
 - Les personnes
 - Les objets écrits/lus
 - Le temps
 - Les événements

F- Stage d'immersion dans un organisme de soutien à l'emploi

Le stage a pour but d'acquérir une compréhension de l'intérieur des enjeux liés au maintien en emploi. Un organisme de soutien en emploi pour des travailleurs avec un TMG de l'Outaouais accueille le chercheur à raison de 2 demi-journées par semaine. Le chercheur est intégré à certaines activités de l'organisme et il apporte un coup de main à l'équipe en place. En échange, il bénéficie d'une exposition variée aux activités, aux employés et aux personnes qui reçoivent des services. Cette exposition à la réalité quotidienne du maintien en emploi nourrit la réflexion du chercheur en raffinant sa compréhension du processus d'apprentissage de la gestion des symptômes et du contexte financier, administratif, politique et culturel du maintien en emploi.

ANNEXE D

FORMULAIRES DE CONSENTEMENT DES PARTICIPANTS



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT (PARTICIPANTS TRAVAILLEURS)

Le maintien en emploi de travailleurs ayant un problème de santé mentale : étude du processus d'apprentissage-enseignement de l'autogestion des symptômes cliniques.

IDENTIFICATION

Chercheur responsable du projet : Étudiant, Dominique Therrien

Programme d'enseignement : Doctorat en éducation

Adresses courriel : therrien.dominique.2@courrier.uqam.ca ; dominique.therrien@uqo.ca

Téléphone : 819-661-6247

BUT GÉNÉRAL DU PROJET ET DIRECTION

Vous êtes invité(e) à prendre part à ce projet visant à comprendre l'expérience d'apprentissage de l'autogestion des symptômes cliniques de personnes adultes qui ont un problème de santé mentale et qui réussissent à se maintenir en emploi de façon durable (plus de 6 mois). Ce projet est réalisé dans le cadre d'une thèse doctorale sous la direction de Marc Corbière, professeur du département d'éducation et de pédagogie (carrièreologie) de la Faculté des sciences de l'éducation à l'UQÀM. Il peut être joint au (514) 987-3000 poste 5574 ou par courriel à l'adresse : corbiere.marc@uqam.ca. Mme Karine Collette, professeure au département des lettres et communication de l'Université de Sherbrooke est codirectrice et peut être jointe par courriel à l'adresse : Karine.Collette@Usherbrooke.ca.

PROCÉDURE(S) OU TÂCHES DEMANDÉES AU PARTICIPANT

1- Trois rencontres pour échanger sur le maintien au travail et la santé mentale

Participer à trois rencontres (individuelles ou petit groupe de 2 ou 3).

Les rencontres sont animées par l'étudiant (et un professionnel de recherche) pour susciter votre intérêt en faisant appel au jeu et à la créativité. Par exemple, on vous demande de choisir un objet qui permettra d'échanger sur ce qu'est « apprendre ». L'étudiant, Dominique, partagera aussi ses idées et vous posera des questions afin de bien comprendre vos idées.

Les idées et les expériences de vie que vous partagez sont mises en valeur et respectées.

Le but des rencontres est de connaître les moyens que vous avez développés pour gérer vos symptômes cliniques en cours d'emploi ou en lien avec votre emploi.

2- Les questions

Si vous le désirez, vous aurez l'occasion de parler :

- de vos expériences de travail passées et actuelles ;
- de ce que signifie pour vous apprendre ;
- des défis que vous devez relever pour gérer vos symptômes cliniques en cours d'emploi ;
- des moyens que vous avez développés pour gérer ces symptômes ;
- de préciser quels sont :
 - les gens qui vous appuient pour apprendre
 - les objets et les écrits que vous utilisez pour apprendre
 - les endroits où vous aimez être pour apprendre
 - les moments qui vous conviennent pour apprendre.

3- Faire le point entre les rencontres

Dominique vous fera parvenir par courrier ou vous remettra lors de la rencontre suivante un résumé de ce qu'il a compris de vos idées et de vos expériences. Vous serez invité(e) à confirmer s'il a bien compris. En cas d'erreur, des ajustements seront faits.

4- Un entretien avec une personne qui soutient votre apprentissage

Si vous avez choisi de vous entourer de personnes pour soutenir vos apprentissages en lien avec la gestion des symptômes cliniques, Dominique aimerait rencontrer l'une d'entre elles pour connaître ses idées sur le sujet.

Vous pourrez choisir une personne de confiance que vous estimez et qui vous a épaulée pour apprendre à gérer vos symptômes en cours d'emploi. Dominique rencontrera cette personne en votre présence si vous le désirez ou seul (au choix) pour échanger sur les questions énumérées au point 2.

5- La visite : partage d'une innovation permettant d'apprendre à gérer mes symptômes en cours d'emploi

Enfin, si vous le désirez, vous pourrez inviter l'étudiant à une rencontre, soit :

- à votre domicile
- dans un espace public
- dans votre milieu de travail

Le but de cette visite est de faire part à l'étudiant d'une innovation dont vous êtes fier(e) ; soit, un moyen, une stratégie, un objet, une personne, etc. qui vous a aidé à apprendre à gérer vos symptômes en cours d'emploi.

Le but est de permettre à l'étudiant d'avoir une compréhension plus complète de ce que vous lui avez dit pendant les rencontres. La visite permet de découvrir votre innovation. Si vous souhaitez parler de plusieurs de vos innovations, d'autres visites seront possibles.

Pour faciliter la recherche

Les entrevues et la visite sont enregistrées avec votre permission (audio seulement) afin de pouvoir transcrire les propos avec justesse sur un support informatique ne permettant pas de vous identifier.

Durée de chaque rencontre : environ 2 h.

Le lieu et l'heure des rencontres : la rencontre peut se dérouler dans un local tranquille (p. ex. à l'université ou dans un organisme de votre choix), en journée ou en soirée pendant la semaine ou le weekend.

Tout le projet se réalise à votre rythme entre janvier 2017 et décembre 2017. Suggestion : environ une activité par mois pendant 5 mois.

AVANTAGES et RISQUES

Votre participation contribuera à l'avancement des connaissances par une meilleure compréhension de l'autogestion des symptômes cliniques de la maladie mentale en cours d'emploi. Il n'y a pas de risque d'inconfort important associé à votre participation à cette rencontre. Vous devez cependant prendre conscience que certaines questions pourraient raviver des émotions désagréables liées à une expérience que vous avez peut-être mal vécue. Vous demeurez libre de ne pas répondre à une question que vous estimez embarrassante sans avoir à vous justifier. Une ressource d'aide appropriée pourra vous être proposée si vous souhaitez discuter de votre situation. Il est de la responsabilité du chercheur de suspendre ou de mettre fin à l'entrevue s'il estime que votre bien-être est menacé.

ANONYMAT ET CONFIDENTIALITÉ

Il est entendu que les renseignements recueillis lors de l'entrevue sont confidentiels et que seuls, le responsable du projet et ses directeurs de recherche, Marc Corbière et Karine Collette, de même qu'un professionnel de recherche auront accès à votre enregistrement et

au contenu de sa transcription. Le matériel de recherche (enregistrement numérique et transcription) ainsi que votre formulaire de consentement seront conservés séparément sous clé par le responsable du projet pour la durée totale du projet. Les enregistrements ainsi que les formulaires de consentement seront détruits 5 ans après les dernières publications.

PARTICIPATION VOLONTAIRE

Votre participation à ce projet est volontaire. Cela signifie que vous acceptez de participer au projet sans aucune contrainte ou pression extérieure, et que par ailleurs vous être libre de mettre fin à votre participation en tout temps au cours de cette recherche. Dans ce cas les renseignements vous concernant seront détruits. Votre accord à participer implique également que vous acceptez que le responsable du projet puisse utiliser aux fins de la présente recherche (articles, mémoire, essai ou thèse, conférences et communications scientifiques) les renseignements recueillis à la condition qu'aucune information permettant de vous identifier ne soit divulguée publiquement à moins d'un consentement explicite de votre part.

COMPENSATION FINANCIÈRE

Votre participation à ce projet est offerte gratuitement. Toutefois, 20 \$ vous sera remis pour les déplacements que vous devez effectuer pour les rencontres, pour un maximum de 100 \$ par participant. Des rafraichissements, café et des bouchées seront offertes lors des rencontres lorsque cela est possible. Un résumé des résultats de recherche vous sera transmis au terme du projet.

DES QUESTIONS SUR LE PROJET OU SUR VOS DROITS?

Vous pouvez contacter le responsable du projet au numéro (514) 987-3000 # 5574 pour des questions additionnelles sur le projet. Vous pouvez également discuter avec le directeur de recherche des conditions dans lesquelles se déroule votre participation et de vos droits en tant que participant de recherche.

Le projet auquel vous allez participer a été approuvé au plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains. Pour toute question ne pouvant être adressée au directeur de recherche ou pour formuler une plainte ou des commentaires, vous pouvez contacter le Président du Comité d'éthique de la recherche pour étudiants (CÉRPÉ), par l'intermédiaire de son secrétariat au numéro (514)-987-3000 # 1646 ou par courriel à : savard.josee@uqam.ca

REMERCIEMENTS

Votre collaboration est importante à la réalisation de ce projet et nous tenons à vous en remercier.

SIGNATURES :Travailleur :

Je reconnais avoir lu le présent formulaire de consentement et consens volontairement à participer à ce projet de recherche. Je reconnais aussi que le responsable du projet a répondu à mes questions de manière satisfaisante et que j'ai disposé suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer. Je comprends que ma participation à cette recherche est totalement volontaire et que je peux y mettre fin en tout temps, sans pénalité d'aucune forme, ni justification à donner. Il me suffit d'en informer le responsable du projet.

Signature du participant :

Date :

Nom (lettres moulées) et coordonnées :

Étudiant :

Je déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques du projet et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées.

Signature du responsable du projet :

Date :

Nom (lettres moulées) et coordonnées :

Un exemplaire du formulaire d'information et de consentement signé doit être remis au participant.



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT (FACILITATEURS ET
INFORMATEURS-CLÉS)

Le maintien en emploi de travailleurs ayant un problème de santé mentale : étude du processus d'apprentissage-enseignement de l'autogestion des symptômes cliniques.

IDENTIFICATION

Chercheur responsable du projet : Étudiant, Dominique Therrien

Programme d'enseignement : Doctorat en éducation

Adresses courriel : therrien.dominique.2@courrier.uqam.ca ; dominique.therrien@uqo.ca

Téléphone : 819-661-6247

BUT GÉNÉRAL DU PROJET ET DIRECTION

Vous êtes invité(e) à prendre part à ce projet visant à comprendre l'expérience d'apprentissage de l'autogestion des symptômes cliniques de personnes adultes qui ont un problème de santé mentale et qui réussissent à se maintenir en emploi de façon durable (plus de 6 mois). Ce projet est réalisé dans le cadre d'une thèse doctorale sous la direction de Marc Corbière, professeur du département d'éducation et de pédagogie (carrièreologie) de la Faculté des sciences de l'éducation à l'UQÀM. Il peut être joint au (514) 987-3000 poste 5574 ou par courriel à l'adresse : corbiere.marc@uqam.ca. Mme Karine Collette, professeure au département des lettres et communication de l'Université de Sherbrooke est codirectrice et peut être jointe par courriel à l'adresse : Karine.Collette@Usherbrooke.ca.

PROCÉDURE(S) OU TÂCHES DEMANDÉES AU PARTICIPANT

Facilitateurs

- 1- Une rencontre pour échanger sur le maintien au travail et la santé mentale

Vous avez été désigné comme une personne importante pour soutenir l'apprentissage chez du travailleur qui participe à la recherche en cours. Le but de cette rencontre est de connaître le soutien que vous offrez au travailleur. Nous nous intéressons aux moyens que les travailleurs ont développés pour gérer leurs symptômes cliniques en cours d'emploi ou en lien avec leur emploi.

Voici ce qui a été dit au travailleur : « Vous pourrez choisir une personne de confiance que vous estimez et qui vous a épaulée pour apprendre à gérer vos symptômes en cours d'emploi. Dominique rencontrera cette personne en votre présence si vous le désirez ou seul (au choix) pour échanger sur les questions énumérées au point 2 ».

2- Les questions

Si vous le désirez, vous aurez l'occasion de parler :

- des expériences de travail passées et actuelles du travailleur;
- de ce que signifie pour vous apprendre ;
- des défis que le travailleur doit relever pour gérer ses symptômes cliniques en cours d'emploi ;
- des moyens développés par le travailleur pour gérer ces symptômes ;
- de préciser quels sont :
 - les gens qui appuient le travailleur pour apprendre
 - les objets-écrits que vous utilisez pour soutenir l'apprentissage du travailleur
 - les endroits où vous aimez être pour soutenir l'apprentissage du travailleur
 - les moments choisis pour soutenir l'apprentissage.

Informateurs-clés

1- Une rencontre pour échanger sur le maintien au travail et la santé mentale dans le contexte de l'Outaouais.

Le but des entretiens complémentaires est pour l'étudiant de se familiariser avec le fonctionnement et les divers enjeux entourant la question du maintien en emploi de travailleurs ayant un problème de santé mentale ou le soutien à l'apprentissage de la gestion des symptômes de la maladie mentale en cours d'emploi.

Pour faciliter la recherche

L'entrevue est enregistrée avec votre permission (audio seulement) afin de pouvoir transcrire les propos avec justesse sur un support informatique ne permettant pas de vous identifier.

Durée de la rencontre : environ 2 h.

Le lieu et l'heure des rencontres : la rencontre peut se dérouler dans un local tranquille (p. ex. à l'université ou dans un organisme de votre choix), en journée ou en soirée pendant la semaine ou le weekend.

AVANTAGES et RISQUES

Votre participation contribuera à l'avancement des connaissances par une meilleure compréhension de l'autogestion des symptômes cliniques de la maladie mentale en cours d'emploi. Il n'y a pas de risque d'inconfort important associé à votre participation à cette rencontre. Vous devez cependant prendre conscience que certaines questions pourraient raviver des émotions désagréables liées à une expérience que vous avez peut-être mal vécue. Vous demeurez libre de ne pas répondre à une question que vous estimez embarrassante sans avoir à vous justifier. Une ressource d'aide appropriée pourra vous être proposée si vous souhaitez discuter de votre situation. Il est de la responsabilité du chercheur de suspendre ou de mettre fin à l'entrevue s'il estime que votre bien-être est menacé.

ANONYMAT ET CONFIDENTIALITÉ

Il est entendu que les renseignements recueillis lors de l'entrevue sont confidentiels et que seuls, le responsable du projet et ses directeurs de recherche, Marc Corbière et Karine Collette, de même qu'un professionnel de recherche auront accès à votre enregistrement et au contenu de sa transcription. Le matériel de recherche (enregistrement numérique et transcription) ainsi que votre formulaire de consentement seront conservés séparément sous clé par le responsable du projet pour la durée totale du projet. Les enregistrements ainsi que les formulaires de consentement seront détruits 5 ans après les dernières publications.

PARTICIPATION VOLONTAIRE

Votre participation à ce projet est volontaire. Cela signifie que vous acceptez de participer au projet sans aucune contrainte ou pression extérieure, et que par ailleurs vous êtes libre de mettre fin à votre participation en tout temps au cours de cette recherche. Dans ce cas les renseignements vous concernant seront détruits. Votre accord à participer implique également que vous acceptez que le responsable du projet puisse utiliser aux fins de la présente recherche (articles, mémoire, essai ou thèse, conférences et communications scientifiques) les renseignements recueillis à la condition qu'aucune information permettant de vous identifier ne soit divulguée publiquement à moins d'un consentement explicite de votre part.

COMPENSATION FINANCIÈRE

Votre participation à ce projet est offerte gratuitement. Toutefois, 20 \$ vous sera remis pour les déplacements que vous devez effectuer pour la rencontre le cas échéant. Des rafraîchissements, café et des bouchées seront offertes lors des rencontres lorsque cela est possible. Un résumé des résultats de recherche vous sera transmis au terme du projet.

DES QUESTIONS SUR LE PROJET OU SUR VOS DROITS?

Vous pouvez contacter le responsable du projet au numéro (514) 987-3000 # 5574 pour des questions additionnelles sur le projet. Vous pouvez également discuter avec le directeur de recherche des conditions dans lesquelles se déroule votre participation et de vos droits en tant que participant de recherche.

Le projet auquel vous allez participer a été approuvé au plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains. Pour toute question ne pouvant être adressée au directeur de recherche ou pour formuler une plainte ou des commentaires, vous pouvez contacter le Président du Comité d'éthique de la recherche pour étudiants (CÉRPÉ), par l'intermédiaire de son secrétariat au numéro (514)-987-3000 # 1646 ou par courriel à : savard.josee@uqam.ca

REMERCIEMENTS

Votre collaboration est importante à la réalisation de ce projet et nous tenons à vous en remercier.

SIGNATURES :

Facilitateur ou informateur-clé :

Je reconnais avoir lu le présent formulaire de consentement et consens volontairement à participer à ce projet de recherche. Je reconnais aussi que le responsable du projet a répondu à mes questions de manière satisfaisante et que j'ai disposé suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer. Je comprends que ma participation à cette recherche est totalement volontaire et que je peux y mettre fin en tout temps, sans pénalité d'aucune forme, ni justification à donner. Il me suffit d'en informer le responsable du projet.

Signature :

Date :

Nom (lettres moulées) et coordonnées :

Étudiant :

Je déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques du projet et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées.

Signature :

Date :

Nom (lettres moulées) et coordonnées :

Un exemplaire du formulaire d'information et de consentement signé doit être remis au participant.

ANNEXE E

AUTORISATIONS ÉTHIQUES

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE 3: sciences et sciences de l'éducation) a examiné le projet de recherche suivant et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (Janvier 2016) de l'UQAM.

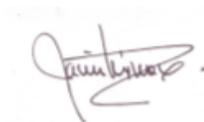
Titre du projet:	LE MAINTIEN EN EMPLOI DE TRAVAILLEURS AYANT UN TROUBLE MENTAL GRAVE : ÉTUDE DU PROCESSUS D'APPRENTISSAGE-ENSEIGNEMENT DE L'AUTOGESTION DES SYMPTÔMES CLINIQUES
Nom de l'étudiant:	Dominique THERRIEN
Programme d'études:	Doctorat en éducation
Direction de recherche:	Marc CORBIERE
Codirection:	Karine COLLETTE

Modalités d'application

Toute modification au protocole de recherche en cours de même que tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité de la recherche doivent être communiqués rapidement au comité.

La suspension ou la cessation du protocole, temporaire ou définitive, doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat est valide pour une durée d'un an à partir de la date d'émission. Au terme de ce délai, un rapport d'avancement de projet doit être soumis au comité, en guise de rapport final si le projet est réalisé en moins d'un an, et en guise de rapport annuel pour le projet se poursuivant sur plus d'une année. Dans ce dernier cas, le rapport annuel permettra au comité de se prononcer sur le renouvellement du certificat d'approbation éthique.



Jacinthe Giroux

Professeure
 Présidente du CERPE 3



Case postale 1250, succursale HULL
Gatineau (Québec) J8X 3X7
www.uqo.ca

Notre référence: 2643

Le Comité d'éthique de la recherche a examiné le projet de recherche intitulé :

Projet: LE MAINTIEN EN EMPLOI DE TRAVAILLEURS AYANT UN TROUBLE MENTAL GRAVE : ÉTUDE DU PROCESSUS D'APPRENTISSAGE-ENSEIGNEMENT DE L'AUTOGESTION DES SYMPTÔMES CLINIQUES.

Soumis par: Dominique Therrien
Professeur
Département de sciences infirmières
Université du Québec en Outaouais

Financement: Ministère de l'éducation et de l'enseignement supérieur-Universités gérée par OIIQ.

Le Comité a conclu que la recherche proposée respecte les principes directeurs de la Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec en Outaouais.

Ce certificat est valable jusqu'au: 17 mars 2018

Le président du Comité d'éthique de la recherche
André Durivage

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'André Durivage', written in a cursive style with a large loop at the end.

Date d'émission: 17 mars 2017

AVIS FINAL DE CONFORMITÉ

Titre du projet:	LE MAINTIEN EN EMPLOI DE TRAVAILLEURS AYANT UN TROUBLE MENTAL GRAVE : ÉTUDE DU PROCESSUS D'APPRENTISSAGE-ENSEIGNEMENT DE L'AUTOGESTION DES SYMPTÔMES CLINIQUES
Nom de l'étudiant:	Dominique THERRIEN
Programme d'études:	Doctorat en éducation
Direction de recherche:	Marc CORBIERE

Objet : Fin du projet

Bonjour,

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE plurifacultaire) a bien reçu votre rapport éthique final et vous en remercie. Ce rapport répond de manière satisfaisante aux attentes du comité.

Merci de bien vouloir inclure une copie du présent document et de votre certificat d'approbation éthique en annexe de votre travail de recherche.

Les membres du CERPE plurifacultaire vous félicitent pour la réalisation de votre recherche et vous offrent leurs meilleurs vœux pour la suite de vos activités.

Cordialement,



Raoul Graf
Président du CERPE plurifacultaire
Professeur, Département de marketing

ANNEXE F

ÉCHANTILLON DE LA 1^{IÈRE} ANALYSE

Éléments pertinents du contexte ↓	Cas	Naissance	Emplois	Maintien en emploi	Parcours scolaire	Parcours travail
Datation des faits						2008
Historique études-emplois	A	1987	1- adjointe administrative 2- pair-aidante	emploi 1 : 9 ans emploi 2 : - 1 an	Secondaire 3 et DEP secrétariat et infographie	Début de l'emploi-1
Historique Symptômes + Intensité (voir ci-dessous 1 à 5)					Anxiété légère ou modérée	
5 - élevé						
4 - moyen						
3 - moyen						
2 - faible						
1 - faible						
Description des symptômes cliniques					Anxiété, manque de confiance en soi, crainte de ne pas être à la hauteur	Ça va quand même assez bien.

2009	2010	2011	2012	2013	2014
			Vacances - fin juin? (2 semaines) Arrêt de travail - juillet (4 mois) Retour progressif - novembre (3 mois)		
	Début des rituels de vérification au travail, peur de faire des erreurs	Augmentation des rituels de vérification au travail, peur de faire des erreurs	Pic des symptômes en juin 2012; TOC, anxiété sociale, sommeil perturbé, agoraphobie. Crises d'anxiété qui paralysent, peur de sortir, temps important consacré aux rituels de vérification. Ça prenait l'ampleur de toute ma vie (2 h pour quelque chose qui prend 20 min. habituellement). Accompagné d'une détresse psychologique.		
	Transition en cours d'année. Début des perturbations du sommeil. Reconnaît avoir des symptômes qui s'installent progressivement.	Présence de compulsions, vérifier si elle a bien fait. Trouve que cela nuit à sa productivité. Devient en quelque sorte irritant (expression d'une limite).	Période où elle apprend son diagnostic (TOC), survient lorsqu'elle est déjà en emploi. Présence de rituels de vérification (ex. petite caisse, départ en fin de journée - lien avec le besoin de parler avec le patron au cours de cette période?). Tout ce qui est en lien avec le monétaire génère de l'anxiété en lien avec la crainte de faire une erreur (ex. dépôt de chèques). De même pour les remplacements (peur que les syndiqués reviennent contre elle si elle fait une erreur). En parle comme des peurs et des défis qu'elle a surmonter. Croit qu'elle doit retourner au travail, car si elle attend d'être à 100%, cela n'arrivera peut-être jamais. Au retour du congé de maladie, c'est l'anxiété (la peur) de faire des erreurs qui prédomine.		

Historique services professionnels								
Omnipraticien, Médicaments (Rx) Taux d'observance								
Historique Psychothérapie (médiateur de l'apprentissage en milieu de santé)								
Frontières du processus, début et fin du cas							De 2008 à 2017, période qui couvre l'emploi actuel, incluant l'ap	
Découpage en séquences							Phase 1- Prendre conscience de ses symptômes. Apprentissage des fonctions liées au travail, installation progressive des symptômes du TOC et évitement des situations anxiogènes au travail.	
Moments de concentration des changements								

		Rx : anxiété et sommeil ; effets secondaires : prendre plus de temps pour se réveiller le matin. RV peu après avoir vu le psychologue. Pharmacien remet les documents écrits sur les effets secondaires.		
		En juin jusqu'à octobre (régulier) puis ponctuel par la suite jusqu'en 2014. Commence à rencontrer le psychologue avant l'arrêt de travail; Tx : TCC anxiété; vu régulièrement de juillet à octobre et ponctuellement par la suite. Voit psychologue avant le médecin.		
apparition progressive des symptômes, l'épisode d'exacerbation de la maladie, la thérapie, le début de la prise de médication et la création d'un réseau social d'entraide de				
		Séquence 2- Expérimenter la gestion des symptômes et mettre en place un réseau de soutien. Exacerbation de la maladie, congé de maladie, adoption de mesures thérapeutiques (TCC et Rx) et décision de créer son propre réseau social d'entraide.		
Les subtils changements en soi : prendre conscience de ses symptômes.		Le changement malgré soi : apprendre à gérer sa maladie et à retrouver l'équilibre.	Le changement volontaire : apprendre en relevant des défis au travail et dans la vie.	
		Mécanisme : Exacerbation de la maladie		

		Observance 100%
<p>de même que l'intégration à un 2e emploi.</p>		
<p>Séquence 3- Faire face à ses peurs. Présence résiduelle de symptômes et décision d'agir en relevant des défis au quotidien pour surmonter ses peurs.</p>	<p>Séquences 4- Partager son expérience. Diversification du rôle professionnel et goût de partager son expérience personnelle et professionnelle. Gestion habile des symptômes à l'aide des stratégies développées antérieurement au cours d'activités de travail.</p>	
	<p>Le changement de valeur : le goût de transmettre/de partager son expérience de rétablissement</p>	
	<p>Mécanisme : avoir le goût de partager son expérience</p>	

ANNEXE G

SYNTHÈSE DE LA 2^{IÈME} ANALYSE

**Synthèse de l'analyse sur l'apport des objets de littératie à l'apprentissage de
rituels de conciliation travail-santé**

Par Dominique Therrien – avril-mai 2019

Table des matières

Introduction.....	196
Référents théoriques.....	196
Exemplification de l'analyse proposée.....	199
Résultats.....	202
Objets de littératie répertoriés.....	202
Synthèse des huit dimensions de l'analyse de rituels.....	202
Les médiateurs sollicités en cours d'autoformation.....	211
Les objets de littératie et leur potentiel mimétique.....	212
Modélisation du processus d'autoformation de la gestion des symptômes cliniques.....	213
Conclusion.....	215
Appendice A.....	216
Appendice B.....	220
Appendice C.....	225
Appendice D.....	230
Appendice E.....	235

Introduction

L'analyse de 15 objets de littératie (artefacts) utiles à l'apprentissage et à la mise en œuvre de pratiques de gestion des symptômes cliniques a été réalisée à partir des référents théoriques de Wulf et al. (2013) au sujet des pratiques rituelles et de l'apprentissage culturel. Ces référents permettent d'aborder les pratiques individuelles en les associant aux normes et aux valeurs du groupe présent dans le milieu de travail. Cela nous semblait pertinent puisque les difficultés de maintien en emploi liées à des symptômes cliniques ont des conséquences principalement sur les relations interpersonnelles au travail; avec les collègues et les supérieurs immédiats.

Rappelons que la problématique a été étudiée sous l'angle de l'autoformation qui réfère davantage aux aspects autodidactes des situations d'apprentissage. L'attention particulière portée aux objets de littératie dans les pratiques rituelles a permis de repérer ce que le travailleur apprend en solo dans son intimité (autodidaxie), cela incluant bien entendu le soutien qu'il peut solliciter pour apprendre. Ce type d'analyse a été fait dans l'esprit des New Literacy Studies (NLS), une école de pensée associée aux approches théoriques sociomatérielles qui propose l'idée qu'un regard analytique puisse être posé sur les objets de littératie et leurs usages afin de comprendre le sens d'une pratique sociale. Ce choix a permis de faire l'analyse des pratiques liées à la gestion et à l'apprentissage des symptômes cliniques. Les sections qui suivent précisent les concepts, la procédure d'analyse et les résultats.

Référents théoriques de l'analyse

Les objets de littératie (OL), ont été abordés sous trois angles dans l'analyse : 1) l'OL proprement dit et ses usages, 2) l'OL au cœur d'une relation sociale; ce qui correspond à un événement de littératie selon les NLS et 3) le corps en tant qu'OL. Ce

dernier aspect, soit de considérer le corps comme objet de littératie, est une innovation analytique du point de vue des études issues des NLS. L'idée a été inspirée par la nature des données colligées et par le cadre de référence des rituels en tant que pratiques sociales de Wulf et al. (2015). Ces auteurs considèrent que l'apprentissage culturel se fait par « un corps en action normé » qui intègre progressivement des règles sociales (ex. milieu de travail) et personnelles (ex. valeurs personnelles, principes), entre autres par mimétisme. Comme ce corps en action performe en utilisant l'écriture, la parole, la chanson, la prière, etc., le choix de le considérer en tant qu'objet de littératie a été fait. Le *corps-objet de littératie* est porteur de mots, de significations, de codes surajoutés à sa réalité matérielle. Autrement dit, le corps en tant que substrat biologique porteur de significations culturelles devient au plan analytique un objet de littératie.

Précisons que Wulf et al. (2015) insistent sur l'aspect performatif du rituel : « On qualifie de performatif le caractère, étroitement lié au corps, de mise en scène et de théâtralisation de l'action, du langage et du comportement de l'homme [...] celui-ci procède d'un savoir pratique, partiellement accessible à l'analyse seulement » (p. 201). Considérer le rituel en tant que performance consiste à étudier les gestes d'un corps « porteur d'une empreinte sociale et culturelle, et le savoir pratique performatif qui est ancré en lui » (p. 203). Ce type d'apprentissage est dit culturel, parce qu'au cours des répétitions, des essais-erreurs et des entraînements, le travailleur incorpore/intègre plus ou moins consciemment des règles sociales et personnelles à sa praxis, c'est-à-dire à sa manière d'agir et de comprendre ses actions et celles des autres. Certains rituels ayant un caractère répétitif et journalier, comme les salutations d'usage, sont considérés comme des conventions sociales. Un exemple de convention tirée de la recherche en cours serait le fait de parler à autrui avec respect ou d'arriver au travail à l'heure. Le bris d'une convention (ex. être en retard, manquer de respect) crée une tension sociale dans le milieu de travail. À l'inverse, le respect de la convention apaise les tensions.

Bien entendu, une place est accordée à l'innovation dans les rituels – on ne reproduit pas une copie exacte – on innove, on crée. Des règles ou des schémas personnels propres au fonctionnement de l'individu sont ainsi mis en évidence lorsqu'on analyse les pratiques rituelles. Par exemple, chaque matin dans son rituel de préparation au travail, Annie (pseudonyme) prend le temps de se redire qu'elle ne doit pas réagir trop promptement en situation de stress et qu'elle se retirera momentanément si cela survient. Elle agit alors selon une règle personnelle, le choix de faire un retrait en situation de tension émotive, cette règle favorisant le maintien de meilleures relations interpersonnelles au travail. Un autre exemple, la prière qu'elle récite chaque matin n'est pas une prière standard apprise par cœur qu'elle ne fait que répéter, mais bien une prière qu'elle a rédigée elle-même et qui fait référence à sa capacité de résilience (entrevue D). En ce sens, le mimétisme n'est pas la reproduction d'une pratique observée répliquée à la perfection de manière contraignante mais bien une pratique corporelle qui fait place à l'innovation, à la créativité et au changement. C'est en ce sens que des motifs plus personnels s'expriment au sein des rituels considérés en tant que performances.

Pour récapituler disons que les travaux de Wulf et al. (2015) proposent que les rituels soient considérés en tant qu'actes performatifs; c'est-à-dire des pratiques corporelles normées, mises en scène à l'aide d'objets et en interaction avec des personnes dans un espace et un temps déterminés. Les actes performatifs ont un début et une fin et sont répétés avec des variantes selon les contextes. Les pratiques corporelles font place à l'innovation, intègrent des normes sociales et l'expression de schémas d'action plus personnels. Les dimensions de l'analyse présentées ci-dessous concordent avec ces référents théoriques.

L'analyse de chaque pratique rituelle a été l'occasion de s'interroger sur huit dimensions. 1) *L'espace*, dans cette étude, cela correspond au milieu de travail, au domicile et à l'espace public; 2) *la personne* en tant que « corps en action normé »; 3) *les médiateurs* de l'autoformation sollicités par le travailleur; 4) *la performance*

effectuée par le travailleur, soit les actions posées au cours du rituel; 5) *les objets de littératie*, ces objets qui comportent des écritures et véhiculent des significations de même que 6) *le potentiel mimétique des objets de littératie*; c'est-à-dire s'ils évoquent ou non un modèle duquel le travailleur s'inspire pour élaborer sa performance. L'intégration de standards normatifs au corps a aussi été considérée, l'analyse interrogeant à la fois les 7) *règles sociales* véhiculées dans le milieu de travail et les 8) *règles internes*, c'est-à-dire la mentalité ou certains schémas de fonctionnement propres au travailleur.

Exemplification de l'analyse proposée

Comment les objets de littératie contribuent-ils à l'apprentissage de la gestion des symptômes cliniques? Par exemple, un livre (*objet de littératie*) sera considéré important par le travailleur parce qu'il le qualifie de « meilleur professeur à vie ». Son contenu est jugé très pertinent par le travailleur pour les leçons qui y sont communiquées. Au-delà de son contenu, le livre aura aussi certains usages dans le rituel. Gardé sur la table de chevet dans la chambre depuis 30 ans, le livre rappelle au travailleur l'importance de son engagement à « dire les vraies choses de manière calme au supérieur immédiat et aux collègues » (entrevue C), ce qui facilite ses relations interpersonnelles au travail. Le livre et sa disposition dans la chambre sur la table de chevet agissent donc comme aide-mémoire d'une pratique sociale acquise (photo 1). Le livre devient un indice pour repérer les pratiques d'autoformation.

Photo 1 : livre sur table de chevet



L'analyse de *l'usage social* de ce livre permet aussi de mieux saisir l'apprentissage dans le cadre de relations entre le travailleur et son entourage. En effet, lors de moments de tension, le travailleur a appris à ne pas réagir sur le champ. Il prend plutôt son temps pour réfléchir à la situation au préalable. Cette pratique de gestion des symptômes cliniques acquise avec le temps reflète l'importance d'une norme dans les relations de travail, soit le respect d'autrui et le refus du harcèlement en milieu de travail. Or, en plus du fait que l'objet de littérature soit signifiant et ait le potentiel de révéler le sens des relations sociales; le corps humain qui parle, écrit, chante, transcrit, porte des signes et des symboles, et par extension produit de l'art et de la musique (d'autres formes de langages) peut être considéré à son tour comme objet de littérature. Par exemple, utiliser sa voix intérieure pour se parler et se rassurer fait du corps un objet de littérature « vivant ». En effet, des mots précis, dits d'une certaine manière, dans certaines occasions, deviennent des messages portés par le corps-objet de littérature qui ont un effet apaisant; une pratique apprise de manière autodidacte qui permet de gérer les symptômes cliniques d'anxiété. Ainsi, le travailleur a appris à dire à ses collègues : « Je vais réfléchir à tout cela et on s'en reparle » (entrevue C). Retenons que les huit dimensions du rituel présentées et l'exemple donné montrent

qu'il est possible de répertorier les pratiques sociales d'apprentissage et de gestion des symptômes cliniques à partir d'objets de littératie et d'en faire l'analyse en tant que pratiques rituelles.

Procédures d'analyse

Ainsi, 15 fiches d'analyse d'objets de littératie décrivant en détail huit dimensions (espace, personne, médiateurs, performance, objets de littératie, potentiel mimétique, règles sociales, règles internes) ont été préparées. Puis, chaque fiche a été associée à un rituel de conciliation travail-santé; soit le rituel de 1) préparation au travail, 2) d'assertivité, 3) de valorisation, 4) de réassurance ou 5) de transition travail-repos. De 2 à 5 objets de littératie ont permis d'analyser finement chaque rituel. Le contenu des quelques fiches regroupées sous un même rituel a été comparé, ce qui a permis de faire certains constats sur les pratiques de gestion des symptômes cliniques et leur apprentissage.

Résultats

Objets de littérature répertoriés

Au total, 15 objets de littérature différents ont été répertoriés, photographiés et analysés. Le tableau 1 en fait état. Deux objets de littérature (arts, cartes-fiches) ont été classés à plus d'un endroit.

Tableau 1 : Objets de littérature associés aux pratiques rituelles

Rituel de préparation au travail	Rituel d'assertivité	Rituel de valorisation	Rituel de réassurance	Rituel de transition travail-repos
-Courriels -Cartes-fiches -Prière et art -Devoir	-Livre -Feuillet d'infos sur le trouble de la personnalité pour la famille	-Ordre du jour, matériel d'animation -Art (œuvres) -Téléphone	-Liste de tâches -Contrat (travail) -Cartes-fiches -Textos (en crise) -Cahier (thérapie)	-Musique, journal personnel -Art (œuvres) -Sites Web de méditation guidée

Synthèse des huit dimensions de l'analyse des rituels

Huit dimensions des rituels de gestion des symptômes cliniques d'un trouble mental en contexte de travail ont été analysées et modélisées (espace, personne-performance-normes sociales, médiateurs, objets de littérature-potential mimétique). La réflexion analytique initiale ayant mené à cette synthèse est présentée dans les annexes A à E de ce document. Ces annexes ont été préparées à partir des tableaux comparatifs initialement élaborés (5); ces tableaux découlant eux-mêmes des fiches d'analyse (15) de l'usage des objets de littérature initialement préparées.

L'espace

Les rituels sont mis en œuvre/performés dans trois environnements : le domicile, le milieu de travail et l'espace public. *Le domicile* est pratiquement toujours impliqué dans la mise en œuvre des rituels soit pour se préparer le matin, se projeter dans la journée de travail à venir, se reposer le soir ou prendre du recul et réfléchir à ce qui s'est passé. *L'environnement au travail* est le lieu par excellence de mise à l'essai des rituels. Souvent ces derniers sont plus ou moins bien performés au départ. La réceptivité des milieux de travail pour soutenir le travailleur dans l'acquisition de cette performance varie aussi. *L'espace public* est sollicité par le travailleur surtout lors du voyage entre la maison et le lieu de travail ou lors des pauses afin de décompresser. Les rituels de gestion des symptômes cliniques sont ainsi performés dans trois espaces distincts ayant chacun leur fonction : 1) le domicile est un espace de réflexion pour prendre du recul, lire, écrire et solliciter des conseils; 2) le milieu de travail est un terrain pour performer et personnaliser les rituels; 3) l'espace public est une 'zone tampon' qui facilite l'alternance travail-repos.

Les normes sociales intégrées en cours d'autoformation

Les rituels sont associés à cinq normes sociales dont le respect est primordial pour bien fonctionner en milieu de travail. Le tableau 2 met en relation les rituels de conciliation travail-santé et les normes sociales répertoriées dans les milieux de travail.

Tableau 2 : Rituels et normes sociales associées

Rituels	Normes sociales (dans les milieux de travail)
Préparation au travail	Arriver au travail à l'heure et être fonctionnel
Assertivité	Respecter autrui et être non-violent (refus du harcèlement)
Valorisation	S'engager dans la réciprocité reportée (oser sortir de sa zone de confort pour contribuer à la société en retour de ce qui a été reçu)
Réassurance	Développer un seuil minimal de tolérance au stress et à l'incertitude
Transitions travail-repos	Contre la norme sociale de surinvestissement au travail

Les cinq normes sont : 1) arriver au travail à l'heure et être fonctionnel; 2) démontrer du respect envers les collègues et les supérieurs immédiats; 3) oser sortir de sa zone de confort et s'engager dans une forme de réciprocité reportée; la participation au travail est en effet une occasion de redonner à la communauté en retour de ce que le travailleur a reçu ou reçoit (ex. soins de santé, soutien financier); 4) démontrer un seuil minimal de tolérance au stress et à l'incertitude; et 5) être déterminé à contrer la norme sociale du surinvestissement au travail en intégrant l'alternance travail-repos-soins à son rythme de vie. Bien que respecter ces normes semble simple, les travailleurs qui expérimentent un TMG sont confrontés à des défis supplémentaires. Par exemple, arriver au travail à l'heure de façon régulière est tout un exploit lorsque le travailleur a mal dormi, que ses vêtements ne sont pas lavés parce qu'il a de la difficulté à planifier son horaire, qu'il ne mange pas le matin parce que la veille il a outre-mangé pour se punir et que la méfiance s'installe chez lui parce qu'il n'a pas pris ses antipsychotiques et qu'il se croit poursuivi (entrevue E).

Le travailleur, sa performance et le respect des normes sociales

Le tableau 3 indique les pratiques corporelles performées par le corps en action normé de cinq travailleurs ayant un TMG qui ont appris à mettre en œuvre et à personnaliser les rituels. Les pratiques corporelles ritualisées mènent les travailleurs vers l'inclusion sociale; ne pas les avoir apprises comporte un risque d'exclusion des milieux de travail.

Tableau 3 : Pratiques corporelles d'inclusion acquises pendant l'autoformation

5 rituels	Préparation au travail	Assertivité	Valorisation	Réassurance	Transitions travail-repos
Pratiques corporelles menant à l'exclusion	Être refermé sur soi, pris dans son monde intérieur	Éclater, être impulsif, en colère, conflit avec l'autorité	Retrait, isolement, auto stigmatisation	Insécurité, dissociation, anxiété élevée	Envahissement par le travail et absentéisme récurrent

Pratiques corporelles menant à l'inclusion	Prendre contact avec soi, l'autre, l'environnement	Dire ses idées et émotions à l'aide de mots	Se sentir reconnu, non-jugé, compris	Conscience intégrée, se sentir dans son corps	Alternance de périodes de productivité et de repos
---	--	---	--------------------------------------	---	--

Le rituel de préparation au travail est un double mouvement d'introspection-extériorisation comparable à la résilience, cette capacité à rebondir chaque matin avant d'aller travailler. Considérer sa douleur psychologique (introspection) et faire des efforts pour prendre contact avec les autres, l'environnement immédiat et parfois une force spirituelle (s'extérioriser), assure un état d'esprit et une disposition corporelle qui permettent au travailleur de performer pour affronter les défis de gestion des symptômes cliniques qui se présenteront au cours de la journée. Les travailleurs sont ainsi plus susceptibles d'être ponctuels au travail et bien disposés pour accomplir les tâches prévues. En l'absence du rituel, le corps est dissocié de la réalité, reste épris de douleurs psychologiques, demeure au lit sans motivation, s'isole. Le fait de se rendre au travail bien disposé réduit la présence des symptômes cliniques et favorise la confiance des collègues et des supérieurs immédiats.

Le rituel d'assertivité permet au corps d'exprimer par la parole, à un moment choisi et dans des circonstances appropriées les frustrations, les insatisfactions et la colère expérimentés au travail. Sinon, se taire, accumuler des frustrations ou exprimer indirectement de façon malicieuse ses émotions nuit à l'établissement de relations de travail authentiques. Perdre le contrôle, crier, insulter, harceler un collègue est contraire aux normes sociales de respect d'autrui et de non-violence. La mise en œuvre du rituel permet d'apprendre à réagir autrement lorsqu'on vit des émotions intenses au travail. Au lieu de perdre le contrôle, il s'agit de quitter temporairement la pièce ou de s'abstenir de quelque réaction (ne pas agir en primaire), analyser la situation seul ou en étant accompagné puis faire un retour en exprimant à la personne concernée ce qui est ressenti (agir en secondaire). Cette capacité à mettre en mots son insatisfaction plutôt qu'agir promptement de façon irritable et colérique en s'appuyant sur des perceptions incomplètes, voire biaisées, s'apparente au développement des capacités

de mentalisation. L'autoformation qui amène le travailleur à faire transiger ses émotions par le cortex cérébral, organe qui module les réactions de peur et de rejet, est un long apprentissage qui a permis aux travailleurs interrogés dans la recherche d'arriver progressivement à s'exprimer avec respect. L'absence d'intégration de cette norme amène le rejet, le retrait de certaines responsabilités, voire le congédiement.

Le rituel de valorisation est une occasion pour le corps de se conformer à un des universaux de la condition humaine, la réciprocité; une règle importante du fonctionnement en société. Au-delà des cultures, dans toutes les sociétés les individus et les groupes procèdent à des échanges de biens, de services ou de cadeaux entre eux. L'échange immédiat réfère à la réciprocité immédiate et l'échange avec un écart dans le temps réfère à la réciprocité reportée. Dans la présente recherche, le corps du travailleur après avoir reçu soins, soutien, argent, etc. pendant parfois plusieurs années peut remettre avec un décalage dans le temps les 'dons' reçus en contribuant à son tour à la société par son engagement dans un travail productif et rémunéré à la mesure de ses capacités. Une nouvelle identité alors est exprimée, l'identité de 'travailleur' prime alors sur l'identité de 'personne malade psychiatrique'; la stigmatisation sociale semble alors peser moins lourd sur les épaules du travailleur. Au lieu de focaliser sur la maladie et les incapacités, le travailleur mise alors sur le dépassement de soi, la créativité et la relation à l'autre. La transmission de son vécu expérientiel et de ses talents artistiques occupe alors une place importante.

Dans certains milieux de travail, pour justement remettre à la société, aux collègues et à aux proches, certains travailleurs deviendront pairs-aidants ou transmettront aux collègues des savoir-faire associés aux arts (ex. broderie, peinture, etc.) qu'ils maîtrisent bien. Ils expérimentent un grand sentiment d'accomplissement lorsqu'ils peuvent devenir à leur tour des 'aidants' plutôt que seulement être 'aidés'. Cette inversion des rôles est bien résumée par l'expression imagée d'un travailleur : « Je suis passé de l'autre côté du miroir, c'est tellement valorisant » (entrevue C) ou encore « J'ai arrêté de me préoccuper de l'anxiété et de ce qu'il faut faire pour gérer l'anxiété,

je me suis mise à faire simplement des choses qui me plaisent, que j'aime; par exemple parler du rétablissement, c'est important pour moi » (entrevue A).

Le *rituel de réassurance* est une occasion pour le corps de s'apaiser dans un moment de stress aigu qui souvent survient en lien avec une personne en position d'autorité. La voix intérieure est utilisée, celle d'un parent bienveillant qui rassure l'enfant en soi. La crainte de l'autorité peut mener les travailleurs à des états dissociatifs et, peut être due à des traumatismes antérieurs. Cette voix intérieure permet de s'autoapaiser et s'avère efficace. Le déclencheur de l'anxiété peut aussi être une nouvelle d'actualité vue à l'écran d'ordinateur au travail. La déstabilisation et l'anxiété élevée peuvent naître d'une manchette comme un potentiel de guerre nucléaire annoncé (ex. Corée-USA). Dans ces situations, la voix intérieure du travailleur vise à apaiser l'incertitude : « Je me rappelle alors que je n'ai pas de contrôle sur ce type d'événement, que je ne peux rien y faire et que de toute manière, il y a très peu de probabilités que cela survienne » (entrevue E). Ces apprentissages pour éduquer la voix intérieure dans des situations de paranoïa ont été faits au cours de psychothérapies antérieures et sont récupérés par les travailleurs pour gérer l'anxiété en milieu de travail.

L'anxiété peut aussi être expérimentée au regard des tâches, par exemple lorsqu'elles s'accumulent. C'est alors que l'écriture rend visible la tâche (ex. faire une liste), aide à la priorisation et permet la rencontre entre le travailleur et son supérieur immédiat afin, au cours d'un moment de validation, de faire entériner les priorités retenues et de recevoir une approbation. Cette validation rassure face à la peur de faire des erreurs graves et donne des repères précis qui réduisent considérablement l'anxiété des travailleurs. Ce réseau d'écoute active et de validation en milieu de travail doit être assumé par quelques personnes désignées qui ont une bonne compréhension des problématiques de santé mentale et des moyens d'intervenir pour rassurer les travailleurs.

Les moments d'anxiété aigüe sont aussi expérimentés à la maison à la suite d'événements survenus pendant la journée de travail. Le rituel de réassurance est alors performé auprès des services de crise téléphonique afin de bénéficier d'écoute active. Ce lien qui soutient et qui rattache à la vie dans un moment de désespoir est aussi initié à l'aide de messages texte (textos) si la personne n'obtient pas la ligne téléphonique rapidement. Les textos sont dirigés vers des personnes connues mais peu spécialisées en santé mentale; ils créent le même effet d'apaisement que de parler à quelqu'un. Toutefois, les textos se transmettent plus lentement et les émotions sont moins bien transmises qu'avec la parole plus rapide et en mesure d'exprimer sur le champ un éventail d'émotions. Le rituel de réassurance, lorsque performé à la maison implique un ensemble de services qui sont offerts dans la communauté.

Ces trois moyens d'apaiser l'anxiété expérimentée en milieu de travail, soit la voix intérieure qui rassure, l'écoute active en milieu de travail qui apaise et celle des services de crise dans la communauté sont des apports essentiels pour soutenir l'apprentissage et mettre en œuvre le rituel de réassurance. Ainsi, en bénéficiant d'un réseau d'écoute et d'une capacité d'autoapaisement, les travailleurs ont été en mesure de démontrer un degré accru de tolérance au stress et à l'incertitude. Comme ils ont eu accès à la psychothérapie et à de l'écoute active pendant plusieurs années, les travailleurs ont progressivement développé leur voix intérieure qui, maintenant et de plus en plus, leur permet de s'apaiser et de se rassurer par eux-mêmes.

Le rituel de transition travail-repos est une occasion pour le corps de décrocher complètement des moments de productivité associés au travail. Face aux tensions cumulées lors de l'activité de travail, le corps qui développe l'habitude de prendre contact avec son ressenti intérieur ou de faire le vide sera mieux disposé pour concilier travail et santé. Sans cette alternance, le corps qui n'arrête pas se fatigue, s'épuise. Le corps qui cesse l'activité productive plusieurs fois par jour pour se connecter à l'espace environnant, à son ressenti, à son souffle par l'art, la musique, la méditation ou d'autres manières, est mené volontairement à un état second au plan physiologique,

moment où le système nerveux autonome parasympathique prend le relai et favorise le repos physiologique. Les travailleurs interrogés ont su intégrer à leur routine de travail des pauses lors desquelles ils se retrouvent seuls ou en compagnie de collègues pour ‘décrocher’. Cette transition travail-repos se fait aussi en fin de journée au passage entre le travail et la maison. Les voyages ou les déplacements quotidiens accompagnés de musique, de chant, etc. permettent au corps de passer de la sphère socioprofessionnelle à la sphère privée.

Ici, il ne s’agit pas de respecter une norme sociale, mais bien de la contrer. Le surinvestissement et la survalorisation de la personne en tant que travailleur se doivent d’être contraints ou neutralisés par des pauses fréquentes prises en cours de journée et par cet art de savoir décrocher après la journée de travail. La tendance au surinvestissement dans le travail doit être contrebalancée par de fortes capacités d’autodétermination. Les travailleurs interrogés ont appris à baliser le nombre d’heures de travail par semaine qui leur convient, le nombre idéal d’heures de travail par jour et le meilleur moment de la journée pour effectuer ces heures (ex. lorsqu’il est plus reposé).

Dans un contexte où il y a pénurie d’employés, accélération du rythme de travail, compétition entre les entreprises au niveau mondial et discrédit des syndicats, lorsque les discours, les lois et les politiques gouvernementales sont axés sur l’importance du travail, l’optimisation, l’efficience et l’immigration sculptée par les besoins des entreprises, le travailleur reste alors avec une responsabilité difficile à assumer. Il devient le seul juge et maître du bon dosage, du bon rythme et du sens et de la place qu’il accorde au travail devant les innombrables possibilités qu’offre le marché du travail.

Tous les travailleurs interrogés ont dû par essai-erreur déterminer le nombre d’heure et l’horaire qui leur convient le mieux afin de respecter leur capacité au travail. Ils ne peuvent négliger les autres sphères de leur vie, particulièrement celle associée aux soins de santé. Est-ce possible d’occuper un poste à temps complet lorsqu’on a

plusieurs rendez-vous avec des professionnels et qu'on doit consacrer plusieurs heures à ses soins? S'il y a une norme de survalorisation du travail à contrebalancer pour éviter l'épuisement, les travailleurs qui ont un TMG doivent inclure dans cette équation le temps nécessaire à leurs soins de santé. Respecter ses besoins, s'affirmer et mettre de l'avant les pratiques qui conservent un équilibre travail-santé est une tâche ardue dans un contexte socioprofessionnel qui prône l'importance du travail à outrance et qui fait même de notre rôle professionnel un référent identitaire : « Je suis un comptable, un professeur, un employé de la ville, etc. » C'est en ce sens que les capacités d'autodétermination du travailleur doivent être bien développées pour contrer la norme de la survalorisation du travail par une capacité à alterner travail-repos-soins de santé.

En résumé, le corps en action normé en cours d'autoformation acquiert progressivement : 1) une plus grande résilience, qui permet au travailleur de répondre à la norme sociale d'être à l'heure et fonctionnel lorsqu'il se présente au travail; 2) une capacité accrue à mentaliser qui permet au travailleur de répondre à la norme sociale de respecter autrui et d'être non-violent envers ses collègues; 3) une disposition à sortir de sa zone de confort qui permet au travailleur de contribuer à son tour à la société; l'engagement dans un travail rémunéré étant une façon pour le travailleur de répondre à la norme sociale de la réciprocité reportée; 4) une capacité à s'autoapaiser par sa voix intérieure ou par l'écriture réflexive qui permet au travailleur de répondre à la norme sociale d'avoir un seuil minimal de tolérance au stress et à l'incertitude; et enfin, 5) une capacité d'autodétermination à l'égard du rythme des activités productives qui permet au travailleur de contrer la norme sociale du surinvestissement au travail.

Les médiateurs sollicités en cours d'autoformation

Les médiateurs de l'autoformation sont sollicités par le travailleur au cours des rituels même si l'activité d'apprentissage est conçue comme étant autodidacte. *Rituel de préparation au travail* : l'autre familial (ex. famille) est sollicité par le travailleur comme source de motivation; cette relation lui permet de se mettre en contact avec l'entourage, de s'éveiller et d'être disposé pour la journée de travail. La personne à qui le travailleur rend service dans le cadre de ses fonctions devient une raison qui donne un sens au travail. La force que le travailleur prie favorise la résilience et donne un sens à sa vie. Ainsi, l'autre familial, aidé, prié, instille l'espoir et motive le travailleur. *Rituel d'assertivité* : le médiateur a été sollicité par les travailleurs pour obtenir des conseils. Il doit être jugé crédible et sa présence peut être virtuelle (ex. via un document écrit trouvé sur le Web). Les psychologues 'virtuels' qui ont écrit le livre sur l'agressivité créatrice ou la brochure sur comment aborder les situations conflictuelles de manière constructive lorsqu'un proche a un trouble de la personnalité limite sont des professionnels indirectement sollicités afin que le travailleur puisse établir des liens moins conflictuels avec leurs collègues de travail. *Rituel de valorisation* : le médiateur est un miroir qui confirme l'identité de travailleur, son talent professionnel et ses qualités artistiques, ce qui permet au travailleur de se sentir apprécié tout en contribuant à la société par sa force de travail et ses aptitudes artistiques. *Rituel de réassurance* : au regard des tâches, le supérieur immédiat vient valider les priorités et énoncer des attentes claires; ce qui diminue l'anxiété. Au regard de l'autorité, le travailleur sollicite des supérieurs immédiats compréhensifs, sans préjugés et sensibles aux particularités causées par l'anxiété en milieu de travail; ensemble, ils mettront en place des points de repères rassurants tant pour le travailleur que pour l'organisation. *Le rituel de transition travail-repos*. Les collègues de travail sont sollicités pour la pratique d'activités informelles (ex. sortir ensemble, parler et blaguer en tricottant). Des moments de solitude permettent d'écouter de la musique

qui évoque des moments en groupe agréables et réconfortants (ex. participation à un festival, un concert). L'écoute d'une voix qui porte à la détente (ex. méditation guidée) favorise aussi le calme. Ce rapport à la musique ou l'écoute d'une voix rassurante favorisent l'alternance travail-repos.

Les objets de littératie et leur potentiel mimétique

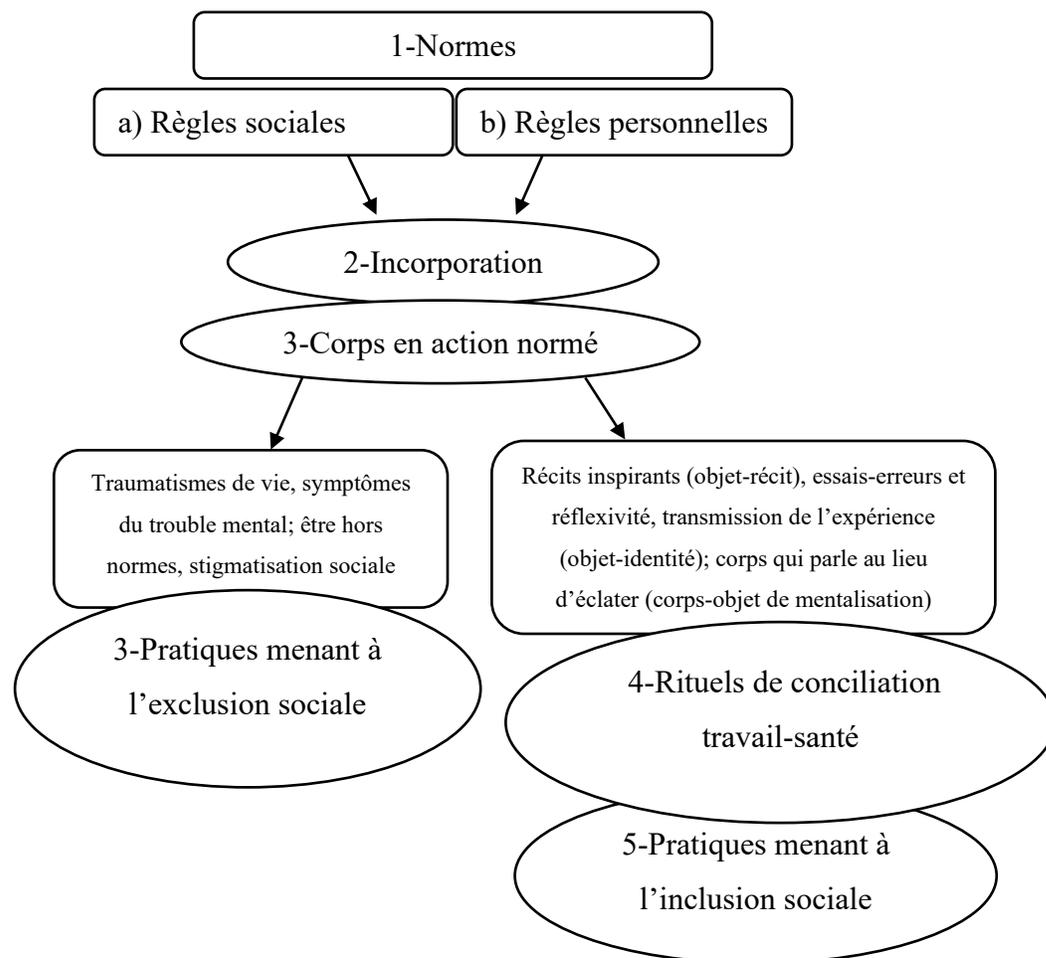
L'analyse des objets de littératie nous indique qu'ils constituent : 1) des *objets-récits*, soit un répertoire d'histoires inspirantes permettant d'élaborer des manières personnalisées de gérer ses symptômes cliniques; 2) *des objets-identitaires*, qui reflètent un changement de rôle. Du travailleur 'malade' on passe au travailleur 'qui transmet son expertise'; 3) *des objets-de mentalisation*, c'est-à-dire la preuve d'une capacité accrue du corps à verbaliser ses émotions plutôt que de les exprimer à l'aide de gestes destructifs ou de paroles blessantes. Les *objets de littératie* constituent des répertoires de récits qui inspirent le travailleur à mettre en actes de nouvelles manières d'être (identité, rôles) et d'agir qui favorisent l'inclusion sociale plutôt que l'exclusion. Les objets en tant qu'*événements de littératie* s'inscrivent au cœur de relations sociales caractérisées par la mise en place d'une nouvelle identité professionnelle associée à un rôle d'aidant plutôt qu'à un rôle d'aidé. Le *corps-objet de littératie* renvoie quant à lui au développement progressif d'une capacité à mentaliser, c'est-à-dire à exprimer des états intérieurs par des mots plutôt que par des actions impulsives. Répertoire d'histoires inspirantes, identité professionnelle associée à la transmission de l'expérience et capacité de mentalisation accrue, voilà trois caractéristiques associées à l'autoformation révélés par l'analyse proposée des objets de littératie et de leurs usages.

Le potentiel mimétique des objets de littératie varie selon les rituels. Le potentiel mimétique est le modèle prégnant qui émerge à la conscience du travailleur lorsqu'il entre en contact avec l'objet; ici, l'objet de littératie. Ces modèles, qu'ils soient à imiter ou à éviter, inspireront le travailleur dans l'élaboration et la personnalisation des rituels de conciliation travail-santé. Dans le *rituel de préparation au travail* : les souvenirs et les rappels associés à la famille dysfonctionnelle, à l'amitié sans préjugés et à l'art sont des sources d'inspiration importantes. Dans le *rituel d'assertivité* : les livres servent de répertoire d'histoires/récits pour inspirer de nouvelles manières d'être, d'agir et de penser. Dans le *rituel de valorisation* : le groupe thérapie ou les collègues de travail sont des sources d'inspiration vivantes. Les gestes observés et les histoires partagées agissent comme modèles (apprentissage vicariant). Les travailleurs osent alors sortir de leur zone de confort pour essayer de nouvelles pratiques; eux aussi étant des modèles pour leurs collègues et pour eux-mêmes (apprentissage par essais-erreurs). Dans le *rituel de réassurance* : les expériences antérieures du travailleur en psychothérapie constituent une source d'inspiration importante. Plus particulièrement, l'écriture thérapeutique (ex. journal personnel, lettres à un proche, transcription de pensées positives), l'écriture fonctionnelle (ex. plan de la journée, aide-mémoire), l'écriture réflexive (ex. faire un devoir pour comprendre une situation) et l'acquisition d'une voix intérieure forte, rassurante et bienveillante; constituent des acquis issus des psychothérapies, transférés en contexte de travail, permettant de peaufiner ou de personnaliser les rituels. Enfin, dans le *rituel de transition travail-repos* : l'imaginaire est transporté grâce à la musique, à une voix apaisante ou à la pratique d'activités artistiques vers des moments antérieurs d'apaisement et de bien-être, ce répertoire de moments agréables est une source d'inspiration utile pour que le corps se remémore des états antérieurs de détente et s'apaise.

Modélisation du processus d'autoformation de la gestion des symptômes cliniques

Le schéma 1 illustre les relations entre les principales dimensions présentées ci-dessus. Les éléments de réflexion associés à l'inclusion et l'exclusion sociale y sont ajoutés. Le fait d'être constamment exposé à des histoires traumatiques antérieures mène à des comportements d'exclusion sociale tandis que le fait d'être exposé à des gens positifs et de s'entourer de récits gais et inspirants permet d'incorporer progressivement les rituels de conciliation travail-santé dont le respect tend à favoriser l'inclusion sociale. Cela pourrait soutenir une hypothèse à vérifier par d'autres recherches à grand déploiement, que la maîtrise des cinq rituels serait un facteur favorable au maintien durable en emploi chez les travailleurs qui présentent un trouble mental grave.

Schéma 1 : L'apprentissage culturel par le corps en action normé



Conclusion

L'autoformation permet l'acquisition et la personnalisation de pratiques rituelles de conciliation travail-santé qui semblent favorables au maintien durable en emploi de travailleurs ayant un trouble mental grave. Pour diverses raisons, ces travailleurs n'ont pas développé des pratiques qui permettent de répondre adéquatement à certaines normes sociales du milieu de travail. L'acquisition progressive des rituels de préparation au travail, d'assertivité, de valorisation, de réassurance et de transition travail-repos fait l'objet de nombreux efforts autodidactes qui gagnent à être soutenus de toutes les façons.

Appendice A

Rituel de préparation au travail

Rituel de préparation au travail

Le rituel de préparation au travail est une performance en deux mouvements : 1) la prise de conscience de sa sensibilité; 2) suivie d'une prise de contact avec le monde extérieur, soit, se mettre en lien avec des gens de confiance, avec l'environnement immédiat et dans certains cas, avec une force spirituelle. Cela, au lieu de se replier sur soi et de rester pris ou de fuir dans un monde intérieur douloureux. En d'autres mots, une forme de résilience au quotidien (prendre le coup puis rebondir). Cette performance répétée chaque jour permet d'être mieux disposé pour relever les défis de gestion des symptômes cliniques susceptibles de se présenter au cours de la journée de travail. Le tableau A décrit le rituel.

Tableau A : analyse du rituel de préparation au travail

	Sans la mise en œuvre du rituel	Lors de la mise en œuvre du rituel
Corps	Endormi, léthargique, absent, isolé, frustré, paranoïde, fatigué	Introspectif (en contact avec soi) puis qui s'exteriorise (en contact avec les autres, l'environnement); prêt à relever des défis de gestion des symptômes cliniques et interpersonnels au travail.
En action (performance)	Rester au lit, chez soi, dormir, ne rien faire.	Mise à disposition du corps (prêt à agir) en le ramenant au moment présent et non dans les douleurs psychologiques passées. Planification et anticipation de la journée en prévoyant des « soupapes » pour gérer les symptômes cliniques qui possiblement surgiront lors de la journée de travail.
Normé	Norme : être à l'heure et fonctionnel Valeur-milieu : compréhension, ordre Valeur-travailleur : focus sur la maladie	Norme : être à l'heure et fonctionnel Valeur-milieu : compréhension, ordre Valeur-travailleur : intégration sociale
a) Règles sociales	Peu respectées : retard, absence, présentéisme, congés fréquents, être peu conscient de l'impact des retards sur l'équipe de travail, repli sur soi, difficultés d'adhésion aux règles, autorité qui doit sévir.	Respectées : arrive à l'heure, ce qui assure un bon fonctionnement des équipes de travail et du service. Figure d'autorité compréhensive et sensible à l'impact des troubles mentaux sur le travail.
b) Règles personnelles	Absence de structure, absence de retenue dans les rapports sociaux (crier, lever le ton, etc.), hésitations à	Présent et structuré dans les tâches. Retenue face à l'autorité, collègues. Conscience de l'impact des symptômes cliniques sur les collègues de travail.

	se rendre au travail (se sentir léthargique, méfiant).	
Objets de littératie	Tablette intelligente – courriels/Skype. La liste de tâches qui rend visible le travail et permet de se concentrer sur la tâche principale ou de compenser si les symptômes sont plus présents. L'œuvre d'art exposée en guise de rappel de l'importance de vivre le moment présent (ex. Ici, maintenant). Devoir d'analyse sur un comportement problématique au travail (ex. arriver en retard ou ne pas venir au travail désorganise le fonctionnement d'équipe)	
a) en tant que ressources matérielles	Les OL sont des indices des symptômes cliniques. Leur utilisation compense le symptôme clinique qui nuit au travail. Par exemple, si la personne s'isole et n'a pas de motivation = les courriels/Skype mettent en lien avec la famille et deviennent une source de motivation pour faire sa journée; le travailleur craint des pertes de mémoire au cours de la journée de travail = se prépare une carte-fiche aide-mémoire pour parer aux moments imprévus; le travailleur devient anxieux face à la journée à venir = un tableau (œuvre d'art) facilement visible lui rappelle l'importance de vivre le moment présent. Lire la prière qu'il a composée l'amène à faire preuve de résilience et il devient calme.	
b) au cœur d'événement de littératie	L'objet met en relation avec l'autre qui motive (courriels à la famille), pare aux pertes de mémoire qui surviennent au travail afin de maintenir sa crédibilité aux yeux des clients (carte-fiche qui sert d'aide-mémoire), offre une sécurité affective (prière et œuvre d'art, qui encouragent à faire confiance à une force supérieure) et une occasion de soutien en cas d'hésitation à se rendre au travail le matin (horaire de la semaine et coup de fil au conseiller en emploi).	
c) corps-objet de littératie	L'écriture, la prise de parole, la prière, la chanson permettent de rester en contact avec soi, avec l'environnement et avec les autres dans le moment présent; cela, au lieu de s'isoler, de penser au passé, d'être en douleur, voire d'expérimenter un état dissociatif.	

Les divers usages des objets de littératie dans ce rituel montrent que les travailleurs y ont recours comme :

- a) *Antidote pour contrer les symptômes cliniques expérimentés* (ex. écrire un courriel pour contrer la léthargie matinale);
- b) *Appui aux décisions relatives au travail s'ils sont symptomatiques*, l'objet ou le médiateur sollicité pare aux hésitations du travailleur à se rendre au travail ou à y rester;
- c) *Aimant dont le travailleur fait usage pour rester ancré dans la réalité au lieu de glisser ou de végéter dans un état dissociatif* (ex. se référer aux cartes-fiches plutôt que de se désorganiser).

Le rituel de préparation au travail est performé surtout au domicile, parfois dans l'espace public en prévision de la journée de travail. Le milieu de travail n'est pas sollicité dans ce rituel. Les médiateurs sont une *source de motivation* pour le travailleur, un prétexte pour qu'il sorte de sa 'bulle intérieure' et prenne *contact avec*

la réalité de même qu'une *présence rassurante* qui incite au calme et à la réflexion lors de prises de décision.

Le potentiel mimétique des objets de littérature dans ce rituel en est un de rupture; c'est-à-dire que les OL permettent au travailleur de délaissier les histoires morbides au profit d'histoires plus positives. L'analyse des objets de littérature, des médiateurs, du corps et de ses performances nous apprend que dans le rituel de préparation au travail il est tout à fait possible pour le travailleur ayant un trouble mental grave d'être en rupture avec les récits morbides appartenant au passé pour créer et expérimenter des récits positifs qui donnent espoir, apaisent, brisent l'isolement social non désiré, véhiculent une identité de travailleur positive plutôt qu'une identité associée à la maladie psychiatrique. Lorsque le travailleur performe le rituel de préparation au travail, il intègre progressivement un ensemble de récits positifs qui l'amènent à adhérer à sa façon à une norme sociale du milieu de travail, soit d'arriver à l'heure et d'être fonctionnel. Les objets de littérature utilisés par les travailleurs canalisent ainsi leur attention sur des récits positifs. Par exemple, partager au quotidien ce que vivent les petits-enfants; être confiant dans sa capacité d'entretenir des relations cordiales; désirer créer des liens significatifs avec les collègues de travail, voire des amitiés; anticiper vivre une journée où l'on se sent en confiance avec les autres, etc. Cela, au détriment de l'appréhension de récits morbides qui pourraient resurgir au travail (ex. dissociation liée aux abus passés, stigmatisation sociale, conflits interpersonnels, solitude non désirée, présence d'idées paranoïdes). Même si les récits morbides du passé restent présents à l'esprit, le travailleur qui a appris à maîtriser le rituel de préparation au travail est en mesure de les 'neutraliser' en faisant parler plus fort les nouvelles histoires positives. Cet apprentissage peut contribuer à un maintien durable en emploi.

Appendice B***Rituel d'assertivité***

Rituel d'assertivité

Le rituel d'assertivité consiste à exprimer ses pensées, ses perceptions, ses frustrations, voire sa colère de manière socialement acceptable, c'est-à-dire de manière consensuelle. La manière et le moment choisis pour le faire sont donc convenus entre le travailleur et son supérieur immédiat. Cet échange pourrait aussi avoir lieu entre un travailleur et son collègue. Si le rituel d'assertivité n'est pas mis en œuvre, les frustrations s'accumulent, s'expriment indirectement et enveniment les relations de travail, ce qui ne contribue aucunement à un bon climat de travail ni au maintien en emploi. Les objets de littérature dans ce rituel sont utilisés comme : 1) répertoire de récits; 2) forme de soutien psychologique virtuel et 3) aide-mémoire. Le tableau B décrit le rituel.

Tableau B : analyse du rituel d'assertivité

	Avant la mise en œuvre du rituel	Après la mise en œuvre du rituel
Corps	-accumule des tensions -s'exprime par le l'auto/hétéroagressivité	-libère les tensions à un moment opportun par la parole -s'exprime avec respect à un moment et selon une manière décidée d'un commun accord
En action (performance)	-absence de retenue -agir spontanément -absence de réflexivité avant d'agir	-capacité à se retenir ou à se mettre à l'écart temporairement -réfléchir, se calmer, prendre une distance (faire la part des choses) -agir après avoir pris conscience de ses émotions (réflexivité accrue)
Normé	Norme : respect d'autrui et non-violence Valeur-milieu : norme peu promulguée Valeur-travailleur : combattre l'injustice	Norme : respect d'autrui et non-violence Valeur-milieu : norme promulguée Valeur-travailleur : authenticité (dire ce qu'on vit, pense, ressent)
a) Règles sociales	-absence de respect -violence verbale -rupture sociale	-être authentique, s'exprimer, s'affirmer -maintien de rapports authentiques avec les collègues et les supérieurs immédiats
b) Règles personnelles	-absence de contrôle de soi lors d'une tension émotionnelle	-contrôle de soi assumé lors d'une tension émotionnelle

Objets de littératie	-livre considéré « mon meilleur prof à vie » sur la gestion de la colère -brochure d'infos aux familles (aider une personne avec un trouble de personnalité)
a) en tant que ressources matérielles	-contiennent des histoires vécues et des exemples de soins au sujet des manières d'établir et de maintenir des relations sociales authentiques; éléments récupérés par les travailleurs pour aborder les situations conflictuelles de manière constructive.
b) au cœur d'événement de littératie	-les objets de littératie mettent le travailleur en lien avec des psychologues 'virtuels' (qui ont écrit ces ouvrages); ces derniers prodiguent des conseils auxquels les travailleurs accordent une crédibilité.
c) corps-objet de littératie	-dans ce rituel, au lieu de se taire, le corps exprime son ressenti, ses frustrations, ses doutes par la parole et des gestes acceptables en milieu de travail lors d'une situation conflictuelle. Cela, au lieu de l'exprimer par la violence verbale et l'impulsivité.

Les récits récupérés via les objets de littératie évoquent des manières de faire et d'être en société. Il s'agit de modèles de pratiques corporelles qui peuvent être reproduits par le travailleur en les adaptant à son contexte de travail. Parmi tous les récits cumulés en tête, certains plus marquants que d'autres inspireront le travailleur à élaborer ses propres manières d'agir dans les situations tendues ou conflictuelles. Des brochures informatives et des livres ont été utilisés par les travailleurs à cette fin. La crédibilité accordée à l'information véhiculée dans ces documents constitue une forme de soutien psychologique « virtuel ». Ces documents écrits ont été rédigés par des psychologues. Bien que ces psychologues ne fussent pas directement présents pour le travailleur (mode synchrone), l'écrit, dans un mode asynchrone a été récupéré par le travailleur pour recevoir des conseils de sources jugées crédibles et dignes de confiance. Le livre sur l'expression juste de la colère et la peinture suspendue au mur de la cuisine où se lit 'Ici, maintenant'; agissent comme rappels visuels ou aide-mémoire exposés au domicile du travailleur (ex. table de chambre, mur de la cuisine). Ces repères mnésiques sont ensuite convoqués lors de situations de tension au travail. Par exemple, la vue du livre sur la table de chambre le matin rappelle tout au cours de la journée l'importance de mettre en œuvre ces nouvelles pratiques : « Si la tension monte, je vais agir 'en secondaire', pas 'en primaire'; cela, pour rester calme et épargner mon entourage » (entrevue C). Ainsi, grâce aux objets de littératie, les

symptômes cliniques qui minent les relations de travail (colère, agressivité verbale, etc) sont progressivement surpassés. Ils ne disparaissent pas mais s'amenuisent. La mise en œuvre du rituel dans lequel le corps s'exprime en paroles avec assertivité favorise des relations de travail respectueuses et authentiques qui, au lieu d'être chargées émotionnellement et superficielles, permettent de créer des liens authentiques avec les collègues.

Le rituel d'assertivité est mis en œuvre tant au travail que dans l'espace domestique et public. Le milieu de travail sert surtout de 'terrain de pratique' et l'espace domestique et public de 'terrain de décompression et de réflexion'. Par exemple, perdre le contrôle parce que le supérieur immédiat semble nous traiter de manière injuste rend irritable le travailleur qui habituellement crierait, insulterait, retournerait même chez lui abandonnant le travail parfois même pour quelques jours. Lorsque le rituel est bien intégré, une sortie à l'extérieur de l'usine pour se calmer d'abord lieu et, une fois plus calme, un retour avec le supérieur immédiat permet de faire le point. Ce simple accommodement négocié entre l'employeur et le travailleur, avec l'appui du conseiller en emploi, épargne tous les acteurs sociaux des contrecoups de l'irritabilité et de l'impulsivité. Chez soi, les lectures effectuées sur les rituels d'assertivité, sur les manières aidantes d'agir auprès d'une personne qui a un trouble de personnalité de même que les rappels mnésiques, permettent de réfléchir à la situation conflictuelle survenue au travail. Ce moment de prise de distance face aux événements est nourri par les lectures et les échanges avec des médiateurs de confiance qui permettent d'envisager les événements sous un nouvel angle.

Le rituel d'assertivité met aussi le travailleur en relation avec des médiateurs en dehors du milieu de travail qui appuieront le travailleur en crise s'ils sont sollicités. L'échange avec un proche (ex. amie de cœur), le conseiller en emploi, le psychologue, etc. est un moment nécessaire pour verbaliser ses émotions. À la demande des travailleurs, les médiateurs font de l'écoute active, sèment le doute sur leurs perceptions (injustice, malveillance) et l'encouragent à faire un retour avec le

supérieur immédiat à un moment propice. Ces échanges travailleur-médiateur permettent d'imaginer comment instaurer une 'zone tampon' pour décompresser lorsque la situation tendue survient. Aller à la salle de bain pour un moment, sortir de l'usine momentanément, retourner chez soi, prendre un congé de quelques jours, passer un coup de fil pour raconter ce qui se passe, encaisser sur le coup sans réagir et faire un retour le lendemain quand l'émotion est moins intense sont divers moyens de créer cette 'zone tampon' qui épargne à la fois le milieu de travail et la réputation du travailleur.

Les objets de littératie (livre, brochure informative) ajoutent à cet éventail de soutien; en les consultant, ou en se remémorant leur contenu (ex. récits présentés), cela guide le travailleur. Par exemple, si le livre indique qu'un employé gagne à exprimer ses émotions à l'autre, cela peut l'encourager à faire de même; si la brochure indique aux familles qu'il ne faut pas juger et comprendre que l'autre expérimente un fort sentiment d'abandon; le travailleur récupère ce message et s'en sert pour créer un sentiment de sécurité et de bienveillance envers lui-même. Les objets de littératie qui font partie du rituel d'assertivité ont un potentiel mimétique fort; les livres et les brochures consultées racontent des histoires de succès, on y cite des manières de réagir, de faire les choses ou d'être avec les gens qui inspirent le travailleur à agir autrement; c'est-à-dire de façon moins impulsive. Pour intégrer ce rituel, cela prend parfois plusieurs années : « Quand on commence, c'est un peu grossier; on fait de notre mieux; on revient polir ça par la suite; ça prend un certain temps » (entrevue C). Les nombreux efforts et les rétroactions de médiateurs extérieurs au milieu de travail ou de médiateurs virtuels tels les psychologues qui 'parlent' dans les livres et les écrits consultés favorisent l'apprentissage du rituel d'assertivité. Lorsque ce rituel est mis en œuvre, il permet de créer des relations interpersonnelles plus authentiques en milieu de travail. Les conflits interpersonnels et les frustrations ne disparaissent pas pour autant, mais la manière d'y réagir collectivement se fait dans un mouvement de 'retrait-réflexion-retour vers l'autre' qui apaise les relations sociales conflictuelles plutôt que de les attiser.

Appendice C

Rituel de valorisation

Rituel de valorisation

Le rituel de valorisation permet au travailleur d'être reconnu par ses collègues, un supérieur immédiat ou par des proches significatifs pour ses qualités professionnelles, personnelles ou un accomplissement. Par exemple, un travailleur très méfiant passe un coup de fil pratiquement chaque jour à ses parents lorsqu'il arrive au boulot (entrevue E). Il est alors félicité par ses parents d'avoir passé outre ses idées paranoïdes du matin pour se rendre au travail. Un second exemple. Faire de la broderie, tricoter ou réaliser d'autres activités artistiques à la salle des employés met en valeur les talents d'une employée. L'habileté et la finesse des œuvres produites sont soulignées par ses collègues, ce qui est très valorisant pour elle au-delà des tâches routinières qu'elle exécute au travail. La pratique d'activités artistiques en milieu de travail en dehors des heures rémunérées est un moyen mis de l'avant par la travailleuse pour structurer son quotidien et bénéficier de reconnaissance sociale (entrevue B). Un dernier exemple montre qu'une travailleuse a été promue à un nouveau titre d'emploi avec plus de responsabilités au sein de la même organisation. Invitée à animer une partie de la réunion des intervenants, groupe dont elle fait maintenant partie, elle expérimente alors une forme de reconnaissance sociale liée au fait d'exercer un nouveau rôle professionnel (entrevue A). Le rituel de valorisation permet ainsi de contrer une forme de stigmatisation sociale à l'égard des troubles mentaux. Ce sentiment de valorisation semble découler en partie du fait qu'il réponde à la norme sociale de la réciprocité reportée, soit que les échanges entre les humains impliquent une forme d'équilibre; donner en retour après avoir reçu de l'autre à des moments espacés dans le temps (sinon il s'agit de réciprocité immédiate). Ainsi, offrir sa contribution professionnelle à la société par son travail à un moment où on est moins touché par la maladie permet d'offrir un retour d'ascenseur entre autres pour les soins, les services et les revenus reçus de l'état. Le tableau C décrit ce rituel.

Tableau C : analyse du rituel de valorisation

	Avant la mise en œuvre du rituel	Après la mise en œuvre du rituel
Corps	-expérimente des peurs (ex. de faire des erreurs, de l'autorité, la paranoïa), vit de l'anxiété, de la honte; fréquemment associé à la maladie	-adopte une routine de 'travailleur' -transmet son vécu expérientiel par la parole (vécu personnel et professionnel) avec assurance et fierté
En action (performance)	-focalisée sur les limitations, la maladie -isolement, retard, absences au travail, ce qui cause des attentes et des déceptions aux collègues de travail	-focalisée sur le dépassement de soi, la créativité, la relation à l'autre; cela amène un sentiment de valorisation et d'accomplissement
Normé	Norme : contribuer à la société et bénéficier d'une reconnaissance sociale Valeur-milieu : importance des tâches Valeur-travailleur : performer	Norme : contribuer à la société et bénéficier d'une reconnaissance sociale Valeur-milieu : coopérer, miser sur les forces, importance accordée à la qualité des relations interpersonnelles Valeur-travailleur : être reconnu
a) Règles sociales	-milieux où les travailleurs sont en compétition -milieux hiérarchiques avec exercice d'une autorité ferme -peu de compréhension des troubles mentaux par les supérieurs immédiats -peu d'accommodements offerts	-milieux moins compétitifs et bien structurés -prônent l'égalité et le rétablissement -l'employeur mise sur les forces des employés -les supérieurs immédiats sont sensibilisés aux troubles mentaux -il y a présence d'accommodements qui tiennent compte du fonctionnement de l'entreprise
b) Règles personnelles	-évite les situations anxiogènes -tendance à ne pas respecter ses limites personnelles -arrive au travail en retard, présentéisme	-ose affronter ses peurs -respecte ses limites pour conserver un équilibre de vie -démontre une bonne assiduité
Objets de littératie	1- <i>Matériel d'animation</i> : bouts de papiers sur lesquels sont inscrits les préjugés tenus à l'égard de personnes ayant un trouble mental pour une activité de sensibilisation aux préjugés et à la stigmatisation sociale; 2- <i>Matériel d'art</i> qui sert à la création (ex. perles pour bijoux, peinture et canevas, etc.); 3- <i>Téléphone fixe</i> au bureau pour appeler les proches significatifs afin de leur dire qu'on a réussi à se rendre au travail.	
a) en tant que ressources matérielles	Les objets de littératie soutiennent la création, l'expression de soi, le partage de son vécu, de ses talents, de ses réussites.	
b) au cœur d'événement de littératie	Les objets de littératie permettent l'expression d'une identité professionnelle accomplie, désirée, qui a une valeur pour soi et aux yeux des autres (travail, famille).	

c) corps-objet de littératie	Prendre la parole pour partager une expertise en lien avec son vécu expérientiel. Être une personne qui aide et non seulement une personne qui reçoit de l'aide.
------------------------------	---

Au cours du rituel de valorisation, les travailleurs recourent à des objets de littératie leur permettant : 1) d'exprimer leur créativité au travail, ce qui est valorisant pour eux auprès des collègues (ex. matériel pour créer de l'artisanat); 2) d'adopter le rôle de la personne qui aide plutôt que celle qui est aidée, être celle qui « contribue » plutôt que celle qui « reçoit » (ex. ordre du jour, matériel d'animation qui confirme le rôle d'animateur) et, 3) de confirmer une nouvelle identité sociale moins stigmatisante, soit d'être un « travailleur comme tous » et non un « travailleur en situation de handicap psychique ou une personne malade » (ex. au bureau, bénéficiaire d'un téléphone fixe pour appeler les proches, ce qui permet de confirmer le rôle de travailleur).

Ce rituel est performé surtout en milieu de travail et dans l'espace public, très peu au domicile. Comment sans la présence du regard de l'autre serait-il possible de vivre quelque forme de reconnaissance sociale? Le regard du collègue ou du supérieur immédiat qui apprécie l'objet artistique élaboré (valorisation personnelle) ou qui observe le travailleur dans un rôle d'aidant (valorisation professionnelle) ne peut qu'être transformé. Ainsi, au lieu de percevoir le corps du travailleur comme étant démuné, soumis aux aléas de la maladie et victime de ses symptômes, le rituel transforme le regard posé sur un corps qui ose, se dépasse, crée des liens, fabrique des objets artisanaux; la performance amenant le plus souvent l'admiration des collègues, des supérieurs immédiats et d'autres personnes significatives.

Les objets de littératie mettent en relation avec les collègues et permettent qu'un regard admiratif soit posé sur le travailleur. L'identité de personne malade et stigmatisée migre peu à peu vers celle par exemple de pair-aidant, d'artiste accompli, de travailleur ponctuel. Les objets de littératie rendent possible l'expression d'une identité socioprofessionnelle souhaitée et témoignent de sa transformation

progressive. Le rituel de valorisation s'inscrit donc en porte-à-faux avec l'autostigmatisation et la stigmatisation sociale et permet au corps de s'inscrire dans des rapports sociaux d'inclusion plutôt que d'exclusion sociale.

Quant au potentiel mimétique, les modèles qui sont imités et qui inspirent sont les collègues de travail (ex. faire des coanimations pour apprendre et recevoir de la rétroaction) ou soi-même au fil du temps et au gré d'expériences plus ou moins réussies. Que le travailleur observe l'autre qui maîtrise le rôle professionnel auquel le travailleur aspire, ou qu'il apprenne de ses propres expériences en tirant les leçons nécessaires de ses essais et erreurs, l'effet du rituel demeure important : être valorisé socialement, être reconnu pour son travail, être 'un travailleur', c'est aussi implicitement se faire dire par les autres qu'on contribue à sa mesure à la société et qu'on en fait partie.

Ainsi, les objets de littératie repérés au cours de la collecte de données contribuent à la valorisation personnelle et professionnelle du travailleur. Vivre des succès, transmettre son art, exprimer sa créativité, jouer un rôle professionnel valorisant, partager son expérience, constituent de réelles occasions pour le travailleur de se sentir apprécié. En ce sens, la mise en œuvre de rituels de valorisation permet de délaisser une identité stigmatisante associée à la maladie pour celle d'un travailleur accompli « comme les autres » qui suscite la reconnaissance des collègues et plus largement de l'entourage social. Cet échange équilibre le fait d'avoir reçu de la société et le fait de redonner à la société par sa participation au travail, ce qui impliquerait la notion de réciprocité reportée dans l'apprentissage de la gestion des symptômes cliniques.

Appendice D

Rituel de réassurance

Rituel de réassurance

Le rituel de réassurance permet d'amoinrir l'anxiété du travailleur quant aux attentes formulées à son égard (ou celles qu'il s'imagine) de même que l'anxiété vécue face aux surplus de tâche, aux personnes en position d'autorité ou aux pressions pour performer. Cela exige du travailleur qu'il rende visible ses tâches et sa situation de travail en fonction de ses nouvelles limites de santé. Par exemple, en faisant une liste des tâches en cours, en exprimant au supérieur immédiat qu'il désire en discuter parce que cela le rend anxieux, en s'entendant sur les tâches prioritaires, en formulant des attentes claires, ainsi, la mise en œuvre du rituel réduira le niveau d'anxiété ressenti. Tout au cours de ce processus de validation de tâches, les travailleurs apprennent aussi à faire usage de leur 'voix intérieure' pour se rassurer face à l'autorité : « N'ait pas peur, il s'agit d'une bonne personne » (entrevue B). Le tableau D décrit le rituel de réassurance.

Tableau D : analyse du rituel de réassurance

	Avant la mise en œuvre du rituel	Après la mise en œuvre du rituel
Corps	-vit de l'anxiété -se désorganise (ex. compulsions, pleurs) -s'isole des autres, s'absente	-est en meilleur contrôle de soi -arrive à réduire son niveau d'anxiété -se sent plus à l'aise avec l'autorité -présence au travail
En action (performance)	-perte de contrôle sur soi en présence de l'autorité (pseudo convulsions, idées suicidaires, agressivité, impulsivité)	-se parle pour se calmer -exerce par l'écriture, sa voix intérieure, des textos, la parole, des actes langagiers qui structurent, rassurent et mettent en relation avec l'autre
Normé	Norme : démontrer un certain degré de tolérance au stress et à l'incertitude Valeur-milieu : attente d'une stabilité émotionnelle de la part de l'employé Valeur-travailleur : recherche d'un milieu de travail stable pour éviter les déclencheurs potentiels de symptômes	Norme : démontrer un certain degré de tolérance au stress et à l'incertitude Valeur-milieu : espace d'apprentissage pour gérer ses émotions Valeur-travailleur : s'engager à faire part de ses besoins et de ses limites de santé et à y donner suite dans un milieu de travail en changement
a) Règles sociales	-Non documenté	-capacité à demander de l'aide -présence d'esprit (sensorium clair) -capacité à fonctionner en groupe -être à l'aise à côtoyer des figures d'autorité au travail

b) Règles personnelles	-Non documenté	-Malgré les contextes sans cesse changeants dans un milieu de travail, besoin d'avoir une structure qui permette de composer avec l'anxiété lorsqu'elle survient au travail
Objets de littératie	Liste de tâches et cartes-fiches qui servent de point de repère et d'aide-mémoire pour réduire l'anxiété; le contrat de travail qui une fois signé rassure (revenu, routine de vie); textos rédigés en situation de détresse pour être soutenu et se sentir en sécurité lorsque ce n'est pas possible d'obtenir du soutien immédiat au téléphone; cahier de thérapie dialectique comportementale (TDC) qui rappelle d'initier la pratique de la pleine conscience dans les moments de grande incertitude menant à la paranoïa.	
a) en tant que ressources matérielles	-offrent des points de repère concrets pour se structurer dans les tâches, le budget personnel, la routine de vie (liste, carte-fiche, contrat de travail) -lance un appel à l'aide et rend la douleur morale visible lorsqu'on a besoin de soutien (textos) -indice qui rappelle d'enclencher la pratique de la pleine conscience pour réduire l'anxiété aiguë (souvenir du cahier TDC)	
b) au cœur d'événement de littératie	-permettent la validation des tâches avec le supérieur immédiat, -permettent la confection d'un horaire travail-soins hebdomadaire réalisable; -confirment le soutien psychologique disponible	
c) corps-objet de littératie	-Mots prononcés (intérieurement), dits ou textés apaisent l'inconfort vécu au regard de situations jugées stressantes ou de contextes de travail changeants qui déstabilisent.	

Les objets de littératie dans le rituel de réassurance : a) rendent visible les tâches du travailleur et la douleur psychologique vécue au regard de ces tâches afin de préciser les attentes; b) servent de repères pour respecter les nouvelles limites de santé du travailleur et valider les attentes entre les parties (employé, superviseur immédiat); et c) reflètent l'utilisation d'un langage intérieur (murmurer, se parler à voix basse) qui apaise l'anxiété dans les interactions avec les figures d'autorité au travail et d'autres situations.

Le rituel de réassurance se déroule au travail et à la maison, peu dans l'espace public. Au travail, il est mis en œuvre dans les situations où la personne transige avec une figure d'autorité ou si le travailleur se désorganise. Un surcroît de travail qui génère de l'anxiété, un événement qui déclenche la paranoïa (ex. actualités qui génèrent des inquiétudes), vivre un sentiment d'injustice au regard d'une situation de

travail sont des exemples de désorganisation survenant en milieu de travail. Si des événements survenus au cours de la journée de travail ne sont pas résolus, ils peuvent aussi entraîner une détresse qui persiste lors du retour à la maison; ce qui peut être expliqué le fait que le rituel soit aussi performé à domicile. Ainsi, les textos sont utilisés par les travailleurs qui vivent une désorganisation importante (ex. idées suicidaires) s'ils ne peuvent accéder aux services téléphoniques d'écoute en situation de crise immédiatement. Ils texteront amis ou proches, l'important étant qu'ils se mettent en relation pour arrêter la dégringolade.

Cette manière de se mettre en relation à autrui lors d'une désorganisation suicidaire évite la chute et permet, à la suite d'une écoute active et engagée de sentiments exprimés, de réduire l'intensité de la crise. Les appels fréquents, voire quotidiens faits par des travailleurs qui vivent beaucoup de détresse émotionnelle se comprennent différemment lorsqu'on considère cette pratique en tant que rituel de réassurance et non comme manque 'de maturité émotionnelle' de la part du travailleur.

En milieu de travail, la mise en relation avec l'autre qui 'rassure' transige par la validation des attentes réciproques, la mise en place de résultats désirés explicites prenant en compte les besoins du milieu de travail (ex. que les paies soient prêtes pour les employés) et la santé du travailleur (ex. qu'il y ait du respect pour la sensibilité de l'employé). La signature d'un contrat de travail et les échanges rassurants à ce sujet sont aussi susceptibles de stabiliser le revenu et le rythme des journées, ce qui est vraiment une pratique salubre pour rassurer le travailleur et le soutenir dans la gestion des symptômes cliniques.

L'écriture permet dans ce rituel de réassurance une prise de distance par rapport aux tâches effectuées, met le travailleur en contact avec son ressenti, ce qui lui permet d'apprendre à tolérer un certain niveau de stress et d'incertitude. Pour certains, l'habitude d'écrire a été apprise en psychothérapie – en tenant un journal personnel pour exprimer ses émotions lors de grands moments d'anxiété – moyen utilisé par la suite pour faire des apprentissages en contexte de travail. Le potentiel mimétique de

l'écriture se nourrit /advient d'expériences antérieures; avoir vécu une réelle réduction de l'anxiété lors de moments d'écriture encourage le travailleur à répéter l'expérience. L'utilisation de la voix intérieure est un savoir pratique développé dans la jeunesse. Par exemple, Bernadette (pseudonyme) a pris soin de ses plus jeunes sœurs, et a toujours cette responsabilité au travail auprès d'enfants d'âge préscolaire. Ces expériences, dit-elle, lui ont inspiré de se parler à elle-même pour se rassurer dans les moments de tension, comme la voix d'un l'adulte bienveillant qui rassure l'enfant.

L'écriture et l'utilisation de la voix intérieure sont en ce sens des moyens de gérer l'anxiété en milieu de travail afin de mieux tolérer les moments d'incertitude. L'écriture fait passer par un filtre cognitif les émotions ressenties afin de les intégrer, les digérer, les nommer; ce qui permet de faire preuve d'une certaine retenue en milieu de travail plutôt que d'agir avec trop d'intensité émotionnelle. Ainsi, la norme du milieu socioprofessionnel consistant à montrer un certain degré de tolérance au stress et à l'incertitude peut être atteinte car le travailleur présente en adoptant ces pratiques un certain équilibre émotionnel au travail. Les entreprises et les organismes qui laissent un espace d'apprentissage au travailleur pour qu'il apprenne à tolérer l'incertitude et les moments d'anxiété, comme s'il s'agissait d'un stage de gestion des symptômes cliniques, contribuent à ce que le rituel de réassurance se mette progressivement en place.

Appendice E

Rituel de transition travail-repos

Rituel de transition travail-repos

Le rituel de transition travail-repos consiste à ‘décrocher’ plusieurs fois par jour de l’activité productive pour s’arrêter et faire le vide. Le tableau E en fait la description.

Tableau E : analyse du rituel de transition travail-repos

	Avant la mise en œuvre du rituel	Après la mise en œuvre du rituel
Corps	Tensions, envahissement par le travail ou la maladie (pensées négatives, gestes compulsifs)	Capacité à prendre contact avec son ressenti intérieur ou à faire le vide
En action (performance)	Corps qui se fatiguent, s’épuisent, n’arrêtent pas	Corps qui se débranche de l’activité productive plusieurs fois par jour pour se connecter à l’environnement, à son ressenti, à son souffle, par l’art, la musique, la méditation; le corps est mené volontairement à un état second
Normé	Norme : surinvestissement au travail Valeur-milieu : autodétermination de ses propres limites Valeur-travailleur : miser sur l’activité de travail plutôt que ses besoins	Norme : surinvestissement au travail alterner travail-repos Valeur-milieu : autodétermination de ses propres limites Valeur-travailleur : miser sur ses besoins plutôt que sur l’activité de travail
a) Règles sociales	Axées sur la productivité, la performance, la compétitivité	Collaboration, espace pour les pauses, possibilités d’alternances attention/détente fréquentes
b) Règles personnelles	Travail en continu, dans des milieux qui déclenchent les traumatismes (milieux qui comprennent des déclencheurs). Trop de travail (durée, nombre de jours). Pas d’arrêt. Axé sur la productivité et l’efficacité.	Intégration de pauses-santé dans la journée, faire la ‘fermeture’ de fin de journée (décrocher comme il le faut).
Objets de littératie	Journal personnel, musiques évocatrices, pensées positives retrouvées sur son téléphone intelligent via le Web. Objets matériels qui servent à la création artistique. Site de méditation guidée en ligne.	
a) en tant que ressources matérielles	Objets de littératie utiles pour créer, pour s’exprimer, se ressourcer, se détendre.	
b) au cœur d’événement de littératie	Met en lien avec un réseau informel de personnes pour pratiquer des activités de détente, pour se retrouver soi-même. Indirectement, l’écoute de la musique permet d’être en lien avec des ambiances collectives favorisant la détente (ex. rappel d’un concert apprécié, d’un festival, de soins parentaux dans l’enfance)	
c) corps-objet de littératie	S’exprimer par l’écriture et l’art réduisent l’anxiété. Il s’agit de gestes qui demandent à être en contact avec son ressenti intérieur.	

Que ce soit fait lors de pause-repas, de pause-café ou en transit entre le lieu de travail et chez-soi, c'est principalement dans l'espace public que se déroule le rituel de transition travail-repos. Par exemple, aller marcher dans le quartier à proximité du travail lors de la pause-midi. Pendant cette marche, la travailleuse est pleinement absorbée par la musique qu'elle écoute et le lèche-vitrine qu'elle fait. De plus, la musique sert d'objet transitionnel pour lui rappeler de bons moments antérieurs (ex. sorties à des concerts annuels), souvenirs qui rappellent un sentiment de bien-être antérieur, un moment de plaisir, un moment en groupe où elle ne se sentait pas jugée. Ce n'est pas dans le milieu de travail que ce rituel est performé. Il peut être performé au domicile et cela prendra l'aspect de loisirs ou d'activités plaisantes qui absorbent complètement l'attention du travailleur. Par exemple, prendre soin de ses animaux, faire marcher le chien, jardiner, etc. en étant pleinement conscient des odeurs, couleurs, sons, sensations, du goût. Le rituel amène aussi le travailleur à faire des activités de type artisanal qui absorbent toute son attention (tricoter, dessiner, colorier, faire des mandalas, fabriquer des bijoux, marcher dans la nature, faire des sports, animaux de compagnie, etc.)

Au cours du rituel de transition travail-repos le travailleur fait ainsi usage d'objets de littératie pour : 1) créer et s'exprimer; 2) se mettre en contact avec son ressenti intérieur via l'art, l'écriture ou l'écoute d'une voix apaisante qui guide la pensée (ex. méditation guidée) et 3) côtoyer des gens positifs, de manière directe (en présence) ou indirecte via la musique. Le potentiel mimétique tient dans la capacité à se mettre volontairement dans un état second (déconnecter) bienfaisant plutôt qu'à devoir le faire en perdant le contrôle sur son corps (ex. alcool, drogues, dissociation, etc.). Ainsi, pour respecter la norme de la transition travail-repos fréquente, étant donné que les milieux de travail actuels véhiculent peu souvent l'importance d'arrêter et de faire des pauses, et que la pénurie d'employés engendre des surcroits de travail, il est impératif pour respecter la norme que le travailleur pense à ses besoins de santé en prenant en compte des besoins de l'entreprise et non l'inverse.

ANNEXE H

CRITÈRES DE RIGUEUR ASSOCIÉS AUX ÉTUDES DE CAS

Critères de rigueur associés aux études de cas inductive selon Polit, Beck, Profetto-McGrath, et Loisel (2007)

Critères	Définition des critères	Études de cas inductives
<p>Crédibilité Engagement prolongé Triangulation des sources, chercheurs, théories, méthodes Vérifications externes (pairs, participants) Recherche de résultats divergents Du chercheur (expérience, sensibilité)</p>	<p><u>Crédibilité</u> : « renvoi à la confiance qu'on peut avoir dans la véracité des données » (Polit, Beck, & Loisel, 2007, p. 337)</p>	<p>La crédibilité des données est <u>associée à un souci pour la triangulation des sources</u> (1.2), caractérisé aussi par l'observation participante (1.1), l'intégration des cas divergents dans l'analyse (1.4) et le savoir-faire du chercheur pour accéder au terrain souhaité (1.5)</p>
<p>Fiabilité Reproduction progressive Vérification par une personne externe (audit)</p>	<p><u>Fiabilité</u> : « uniformité des données au fil du temps et dans différentes situations » (Polit, Beck, & Loisel, 2007, p. 340)</p> <p>N.B. L'instrument de mesure principal en recherche qualitative est le chercheur lui-même et ses collègues.</p>	<p><u>Une description détaillée du cas</u> en vue d'effectuer une triangulation des données entre chercheurs ou auprès des sujets de l'étude rehausse la fidélité de l'instrument de mesure, ici, le chercheur et le processus analytique qu'il met de l'avant.</p>
<p>Confirmabilité Journal de réflexions Pistes de vérification Vérifiabilité des pistes de réflexion</p>	<p><u>Confirmabilité</u> : « correspondance entre les résultats obtenus par des sources indépendantes sur l'exactitude, la pertinence ou la signification des données, de l'analyse ou des interprétations » (Polit, Beck, & Loisel, 2007, p. 340)</p>	<p>On valorise la vérifiabilité des pistes de réflexion (3.4) par le recours à une <u>base de données exhaustive très structurée et l'écriture de journaux</u> (de terrain et méthodologique).</p>
<p>Transférabilité Description étoffée et complète des composantes ou contexte d'une étude (observations, échanges, lieux, etc.)</p>	<p><u>Transférabilité</u> : « les conclusions tirées des données s'appliquent à d'autres contextes » (Polit, Beck, & Loisel, 2007, p. 341)</p>	<p>Une <u>description étoffée du cas</u> assure au lecteur une compréhension du contexte de l'étude afin qu'il en tire ses propres conclusions. Le cas en soi peut inspirer d'autres chercheurs, la <u>théorisation et la mise en parallèle de plusieurs études de cas</u> peuvent renforcer la transférabilité.</p>

ANNEXE I

AUTORISATION D'INSERTION DE L'ARTICLE DANS LA THÈSE

JOHN WILEY AND SONS LICENSE
TERMS AND CONDITIONS

Mar 27, 2020

This Agreement between UQO -- Dominique Therrien ("You") and John Wiley and Sons ("John Wiley and Sons") consists of your license details and the terms and conditions provided by John Wiley and Sons and Copyright Clearance Center.

License Number	4796990007297
License date	Mar 27, 2020
Licensed Content Publisher	John Wiley and Sons
Licensed Content Publication	Australian Occupational Therapy Journal
Licensed Content Title	Workers with severe mental illness coping with clinical symptoms: Self-directed learning of work-health balance strategies
Licensed Content Author	Dominique Therrien, Marc Corbière, Karine Collette
Licensed Content Date	Mar 26, 2020
Licensed Content Volume	0
Licensed Content Issue	0
Licensed Content Pages	9

Type of use Dissertation/Thesis

Requestor type Author of this Wiley article

Format Print and electronic

Portion Full article

Will you be translating? No

Title of your thesis / dissertation Le maintien en emploi de travailleurs ayant un trouble mental grave : apprendre à concilier travail et santé

Expected completion date Mar 2020

Expected size (number of pages) 265

UQO
45 Gendron

Requestor Location
Gatineau, QC J9A 1B7
Canada
Attn: UQO

Publisher Tax ID EU826007151

Total 0.00 CAD

Terms and Conditions

TERMS AND CONDITIONS

This copyrighted material is owned by or exclusively licensed to John Wiley & Sons, Inc. or one of its group companies (each a "Wiley Company") or handled on behalf of a society with which a Wiley Company has exclusive publishing rights in relation to a particular work

RÉFÉRENCES

- Annells, M. (1996). Hermeneutic phenomenology: philosophical perspectives and current use in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 23(4), 705-713. doi: 10.1111/j.1365-2648.1996.tb00041.x
- APA. (2013). *Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.
- AQRP. (2014). *La lutte contre la stigmatisation et la discrimination associées aux problèmes de santé mentale au Québec. Cadre de référence*. Groupe provincial sur la stigmatisation et la discrimination en santé mentale (GPS-SM) (pp. 24): Association québécoise de réadaptation psychosociale.
- Arcand, R. (2004). *Les figures de style : allégorie, ellipse, hyperbole, métaphore*. Montréal : Éditions de l'Homme.
- Bach, G., Goldberg, H. (1974). *Crative aggression. The art of assertive living*. London: Coventure.
- Baker, D. (2006). The meaning and the measure of health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 21(8), 878-883. doi: 10.1111/j.1525-1497.2006.00540.x
- Barrio, L., Onocko-Campos, R., Stefanello, S., Vianna Dantas Dos Santos, D., Cyr, C., Benisty, L., & De Carvalho Otanari, T. (2014). *Human rights and the use of psychiatric medication* (Vol. 13).
- Barton, D. (2007). *Literacy : an introduction to the ecology of written language* (2nd ed.). Malden, Mass. : Blackwell Pub.

- Barton, D., & Hamilton, M. (2010). La littératie : une pratique sociale. *Langage et société*, 133(3), 45-62. doi: 10.3917/lis.133.0045
- Barton, D., Ivanic, R., Appleby, Y., Hodge, R., & Tusting, K. (2007). *Literacy, lives and learning*. London: Routledge.
- Barton, D., & Papan, U. (2010). *The anthropology of writing understanding textually-mediated worlds*. New York, NY: Continuum International Pub. Group.
- Bastable, S. B. (2008). *Nurse as educator : principles of teaching and learning for nursing practice* (3rd ed.). Sudbury, Mass. Toronto: Jones and Bartlett.
- Bauman, S., & Rivers, I. (2015). *Mental health in the digital age*. Houndmills, Basingstoke, Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Baxter, P., & Jack, s. (2008). Qualitative Case Study Methodology: Study design and Implementation for Novice Researchers. *The Qualitative Report*, 13(4), 544-559.
- Beaud, S., & Weber, F. (2010). *Guide de l'enquête de terrain : produire et analyser des données ethnographiques* (4e éd. augm. éd.). Paris: La Découverte.
- Beck, U. (2008). *La société du risque : sur la voie d'une autre modernité*. Paris: Flammarion.
- Bergeron-Leclerc, C., & Dallaire, B. (2011). Entre la présence et l'intégration sociale: les modes de vie des personnes recevant des services de suivi intensif en équipe dans la communauté. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 30(1), 139-156.

- Bezille, H. (2003). *L'autodidacte : entre pratiques et représentations sociales*. Paris: L'Harmattan.
- Biersack, A., & Hunt, L. (1989). *The New Cultural History*. Berkeley: University of California Press.
- Bonsack, C., Rexhaj, S., & Favrod, J. (2015). Psychoéducation : définition, historique, intérêt et limites. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 173(1), 79-84. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2014.12.001>
- Bosanac, P., & Castle, D. (2015). How should we manage anxiety in patients with schizophrenia? *Australasian Psychiatry*, 23(4), 374-377. doi: 10.1177/1039856215588207
- Boudreau, F. (1981). La psychiatrie québécoise depuis 1960 : de structure en structure, la loi du plus fort est-elle toujours la meilleure? *Santé mentale au Québec*, vol. 6, n° 2, 1981, p. 27-47., 6(2), 27-47. doi: DOI: 10.7202/030100
- Boudreau, F. (2003). *De l'asile à la santé mentale : les soins psychiatriques : histoire et institutions* (2e éd.). Montréal: Éditions Saint-Martin.
- Bourdon, S., & Bélisle, R. (2005). Suivre les activités éducatives tout au long de la vie. Dans P. Bernard (Éd.), *Connaître, débattre et décider : la contribution d'une Enquête socioéconomique et de santé intégrée et longitudinale* (ESSIL) (pp. 207-245). Montréal: Institut de la statistique du Québec (Publication originale).
- Brandt, D., & Clinton, K. (2002). Limits of the Local: Expanding Perspectives on Literacy as a Social Practice. *Journal of Literacy Research*, 34(3), 337-356. doi: 10.1207/s15548430jlr3403_4

- Breault-Ruel, S. (2013). *Les effets de l'approche offerte au Pavois auprès des entendeurs de voix : la combinaison de l'intervention de groupe et du suivi individualisé axé sur les forces*. (Maîtrise), Université Laval, Québec.
- Butler, G., Howard, L., Choi, S., & Thornicroft, G. (2010). Characteristics of people with severe mental illness who obtain employment. *The Psychiatrist*(34), 47-50.
- Canada, S. (1997). *Prendre en main sa santé : l'apport des infirmières et des médecins : étude exploratoire*.
- Canada, S. (2018). Un profil de la démographie, de l'emploi et du revenu des Canadiens ayant une incapacité âgés de 15 ans et plus, 2017 *L'Enquête canadienne sur l'incapacité* (pp. 27).
- Carr, V. J., & Waghorn, G. (2013). To love and to work: The next major mental health reform goals. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(8), 696-698. doi: 10.1177/0004867413494485
- Carré. (2005). *L'apprenance : vers un nouveau rapport au savoir*. Paris: Dunod.
- Carré, P. (2001). *De la motivation à la formation*. Paris : L'Harmattan.
- Carré, P., Moisan, A., & Poisson, D. (1997). *L'autoformation*. Paris: PUF.
- Carré, P., Moisan, A., Poisson, D., Cyrot, P., Galvani, P., & Kaplan, J. (2010). *L'autoformation : perspectives de recherche* (1re éd.). Paris: Presses universitaires de France.
- Charette-Dussault, É., & Corbière, M. (2019). An integrative review of the barriers to job acquisition for people with severe mental illnesses. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 207(7), 523–537. doi: 10.1097/NMD.0000000000001013
- Charlot, B. (1997). *Du rapport au savoir : éléments pour une théorie*. Paris: Anthropos.

- Clark, D. (2011). Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders : The IAPT experience. *International Review of psychiatry*, 23(318-327).
- Collette, K., & Rousseau, J. (2013). Littératie et responsabilité en santé. *Globe*, 16(1), 107-131.
- Cook, J. A., Mueser, K. T., Drake, R. E., Bond, G. R., Corbière, M., Villotti, P., Goldner, E. M. (2014). Work Accommodations and Natural Supports for Maintaining Employment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37(2), 90-98. doi: 10.1037/prj0000033
- Corbière, M. (2008). Le point sur la situation socioprofessionnelle des personnes atteintes de schizophrénie et autres troubles mentaux graves. *Revue québécoise de psychologie*, 29(1), 95-110.
- Corbière, M., & Durand, M.-J. (2011). *Du trouble mental à l'incapacité au travail : une perspective transdisciplinaire qui vise à mieux saisir cette problématique et à offrir des pistes d'interventions*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Corbière, M., & Goulet, C. (2011). Troubles mentaux et travail : intégration des données probantes dans sa pratique *Formation continue*. Longueuil, Canada: Université de Sherbrooke.
- Corbière, M., Lecomte, T., Reinhartz, D., Kirsh, B., Goering, P., Menear, M., Goldner, E. M. (2017). Predictors of Acquisition of Competitive Employment for People Enrolled in Supported Employment Programs. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 205(4), 275-282. doi: 10.1097/nmd.0000000000000612
- Corbière, M., Lesage, A., Villeneuve, K., Mercier, C., Lecomte, Y., & Saucier, J.-F. (2006). Le maintien en emploi de personnes souffrant d'une maladie mentale. *Santé mentale au Québec*, 31(2), 215-235. doi: 10.7202/014813ar

- Corbière, M., Mercier, C., Lesage, A., & Villeneuve, K. (2005). L'insertion au travail de personnes souffrant d'une maladie mentale: Analyse des caractéristiques de la personne. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 50(11), 722-733. doi: 10.1177/070674370505001112
- Corbière, M., Negrini, A., & Dewa, C. (2013). Mental health problems and mental disorders - Linked determinants to work participation and work functioning. Dans P. Loisel, R.A. Johannes (Éd.), *Handbook of work disability: Prevention and management* (Vol. 267-289). New York: Springer.
- Corbière, M., Renard, M., St-arnaud, L., Coutu, M., Negrini, A., Sauvé, G., & Lecomte, T. (2015). Union perceptions of factors related to the return to work of employees with depression. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 25(2), 335-347. doi: <http://proxybiblio.uqo.ca:2068/10.1007/s10926-014-9542-5>
- Corbière, M., Villotti, P., Dewa, C. S., Sultan-Taïeb, H., Fraccaroli, F., Zaniboni, S., Lecomte, T. (2018). Work Accommodations in Canadian Social Firms: Supervisors' and Workers' Perspectives. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 37(4).
- Corbière, M., Villotti, P., Lecomte, T., Bond, G., Lesage, A., & Goldner, E. (2014). Work accommodations and natural supports for maintaining employment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37(2), 90-98.
- Corbière, M., Villotti, P., Toth, K., & Waghorn, G. (2014). La divulgation du trouble mental et les mesures d'accommodements de travail: deux facteurs du maintien en emploi des personnes aux prises avec un trouble mental grave. *L'Encéphale*. doi: 10.1016/j.encep.2014.04.006
- Corrigan, P. W., & Rao, D. (2012). On the Self-Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure, and Strategies for Change. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 464-469. doi: 10.1177/070674371205700804
- Costa-Black, K. M., Feuerstein, M., & Loisel, P. (2013). Work Disability Models: Past and Present. Dans P. Loisel & J. R. Anema (Éds.), *Handbook of Work*

- Disability: Past and Present* (pp. 71-93). New York: Springer Science + Business Media.
- Coupechoux, P. (2006). *Un monde de fous : comment notre société maltraite ses malades mentaux*. Paris: Seuil.
- Couturier, Y. (2008). La santé organisationnelle : tendances et défis. *Effectif*, 11(4).
- Creswell, J. W. (2013a). *Qualitative inquiry & research design : choosing among five approaches* (3rd ed.). Los Angeles: SAGE.
- Creswell, J. W. (2013b). *Qualitative inquiry & research design : choosing among five approaches* (3rd ed.). Los Angeles: SAGE Publications.
- CRSH, CRSNG, & IRSC. (2010). Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains. Ottawa: Secrétariat interagences en éthique de la recherche.
- D'Ortun, F. (2011a). *Les compétences acquises par l'autoformation : relevé des pratiques et des tractations travailleurs-employeurs en vue de leur reconnaissance*. Gatineau: Université du Québec en Outaouais.
- D'Ortun, F. (2011b). Présentation du numéro thématique. L'apport de l'autoformation à la carrière. *Carriérologie*, 12(1), 17-19.
- Dahl, K., Larivière, N., & Corbière, M. (2014). L'étude de cas. Illustration d'une étude de cas multiple visant à mieux comprendre la participation au travail de personnes présentant un trouble de personnalité limite. Dans M. Corbière & N. Larivière (Éds.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (pp. 74-96). Québec: PUQ.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York : Plenum.

- Deegan, P. (2005). Le rétablissement en tant que processus autogéré de guérison et de transformation. *Socrate Réhabilitation*.
- Deglin, J. H., Vallerand, A. H., Sanoski, C. A., & Laplante, H. (2014). *Guide des médicaments* (4^e éd.). Montréal : Saint-Laurent (Québec): Pearson , ERPI.
- Delors, J. (1996). L'éducation, un trésor est caché dedans. Rapport à l'UNESCO de la Commission internationale sur l'éducation pour le 21^{ème} siècle. (Éditions Odile Jacob et UNESCO éd., pp. 311). Paris.
- Delory-Momberger, C. (2014). *De la recherche biographique en éducation : fondements, méthodes, pratiques*. Paris: Téraèdre.
- Demers, S. (2014). *Présentation sur l'étude de cas*. Sciences de l'éducation. Université du Québec en Outaouais. Gatineau.
- Demers, S., Lefrançois, D., & Éthier, M.-A. (2015). Un survol historique de l'éducation occidentale. Dans É. Multimondes (Éd.), *Les fondements de l'éducation. Perspectives critiques* (pp. 1-45). Montréal: Éditions Multimondes.
- DeVito, J. A., Chassé, G., & Vezeau, C. (2008). *La communication interpersonnelle : Sophie, Martin, Paul et les autres* (2^e éd.). Saint-Laurent, Québec: Éditions du Renouveau pédagogique.
- Dorvil, H., Dupuis, G., & Kirouac, L. (2015). *Stigmatisation : les troubles mentaux en milieu de travail et dans les médias de masse*. Québec [Québec]: Presses de l'Université du Québec.
- Drake, R. E., Becker, D. R., & Bond, G. R. (2012). *Individual Placement and Support : An Evidence-Based Approach to Supported Employment*. New York, NY: Oxford University Press.

- Dray, S., & Papen, U. (2004). Literacy and health : towards a methodology for investigating patients participation in health care. *Journal of Applied Linguistics, 1*(3), 311-332.
- Dreher, J.-C., Koch, P., Kohn, P., Apud, J., Weinberger, D. R., & Berman, K. F. (2012). Common and differential pathophysiological features accompany comparable cognitive impairments in medication-free patients with schizophrenia and in healthy aging subjects. *Biological Psychiatry, 71*(10), 890-897. doi: 10.1016/j.biopsych.2012.01.002
- Dubet, F. (1988). *Acteurs sociaux et sociologues*. Paris: École des hautes études en sciences sociales.
- El-Mallakh, P. (2007). Doing My Best: Poverty and Self-Care Among Individuals With Schizophrenia and Diabetes Mellitus. *Archives of Psychiatric Nursing, 21*(1), 49-60. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2006.10.004>
- El-Mallakh, P., Yates, B. E., & Adkins, S. (2013). Family caregiving for adults with schizophrenia and diabetes mellitus. *Issues In Mental Health Nursing, 34*(8), 566-577. doi: 10.3109/01612840.2013.785615
- Émard, R., & Aubry, T. D. (2004). *Le suivi communautaire en santé mentale : une invitation à bâtir sa vie*. Ottawa: Presses de l'Université d'Ottawa.
- Erickson, M., Jaafari, N., & Lysaker, P. (2011). Insight and negative symptoms as predictors of functioning in a work setting in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research, 189*(2), 161-165. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.06.019>
- Favrod, J., Maire, A., Bardy, S., Pernier, S., & Bonsack, C. (2011). Improving insight into delusions: a pilot study of metacognitive training for patients with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing, 67*(2), 401-407. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05470.x

- Fenwick, T., Nerland, M., & Jensen, K. (2012). Sociomaterial approaches to conceptualising professional learning and practice. *Journal of Education and Work*, 25(1), 1-13. doi: 10.1080/13639080.2012.644901
- Flyvbjerg, B. (2006). Five misunderstandings about case-study research. *Qualitative Inquiry*, 12, 219-245.
- Follmer, K. B., & Jones, K. S. (2017). Mental Illness in the Workplace: An Interdisciplinary Review and Organizational Research Agenda. *Journal of Management*, 44(1), 325-351. doi: 10.1177/0149206317741194
- Fortinash, K. M., Holoday-Worret, P. A., Page, C., Bonin, J.-P., Houle, D., Brassard, Y., Morissette, D. (2016). *Soins infirmiers : santé mentale et psychiatrie* (2e édition française).
- Fournier, L., Roberge, P., & Brouillet, H. (2012). Faire face à la dépression au Québec. Protocole de soins à l'intention des intervenants de première ligne. In C. d. r. d. CHUM (Éd.). Montréal.
- Fraenkel, B., & Mbodj, A. (2010). Introduction. Les New Literacy studies, jalons historiques et perspectives actuelles. *Langage et société*, 133(3), 7-24. doi: 10.3917/lis.133.0007
- Frank, N. (2014). Remédiation cognitive et insertion professionnelle dans la schizophrénie. *L'Encéphale*, 40, S75-S80
- Freire, P. (1972) *Pedagogy of the Oppressed*, London: Penguin.
- Gagnon. (2012). *L'étude de cas comme méthode de recherche* (2^e éd.). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Gagnon, H., & Valentini, H. (2013). L'évolution du champ de l'éducation à la santé au Québec ces dix dernières années et perspectives actuelles. *Santé Publique*, S2(N°2 Suppl.), 137-147.

- Gandhi, S., Pavalur, R., Thanapal, S., Parathasarathy, N. B., Desai, G., Bholá, P., Chaturvedi, S. K. (2014). Medication Adherence, Work Performance and Self-Esteem among Psychiatric Patients Attending Psychosocial Rehabilitation Services at Bangalore, India. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 36(4), 392-396. doi: 10.4103/0253-7176.140724
- Gasparini, S. (2004). Implicit versus explicit learning: Some implications for L2 teaching. *European Journal of Psychology of Education*, 19(2), 203-219. doi: 10.1007/bf03173232
- Giroux, N. (2003). L'étude de cas. Dans Y. Giordano (Éd.), *Conduire un projet de recherche qualitative: une perspective qualitative* (pp. 43-84). Paris: Éditions EMS.
- Glaeser, A. (2005). An Ontology for the Ethnographic Analysis of Social Processes: Extending the Extended-Case Method. *Social Analysis: The International Journal of Social and Cultural Practice*, 49(3), 16-45.
- Gomm, R., Hammersley, M., & Foster, P. (2000). *Case study method : key issues, key texts*. London: Sage.
- Grégoire, S., Lachance, L., & Richer, L. (2016). *La présence attentive (mindfulness) état des connaissances théoriques, empiriques et pratiques*. Québec, Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Gross, O., & Gagnayre, R. (2013). Hypothèse d'un modèle théorique du patient-expert et de l'expertise du patient: processus d'élaboration. *Recherches qualitatives, Hors-série*(15), 147-165.
- Haenni Chevalley, C., Chambouleyron, M., Lager, G., & Golay, A. (2016). La métaphore, un espace de rencontre en éducation thérapeutique du patient. *Médecine des Maladies Métaboliques*, 10(7), 666-670. doi: [https://doi.org/10.1016/S1957-2557\(16\)30195-X](https://doi.org/10.1016/S1957-2557(16)30195-X)

- Hagan, L., & Bujold, L. (2014). *Éduquer à la santé. L'essentiel de la théorie et des méthodes*. (2^e éd.). Québec: PUL.
- Hamann, J., Mendel, R., Cohen, R., Heres, S., Ziegler, M., Bühner, M., & Kissling, W. (2009). Psychiatrist's use of shared decision making in the treatment of schizophrenia: Patient characteristics and decision topics. *Psychiatric Services*, 60(8), 1107-1112. doi: 10.1176/appi.ps.60.8.1107
- Hamel, J. (1997). *Étude de cas et sciences sociales*. Montréal. Paris: L'Harmattan.
- Hamon-Delbar, L., & Magneron, E. (2013). Effet d'un programme d'entraînement des habiletés sociales chez un patient souffrant de schizophrénie : un cas clinique. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 23(4), 159-170. doi: 10.1016/j.jtcc.2013.10.002
- Harvey, D. (2009). Complexity and Case. Dans D. Byrne & C. Ragin (Éds.), *The Sage Handbook of Case-Based Methods* (pp. 15-38). Thousand Oaks, CA.: Sage Publications.
- Healy, D. (2009). *Les médicaments psychiatriques démythifiés* (M. Debauche, Trad.): Elsevier.
- Heath, S. B. (1983). *Ways with words : language, life, and work in communities and classrooms*. Cambridge, Angleterre: Cambridge University Press.
- Hielscher, E., & Waghorn, G. (2017). Self-stigma and fears of employment among adults with psychiatric disabilities. *British Journal of Occupational Therapy*, 80(12), 699-706. doi: 10.1177/0308022617712199
- Hoertnagl, C. M., & Hofer, A. (2014). Social cognition in serious mental illness. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(3), 197-202 196p. doi: 10.1097/YCO.0000000000000055

- Holt, R. I. G., & Peveler, R. C. (2006). Association between antipsychotic drugs and diabetes. *Diabetes, Obesity & Metabolism*, 8(2), 125-135.
- Hrimech, M. (2000). Les stratégies d'apprentissage en contexte d'autoformation. Dans R. Foucher & M. Hrimech (Éds.), *L'autoformation dans l'enseignement supérieur : apports européens et nord-américains pour l'an 2000*. (pp. 99-113). Montréal : Éditions nouvelles.
- Hrimech, M. (2002). Stratégies d'autoformation et apprentissage informel dans trois organisations modernes. . Dans P. Carré & A. Moisan (Éds.), *La formation autodirigée. Aspects psychologiques et pédagogiques*. Paris: L'Harmattan.
- Jeffrey, D., Otero, M., Côté, J.-F., Morissette, J.-F., & Roberge, J. (2011). Mimésis et rituels dans l'anthropologie historique de Gunter Gebauer et de Christoph Wulf. *Cahiers de recherche sociologique* (51), 27-45.
- Jeste, D. V., Depp, C. A., & Palmer, B. W. (2006). Magnitude of impairment in decisional capacity in people with schizophrenia compared to normal subjects: An overview. *Schizophrenia Bulletin*, 32(1), 121-128. doi: 10.1093/schbul/sbj001
- Josso, M.-C. (2000). *La Formation au coeur des récits de vie : expériences et savoirs universitaires*. Montréal: L'Harmattan.
- Karsenti, T., & Demers, S. (2011). L'étude de cas. Dans T. Karsenti & L. Savoie-Zajc (Éds.), *La recherche en éducation. Étapes et approches*. (3^e éd., pp. 229-252). Saint-Laurent: ERPI.
- Kasper, S., Saya, L., Tekin, B., & Loze, J.-Y. (2009). How to improve adherence to antipsychotic treatment: Outcomes of the IMProving PATient outCOMes in psychiaTry (IMPACT) Berlin 2009 meeting workshop. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 13(4), 245-252. doi: 10.3109/13651500903359861
- Kaup, A. R., Dunn, L. B., Saks, E. R., Jeste, D. V., & Palmer, B. W. (2011). Decisional Capacity and Consent for Schizophrenia Research. *IRB: Ethics & Human Research*, 33(4), 1-9.

- Keefe, R. S. E. (2012). *Guide to assessment scales in schizophrenia* (3rd ed.). London: Springer Healthcare.
- Kell, C. (2008). 'Making Things Happen': Literacy and Agency in Housing Struggles in South Africa. *Journal of Development Studies*, 44(6), 892-912. doi: 10.1080/00220380802058263
- Kent-Wilkinson, A., Blaney, L., Groening, M., Santa Mina, E., Rodrigue, C., & Hust, C. (2015). Position paper 2015: Mental health and addiction curriculum in undergraduate nursing education in Canada. . In C. F. o. M. H. N. P. b. m. o. t. C. E. Committee. (Éd.). Toronto, ON: CFMHN.
- Kickbusch, I. (2009). Health Literacy: engaging in a political debate. *International Journal of Public Health*, 54(3), 131-132. doi: 10.1007/s00038-009-7073-1
- Klerk-Rubin, V. d., Labbé, É., Munsch, F., & Munsch-Roux, K. (2015). *La méthode de Naomi Feil à l'usage des familles : la validation, pour garder le lien avec un proche âgé désorienté* (2^e éd.). Rueil-Malmaison]: Éditions Lamarre.
- Kukla, M., Davis, L. W., & Lysaker, P. H. (2014). Cognitive Behavioral Therapy and Work Outcomes: Correlates of Treatment Engagement and Full and Partial Success in Schizophrenia. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42(05), 577-592. doi: doi:10.1017/S1352465813000428
- 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>
- Lalonde, P., & Pinard, G.-F. (2016). *Psychiatrie clinique : une approche bio-psycho-sociale* (4^e éd.). Montréal (Québec): Chenelière éducation.
- Le Bossé, Y. (2003). De l'«habilitation» au «pouvoir d'agir»: vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment. *Nouvelles pratiques sociales*, 16(2), 30-51.

- Leclerc, C., & Rexhaj, S. (2016). État mental. Dans O. Doyon & S. Longpré (Éds.), *Évaluation clinique d'une personne symptomatique* (pp. 138-175): ERPI.
- Lecompte, Y. (1997). De la dynamique des politiques de désinstitutionnalisation au Québec. *Santé mentale au Québec*, 22(2), 7-24.
- Lecomte, Corbière, M., & Lysaker, P. H. (2014). Une intervention cognitive comportementale de groupe pour les personnes suivies dans le cadre d'un programme de soutien à l'emploi (TCC-SE). *L'Encéphale*, 40, S81-S90.
- Lecomte, T., & Corbière, M. (2017). Une intervention cognitive comportementale de groupe pour prévenir les rechutes chez les employés en processus de retour au travail à la suite d'une dépression : protocole et faisabilité. *Santé mentale au Québec*, 42(2), 87-103. doi: <https://doi.org/10.7202/1041916ar>
- Lecomte, T., & Leclerc, C. (2012). *Manuel de réadaptation psychiatrique* (2^e éd.). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Lederer, V., Loisel, P., Rivard, M., & Champagne, F. (2014). Exploring the Diversity of Conceptualizations of Work (Dis)ability: A Scoping Review of Published Definitions. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24(2), 242-267. doi: 10.1007/s10926-013-9459-4
- Légaré, F., Stacey, D., Pouliot, S., Gauvin, F., Desroches, S., Kryworuchko, J., Graham, I. D. (2011). Interprofessionalism and shared decision-making in primary care: a stepwise approach towards a new model. *Journal of Interprofessional Care*, 25(1), 18-25. doi: 10.3109/13561820.2010.490502
- Legendre, R. (2005). *Dictionnaire actuel de l'éducation* (3^e éd.). Montréal: Guérin.
- Lemieux, P., Corbière, M., & Durand, M.-J. (2011). Le rôle du supérieur immédiat dans la réinsertion et le retour au travail de personnes avec un trouble mental : Un acteur pivot de la réussite. Dans M. C. a. M.-J. D. (Eds), *Du trouble mental à l'incapacité au travail : Une perspective transdisciplinaire qui vise à mieux saisir cette problématique et à offrir des pistes d'intervention* (pp. 339-361). Québec: Presses de l'Université du Québec.

- Lepage, M., Bodnar, M., & Bowie, C. R. (2014). Neurocognition: Clinical and Functional Outcomes in Schizophrenia. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(1), 5-12. doi: 10.1177/070674371405900103
- Levaux, M.-N., Van der Linden, M., Larøi, F., & Danion, J.-M. (2012). Caractérisation des difficultés dans la vie quotidienne de personnes souffrant de schizophrénie en rapport avec les facteurs cognitifs et cliniques. *ALTER - European Journal of Disability Research / Revue Européenne de Recherche sur le Handicap*, 6(4), 267-278. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.alter.2012.08.003>
- Lhotellier, A., & St-Arnaud, Y. (1994). Pour une démarche praxéologique. *Nouvelles pratiques sociales*, 7(2), 93-109.
- Loisel, P., & Côté, P. (2013). The Work Disability Paradigm and Its Public Health Implications. Dans P. Loisel & J. R. Anema (Éds.), *Handbook of Work Disability: Prevention and Management* (pp. 59-67). New York: Springer Science + Business.
- Loisel, P., Durand, M. J., Berthelette, D., Vézina, N., Baril, R., Gagnon, D., Tremblay, C. (2001). Disability Prevention: New Paradigm for the Management of Occupational Back Pain. *Disease Management & Health Outcomes*, 9(7), 351-360.
- Loiselle, M. C., & Michaud, C. (2008). Autogestion de la santé et humanisme en sciences infirmières. *Revue de l'Université de Moncton*, 39(1-2), 41-67.
- Lucock, M., Gillard, S., Adams, K., Simons, L., White, R., & Edwards, C. (2011). Self-care in mental health services: a narrative review. *Health & Social Care in the Community*, 19(6), 602-616. doi: 10.1111/j.1365-2524.2011.01014.x
- Lupien, S. J., Juster, R.-P., Raymond, C., & Marin, M.-F. (2018). The effects of chronic stress on the human brain: From neurotoxicity, to vulnerability, to opportunity. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 49, 91-105. doi: <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2018.02.001>

- Lysaker, P., Kukla, M., Buck, K., & Yanos, P. (2017). 61.2 The Functional Significance of Metacognitive Capacity in Schizophrenia: Associations With Negative Symptoms and Insight. *Schizophrenia Bulletin*, 43(suppl_1), S36-S36. doi: 10.1093/schbul/sbx021.094
- Mariano, C. (2001). Case Study. The Method. Dans P. L. Munhall (Éd.), *Nursing Research. A Qualitative Perspective* (3^e éd., pp. 359-383). Boston: Jones and Barlett Publishers.
- Martinson, K., & O'Brian, C. (2010). Conducting case studies. Dans J. S. Wholey, H. P. Hatry & K. E. Newcomer (Éds.), *Handbook of Practical Program Evaluation (3rd edition)* (pp. 163-181). San Francisco: Jossey-Bass.
- Marwaha, S., Johnson, S., Bebbington, P., Stafford, M., Angermeyer, M. C., Brugha, T., Toumi, M. (2007). Rates and correlates of employment in people with schizophrenia in the UK, France and Germany. *The British Journal of Psychiatry*, 191(1), 30-37. doi: DOI: 10.1192/bjp.bp.105.020982
- McCabe, Khanom, H., Bailey, P., & Priebe, S. (2013). Shared decision-making in ongoing outpatient psychiatric treatment. *Patient Education and Counseling*, 91(3), 326-328. doi: 10.1016/j.pec.2012.12.020
- McCabe, R., Healey, P. G. T., Priebe, S., Lavelle, M., Dodwell, D., Laugharne, R., Bremner, S. (2013). Shared understanding in psychiatrist–patient communication: Association with treatment adherence in schizophrenia. *Patient Education and Counseling*, 93(1), 73-79. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2013.05.015>
- McGrath, L., & Reavey, P. (2015). Seeking fluid possibility and solid ground: Space and movement in mental health service users' experiences of 'crisis'. *Social Science & Medicine*, 128, 115-125 111p. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.01.017

- McWilliams, S., S., H., N., M., A., F., A., K., & E., O. C. (2012). The secret food diary of a person diagnosed with schizophrenia. *European Psychiatry*, 27(1), 56-61.
- Mendez, A. (2010). *Processus : concepts et méthode pour l'analyse temporelle en sciences sociales*. Louvain-la-Neuve: Academia-Bruylant.
- Merriam, S. B., & Tisdell, E. J. (2016). *Qualitative research : a guide to design and implementation* (Fourth edition. éd.). San Francisco, Calif.: Jossey-Bass, A Wiley Brand.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis : a sourcebook of new methods* (2^e éd.). Thousand Oaks, CA.: Sage.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2^e éd.). Paris: De Boeck.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*: Guilford press.
- Mjoset, L. (2009). The Contextualist Approach to Social Science Methodology. Dans D. Byrne & C. C. Ragin (Éds.), *The Sage Handbook of Case-Based Methods* (pp. 39-68). California: SAGE Publications inc.
- Morris, S., Fawcett, G., Brisebois, L., Hughes, J. (2018). A demographic, employment and income profile of Canadians with disabilities aged 15 years and over, 2017. Canadian Survey on Disability Reports, catalogue no. 89-654-X2018002. Retrieved from <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-654-x/89-654-x2018002-eng.htm>
- Mucchielli, A. (Éd.) (1996) *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris: Armand Collin.

- Mueser, K. T., & McGurk, S. R. (2014). Supported employment for persons with serious mental illness: Current status and future directions. *L'Encéphale*. doi: 10.1016/j.encep.2014.04.008
- Nazon, E., Perron, A., & Foth, T. (2019). Rethinking the Social Role of Nursing Through the Work of Donzelot and Foucault. *Witness: The Canadian Journal of Critical Nursing Discourse*, 1(1), 49-58.
- Negrini, A., Corbière, M., Lecomte, T., Coutu, M.-F., Nieuwenhuijsen, K., St-Arnaud, L., Berbiche, D. (2018). How Can Supervisors Contribute to the Return to Work of Employees Who have Experienced Depression? *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(2), 279-288. doi: 10.1007/s10926-017-9715-0
- Nunes, I. L., Corbière, M., & Lanctôt, N. (2011). Salient components in supported employment programs: Perspectives from employment specialists and clients. *Work*, 39(4), 427-439.
- OMS. (2002). Vers l'unité pour la santé : défis et opportunités des partenariats pour le développement de la santé. OMS: Genève.
- ONU. (2014). Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées. Résolution de l'AGA 61/106 du 2006-12-13 entrée en vigueur le 2008-05-03, Dans Haut-Commissariat (Éd.), *Principaux instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme* (pp. 267-305). New York et Genève.
- Orem, D. E. (1987). *Soins infirmiers : les concepts et la pratique*. Montréal. Paris: Décarie.
- Overgaard, V. J. (1994). *Teaching conceived as a social practice*. (Thèse de doctorat), Université Simon Fraser, Colombie-Britannique.
- Pachoud, B., & Corbière, M. (2014). Pratiques et interventions de soutien à l'insertion professionnelle de personnes présentant des troubles mentaux graves : résultats et pistes de recherche. *L'Encéphale*, 40, S33-S44.

- Pagé, J.-C. (1961). *Les fous crient au secours! Témoignage d'un ex-patient de St-Jean de Dieu*. Montréal: Éditions du jour.
- Palmer, B. W., & Jeste, D. V. (2006). Relationship of individual cognitive abilities to specific components of decisional capacity among middle-aged and older patients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 32(1), 98-106. doi: 10.1093/schbul/sbj002
- Papen, U. (2005). *Adult Literacy as Social Practice : more than skills* London. New York : Routledge.
- Papen, U. (2008). *Literature review: understanding literacy and health*. London: National Research and Development Center for adult literacy and numeracy.
- Papen, U. (2010). Literacy mediators, scribes or brokers? The central role of others in accomplishing reading and writing. *Langage et société* (3), 63-82.
- Papen, U. (2012). Je ne pourrai pas me passer d'elle : le rôle des médiateurs de l'écrit dans le contexte des soins de santé. Dans R. Bélisle (Éd.), *Écrire, lire et apprendre à l'âge adulte* (pp. 23-45). Québec: Presses de l'Université Laval.
- Papen, U., & Collette, K. (2013). Dialogue réflexif sur les études québécoises de la littératie, le regard des New Literacy Studies. *Globe. Revue internationale d'études québécoises*, 16, 133-157.
- Pilon-Larose, H. (2018). Un formulaire « qui n'a pas de bon sens » (Vol. 2018). Montréal: La Presse +.
- Polit, D. F., Beck, C. T., Profetto-McGrath, J., & Loiselle, C. G. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières : approches quantitatives et qualitatives*. Saint-Laurent, Québec: Éditions du Renouveau pédagogique.

- Powers, P. (2003). Empowerment as treatment and the role of health professionals. *ANS. Advances in nursing science*, 26(3), 227.
- Provencher, H., & Keyes, C. (2010). Une conception élargie du rétablissement. *L'information psychiatrique*, 86(7), 579-589. doi: 10.3917/inpsy.8607.0579
- Provencher, H., & Keyes, C. (2011). Complete mental health recovery: bridging mental illness with positive mental health. *Journal of Public Mental Health*, 10(1), 57-69 13p.
- Québec. (2001). *L'intersectorialité et l'intégration au travail des personnes vivant avec des problèmes graves de santé mentale. État de la situation*. Province de Québec.
- Québec. (2012). *Guide des mesures et des services d'emploi, section 3.0 L'approche d'intervention et le Parcours (AIP)*. Gouvernement du Québec.
- Québec. (2016). *Tableau des mesures actives, programmes et services d'emploi, année financière 2016-2017*. Gouvernement du Québec.
- Québec, & CSMQ. (2005). *Le Parcours pour favoriser l'intégration sociale et économique : pour un meilleur accès au travail*.
- Québec, I. n. d. s. p. d., St-Amour, N., & Bourque, M. (2013). *Conciliation travail-famille et santé : le Québec peut-il s'inspirer des politiques gouvernementales mises en place dans d'autres pays? Synthèse*. Québec: Institut national de santé publique du Québec.
- Ragin. (1992). Introduction: Cases of "What is a case?". Dans C. C. Ragin & H. S. Becker (Éds.), *What is a case? Exploring the Foundations of Social Inquiry* (pp. 1-17). New York: Cambridge University Press.

- Rastad, C., Martin, C., & Åsenlöf, P. (2014). Barriers, Benefits, and Strategies for Physical Activity in Patients With Schizophrenia. *Physical Therapy, 94*(10), 1467-1479. doi: 10.2522/ptj.20120443
- Rhéaume, J. (2008). Santé mentale et travail, entre plaisir et souffrance: quand le normal devient pathologique. *International Review of Sociology, 18*(3), 457-467. doi: 10.1080/03906700802376529
- Robson, D., & Gray, R. (2007). Serious mental illness and physical health problems: A discussion paper. *International Journal of Nursing Studies, 44*(3), 457-466. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.07.013>
- Rodriguez del Barrio, L. (2011). Nouveaux paramètres pour l'élaboration des pratiques de soutien communautaire : contribution des organismes communautaires et alternatifs au Québec. *Santé mentale au Québec, 36*(1), 35-56.
- Rodriguez del Barrio, L. (2011). Nouveaux paramètres pour l'élaboration des pratiques de soutien communautaire : contribution des organismes communautaires et alternatifs au Québec. *Santé mentale au Québec, 36*(1), 35-56.
- Rodriguez del Barrio, L., Corin, E., & Poirel, M.-L. (2001). Le point de vue des utilisateurs sur l'emploi de la médication en psychiatrie : une voix ignorée. *Revue québécoise de psychologie, 22*(2), 1-22.
- Roy, S. N. (2004). L'étude de cas. Dans B. Gauthier (Éd.), *Recherche sociale. De la problématique à la collecte de données* (4 éd., pp. 159-184). Sainte-Foy: PUQ.
- Salesse, M. S., Saucier, J. F., & Mavrikakis, C. (2014). Les bienfaits de l'écriture chez les malades chroniques... où en sont les recherches ? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*(0). doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.neurenf.2014.05.003>
- Sapir, E., & Darnell, R. (1999). *Culture*. Berlin. New York: Mouton de Gruyter.

- SCS. (2012). *Apprendre à connaître la schizophrénie : une lueur d'espoir. Manuel de référence pour les familles et les aidants naturels*. Société canadienne de schizophrénie.
- Sempels, C. (2011). Le marketing à l'épreuve des personnes à faible niveau de littératie. *Gestion 2000*, 28(6), 81-94. doi: 10.3917/g2000.286.0081
- Simons, H. (1996). The paradox of case study. *Cambridge Journal of Education*, 26(2), 225.
- Simos, G. (2012). Collaboration in psychopharmacotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 68(2), 198-208. doi: 10.1002/jclp.21836
- Smette, I., Stefansen, K., & Mossige, S. (2009). Responsible victims? Young people's understandings of agency and responsibility in sexual situations involving underage girls. *Young*, 17(4), 351-373. doi: 10.1177/110330880901700402
- Smith, M. K. (2011). 'What is praxis?' in the encyclopaedia of informal education. [http://infed.org/mobi/what-is-praxis/. Retrieved: 2019-09-26]
- Sponheim, S. R., Jung, R. E., Seidman, L. J., Mesholam-Gately, R. I., Manoach, D. S., O'Leary, D. S., Schulz, S. C. (2010). Cognitive deficits in recent-onset and chronic schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*, 44(7), 421-428. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2009.09.010>
- Stake, R. E. (1995). *The art of case study research*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Stewart, D. C., Anthony, G. B., & Chesson, R. (2010). 'It's not my job. I'm the patient not the doctor': Patient perspectives on medicines management in the treatment of schizophrenia. *Patient Education and Counseling*, 78(2), 212-217. doi: 10.1016/j.pec.2009.06.016
- Sturman, A. (1999). Case Study Methods. Dans J. P. Keeves & G. Lakomski (Éds.), *Issues in Educational Research* (pp. 103-112). New York: Pergamon Elsevier Science.

- Suijkerbuijk, Y. B., Schaafsma, F. G., van Mechelen, J. C., Ojajärvi, A., Corbière, M., & Anema, J. R. (2017). Interventions for obtaining and maintaining employment in adults with severe mental illness, a network meta-analysis. *The Cochrane database of systematic reviews*, *9*(9), CD011867. doi: 10.1002/14651858.CD011867.pub2
- Sultan-Taïeb, H., Villotti, P., Berbiche, D., Dewa, C. S., Desjardins, É., Fraccaroli, F., Corbière, M. (2019). Can social firms contribute to alleviating the economic burden of psychiatric disabilities for the public healthcare system? *Health & Social Care in the Community*. doi: 10.1111/hsc.12775
- Tang, Y.-Y., Hölzel, B. K., & Posner, M. I. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature reviews. Neuroscience*, *16*(4), 213. doi: 10.1038/nrn3916
- TÉLuq, & Wallot, H. (2017). *Introduction à la psychopathologie*. Télé-Université: Université TÉLUQ, Université du Québec: Québec.
- Terradas, M. M., Domon-Archambault, V., Jefferey, L.-A., Periard-Larivée, D., Guillemette, R., & Gendron, D. (2016). *La mentalisation, une notion essentielle à l'intervention auprès des enfants ayant vécu de la maltraitance*. Repéré en 2018, à : <http://observatoiremaltraitance.ca/Pages/Coup-d%27oeil-sur-la-mentalisation.aspx>
- Thifault, M.-C., & Dorvil, H. (2014). *Désinstitutionnalisation psychiatrique en Acadie, en Ontario francophone et au Québec, 1930-2013*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Thorne, S., Paterson, B., & Russell, C. (2003). The Structure of Everyday Self-Care Decision Making in Chronic Illness. *Qualitative Health Research*, *13*(10), 1337-1352. doi: 10.1177/1049732303258039
- Tjulin, Å., MacEachen, E., & Ekberg, K. (2010). Exploring Workplace Actors Experiences of the Social Organization of Return-to-Work. *Journal of Occupational Rehabilitation*, *20*(3), 311-321. doi: 10.1007/s10926-009-9209-9

- Tough, A. (2002). The Iceberg of informal adult learning. *New approaches to lifelong learning (NALL) - The Research Network., Working paper no.49.*
- Tremblay, N. A. (1986). *Apprendre en situation d'autodidaxie. Une étude des besoins des apprenants et des compétences des intervenants.* Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Tremblay, N. A. (2003). *L'autoformation pour apprendre autrement.* Montréal: Presses de l'Université de Montréal: Montréal.
- Ventura, J., Tom, S. R., Jetton, C., & Kern, R. S. (2013). Memory functioning and negative symptoms as differential predictors of social problem solving skills in schizophrenia. *Schizophrenia Research, 143*(2-3), 307-311. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2012.10.043>
- Villagrán, J. M., Ruiz-Granados, I. L., & González-Saiz, F. (2014). El proceso de decisión compartida en el tratamiento del paciente psiquiátrico: estudios empíricos y evaluación de la capacidad. (Spanish) "The shared decision-making process in the treatment of psychiatric patient: empirical studies and capacity assessment". (English). *Revista des Asociacion Espanola de Neropsiquiatria, 34*(123), 491-506. doi: 10.4321/S0211-57352014000300004
- Vinckier, F. (2013). Déficit de lecture & schizophrénie : mise en évidence d'une dysconnectivité fonctionnelle au sein du système visuel. *L'information psychiatrique, 89*(10), 803-810. doi: 10.1684/ipe.2013.1130
- Waghorn, G. (2013). Severe mental illness and work. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 47*(5), 488-489. doi: 10.1177/0004867413483882
- Waghorn, G., Saha, S., & McGrath, J. J. (2014). Correlates of Competitive Versus Noncompetitive Employment Among Adults With Psychotic Disorders. *Psychiatric Services, 65*(4), 476-482. doi: 10.1176/appi.ps.201300096
- White, D. (2015). Les déterminants institutionnels de l'exclusion : à quoi doit servir l'action intersectorielle? *Le partenaire, 24*(Été 2015), 5-7.

- Williams, A. E., Fossey, E., Corbière, M., Paluch, T., & Harvey, C. (2016). Work participation for people with severe mental illnesses: An integrative review of factors impacting job tenure. *Australian Occupational Therapy Journal*, 63, 65-85. doi: 10.1111/1440-1630.12237
- Wulf, C. (1995). *Introduction aux sciences de l'éducation : entre théorie et pratique*. Paris, France: A. Colin.
- Wulf, C. (2013). *L'anthropologie de l'homme mondialisé : histoire et concepts*. Paris: CNRS Editions.
- Yazan, B. (2015). Three Approaches to Case Study Methods in Education: Yin, Merriam, and Stake *The Qualitative Report*, 20(2), 134-152.
- Yin, R. K. (2006). Case Study Methods. Dans J. L. Green, G. Camilli, P. B. Elmore, A. Skukauskaite & E. Grace (Éds.), *Handbook of Complementary Methods in Education Research* (pp. 111-122). Washington, D.C.: American Educational Research Association.