

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LA RÉINSERTION SOCIOPROFESSIONNELLE DES PERSONNES SOUFFRANT  
DE TROUBLES DU SPECTRE DE LA SCHIZOPHRÉNIE ET LES DÉFIS  
RENCONTRÉS FACE À CELLE-CI À LA SUITE D'UN ÉPISODE  
D'HOSPITALISATION

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN TRAVAIL SOCIAL

PAR

ALICE BOURQUE-LORTIE

OCTOBRE 2023

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL  
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire 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.04-2020). 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

Il importe pour moi de remercier toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de mon stage et qui m'ont aidée à rédiger ce mémoire.

Tout d'abord, je souhaite remercier mon directeur de mémoire M. Henri Dorvil, professeur de travail social à l'Université du Québec à Montréal, pour sa disponibilité et ses précieux conseils qui ont permis le renforcement de ma réflexion.

Je remercie également toute l'équipe de suivi intensif dans le milieu de l'hôpital en santé mentale d'Albert-Prévost, pour m'avoir accueillie dans leur milieu.

Je tiens à témoigner toute ma reconnaissance aux personnes suivantes, pour leur soutien tout au long de la réalisation de ce mémoire :

Mes parents et ma sœur pour leur soutien et leurs encouragements continus.

Mes amis qui m'ont poussée à continuer et à ne jamais lâcher.

Mes collègues de classe de séminaire qui ont traversé la même épreuve et avec qui nous avons pu échanger sur nos hauts et nos bas.

Mon jeune cousin qui, rêvant que sa blague soit publiée un jour, s'est assuré de me la raconter chaque fois que mon moral était bas en échange de la voir apparaître dans mon mémoire. Une promesse est une promesse *choupin*, alors la voici :

« C'est l'histoire d'un lapin et d'un trampoline qui s'amusaient ensemble.

Le lapin s'exclame alors : Ah, je rebondis, je rebondis !

Et le trampoline répond : Ayoye, j'ai mal ! »

- Créée par Antoine Bourque

## LISTE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS .....	iii
LISTE DES FIGURES .....	viii
LISTE DES TABLEAUX.....	ix
RÉSUMÉ.....	x
ABSTRACT .....	xi
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 LA PROBLÉMATIQUE .....	5
1.1 Les impacts de l'échec de l'insertion socioprofessionnelle.....	7
1.2 Les bienfaits du travail sur la maladie mentale .....	8
1.3 Les obstacles à l'insertion socioprofessionnelle.....	9
1.3.1 La déshumanisation des milieux de travail .....	10
1.3.2 Les effets des médicaments sur la performance dans le milieu de l'emploi .....	10
1.3.3 Les préjugés entraînant la peur, la stigmatisation et l'exclusion de la part des employeurs.....	14
1.4 Priorités d'intervention .....	20
1.5 But et objectifs.....	200
1.5.1 Objectifs spécifiques .....	21
1.6 La pertinence sociale et scientifique de la recherche.....	211
CHAPITRE 2 LE CADRE THÉORIQUE .....	233
2.1 L'insertion socioprofessionnelle.....	233
2.2 L' <i>empowerment</i> .....	255
2.3 L'estime de soi.....	266
2.4 La stigmatisation.....	28
2.4.1 Concepts clés : quelques définitions .....	300
2.5 Pertinence et application du cadre théorique.....	311

2.6	Les approches de départ .....	33
2.7	Les approches associées .....	35
2.8	L'approche d'intervention : l'intervention individuelle par l'approche structurelle .....	39
<b>CHAPITRE 3 LA MÉTHODOLOGIE .....</b>		<b>42</b>
3.1	Préambule .....	42
3.2	L'outil d'intervention de base.....	443
3.3	Le plan d'intervention individualisé axé sur les forces : l'outil d'intervention prioritaire...	466
3.4	Les outils utilisés lors de la collecte des données .....	477
3.5	La sélection des usagers.....	49
3.5.1	La population ciblée .....	49
3.5.2	Les critères de sélection des usagers et les modalités de recrutement	<b>Erreur ! Signet non défini.0</b>
3.5.3	Les caractéristiques sociodémographiques des répondants .....	50
3.6	La préparation du terrain .....	51
3.7	La collecte des données .....	52
3.8	La méthode d'analyse des résultats .....	53
<b>CHAPITRE 4 LA CONCEPTION DU MÉMOIRE : PRÉSENTATION DU MILIEU, DÉROULEMENT DE L'INTERVENTION ET AUTRES ASPECTS.....</b>		<b>555</b>
4.1	La présentation du milieu d'intervention.....	555
4.2	Les raisons motivant le choix du milieu .....	577
4.3	Le déroulement de l'intervention .....	57
4.4	Échéancier et budget.....	58
4.5	Les forces et les limites de l'étude.....	59
4.6	Les considérations éthiques .....	60
4.6.1	Avantages et inconvénients .....	600
4.6.2	Moyens pour obtenir le consentement des usagers .....	61
4.6.3	Respect de la confidentialité .....	61
<b>CHAPITRE 5 PRÉSENTATION DES RÉSULTATS .....</b>		<b>622</b>
5.4	Une insertion sans discrimination .....	734

5.5 Retour sur la problématique : les difficultés d’insertion socioprofessionnelle.....	75
5.5.1 La sédentarité .....	75
5.5.2 Les commorbidités .....	76
5.5.3 Les troubles associés .....	77
5.5.4 L’ambivalence .....	78
5.6 À chacun ses forces ! .....	79
CHAPITRE 6 DISCUSSION DES RÉSULTATS.....	811
6.1 Retour sur le PII axé sur les forces comme outil déterminant à leur insertion socioprofessionnelle et les approches utilisées dans le cadre du mémoire d’intervention.....	811
6.1.1 Retour sur l’intervention individuelle et les liens avec nos objectifs.....	822
6.1.2 L’approche IPS du soutien à l’emploi jumelée à la remédiation cognitive sur mesure ...	84
6.1.3 Les critiques des approches utilisées .....	86
6.2 Regard sur notre rôle d’accompagnateur dans leurs démarches comme facteur bénéfique à l’ <i>empowerment</i> et au regain de l’estime de soi .....	8787
6.3 Une retombée souhaitée : défaire les préjugés liés aux problèmes de santé mentale .....	88
6.4 Réflexion sur le dévoilement du diagnostic de santé mentale .....	899
CONCLUSION .....	922
7.1 Retour sur la recherche.....	922
7.2 Apports de la recherche.....	922
7.3 Pour des recherches futures.....	933
ANNEXE A PLAN D’INTERVENTION INDIVIDUALISÉ AXÉ SUR LES FORCES .....	944
ANNEXE B L’OUTIL DE L’EXPLORATION DE L’ÉCHEC.....	97
ANNEXE C BILAN DE PARCOURS D’INSERTION SOCIOPROFESSIONNELLE .....	98
ANNEXE D AFFICHE DE RECRUTEMENT .....	99
ANNEXE E GRILLE DE TENUE DE DOSSIER .....	1000
ANNEXE F APPROBATION DU CERPÉ.....	1033

ANNEXE G FORMULAIRE D'INFORMATIONS ET DE CONSENTEMENT.....	1044
ANNEXE H GUIDE DE PRÉPARATION AU RETOUR AU TRAVAIL .....	1133
ANNEXE I CHEMINEMENT DANS LA PHASE DE CONTEMPLATION .....	1144
BIBLIOGRAPHIE .....	1155

## LISTE DES FIGURES

Figures	Page
2.1 L’insertion socioprofessionnelle sous l’angle du cadre théorique.....	33
5.1 La balance décisionnelle.....	78

## LISTE DES TABLEAUX

Tableaux	Page
3.1 Le plan d’insertion socioprofessionnelle initial .....	43
3.2 Le profil des usagers.....	51
5.1 Les activités accomplies par chaque usager.....	62
5.2 Les obstacles rencontrés, les stratégies utilisées et les forces développées par chaque usager.....	67
5.3 L’atteinte des objectifs et la satisfaction des accomplissements .....	72

## RÉSUMÉ

Malgré les études témoignant de la possibilité pour les personnes aux prises avec des troubles du spectre de la schizophrénie de s'insérer au niveau socioprofessionnel, le problème de la non-employabilité chez ces individus existe toujours. Le but de ce mémoire d'intervention est de favoriser l'insertion socioprofessionnelle de ces personnes dans une optique d'*empowerment* et de regain d'estime de soi. Parallèlement, comme retombée souhaitée, nous souhaitons défaire les préjugés établis à leur égard par la stigmatisation, permettant ainsi de sensibiliser la population. Pour ce faire, l'approche individuelle est mise de l'avant, avec des entretiens semi-dirigés, et en association avec l'approche IPS du soutien à l'emploi avec remédiation cognitive sur mesure. L'outil d'intervention commun de base est le plan d'insertion socioprofessionnelle initial auquel s'ajoute le plan d'intervention individualisé axé sur les forces. Les résultats de cette recherche démontrent que l'accompagnement dans ce processus via les approches utilisées permet à ces personnes de cheminer dans leur vie et d'acquérir de nouvelles forces, et ce, peu importe si l'insertion et réussite ou non. Bien évidemment, il importe de croire en leur potentiel avant tout !

Mots clés : insertion socioprofessionnelle, *empowerment*, approche *individual placement and support*, soutien à l'emploi, plan d'intervention

## ABSTRACT

Despite the studies showing the possibility for people with schizophrenia spectrum disorders to integrate at the socio-professional level, the problem of non-employability among these individuals still exists. The goal of this intervention dissertation is to promote the socio-professional integration of these people with a view to *empowerment* and renewed self-esteem. At the same time, as a desired outcome, we want to undo the prejudices established against them, through stigmatization, thus raising public awareness. To do this, the individual approach is put forward, with semi-structured interviews, and in association with the IPS approach to employment support with tailor-made cognitive remediation. The basic common intervention tool is the initial socio-professional integration plan, to which is added the individualized intervention plan based on strengths. The results of this research show that support in this process via the approaches used allows these people to move forward in their lives and acquire new strengths, regardless of whether the integration is successful or not. Of course, it is important to believe in their potential above all!

Keywords: socio-professional integration, *empowerment*, IPS approach, employment support, intervention plan

## INTRODUCTION

De nos jours, malgré l'évolution positive de la perception de la société à l'égard de la santé mentale, certaines maladies mentales demeurent moins familières que d'autres. En effet, même si l'accès fiable aux renseignements sur ce sujet s'améliore avec le temps, certains troubles mentaux continuent de se voir attribuer des impressions négatives traduisant de multiples préjugés (Shepell•fgi, 2021). La schizophrénie en est un exemple. Comme mentionné par la Société québécoise de la schizophrénie (SQS, 2010), cette maladie complexe, mais traitable, n'est plus perçue comme étant incapacitante et accablante. En effet, il est possible pour les personnes atteintes de schizophrénie d'avoir une vie active et satisfaisante dans la communauté. Par ailleurs, au mépris des médias qui continuent de renforcer les préjugés associés à cette maladie, les personnes qui en souffrent font face à de nombreuses difficultés quant à leur insertion socioprofessionnelle, affectant, de ce fait, leur rétablissement au travers de celle-ci. Ce mémoire d'intervention cherche à démontrer que ces personnes peuvent cheminer positivement vers une insertion socioprofessionnelle grâce au développement de leur *empowerment*. Plus encore, nous aspirons à défaire les préjugés dont elles font régulièrement face afin de sensibiliser la population à l'égard de leur réalité.

Au travers de ce mémoire, basé sur le site de la Société québécoise de la schizophrénie (SQS, s.d.), nous regroupons la schizophrénie et les autres troubles psychotiques (trouble délirant, trouble schizoaffectif, trouble psychotique d'origine toxique...) sous le terme des troubles du spectre de la schizophrénie, en raison des symptômes communs. En effet, selon le DSM-V, l'on y retrouve au moins une des cinq catégories d'anomalies suivantes : idées délirantes, hallucinations, discours désorganisé, comportement grossièrement désorganisé ou catatonique et symptômes négatifs (ex. : aboulie, diminution de l'expression émotionnelle, anhédonie, retrait social, etc.) (SQS, s.d.). De son côté plus spécifique, la schizophrénie est une maladie du cerveau qui peut être sévère et persistante, et malheureusement considérée comme étant la plus incapacitante (SQS, s.d.). Elle affecte la pensée, les sentiments, les émotions, les perceptions et les comportements, à degrés et périodes variables, en plus la manifestation de plusieurs épisodes aigus psychotiques causant une perte de contact avec la réalité (SQS, s.d.). Cette maladie n'a pas d'impact direct sur l'intelligence,

mais entraîne des déficits cognitifs qui perturbent l'attention, la mémoire, l'apprentissage et le traitement de l'information (SQS, s.d.).

Bref, recevoir le diagnostic de schizophrénie ou autres troubles psychotiques peut être dévastateur pour les personnes atteintes, autant pour elles-mêmes que pour leur entourage. La complexité de cette maladie et les défis qui en ressortent ne sont pas faciles à accepter. Par ailleurs, plusieurs personnes qui en souffrent jouissent d'une qualité de vie active et satisfaisante, exerçant le rôle du travailleur ou de l'étudiant.

Nouvellement embauchée dans l'équipe de suivi intensif dans le milieu de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent affilié à l'hôpital Albert-Prévost, nous avons été confrontée à la triste réalité vécue par ces personnes autant dans le domaine social que celui professionnel. Étant souvent associées à de fausses idées préconçues, celles-ci ont un réseau social faible et une expérience de travail minimale. Étant durement affectés par ces faits désolants, nous avons décidé de saisir l'occasion comme travailleuse sociale clinique œuvrant auprès de ces usagers de services pour développer cet ouvrage. Comment favoriser l'insertion socioprofessionnelle des personnes atteintes de troubles du spectre de la schizophrénie ? Ce mémoire d'intervention tente de répondre à cette question par le biais du développement d'un plan d'intervention individualisé axé sur les forces.

Ce présent mémoire est divisé en six chapitres. Dans le premier chapitre, nous abordons la problématique de recherche concernant le faible taux d'insertion professionnelle des personnes aux prises avec des troubles du spectre de la schizophrénie. Nous présentons ensuite le but principal de notre mémoire d'intervention qui est de favoriser l'insertion socioprofessionnelle de sept usagers<sup>1</sup> d'un programme de suivi intensif dans le milieu tous aux prises avec un trouble de santé mentale sévère et persistant. Nous précisons également les objectifs principaux et spécifiques, soit de référer ces usagers vers un milieu qu'ils auront choisis, en mettant en place tous les éléments nécessaires en vue de cette insertion. Nous ajoutons que le but n'est pas nécessairement la réussite de l'insertion,

---

<sup>1</sup> Au long de ce mémoire, nous utiliserons le terme *usager* pour faire référence à toutes les personnes ayant bénéficié de services psychiatriques, ainsi que les participants de l'étude qui en bénéficient encore. Le choix de ce terme s'explique par le fait qu'un usager est une personne qui utilise un service public.

mais de leur offrir un accompagnement qui leur permettront de cheminer au niveau personnel. Nous concluons ce chapitre par la pertinence sociale et scientifique de la recherche.

Le deuxième chapitre met en avant le cadre théorique composé du processus de l'insertion socioprofessionnel, l'*empowerment*, l'estime de soi et la stigmatisation en établissement des liens pour chacun avec nos usagers visés. Ensuite, ce chapitre discute de la pertinence et de l'application de ce cadre théorique basée sur la problématique. Nous terminons avec la description des approches utilisées quant à l'élaboration de ce mémoire.

Dans le troisième chapitre, nous présentons la méthodologie qui nous a permis de mettre en œuvre ce mémoire d'intervention. L'outil d'intervention de base qu'est le plan d'insertion socioprofessionnelle initial et l'outil d'intervention prioritaire qu'est le plan d'intervention individualisé d'insertion socioprofessionnelle y sont exposés. Nous enchaînons avec le processus de la sélection des usagers du programme SIM et la préparation du terrain. La méthode de collecte des données et la méthode d'analyse des résultats terminent ce chapitre.

Le quatrième chapitre expose les composantes de la conception du mémoire d'intervention. Dans la première section, nous présentons le milieu de l'intervention, le programme de Suivi intensif dans le milieu (SIM) de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent de l'hôpital en santé mentale Albert-Prévost (SIM-BCSTL-PAP), en expliquant les raisons qui ont motivé le choix de ce milieu. Nous poursuivons avec la présentation du déroulement des rencontres. Dans la dernière section, nous abordons l'échéancier et le budget reliés à cette étude, les forces et les limites de celle-ci et les considérations éthiques.

Dans le cinquième chapitre, nous présentons les résultats par le biais de trois tableaux différents. Le premier tableau expose les activités qui ont été accomplies par chaque usager au cours du mémoire d'intervention. Le deuxième tableau traite des obstacles rencontrés durant le processus d'insertion socioprofessionnelle, des stratégies utilisées pour contrer ceux-ci et des forces développées par chaque usager. Le troisième tableau expose si les objectifs ont été atteints ou non ainsi que la satisfaction de chaque usager par rapport à leurs accomplissements. Nous apportons ensuite quelques précisions en lien avec les résultats de notre recherche, notamment en ce qui a trait à la notion de discrimination. Puis, nous faisons un retour sur les difficultés d'insertion

socioprofessionnelle qui avaient été exposées dans la problématique en spécifiant les solutions qui ont été utilisées pour y faire face. Nous terminons le chapitre par nos observations quant au cheminement personnel accompli par tous les usagers.

La discussion des résultats est le sixième et dernier chapitre. Nos résultats y sont interprétés sous l'angle du cadre théorique dans l'optique de répondre aux objectifs de notre recherche. Nous partageons également une réflexion quant au dévoilement d'un diagnostic de santé mentale, en y présentant les avantages et les inconvénients qui en découlent.

Nous concluons ce mémoire en faisant un retour sur la recherche et en offrant des pistes de réflexion pouvant alimenter de futures recherches.

# CHAPITRE 1

## LA PROBLÉMATIQUE

Au travers de ce premier chapitre, nous débutons en démontrant le problème existant, soit le faible pourcentage d'insertion professionnelle des personnes atteintes de troubles du spectre de la schizophrénie. Basés sur une revue littéraire, nous faisons état des connaissances à propos de ce phénomène étudié en exposant les faits connus. Nous présentons ensuite les impacts négatifs de l'échec de l'insertion socioprofessionnelle sur ces usagers et les bienfaits du travail sur la maladie mentale. Puis, nous enchaînons avec les obstacles à l'insertion socioprofessionnelle, soit la déshumanisation des milieux de travail, les effets des médicaments sur la performance dans le milieu de l'emploi, les préjugés entraînant la peur et la stigmatisation et l'exclusion de la part des employeurs. Les dernières sections du chapitre présentent les priorités d'intervention sur lesquelles notre mémoire repose, le but et les objectifs de celui-ci ainsi que notre hypothèse de départ. Nous terminons avec la pertinence sociale et scientifique de la recherche.

Pendant longtemps, la perspective de travailler pour les personnes atteintes de schizophrénie était inexistante (Levaux et al., 2009, p.239), mais, au fil du temps et grâce à des progrès développés, l'insertion et la réinsertion professionnelle sont devenues possibles. En effet, depuis des décennies, les personnes atteintes de troubles mentaux sévères ont la possibilité d'accéder au monde du travail. Cela remonte à la politique de la réhabilitation psychosociale créée aux États-Unis après la Première Guerre mondiale qui, peu à peu, a permis aux patients hospitalisés en psychiatrie d'être pris en charge par des agences de réadaptation professionnelle pour être formées et réinsérées (Farkas, 2018). Cette réhabilitation s'est ensuite élargie aux domaines de l'intégration sociale, de l'éducation et du soutien communautaire. Par la suite, en 1977, le système de soutien communautaire (css) fut créé pour soutenir à la fois les personnes souffrant de troubles mentaux sévères et les préoccupations de leur communauté (Farkas, 2018). Le but de mettre en partenariat la réhabilitation psychiatrique avec le css était d'offrir des services autant au niveau de la santé que de l'éducation, du logement et de l'emploi (Farkas, 2018). Ceci dit, l'on visait à donner à ces

personnes, en misant sur leurs besoins et leurs potentiels, une vie décente parallèlement au regain d'une liberté (Farkas, 2018).

Bref, les études des quarante dernières années démontrent que le rétablissement est possible, que ce soit aux États-Unis, en Suisse, en Allemagne et au Japon (Farkas, 2018). Les résultats indiquent un taux de réussite entre 40 % et 75 % pour un suivi d'une période comprise entre 13 et 37 ans avec comme indicateurs : une absence de nouveaux symptômes, une non-utilisation de drogues psychotropes, une vie autonome dans la communauté, un travail et de bonnes relations avec les autres, des comportements différents sans qu'ils soient considérés comme inadaptés (Farkas, 2018). De plus, les recherches plus récentes ont démontré que les personnes atteintes sévèrement de troubles mentaux ont un potentiel de rémission à long terme et de récupération fonctionnelle, ce qui représente un indice de crédibilité pour la communauté professionnelle (Farkas, 2018). Comme le mentionne Patricia E. Deegan (2005), il est maintenant possible, avec les données empiriques, de révéler que la plupart des gens se rétablissent, sans pour autant que ce soit un privilège d'exception. Toutefois, puisque le succès de leur rétablissement est imprévisible, il importe d'avoir une approche de croyance en leur capacité (E. Deegan, 2005).

Ainsi, malgré cette évolution, il est possible de constater que « les tentatives d'insertion ou de réinsertion professionnelle échouent encore très souvent » (Levaux et al., 2009, p.240). En termes de statistiques, seulement 10 à 20 % des personnes souffrant de cette pathologie ont un emploi et ceux qui en avaient un avant le début de la maladie le perdent fréquemment ou éprouvent de grandes difficultés à le maintenir avec l'apparition de cette dernière (Levaux et al., 2009, p.239). De plus, environ un tiers des personnes insérées professionnellement travaille un nombre d'heures significatif, mais avec une durée d'emploi que de quelques mois et la proportion de personnes insérées en milieu de travail dit « ordinaire » reste très faible (Levaux et al., 2009, p.240). Depuis plusieurs années, bon nombre de stratégies de réadaptation psychosociale ont été mises de l'avant pour aider les personnes aux prises avec une schizophrénie à obtenir un emploi. Malheureusement, l'Organisation mondiale de la santé rapporte que le taux de réussite est de 15 %, malgré le fait que 90 % d'entre elles souhaitent travailler. Ce constat est renforcé par le fait que plus de 60 % de ces personnes seraient en mesure de travailler, mais seulement 15 à 20 % occuperaient actuellement un emploi (SQS, 2010).

Selon la Déclaration des droits de l'ONU (art. 23), le travail est un droit dont tous y auraient accès. Par ailleurs, seulement 15 % des personnes bénéficiant des services de santé mentale occupent un emploi, même si l'Organisation mondiale de la santé rapporte que 90 % d'entre elles aimeraient en exercer un (Dorvil, 2006). Pour tout citoyen, ne pas travailler c'est se sentir inutile, dévalorisé et en marge de la société (Dorvil et Thériault, 2010). Du côté des employeurs, ceux-ci dénotent d'une mesure de résistance passive, ce qui signifie qu'ils ont de bonnes intentions à embaucher ces personnes aux prises avec un trouble de santé mentale, mais ne passent pas officiellement à l'acte (Dorvil et Thériault, 2010).

Occuper un emploi entraîne plusieurs côtés positifs chez les personnes atteintes d'un trouble mental, soit l'amélioration de l'estime de soi, une meilleure gestion des symptômes, un sentiment d'accomplissement personnel et une meilleure inclusion sociale (Dumont, 2012). Malgré le développement d'intervention favorisant l'accès à des emplois, et selon l'Association canadienne pour la santé mentale, le taux de non-employabilité chez ces personnes varie de 70 à 90 %, ce qui est nettement inférieur à celui de la population en général (Dumont, 2012). Ce constat est préoccupant considérant qu'environ 20 % de la population canadienne souffrira d'une maladie mentale et que la non-employabilité entraîne des effets néfastes, tels que l'isolement social et l'exacerbation des symptômes cliniques (Dumont, 2012).

À noter, selon une étude, il a été démontré que les personnes atteintes de troubles schizophréniques ont conscience de leurs difficultés (93,4 %) et reconnaissent les signes cliniques (93,3 %), soit le délire, les hallucinations, la bizarrerie du discours, la désorganisation psychomotrice (86,7 %) et le fait de soliloquer (73,4 %) (Bevalot et Estingoy, 2013). Elles sont également anxieuses face à leur avenir (80 %) (Bevalot et Estingoy, 2013).

### 1.1 Les impacts de l'échec de l'insertion socioprofessionnelle

À ce jour, les études démontrent que pour une personne schizophrène, le fait de ne pas travailler contribue à son maintien en position marginale, ce qui affecte davantage son fonctionnement social dans la société. En étant exclues des lieux de socialisation, tels que les milieux de travail, les personnes schizophrènes vivent des répercussions néfastes sur leur qualité de vie, dont un effet

négatif sur leur estime personnelle, leur adaptation sociale et l'amélioration de leur état clinique (Pinsonneault, 2015). La présence de cette inégalité des chances à tous, dans la société, d'avoir accès à de meilleures conditions de vie impacte durement ces usagers en les maintenant, comme mentionné précédemment, en position d'exclusion sociale. De plus, le fait de ne pas travailler contribue à maintenir ces personnes en situation financière précaire, vivant, pour la majorité, de l'aide sociale. Selon Vézina (2007), la pauvreté est liée à un sentiment d'impuissance chez les individus, car les conditions d'existence satisfaisantes (éducation, ressources matérielles) permettent d'avoir le sentiment de détenir un certain pouvoir d'agir sur sa vie. Cela dit, sans cette reprise de pouvoir sur leur vie aussi appelé *empowerment*, il y a un risque franc de détérioration sur le plan mental.

## 1.2. Les bienfaits du travail sur la maladie mentale

Étant donné que l'insertion professionnelle aide au processus de rémission des personnes atteintes de schizophrénie, et ce, par le sentiment de responsabilité et de réalisation personnelle engendrées par celle-ci, il importe pour ces usagers d'avoir un emploi (Levaux *et al.*, 2009, p.239). Comme mentionné par l'auteur dans son article, il existe une corrélation positive entre le travail ou l'activité productive et la réduction du taux de réhospitalisation (Vézina, 2007, p.288). En effet, le travail aide à réduire l'anxiété et accroît le sentiment de compétence de ces personnes par le simple fait d'être « focussé » sur la réalité et par le développement d'une certaine impression d'appartenance à la communauté (Vézina, 2007, p.288). De plus, le milieu de travail permet l'acquisition de compétences d'habiletés sociales et de capacités à s'exprimer (Vézina, 2007, p.289). Ainsi, il va de soi que de travailler permet de se sentir comme la majorité des autres citoyens, de se sentir plus « normal », et c'est ce qui favorise le sentiment de faire partie de la société. D'autres bienfaits de l'insertion au travail s'en suivent, tels que l'amélioration de l'estime de soi, la conservation ou le fait de rebâtir une identité personnelle autre que celle de malade, la gestion du temps de façon productive, l'acquisition d'un bien-être psychologique durable, la réduction de sa consommation des services sociaux et médicaux, la diminution des rechutes, le maintien d'une autonomie financière, le développement d'un réseau social et l'espérance d'un plein rétablissement (SQS, 2010, p10). Bref, le travail est une source de fierté et de valorisation pour les personnes atteintes de schizophrénie.

### 1.3 Les obstacles à l'insertion socioprofessionnelle

Les constats statistiques relevés nous amènent à nous demander ce qui pourrait expliquer ces difficultés d'insertion socioprofessionnelle chez les personnes schizoéphrènes. Il va de soi que les obstacles liés aux symptômes de la maladie, tels que les déficits cognitifs, peuvent expliquer en partie ces difficultés, puisqu'ils impactent les fonctions mentales permettant l'acquisition et le traitement de l'information (ex. : l'attention, la mémoire, les fonctions exécutives, etc.) (Levaux et al., 2009, p.240). Ainsi, affectant la capacité d'organisation et de planification d'une tâche, ces déficits sont associés à de moins bonnes performances professionnelles et entraînent un plus grand besoin de soutien à l'emploi. À cela s'ajoute la prise de médicaments qui ont également des effets néfastes sur la performance de ces personnes dans le milieu de travail. Dans un autre ordre d'idée, les données scientifiques démontrent que « le diagnostic n'est pas une variable significative permettant de prédire ce qu'il en est de l'insertion et du maintien en emploi » (SQS, 2010, p.12). En effet, à la lueur des différents écrits recensés, plusieurs auteurs soulèvent que les obstacles reliés à l'environnement du travail ont davantage leur part à jouer dans l'explication de cette problématique sociale, telle que la déshumanisation des milieux de travail, la complexité et la rigidité des règles administratives et les préjugés entraînant la peur, la stigmatisation et l'exclusion (SQS, 2010). Tel que le rapporte la Société québécoise de la schizoéphrénie (2010), la stigmatisation représente le principal adversaire à confronter pour les personnes atteintes d'un trouble sévère de santé mentale (SQS, 2010).

Au travers de l'article de Vézina (2007), il est rapporté que les programmes d'insertion au travail spécifiquement destinés aux gens ayant vécu des troubles mentaux établissent des critères difficilement atteignables. Il n'est pas facile de trouver des programmes aux critères assez souples pour y intégrer les gens en raison de la diversité des problématiques et des comportements du concept de « trouble mental » vécus à des degrés d'intensité variable (Vézina, 2007, p.292). L'un des problèmes principaux est relié aux attentes quant à la capacité de l'utilisateur à fonctionner avec la structure du programme. Ces attentes se traduisent par des règles prérequis, telles que la politesse, la prise de médication régulière, l'hygiène, l'accès à un moyen de transport et à une alimentation régulière, la ponctualité, etc. (Vézina, 2007, p.292) Bref, pour entrer sur le marché du

travail, un contexte de survie économique est demandé, mais malheureusement non accessible pour tous.

### 1.3.1 La déshumanisation des milieux de travail

L'un des principaux enjeux liés à l'insertion socioprofessionnelle des personnes schizophrènes relève du statut dévalorisant des emplois qui leur sont proposés. En effet, les emplois réservés à ces personnes sont souvent mal payés, dévalorisés socialement, sans statut véritable et nécessitant peu de concentration et d'habiletés, tel que les emplois en restauration, dans les épiceries ou en entretien ménager (Vézina, 2007, p.289). Les conditions de travail y sont précaires, ce qui n'est pas favorable au maintien de la « santé » mentale des individus. Malgré le fait que d'intégrer le marché du travail représente souvent une demande préconisée chez les personnes aux prises avec des troubles du spectre de la schizophrénie, avoir un emploi ne contribue pas toujours à l'amélioration de leur état. Il a été observé que plusieurs facteurs peuvent contribuer à une détérioration de leur état mental, notamment le bruit, le travail monotone, le manque de contrôle sur les décisions et l'incapacité de prévoir ce qui va arriver peuvent mener au développement de l'anxiété chez les gens, la nature et l'organisation du travail ayant un impact pathogène et le côté ennuyeux et déshumanisant des emplois suggérés (Vézina, 2007, p.288). Malheureusement, les conditions de travail précaires témoignées par les tâches routinières, les mauvaises conditions salariales et l'insécurité d'emploi sont loin de contribuer au maintien de la santé mentale des individus, et c'est souvent au travers de ces milieux que les personnes aux prises avec des troubles mentaux graves et persistants s'y retrouvent (Vézina, 2007, p.289). Bref, la personne schizophrène se voit souvent attribuer un emploi ne respectant pas ses choix ni son plein potentiel (SQS, 2010).

### 1.3.2 Les effets des médicaments sur la performance dans le milieu de l'emploi

La prise de médicaments entraîne plusieurs effets indésirables et secondaires dont les personnes atteintes de troubles du spectre de la schizophrénie se retrouvent à faire face. Cela les amène à prendre d'autres médicaments en vue de réduire ces effets, ce qui augmente ces derniers et affecte à la fois leur apparence physique et leur état psychique (Rodriguez Del Barrio *et al.*, 2001). Parmi ces effets, l'on retrouve les mouvements involontaires, l'agitation constante, le manque de

concentration, la dyskinésie, la sécheresse de la bouche, la prise de poids, etc. (Rodriguez Del Barrio *et al.*, 2001).

Étant visibles, les effets secondaires de certains psychotropes, tels que la difficulté à se concentrer, la rigidité de l'expression du visage ou les mouvements involontaires, contribuent à la stigmatisation des personnes aux prises avec un trouble mental sévère créant des difficultés importantes dans leur vie quotidienne et dans leur rapport avec les autres (Rodriguez Del Barrio *et al.*, 2001). Considérées comme étranges, ces personnes sont souvent exclues, ce qui réduit l'espoir d'un rétablissement ou d'une amélioration possible de leur état mental (Rodriguez Del Barrio *et al.*, 2001). Étant censés les aider à s'intégrer à la communauté, les médicaments créent un effet contraire d'isolement social et de distance avec le reste du monde dit « normal », suscitant un sentiment d'échec et de tristesse chez celles-ci (Rodriguez Del Barrio *et al.*, 2001). De ce fait, les caractéristiques attribuées automatiquement à ces personnes, telles que leur apparence triste, leur allure de détachement, l'absence de relations intimes et leur désespoir, renforcent leur image (Rodriguez Del Barrio *et al.*, 2001).

Ainsi, au travers des récits rapportés par les usagers utilisateurs de médicaments, de lourdes conséquences d'une consommation à long terme sont rapportées autant par ses effets sur le corps, la pensée et les comportements que par les significations qu'elle développe dans la vie de la personne et de son entourage en plus de la société (Rodriguez Del Barrio *et al.*, 2001). Ces derniers affirment que « l'utilisation régulière de médicaments ou une médication inadéquate les a empêchés de « rentrer en contact avec elles-mêmes » et a freiné la possibilité d'un travail sur soi généralement considéré comme la source de transformation personnelle la plus profonde » (Rodriguez Del Barrio *et al.*, 2001). À long terme, prendre des médicaments peut devenir une source d'angoisse, s'apparentant à l'expérience de la crise (Rodriguez Del Barrio *et al.*, 2001). Comme le nomme Marie, « la médication c'est tellement souffrant, c'est plus souffrant que la maladie » (Rodriguez Del Barrio *et al.*, 2001). Afin de décrire l'effet dévastateur que les médicaments peuvent avoir sur leur vie, nombreux utilisent les termes « gelé » et « zombie », s'associant à une grande fatigue et une perte d'énergie (Rodriguez Del Barrio *et al.*, 2001).

Voici quelques propos rapportés par des patients (Rodriguez Del Barrio *et al.*, 2001) :  
« Ils m'ont gelée extraordinaire », rappelle Aurèle, « je suis sortie, je ne voyais plus clair, j'avais plus de mémoire... j'étais presque rendue un zombie... je suis restée

couchée 7 ou 8 mois, je prenais mes médicaments, je mangeais un peu, je me couchais... ». « Je suis gelée comme il faut, tu perds des bouts », note Manon. « J'en ai pris jusqu'à ne plus être capable de réagir, puis j'ai été obligée d'avoir des électrochocs... j'étais quasiment légume à force d'avoir pris des médicaments, des médicaments, des médicaments », raconte Luce. « Ça t'endormait, t'enlevait de l'énergie... j'étais continuellement sur le café », se rappelle Antoine. « Ça soulageait l'anxiété, mais ça amortissait aussi ; je dormais ; ensuite, j'ai pris du poids », note Sonia. « J'aime pas ben ben ça, les médicaments », remarque Jean, « je les prenais à reculons... Quand on sort, on est sur les nerfs, à demi emmanché, tout à l'envers... tu es comme assommé. » Benoît s'interroge : « Je pose la question si les personnes peuvent garder leur élan vital en écoutant le médecin (le psychiatre) conseiller des médicaments pour neutraliser les écarts d'humeur... À travers la médication, je me sentais tellement insécurisé, j'ai paranoïé... ». Pour Louise, « ça a été d'appriivoiser les médicaments... une tête grosse comme ça, une façon de se mouvoir dans l'espace... ne pas pouvoir être moi-même... un effet physique énorme, quasi un handicap ». « Je ne me sentais pas moi-même », se souvient Carl, « comme si ce n'était pas moi qui conduisais ma vie. » « J'étais une autre personne... insécure... l'image de moi, physique et mentale », raconte Benoît, « j'étais sonné, vous voyez ? J'ai vu tellement de zombies, je ne voulais certainement pas aboutir là ».

Voici le témoignage d'une personne schizophrène et son coping avec les médicaments (Dorvil, 2006) : « Mon inquiétude quant aux médicaments est la prescription des doses élevées, parfois avec plus d'un antipsychotique, plus d'autres médicaments. Je voulais faire prendre conscience de la capacité de fonctionner lorsqu'une personne est fortement médicamentée. Dans mon parcours de maladie mentale, à deux reprises, j'ai été fortement médicamenté et j'ai trouvé qu'il était très difficile de rester éveillé — et encore moins de fonctionner [...] » (*traduit en français*)

Au travers de son témoignage, une autre personne se plaint de ne pas pouvoir fonctionner adéquatement avec 800 mg de Thorazine et autant de Mellaril (Dorvil, 2006). Elle disait dormir une bonne partie de la journée. « Si on réduisait la dose à 50 mg de part et d'autre, je me sentais fatiguée une heure après avoir avalé les pilules. Je devais surveiller mon poids. À 200 mg, ma concentration était affectée et je faisais beaucoup de fautes sur le traitement de texte. Les mots ne venaient pas, mon travail devenait une corvée. À 50 mg avant d'aller au lit, c'était plus supportable, j'étais heureuse (Dorvil, 2006, p.24) ». Plusieurs renchérissent l'effet de la surmédication par les termes suivants : « Je suis gelé, je n'ai plus de corps, je suis comme un zombie ». (Dorvil, 2006, p.25).

Si l'on parle de la représentation sociale de la folie, il va de soi que les effets secondaires de la médication renforcent le stigma associé aux troubles mentaux. L'on parle alors des mouvements involontaires de la mâchoire, du regard ambigu, des mains tremblantes, des tics nerveux de toute

sorte, de l'agitation (faire les cent pas, va-et-vient sans arrêt, claquement de langue, balancement des jambes, changement de position sur la chaise), etc. (Dorvil, 2006, p.25) Affectant leurs capacités cognitives, leur apparence physique, leur capacité d'entrer en relation avec autrui et de créer des contacts sociaux amicaux et leur rétablissement, ces effets négatifs contribuent à la stigmatisation de ces personnes, les maintenant dans une position de malade chronique et d'exclusion quasi permanente (Dorvil, 2006, p.25). L'on se rappelle que dès notre enfance, les règles sociales nous enseignent à rester tranquilles et à bien nous comporter en public (Dorvil, 2006, p.25). Ceci dit, le fait que les personnes schizophrènes peuvent avoir de la difficulté à rester en place sans bouger a pour conséquence de les mettre à l'écart, puisque c'est par notre corps que le monde réagit à notre présence (Dorvil, 2006, p.25).

Il existe six catégories d'effets secondaires les plus fréquemment associés aux phénothiazines et regroupés sous les symptômes extrapyramidaux (SEP) et les symptômes pseudoparkinsoniens (SPP) dont l'anthropologue Sue Estroff (1998, p. 127) résume (Dorvil, 2006, p.25) : 1) l'akathisie (appelée par les usagers, les « claquettes-fluphénazine ») — agitation générale caractérisée par des sautilllements, un balancement saccadé des jambes en position assise et un balancement d'une jambe sur l'autre en position debout ; 2) l'akinésie — absence d'expression faciale spontanée, impression de faiblesse et de fatigue et perte de la parole, d'intérêt et de réponse émotionnelle ; 3) les tremblements (généralement de la catégorie des SPP) des mains ou des membres ; 4) les dystonies — raideur du cou, spasmes, grimaces et autres mouvements musculaires involontaires et crises oculogyres (roulements des yeux incontrôlés avec fixité vers le haut) 5) d'autres symptômes parkinsoniens — rigidité des membres, gêne dans les mouvements, et troubles de l'allure et de la posture ; 6) la dyskinésie tardive (relativement rare, généralement irréversible) — contractions faciales et mouvements involontaires de la langue, de la mâchoire et de la bouche tels que plisser et pincer les lèvres, ou se passer la langue sur les lèvres.

En réponse aux expériences négatives vécues par la prise de médication, une approche a été mise sur pied, soit la Gestion autonome de la médication en santé mentale (GAM). Par définition, selon le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ), la GAM est une approche ayant pour but de permettre à la personne qui prend des médicaments de se rapprocher d'une médication qui lui convient, s'intégrant dans une démarche plus large d'amélioration, de mieux-être et de reprise de pouvoir sur sa vie (RRASMQ, 2016). Elle repose

sur plusieurs principes mettant l'accent le respect des droits de la personne, identifiée comme l'experte de son vécu et de sa médication (RRASMQ, 2016). En résumé, toute personne a droit de recevoir toute l'information concernant le traitement (article 8 de la LSSSS), consentir aux soins de manière libre et éclairée (article 9 de la LSSSS et article 10 du Code civil), participer au traitement (article 10 de la LSSSS) et être accompagnée (article 11 de la LSSSS) (RRASMQ, 2016).

Selon les personnes qui prennent de la médication, les apports et les bienfaits de la GAM se résument à : « une compréhension approfondie de l'expérience, des droits et du traitement pharmacologique ; amélioration du rapport avec les professionnels et ouverture de l'espace de négociation avec le médecin ; mieux-être et appropriation du pouvoir » (Benisty, 2011).

Mis à part les effets secondaires de la médication, une autre problématique soulevée relève de la tolérance des milieux de travail envers les comportements des personnes atteintes de troubles du spectre de la schizophrénie et les symptômes engendrés par les médicaments. À titre d'exemples de flexibilité de la part des employeurs, ces derniers pourraient permettre à leurs travailleurs de travailler le soir pour éviter le sentiment d'inconfort en groupe, de boire régulièrement de l'eau en raison de leur bouche sèche, d'avoir davantage de temps pour réaliser les tâches s'ils sont plus au ralenti, d'avoir des instructions écrites s'ils ont des problèmes de concentration, d'avoir droit à des périodes de répit et de pouvoir se promener s'ils sont agités (Dorvil, 2006, p.25). À cela pourrait s'ajouter la possibilité d'être accommodé dans leur un horaire pour leur rendez-vous médical (Dorvil, 2006, p.25). Bref, il existe des solutions quant à la gestion des effets secondaires des médicaments qui impactent sur le fonctionnement de travail de ces personnes, mais la question reste à savoir si les employeurs sont réellement prêts à embaucher ces dernières...

### 1.3.3 Les préjugés entraînant la peur, la stigmatisation et l'exclusion de la part des employeurs

À la suite de la désinstitutionnalisation des usagers de services en psychiatrie, la population générale, vivant dans une société qui ne s'était pas préparée à accueillir ces derniers sortis des hôpitaux, s'est mise à ressentir de la méfiance à leur égard, de peur qu'ils perturbent l'ordre public (Pinsonneault, 2015). Les personnes schizophrènes se sont alors vues attribuer de nombreux préjugés à leur égard qui sont à la source de leur stigmatisation et de leur exclusion. Parmi ceux-

ci, il y a la tendance à les associer à la violence, à une intelligence réduite, à la dépendance aux médicaments, à des personnes faibles qui ne font rien pour s'en sortir, à des employés difficiles et à des personnes secrètes (SQS, 2010). De plus, cette stigmatisation peut souvent mener à de l'autostigmatisation chez ces personnes perçues comme des « fous, débiles et malades incontrôlables, dangereux et insensés » par la société qui, au travers des médias, transmet les représentations de la maladie mentale en l'associant à la violence, l'itinérance, la dangerosité, etc. (Pinsonneault, 2015) Il n'est pas surprenant d'en déduire que cela ne favorise pas leur réinsertion socioprofessionnelle et encourage leur exclusion. En conséquence, l'action de stéréotyper la schizophrénie est concomitante à l'ignorance et la méconnaissance de ce trouble, ce qui en résulte d'une stigmatisation et d'un étiquetage des personnes aux prises avec cette maladie mentale (Pinsonneault, 2015). À cela s'ajoute l'existence d'un dossier psychiatrique menant à une surveillance constante de l'employeur à l'égard de son employé, ce qui contribue à une dynamique de rejet (Beau et Cournoyer, 1988, p. 148-149).

La principale source de transmission de la peur à l'égard des personnes présentant une maladie mentale (PPMM) renferme les médias d'information de masse, soit les journaux, les magazines, la télévision, la radio et les sites web (Dorvil et Thériault, 2010). Ces médias déforment la réalité de la maladie mentale en la rendant sensationnaliste et en l'associant avec la dangerosité (lien faussement fondé), et ce, en partie en raison de leur ignorance et de leur incompréhension à l'égard de la maladie mentale (Dorvil et Thériault, 2010). Ils créent et perpétuent des stigmates sur les schizophrènes en les décrivant comme des personnes imprévisibles, agressives, dangereuses, vulnérables, non productives, non attirantes physiquement et peu dignes d'intérêt, ayant comme conséquence des réactions de peur et de colère ainsi que des comportements d'évitement et d'exclusion de la part de la population envers ceux-ci (Dorvil et Thériault, 2010). Étant qualifiées en dehors des normes, les personnes schizophrènes se voient aussi souvent être attribuées d'une part de responsabilité dans leur maladie et être décrites comme incompetentes au niveau des interactions sociales (Yvon et Prouteau, 2017). Malgré l'évolution des mentalités au cours des vingt dernières années, des attitudes et des croyances négatives envers les PPMM sont encore présentes et la maladie mentale demeure un sujet tabou (Dorvil et Thériault, 2010). Encore à ce jour, les PPMM se sentent diminuées par le regard des autres qui les étiquettent, discriminent et excluent de plusieurs domaines de la société, dont l'emploi (Dorvil et Thériault, 2010). Selon des chercheurs

du Québec, les préjugés sociaux ont aussi un effet dévastateur sur la santé mentale des PPMM (Dorvil et Thériault, 2010). En bref, toute personne bénéficiant ou ayant bénéficié de services en psychiatrie est traitée de manière inégale par rapport au reste de la population et est discriminée dans les principales sphères d'inclusion de la vie, comme le travail (Dorvil et Thériault, 2010). Les médias sont responsables de l'image négative projetée du schizophrène qui se voit associer plusieurs stigmas, et ce, en dépit de son rétablissement (Dorvil et Thériault, 2010).

Les personnes aux prises avec un trouble psychiatrique grave rencontrent majoritairement des problèmes de rejet social et de discrimination, portant préjudice à leur estime personnelle, affectant leurs relations familiales et limitant leur accès au marché du travail (Mouna, 2009). L'apparition de cette maladie mentale provoque un dysfonctionnement social pendant une très grande partie de temps, empêchant d'atteindre un niveau de fonctionnement adéquat dans un ou plusieurs domaines, comme le travail, les soins personnels et les relations interpersonnelles (Mouna, 2009). Lors de la phase de psychose aiguë, les symptômes manifestés, soit les hallucinations, le délire et la perturbation de la logique de la pensée, provoquent un comportement désorganisé chez les personnes atteintes (Mouna, 2009). Par la suite, une fois que cette phase est contrôlée, 80 % de ces personnes souffrent de symptômes chroniques, tels que le manque d'expression des émotions, le visage fixe et le discours monotone, la difficulté à maintenir une conversation (réponses brèves), le manque d'intérêt, d'énergie et de persistance à effectuer une activité (loisirs, activités sociales ou sexuelles), la difficulté à nouer des relations intimes et la difficulté à se concentrer (écouter un long film, maintenir une lecture) (Mouna, 2009). Malheureusement, ces symptômes peuvent handicaper le schizophrène, affectant son endurance et sa concentration, ce qui rend difficile la reprise du travail et des études (Mouna, 2009). En termes de statistiques, selon une étude réalisée auprès de 24 usagers schizophrènes qui occupaient un emploi avant la maladie, 62,5 % d'entre eux n'ont pas repris le travail. En ce qui concerne les relations avec les collègues de travail, 44,5 % des 24 usagers n'ont pas parlé de leur maladie, 33,5 % se sentent supervisés et 33 % se sentent mis à l'écart (Mouna, 2009).

Confirmés par les données de la littérature, les résultats démontrent que trouver un emploi pour les personnes schizophrènes est souvent difficile, puisque celles-ci sont considérées comme moins intelligentes avec des capacités limitées et incapables d'assumer les tâches confiées (Mouna, 2009). Une fois le diagnostic posé, la majorité d'entre elles n'ont pas pu reprendre leur travail ou retrouver

un emploi et d'autres ont été changées de poste pour des postes moins influents ou avec moins de responsabilités (Mouna, 2009). En effet, en Espagne, 95 % de la population générale ainsi que 69 % des familles des malades ne croient pas qu'ils puissent étudier et 33 % pensent qu'ils ont des capacités limitées, en Allemagne, 81,1 % des employeurs refuseraient d'embaucher un ancien usager de services psychiatriques et, en Égypte, 55 % des gens pensent qu'ils ne peuvent pas travailler (Mouna, 2009). Il est donc possible d'en conclure que ce n'est pas uniquement la nature des troubles qui affecte l'insertion professionnelle des personnes schizophrènes, mais notamment les préjugés et le manque de soutien à l'égard de celles-ci. D'autres statistiques viennent confirmer cette conclusion. Nous pouvons les classer en deux catégories. La première catégorie regroupe les pourcentages qui témoignent de la difficulté pour les personnes schizophrènes de s'insérer professionnellement. Aux États-Unis, 66% des malades rapportent que la discrimination au travail est l'obstacle majeur à leur insertion sociale, étant rejetés par leurs collègues en plus d'un manque de confiance de la part de leurs employeurs (Mouna, 2009). En Italie, 30 % des personnes schizophrènes ne retrouvent pas de travail après la maladie (Mouna, 2009). En Angleterre, en raison des médias qui donnent une image négative des personnes atteintes de troubles mentaux, 33 % sont réticents à soumettre leur candidature pour des emplois ou un travail bénévole (Mouna, 2009). La deuxième catégorie regroupe les pourcentages qui révèlent la discrimination faite par les employeurs à l'égard des personnes schizophrènes. En Grèce, 56,6 % des citoyens interrogés seraient contre l'établissement d'ateliers de travail pour les schizophrènes dans leur quartier (Mouna, 2009). En Égypte, 55 % des employeurs interrogés ne donneraient pas de travail à une personne atteinte de schizophrénie (Mouna, 2009). Les résultats d'un sondage démontrent que les employeurs les plus anciens sont les moins ouverts à embaucher un malade, insistant sur les risques d'absentéisme lors d'éventuelles hospitalisations, les conflits interpersonnels potentiels et les besoins accrus de supervision (Mouna, 2009). Bref, beaucoup de personnes atteintes de schizophrénie considèrent que le travail reste la priorité des gens dits « normaux » (Mouna, 2009).

Selon la Charte québécoise, il est interdit de discriminer toute personne ayant un handicap dans tous les aspects de l'emploi (Dumont, 2012). La loi assure l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur insertion scolaire, professionnelle et sociale et l'accès à l'égalité en emploi (Dumont, 2012). Toutefois, même avec ces mesures la stigmatisation reste présente dans notre société et il y a inégalité entre les individus. Beaucoup de personnes rapportent avoir été

victimes de stigmatisation dans leur processus d'embauche, particulièrement dans les milieux de la santé, ce qui soulève des questionnements, puisque ce sont ces milieux qui connaissent le mieux la santé mentale (Dumont, 2012). Ainsi, au Québec, le faible taux d'emploi chez les personnes ayant un trouble de santé mentale peut s'expliquer par les perceptions sociales selon lesquelles ces personnes ne sont pas assez performantes et ne peuvent pas avoir un poste stressant (Dumont, 2012). De plus, le nombre et le type d'emplois qui correspondent aux qualifications de ces personnes sont limités, car, à ce jour, les emplois nécessitent de plus en plus de compétitivité et de productivité (Dumont, 2012). Il existe clairement un manque de soutien à l'emploi qui peut s'expliquer par le manque de fonds attribués en santé mentale qui lui-même peut s'expliquer par des préjugés ancrés dans les institutions supérieures (Dumont, 2012).

Les barrières à l'emploi sont divisées en deux catégories, soit celles liées à la personne (maladie et autostigmatisation) et celles liées à l'environnement (discrimination structurelle ou individuelle) (Dumont, 2012). Parmi les principales barrières à l'emploi relevées par les usagers, il y a les symptômes de la maladie, les effets secondaires de la médication, la tendance à sous-estimer les capacités de la personne ainsi que l'importance du travail par les professionnels de la santé, les attitudes négatives des professionnels de la santé, la discrimination à l'embauche et la stigmatisation dans les milieux de travail, la perte des bénéfices financiers, le manque d'habiletés personnelles (qualification et éducation) ainsi que le manque de soutien au travail et de services cliniques (Dumont, 2012). Parmi les principales expériences et perceptions vécues et reliées au travail par les personnes atteintes d'un trouble mental, il y a : ne pas être embauché, avoir une quantité supérieure de travail, être étiqueté, être évalué de plus près et de manière plus soutenue, être rejeté par les collègues, être renvoyé, ne pas avoir d'opportunités d'avancement et devoir travailler plus pour prouver sa valeur (Dumont, 2012). Il est également souligné que la notion de qualification pose problème, car il est difficile de démontrer qu'une personne possède à la fois des difficultés significatives dans la sphère du travail, mais qu'elle a tout de même les qualifications requises pour effectuer les principales tâches demandées (Dumont, 2012).

Du côté des employeurs, leurs principales préoccupations face aux personnes atteintes d'un trouble mental sont : la performance moindre au travail, la dangerosité pour elle-même ou pour les autres, l'incapacité de gérer son stress/contrôler ses émotions, l'absence régulière et la non-fiabilité, le

besoin de plus de supervision, la provocation des attitudes négatives chez les autres employés, la difficulté à gérer la critique et à résoudre des conflits, la capacité de jugement et les difficultés à bien travailler avec les autres (Dumont, 2012). Les usagers rapportent que ces derniers font usage de discrimination à leur égard, et ce, en raison des préjugés véhiculés au travers des médias quant à leur dangerosité et leur performance moindre au travail (Dumont, 2012). Il va de soi que les employeurs intériorisent ces modes de pensée menant à des formes de discrimination (Dumont, 2012). Par ailleurs, ces derniers n'agissent pas nécessairement par mauvaise volonté et peuvent être victimes de pressions économiques et organisationnelles (Dumont, 2012). Par exemple, ils peuvent craindre la hausse du coût d'assurance à l'embauche d'une personne ayant un diagnostic psychiatrique, ce qui représente une barrière structurelle (Dumont, 2012). Néanmoins, peu importe la source de discrimination, la personne est maintenue dans un statut d'incapacité au travail (Dumont, 2012).

Lorsqu'on parle d'intégration des personnes qui vivent avec un problème de santé mentale dans la société, cela va au-delà de simplement vivre dans la société, mais d'y avoir une place et sentir qu'on en fait partie. Il existe trois visions partagées par celles-ci par rapport à leur intégration dans la société (Poirel *et al.*, 2015). La première vision défend l'idée que les personnes atteintes d'un problème de santé mentale sévère soient soutenues dans le but qu'elles puissent se rapprocher d'un modèle normatif d'intégration, soit l'accessibilité au monde du travail régulier (Poirel *et al.*, 2015). C'est la définition dominante de l'intégration. La deuxième vision correspond aux limites de l'intégration, mettant l'accent sur la fragilité et les limites présentes chez les personnes qui vivent avec un problème de santé mentale important et qui ne se sentent pas toujours capables d'intégrer un milieu normatif et répondre aux attentes sociales menant à une reconnaissance (Poirel *et al.*, 2015). La troisième vision problématise la question de l'intégration et de ses significations et une remise en question est faite en lien avec les concepts de normativité, marginalité sociale et intervention (Poirel *et al.*, 2015). Ceci dit, être un acteur dans la société, ce n'est pas de se conformer au cadre conventionnel, mais de changer le monde en adéquation avec nos valeurs (Poirel *et al.*, 2015). L'enjeu principal de la première vision est la contribution à un renforcement de l'exclusion pour les personnes qui ne seraient pas en mesure d'atteindre le modèle normatif d'intégration (Poirel *et al.*, 2015). Sans compter les barrières d'accessibilité au marché du travail

qui persistent. En ce qui concerne la troisième vision, le défi présent est la capacité d'ouverture et de reconnaissance de la différence de la part de la collectivité et de ses acteurs (Poirel *et al.*, 2015).

#### 1.4 Priorités d'intervention

Dans le cadre de notre mémoire d'intervention, nous souhaitons mettre l'accent sur le faible taux de réussite à s'insérer au marché du travail chez les personnes atteintes de troubles du spectre de la schizophrénie ainsi que sur les préjugés affectant leur place en société et causant leur stigmatisation, et ce, par le biais du développement d'un plan d'intervention d'insertion socioprofessionnelle. Étant donné que les difficultés sont sensiblement les mêmes pour tous milieux d'insertion, nous souhaitons ajouter l'aspect du bénévolat, du retour à l'école et de toutes autres activités sociales, puisque c'est le désir de se trouver une occupation qui importe. Ainsi, la mise en place de ce plan doit leur permettre le développement d'atouts qui faciliteront leur insertion tout en défaisant les idées négatives préconçues à leur égard.

#### 1.5 But et objectifs

Le but principal de notre mémoire d'intervention est de favoriser l'insertion socioprofessionnelle de sept<sup>2</sup> usagers du programme de suivi intensif dans le milieu (SIM) de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, affilié au Pavillon Albert-Prévost, au marché du travail rémunéré ou non, en milieu scolaire ou autres milieux sociaux. Ces usagers sont choisis sur une base volontaire et selon leur intérêt à vouloir être intégré au niveau socioprofessionnel. Afin de parvenir à atteindre ce but, nous référons ceux-ci à un milieu pour lequel ils ont opté en fonction de leurs préférences, de leurs besoins, de leurs intérêts et de leurs forces/limites. Nous les aidons également à l'étape de la préparation au milieu (ex. : rédaction du c.v., rédaction de la lettre de présentation et/ou motivation, pratique d'entrevues, dossier monté, etc.). Actuellement, dans notre équipe SIM, le programme IPS n'est pas concrètement mis en place.

---

<sup>2</sup> À noter, en raison de l'imprévisibilité de la maladie mentale, nous avons visé un échantillon de sept usagers, sachant que certains d'entre eux pourraient éventuellement se désister. Au final, nous avons eu cinq usagers qui ont participé à l'étude. Les sections 4.4.1 et 4.5.2 en expliquent la raison.

C'est pourquoi nous avons saisi l'occasion, par l'entremise de ce mémoire d'intervention, pour établir ce type de programme et en bénéficier éventuellement dans le quotidien de notre travail.

### 1.5.1 Objectifs spécifiques

Étant donné que le but n'est pas forcément de réussir à insérer les usagers, mais de les accompagner dans leur cheminement vers une insertion quelconque, un des objectifs qui en ressort est le gain d'apprentissages sur eux-mêmes au travers du processus. En effet, par l'utilisation de l'approche centrée sur les forces, décrite plus bas, les usagers pourront cheminer au niveau de leurs capacités en prenant du recul et en réfléchissant à quelles forces ils possèdent pour faire face à leurs difficultés. De plus, ils pourront découvrir de nouveaux atouts chez eux et les utiliser pour apprendre de nouvelles façons d'être.

D'un autre côté, l'élaboration de ce mémoire d'intervention vise à une meilleure compréhension de la dure réalité vécue par ces personnes qui sont marginalisées, stigmatisées et aliénées par la société et comment cela affecte davantage leur santé mentale. Ainsi, nous désirons participer au développement de solutions possibles pour faciliter l'insertion de ces usagers visés, et ce, dans l'optique d'un changement social et de la création d'une société plus juste.

L'hypothèse de départ est que l'élaboration d'un plan d'intervention individualisé axé sur les forces puisse soutenir les usagers dans leurs démarches d'insertion socioprofessionnelle en leur offrant la possibilité de regagner du pouvoir sur leur vie et de renforcer leur estime de soi. Conjointement, cette réacquisition de pouvoir contribue à défaire les préjugés à leur égard permettant ainsi de sensibiliser la population.

## 1.6 La pertinence sociale et scientifique de la recherche

Bien que des recherches aient été faites sur cette problématique sociale, les défis rencontrés par les personnes schizophrènes quant à leur insertion socioprofessionnelle sont encore présents. Cela porte à croire qu'il y a un manque de connaissances par rapport à la réalité de ces usagers et un manque de solutions. Il importe de garder en tête que les professionnels et les employeurs ne sont

pas les uniques responsables de cette réalité dont les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale font face au niveau du travail. Au niveau des recommandations, plusieurs auteurs, dont Frenette et Henry, suggèrent aux personnes aux prises avec ces troubles de santé mentale des mécanismes pour faciliter leur réinsertion en société, tels que la création de plans d'intervention individualisés et établis en fonction des besoins des usagers, des moyens thérapeutiques pour aider ceux-ci à se responsabiliser, la création de ressources intermédiaires assurant un soutien quotidien, etc. (Frenette et Henry, 1988, p.130). S'insérer dans un milieu professionnel est considéré comme l'un des éléments essentiels au processus de rétablissement pour les personnes vivant avec un trouble psychotique. Il existe également l'approche *place then train* qui consiste à prioriser l'insertion d'un usager dans le milieu souhaité aux formations spécifiques offertes en vue d'une insertion (Corrigan, 2001). Ceci dit, il n'y a pas de prérequis à la recherche de travail. L'usager est pris comme tel et placé rapidement dans un milieu, selon ses habiletés et ses intérêts. Une fois l'insertion faite, l'usager est ensuite entraîné dans le but de développer les capacités nécessaires pour répondre aux exigences du milieu (Corrigan, 2001).

Nous considérons alors pertinent de mener à terme notre mémoire d'intervention en explorant davantage les sources du problème existant et d'évaluer les limites des services actuels, et ce, afin d'expliquer pourquoi ce dernier est toujours d'actualité. Par la même occasion, nous bénéficions de l'opportunité d'aider directement ces usagers atteints de troubles du spectre de la schizophrénie à s'intégrer au niveau socioprofessionnel afin d'acquérir davantage de pouvoir sur leur vie. À cela s'ajoute également la possibilité de sensibiliser les milieux socioprofessionnels face à cette problématique de santé mentale plus méconnue, pour la plupart, en les outillant davantage sur les symptômes secondaires de celle-ci ainsi que les effets de la médication et en les aidant à trouver des mesures d'adaptation à cette maladie.

## **CHAPITRE 2**

### **LE CADRE THÉORIQUE**

Dans ce chapitre, nous présentons tous les concepts servant à définir notre cadre théorique en commençant par les définir, puis en établissant un lien avec nos usagers visés, soit les personnes atteintes de troubles de la schizophrénie. Le premier concept introduit est l'insertion socioprofessionnelle qui représente un des éléments essentiels du rétablissement chez ces personnes. Nous présentons ensuite les théories de l'*empowerment* et de l'estime de soi puis nous enchaînons en exposant le concept de la stigmatisation avec sa composante principale sous-jacente qu'est la discrimination. Nous poursuivons par l'explication de la pertinence et l'application de notre cadre théorique en tissant un lien entre tous les concepts décrits précédemment et qui serviront à l'analyse de nos données. Nous terminons ce chapitre en décrivant le cheminement réflexif, basé sur la littérature, qui nous a amené à recourir à certaines approches pour mener à terme notre mémoire d'intervention (approches de départ, approches associées, approche d'intervention).

#### 2.1 L'insertion socioprofessionnelle

L'insertion socioprofessionnelle représente un processus ayant pour but de permettre à une personne d'acquérir les compétences requises pour faciliter son accès à divers milieux, tels que le marché du travail, le milieu scolaire ou un milieu de socialisation quelconque (Jacquet *et al.*, 2019). Ce processus consiste à accompagner et encadrer une personne qui présente un niveau de formation faible, un manque d'expérience professionnelle ou une inactivité prolongée dans plusieurs démarches, telles que l'orientation, le conseil, le suivi régulier, la formation (si nécessaire), la recherche active d'un milieu d'insertion et l'application (Corniquet, 2017). Par l'entremise de ces démarches, la personne aspire à acquérir des habiletés socioprofessionnelles nécessaires pour s'insérer dans un milieu, favoriser son estime et sa confiance en soi, développer son potentiel, son

autonomie et se réappropriier son pouvoir et développer des outils ou techniques en prévention d'une difficulté (Santé mentale Québec, 2022).

Du côté du professionnel, plus spécifiquement celui du travailleur social, son rôle est d'aider la personne à co-construire un projet qui la rejoint en identifiant ses compétences et potentialités (Stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté, 2020). Il accompagne cette dernière vers un gain d'autonomie en utilisant ses connaissances pour mieux l'orienter. L'important est de ne pas faire le travail pour l'autre, mais avec l'autre. Il a également comme mandat d'établir des liens avec différents partenaires de l'insertion socioprofessionnelle. Dans l'optique de favoriser cette insertion socioprofessionnelle, loin d'être inaccessible avec un soutien approprié, il peut s'avérer utile d'en connaître les facteurs prédictifs. Il existe deux catégories de facteurs, soit ceux individuels et ceux externes et environnementaux. La première catégorie rassemble les aspects sociodémographiques, soit l'âge, le sexe, le niveau d'étude, les psychopathologies, l'intensité des symptômes, le nombre et la durée des hospitalisations, les expériences passées sur le marché du travail, les capacités neurocognitives et les facteurs motivationnels (sentiment d'efficacité personnelle, aptitude à identifier et surmonter les obstacles potentiels et la connaissance des attentes de la part du milieu) (Pachoud *et al.*, 2015). À noter, avoir confiance en sa capacité à surmonter les difficultés possibles est davantage un indice de succès à l'insertion que les capacités elles-mêmes. Pour ce qui est de la deuxième catégorie de facteurs, celle-ci correspond au soutien social et familial et à l'environnement de travail (accommodements, accompagnement individualisé et relations avec les collègues) (Pachoud *et al.*, 2015).

L'accès à l'emploi représente un des critères principaux de rétablissement des personnes atteintes de troubles du spectre de la schizophrénie (SQS). Avoir un travail permet la reconnaissance sociale, le sentiment d'inclusion sociale, l'appartenance à un collectif et la reconnaissance de ses compétences, ses capacités et sa contribution à la société (Pachoud *et al.*, 2015). À cela s'ajoute le fait d'être associé à une identité sociale de professionnel, une identité fondamentale pour se défaire de l'identité stigmatisante de « malade mental », ou de « schizophrène » (Pachoud *et al.*, 2015). En somme, travailler est source de responsabilisation, de satisfaction personnelle et de restauration d'un sentiment de sens de la vie. C'est pourquoi, pour ces personnes, la réinsertion

socioprofessionnelle représente une aspiration fortement désirée, étant un élément contributif de stabilisation de la maladie et de rétablissement personnel et social (Pachoud *et al.*, 2015).

## 2.2 L'empowerment

La théorie de *l'empowerment* se base sur le principe que certaines personnes n'ont pas ou ne croient pas avoir le pouvoir sur les ressources assurant leur bien-être (A. Ninacs, 1995). Par ailleurs, elle se fonde sur la croyance que ces personnes détiennent les capacités d'agir pour assurer leur bien-être (A. Ninacs, 1995). Ainsi, le rôle de celui qui utilise cette approche est de soutenir celles-ci dans leurs démarches d'acquisition de pouvoir. Cinq éléments essentiels sont à considérer pour la mise en pratique de *l'empowerment* : une collaboration partenariale avec les individus ciblés, une intervention misant sur leurs capacités, leurs forces et leurs ressources, une cible de travail double (les individus et leur environnement sont ciblés), une considération des individus comme sujets actifs avec des droits et une orientation professionnelle vers des individus opprimés (A. Ninacs, 1995).

*L'empowerment* est un concept essentiel à appliquer pour les personnes stigmatisées par la société. En travail social, l'intervenant a pour objectif de « favoriser et renforcer le pouvoir d'agir des personnes et des communautés dans l'exercice de leurs droits, l'accomplissement de leurs rôles sociaux, leurs relations interpersonnelles, leur participation citoyenne en relation avec le développement social » (El-Hachem, 2015). *L'empowerment* est un processus qui permet la reprise du pouvoir sur sa vie au niveau individuel et collectif et, par la capacité d'exercer celui-ci, permet d'évaluer le degré réel de contrôle sur sa vie (El-Hachem, 2015a-b). Il s'inscrit dans une approche d'intervention sociale et communautaire, prenant en compte l'ensemble des facteurs pouvant influencer la prise de pouvoir des personnes (prendre l'individu avec son contexte) (El-Hachem, 2015a-b). Selon cette approche, il importe de considérer la complémentarité des compétences professionnelles et expérientielles, d'où le rapport égalitaire entre experts et usagers qui sont unis par une relation de collaboration, partageant les tâches et responsabilités définies par un accord mutuel (Lemay, 2007). Bien évidemment, même s'il est guidé, c'est l'utilisateur qui doit définir par lui-même sa situation souhaitée. De plus, *l'empowerment* se concentre sur le potentiel des personnes et non sur leurs difficultés afin de favoriser le développement de la capacité de se prendre

en main et de se protéger (Lemay, 2007). À garder en tête, le concept de *l'empowerment* implique que l'intervenant travaille *avec* la personne et non *pour* celle-ci.

Selon le modèle du rétablissement basé sur *l'empowerment*, renforcer ses capacités pour affronter des situations stressantes est nécessaire pour guérir de la maladie mentale (Peoc'h *et al.*, 2019). Ainsi, il est nécessaire de mettre l'accent sur les capacités des individus et non sur leurs déficits. *L'empowerment* peut se définir comme « un processus de changement dans lequel les groupes opprimés découvrent leur capacité à contester ceux qui les oppriment » (Ryan *et al.*, 2012). Cela signifie que les personnes atteintes de troubles du spectre de la schizophrénie retrouvent le pouvoir et le contrôle sur leur vie en surmontant l'oppression ou l'impuissance dont elles sont victimes. Pour ce faire, elles doivent se réapproprier une confiance dans leur savoir-faire et dans leurs compétences, augmenter leur autonomie en prenant des décisions et retrouver un sentiment d'appartenir et de contribuer à la vie de la collectivité (Ryan *et al.*, 2012). Par ailleurs, il importe que ces personnes acquièrent des compétences qu'elles considèrent comme étant importantes à leurs yeux et qu'elles veulent apprendre. Il a été démontré, au travers de recherches, que le manque d'influence ou de contrôle sur sa vie a un effet négatif sur la santé mentale (Ryan *et al.*, 2012). À l'opposé, avoir un certain contrôle ou influence sur sa vie représente un facteur de protection engendrant un meilleur bien-être émotionnel, une plus grande autonomie, une motivation à participer et des capacités d'adaptation plus efficaces (Ryan *et al.*, 2012). En somme, le processus de *l'empowerment* permet aux personnes qui ont perdu du pouvoir sur leur vie avec l'apparition de la maladie mentale de développer son sens de l'autodétermination afin d'atteindre ses propres objectifs.

### 2.3 L'estime de soi

Par définition, le terme « estime » est une opinion favorable ou une appréciation d'une personne ou d'une chose, d'une considération et du respect et fait référence à une connaissance et une acceptation (Doré, 2017). Le terme « soi » représente l'individualité ou l'identité personnelle et fait référence à la reconnaissance de ses qualités, ses forces, ses faiblesses et ses besoins (Doré, 2017). Ainsi, le terme « estime de soi » est l'attitude plus ou moins favorable envers soi-même, la manière dont on se considère, le respect que l'on se porte et l'appréciation de sa propre valeur dans tel ou

tel domaine (Doré, 2017). Selon les bases théoriques, l'estime de soi est la conscience de la valeur du moi, sa propre perception, son sentiment d'avoir de l'importance et d'être unique, son sentiment d'efficacité et de réussite personnelle, et se renforce par l'épanouissement personnel et professionnel (Doré, 2017). Elle se construit au travers des expériences de la vie, mais peut être changeante selon l'environnement social (Doré, 2017). Toutefois, chaque personne peut décider d'accepter ou de refuser les commentaires des autres, ce qui peut avoir un impact sur l'estime, comme il peut ne pas en avoir (Doré, 2017). Le concept de l'estime de soi se définit également par les cinq attributs suivants qui s'adaptent et évoluent selon les événements de la vie, soit la valeur accordée à soi-même, l'acceptation de soi, le sentiment de compétence, l'attitude envers soi-même et le respect de soi (Doré, 2017). En somme, l'estime de soi est la résultante d'une évaluation subjective que nous portons à l'égard de nous-mêmes (Doré, 2017).

Le concept de la confiance en soi est un antécédent de l'estime de soi, ce qui signifie qu'il sert de prérequis à sa construction et représente les conditions favorables à l'émergence des attributs (Arnaud et Mellet, 2019). Par définition, la confiance en soi est la capacité à croire en soi pour accomplir une tâche, et ce, peu importe le type de défi à relever et le degré de difficulté (Arnaud et Mellet, 2019). Elle correspond aux compétences personnelles qui permettent la prise de décision ou d'action à entreprendre (Arnaud et Mellet, 2019). « C'est un état interne qui repose sur la conscience, l'acceptation, l'estime et l'affirmation de soi » qui varie en fonction des situations et des contextes (Arnaud et Mellet, 2019). Ainsi, la confiance est source d'apprentissage et de développement tout au cours de la vie, et est importante autant au niveau social que professionnel (Arnaud et Mellet, 2019). Ne pas avoir confiance en soi c'est laisser nos pensées négatives prendre le dessus et nous empêcher d'agir. Quelques stratégies sont alors importantes à adopter : maintenir un regard bienveillant et respectueux envers nous-mêmes, développer des pensées positives sur nous-mêmes, éviter la comparaison avec autrui, croire en ses capacités sans avoir peur de l'échec, se préparer avant toute action, se fixer des objectifs SMART (Spécifique, Mesurable, Atteignable, Réaliste dans un Temps limité) et identifier et développer nos forces (Arnaud et Mellet, 2019).

Étant l'une des cibles de la stigmatisation sociale, les personnes atteintes de troubles de la schizophrénie vivent souvent une perte de confiance en soi (Jacques et Morin, 2019). L'insertion socioprofessionnelle englobe les sphères de reconnaissance diverses en société qui s'avèrent être la base de l'estime de soi et contribue à la restauration d'un sentiment d'efficacité (dans les tâches

professionnelles) qui permet de restaurer la confiance en soi et le sentiment de retrouver un certain contrôle sur sa vie et sur son devenir (Pachoub *et al.*, 2015).

Craignant de se faire rejeter socialement et de voir leur estime de soi diminuer, ces personnes vont s'isoler par eux-mêmes. Il existe des associations négatives entre l'internalisation de la stigmatisation et les nombreux domaines de l'estime de soi, telles que le sentiment de compétence, le sentiment d'influence sur autrui et le sentiment d'être aimé et accepté par les autres (Violeau Beaugendre, 2020). Dans le cas de maladie mentale, le fait d'en être atteinte mène à une exclusion de la part du reste de la population, et cette marginalisation affecte négativement l'estime de soi (Violeau Beaugendre, 2020). Si nous partons du stéréotype que la schizophrénie est associée à l'incompétence, les personnes qui en souffrent internalisent alors un sentiment d'incompétence, ce qui résulte d'une réduction de l'estime de soi (Violeau Beaugendre, 2020).

## 2.4 La stigmatisation

Par définition, le terme stigmat se réfère à « un attribut qui, en fonction d'un contexte spécifique, est susceptible de jeter un discrédit sur la personne qui en est affligée, conduisant alors à des processus de discrimination ou d'exclusion sociale (Lampropoulos *et al.*, 2019, p.348) ». La stigmatisation est un processus complexe rassemblant plusieurs éléments dans le but de marginaliser une personne et la priver de ses droits (Dumont, 2012). En psychiatrie, donner le diagnostic d'un trouble psychique est stigmatisant et discréditant pour les personnes qui le reçoivent (Lampropoulos *et al.*, 2019, p.348). Il existe trois principaux types de stigmatisation, soit celle sociale (réactions du grand public envers les personnes souffrant de schizophrénie), celle structurelle (produite par les institutions telles que la justice et les médias) et l'autostigmatisation (l'intériorisation d'une image sociale négative et l'imposition à soi-même de contraintes dans sa vie) (Lampropoulos *et al.*, 2019, p.348). La troisième catégorie se produit quand des personnes en situation d'autorité empêchent certains individus d'avoir les mêmes opportunités que l'ensemble de la population (Dumont, 2012). À titre d'exemple, un employeur pourrait décider de ne pas embaucher une personne en raison de son trouble mental. Lorsque l'on parle de stigmatisation, il importe de souligner l'aspect du pouvoir qui est présent (Dumont, 2012). Dans le domaine du travail, il y a une relation de pouvoir entre l'employeur et les employés, ce qui permet facilement

d'avoir recours à la stigmatisation (Dumont, 2012). À la lueur des données d'une étude sur la stigmatisation au travail, il y a d'abord une séparation qui est faite entre ceux ayant un trouble mental et les autres. De cette division en ressort une discrimination à l'égard des personnes atteintes qui sont renvoyées de leur travail ou simplement non embauchées et à qui l'on attribue des préjugés selon lesquels elles ne sont pas compétentes pour travailler (Dumont, 2012). Dans un autre ordre d'idée, ces personnes peuvent s'approprier et internaliser les stéréotypes que la société leur associe et peuvent décider de ne pas chercher d'emploi, ne se sentant pas assez compétentes pour travailler (autostigmatisation) (Dumont, 2012).

La discrimination directe ou indirecte peut être individuelle ou structurelle. La première forme se produit lorsqu'une personne a des préjugés envers une autre personne et la discrimine de façon évidente (ex. : un employeur qui rejette une demande d'emploi en raison du TM de la personne) (Dumont, 2012). La deuxième forme, beaucoup plus subtile, mais tout aussi dommageable, se produit lorsque diverses barrières à la participation existent dans une société (ex. : moins de fonds attribués en santé mentale, moins de professionnels se dirigent vers cette discipline) (Dumont, 2012). Ceci étant dit, même si une personne atteinte d'un trouble mental ne reçoit pas directement de la discrimination, elle n'a pas les mêmes chances que les autres individus qui n'ont pas cette étiquette. De plus, le fait de diminuer les attentes au niveau de l'emploi ou de refuser de les embaucher fait partie d'une discrimination structurelle (Dumont, 2012). « C'est important de comprendre qu'il s'agit de se rétablir non seulement de la maladie mentale, mais surtout des conséquences d'avoir été étiquetée malade mental (Dorvil et Thériault, 2010, p.277-278) ». Lorsqu'une personne souffrant d'une maladie mentale se voit être refusée à un emploi, malgré le fait qu'elle soit dûment qualifiée, elle est victime de discrimination basée sur son état mental (Dorvil et Thériault, 2010). Cette situation d'inégalité sociale est aussi inacceptable que la discrimination basée sur la race, puisque tous les membres de la société ne sont pas traités de la même façon (Dorvil et Thériault, 2010). Dans le système psychiatrique, toute personne ayant vécu la maladie mentale a vu ses droits violés par le processus du diagnostic, de l'étiquetage et du traitement, allant même jusqu'à considérer la défense de ses droits comme un symptôme de la maladie (Dorvil et Thériault, 2010).

Associées principalement à la dangerosité et à l'imprévisibilité, les personnes atteintes de troubles du spectre de la schizophrénie font partie d'un des groupes les plus discriminés et rejetés de la société (Suter *et al.*, 2019). Il existe deux formes de stigmatisation majeures auxquelles elles font face. La première est la publique, venant de la population générale (Suter *et al.*, 2019). Elle a pour conséquence de créer un obstacle au rétablissement, une perte du statut social, un isolement, une diminution de la qualité de vie, une discrimination au logement et à l'embauche, etc. (Suter *et al.*, 2019) La deuxième est l'autostigmatisation, soit le fait d'internaliser les stéréotypes attribués à leur maladie (Suter *et al.*, 2019). C'est un processus évolutif qui se forme en 4 phases : 1 — prise de conscience du stéréotype associé aux personnes souffrant de schizophrénie 2 — adhésion à ce stéréotype 3 — application du stéréotype à soi-même 4 — diminution de l'estime de soi et de l'auto-efficacité (Suter *et al.*, 2019). Il a pour conséquence principale d'affecter l'estime de soi et l'identité, ce qui entrave au rétablissement et au bien-être en favorisant les symptômes dépressifs, l'isolement social et le « why try effect » (« pourquoi essayer ? ») (Suter *et al.*, 2019). Ainsi, par le fait d'internaliser les stéréotypes, la personne se sent incapable d'atteindre des objectifs personnels (ex. : l'obtention d'un emploi) et voit son autonomie et son fonctionnement social se dégrader (Suter *et al.*, 2019). Avoir ces pensées d'auto-inefficacité retient la personne de s'engager dans certains projets et bloque ses espoirs et aspirations (Suter *et al.*, 2019).

Toutefois, il n'est pas systématique que ces personnes internalisent le stéréotype. Au contraire, elles peuvent ressentir de la colère face aux situations discriminantes et devenir proactives pour défendre leurs droits (Suter *et al.*, 2019). Ainsi, elle utilise l'*empowerment* comme facteur de protection à l'autostigmatisation.

#### 2.4.1 Concepts clés : quelques définitions

Voici quelques concepts avec leur application à l'égard des personnes vivant un trouble de santé mentale dans le contexte du travail (Dumont, 2012) :

- Étiquette : avoir un diagnostic de trouble de santé mentale (schizophrénie, dépression majeure, troubles anxieux, etc.) ;

- Stéréotypes : penser que les personnes ayant un trouble de santé mentale ont une humeur instable, sont dangereuses, incompetentes, incapables de faire face aux stressors liés au travail, irresponsables et nécessitent d'être prises en charge ;
- Préjugés/Émotions : adhérer aux stéréotypes et ressentir, face aux personnes ayant un trouble de santé mentale, de la colère, de la peur et un manque de confiance ;
- Discrimination individuelle : actions ou comportements envers les personnes ayant un trouble de santé mentale (ex. : ne pas embaucher la personne qui le déclare en entrevue, renvoyer quelqu'un qui divulgue un trouble de santé mentale, donner un poste sous les compétences de la personne, diminuer les possibilités d'avancement professionnel, etc.) ;
- Discrimination structurelle : attentes moins élevées des professionnels de la santé en matière d'emploi ou manque de disponibilité de programmes de soutien à l'emploi ;
- Internalisation du stigma : perte de confiance en soi, diminution du sentiment d'efficacité personnelle, craintes d'aller porter des demandes d'emploi ou honte face à sa situation.

## 2.5 Pertinence et application du cadre théorique

Comme abordé dans le chapitre précédent, les personnes atteintes de troubles du spectre de la schizophrénie font face à de nombreux préjugés ayant un effet stigmatisant et discriminant, notamment au niveau socioprofessionnel (SQS, s.d.). Ces jugements les isolent de la société et nuisent à leur rétablissement, ce qui va en défaveur de leur inclusion dans la communauté (SQS, s.d.). Il est porté à croire qu'elles ne font rien pour s'en sortir, alors qu'au contraire, elles ont souvent, à maintes reprises, tenté une réinsertion socioprofessionnelle, mais devant les refus vécus par indifférence, peur et rejet, elles ont fini par se décourager et lâcher prise (SQS, s.d.). De plus, le fait qu'elles sont généralement plus repliées sur elles-mêmes et à l'écart ne représente pas un manque de volonté, mais un manque de confiance en leurs capacités (SQS, s.d.).

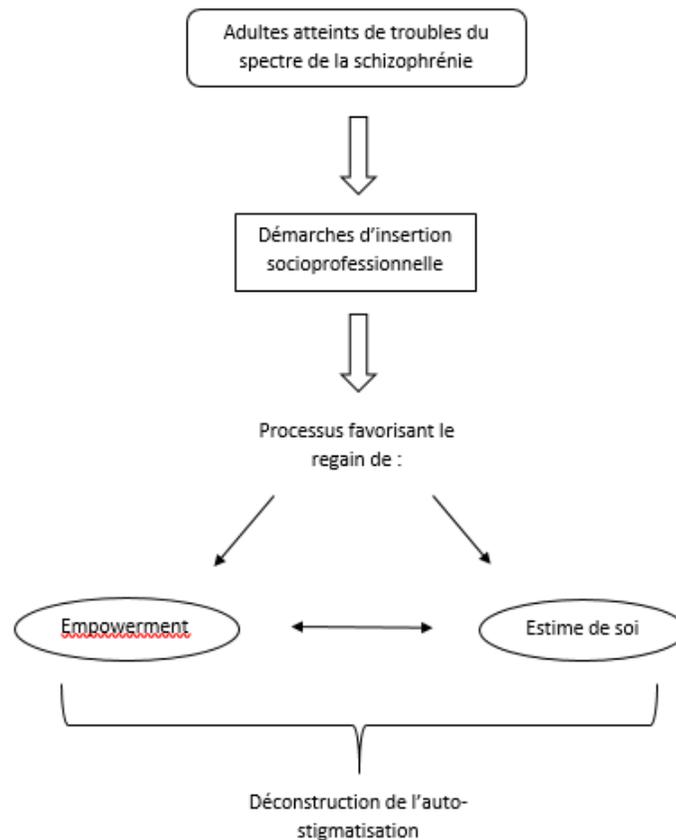
D'un autre côté, nous avons également vu que l'insertion socioprofessionnelle est l'une des sources principales de la restauration de l'estime de soi en plus d'aider au développement et au maintien du sens des responsabilités dans l'optique de retrouver un rôle au sein de la société (Plagnol, 2009). À l'opposé, une désinsertion contribue au maintien de la vulnérabilité psychique des personnes

atteintes de troubles du spectre de la schizophrénie qui aspirent constamment à une quête relationnelle (Plagnol, 2009).

Ainsi, face à ces échecs répétitifs, il va de soi que les personnes aux prises avec le trouble du spectre de la schizophrénie se sont vues tranquillement perdre du pouvoir sur leur vie à force de se faire empêcher de participer à la vie en société au niveau social, scolaire et professionnel. Afin de faciliter cette reprise de pouvoir sur leur vie, et du même fait, retrouver une estime de soi satisfaisante, les démarches d'insertion socioprofessionnelle nous ont apparus comme étant favorables. De ce fait, nous avons jugé pertinent d'étudier les données recueillies en fonction du concept de l'insertion socioprofessionnelle comme facteur à l'*empowerment*, au regain de l'estime de soi et à la déconstruction de l'autostigmatisation. Cela nous a alors permis de procéder à leur analyse en mettant l'accent sur ce qui a contribué positivement au développement du pouvoir d'agir de nos usagers. Parallèlement, cette méthode d'analyse nous permet de poursuivre notre objectif général de recherche qui est de favoriser l'insertion socioprofessionnelle de ceux-ci.

La figure 2.1 illustre les impacts positifs des démarches d'insertion socioprofessionnelle sur les usagers étudiés.

Figure 2.1 L’insertion socioprofessionnelle sous l’angle du cadre théorique



## 2.6 Les approches de départ

Après avoir survolé diverses approches exposées dans la littérature, ce sont l’approche du soutien à l’emploi (*supported employment*) en concomitance avec celle de l’IPS (*individual placement and support*) qui nous sommes apparues comme étant les plus adéquates à notre activité d’intervention. Toutes deux sont reconnues pour leur efficacité et leur popularité. Elles favorisent l’accès rapide à des emplois compétitifs en offrant le soutien nécessaire à travers le processus d’embauche et de maintien au travail. Elles se définissent par plusieurs principes qui, lorsqu’appliqués rigoureusement, permettent la réussite de ce type de suivi. Parmi ces derniers, nous retrouvons principalement l’obtention d’un emploi compétitif en milieu ordinaire, le soutien continu offert, adapté aux besoins et sans limites dans la durée et le développement continu des liens avec des employeurs potentiels (Pachoud et Allemand, 2013). Un autre principe important est le fait de

n'exclure personne, ce qui implique l'absence de sélection signifiant que personne n'est jugé inapte au travail et tous ceux qui sont motivés à avoir un emploi compétitif, même s'ils souffrent de troubles psychiques, peuvent intégrer le programme (Pachoud et Allemand, 2013). Ceci dit, la stabilité de l'état de santé ne doit pas constituer un frein et, afin d'assurer l'accès égal à l'emploi à tous, il y a la mise en place d'un dispositif d'accompagnement (Pachoud et Allemand, 2013). À cela s'ajoute la recherche rapide (1-3 mois) d'un emploi en limitant les évaluations et les préparations (Pachoud et Allemand, 2013). Puis, nous avons aussi l'accompagnement de manière individuelle et singulière de la personne en portant une attention particulière portée à ses préférences et à ses intérêts (Pachoud et Allemand, 2013). À titre d'exemple, un intervenant peut offrir des rencontres régulières à la personne pour traiter avec elle des difficultés liées à son insertion dans son nouveau milieu de travail social (Vézina, 2002). Finalement, le dernier principe est de s'assurer qu'il y ait collaboration entre l'équipe de soutien à l'emploi, notamment le « conseiller en emploi spécialisé », et l'équipe soignante psychiatrique pour travailler l'ajustement de la personne à son poste en fonction de ses capacités (Pachoud et Allemand, 2013).

Le soutien à l'emploi de type IPS (Individual Placement and Support) part du concept central « place then train » qui signifie s'insérer d'abord, puis former et soutenir dans le cadre de l'activité de travail (Pachoud, 2014). Cela implique d'insérer au plus vite les personnes en milieu ordinaire de travail, sans étapes préparatoires, puis d'assurer, sur le long terme, un réel soutien dans l'activité de travail (Pachoud, 2014). L'on considère alors que les compétences demandées pour le poste souhaité peuvent se développer directement dans le milieu du travail (Besse et al., 2016). Au Québec, c'est le « conseiller en emploi spécialisé » qui tient ce rôle en assumant les différentes tâches que sont l'aide à la recherche et à l'obtention d'un emploi et le soutien à l'adaptation de ce dernier, soit tout au long de l'activité de travail (Pachoud, 2014). Bref, le modèle du soutien en emploi se base sur le postulat que « les personnes aux prises avec des troubles mentaux peuvent occuper un emploi si on leur en donne l'opportunité et le support nécessaire (ressources de suivi professionnel psychosociales et médicales) (Vézina, 2002, p.290) ».

À noter, ces approches choisies s'appliquent à une insertion vers divers milieux, ce qui signifie qu'elles ne concernent pas uniquement les milieux de travail rémunéré, le cas échéant pour notre recherche.

## 2.7 Les approches associées

Par ailleurs, selon les résultats des études réalisées, le taux moyen d'insertion des usagers de ce programme est de 61 % (Franck, 2014). Ainsi, il reste quand même 39 % des usagers qui échouent à s'insérer et ceux qui s'insèrent maintiennent leur emploi pendant environ 10 mois (Franck, 2014). Il a alors été pensé d'associer l'IPS à d'autres approches d'intervention, telles que la remédiation cognitive et l'entraînement des compétences sociales. Au travers des études menées, il a été démontré que si l'on ajoute la remédiation cognitive et l'entraînement des compétences sociales, l'efficacité du soutien à l'emploi augmente, puisqu'il y a amélioration des capacités d'interaction et d'adaptation au travail (Franck, 2014). En effet, afin de remédier aux problèmes des déficits cognitifs qui impactent, au long terme, le maintien de l'emploi et les performances professionnelles, la mise en place de stratégies de remédiation cognitive permet d'optimiser le fonctionnement au travail des personnes souffrant de troubles du spectre de la schizophrénie (Levaux *et al.*, 2009).

La remédiation cognitive agit indirectement sur les difficultés fonctionnelles qui affectent la vie quotidienne des usagers de services en psychiatrie, par le biais d'une action spécifique sur les troubles attentionnels, amnésiques, exécutifs et de cognition sociale (Amado *et al.*, 2014). Elle s'inscrit dans deux types de démarche, soit celle restauratrice qui tente de rétablir le fonctionnement de base en travaillant spécifiquement les performances déficitaires et celle compensatrice qui cherche à développer les compétences préservées pour pallier les difficultés ou adapter l'environnement de la personne. Il existe quatre types distincts de remédiation. La première est l'entraînement cognitif des capacités de base, soit un entraînement des performances déficitaires de l'utilisateur par une pratique intensive de la tâche (Amado *et al.*, 2014). La deuxième est l'apprentissage de stratégies, soit le fait de travailler les fonctions cognitives déficitaires via des exercices de plus en plus complexes tout en insistant sur le transfert au quotidien (ex. : verbalisation, apprentissage sans erreur, emploi d'une rétroaction relatif aux performances) (Amado *et al.*, 2014). La troisième regroupe les approches de compensation, c'est-à-dire modifier l'environnement de l'utilisateur pour l'adapter à ses difficultés et diminuer l'impact cognitif que requiert la réalisation d'une tâche (ex. : mettre en place un agenda électronique pour aider les usagers souffrant de difficultés d'organisation) (Amado *et al.*, 2014). La dernière rassemble les programmes intégrés,

soit la combinaison entre l'apprentissage de stratégies et les approches par compensation (Amado *et al.*, 2014).

Ainsi, la combinaison des approches de remédiation cognitive avec les services de soutien à l'emploi améliore le fonctionnement professionnel, puisque les méthodes de remédiation cognitive ont pour but d'accroître l'adaptation à la vie quotidienne, l'autonomie, la qualité de vie et l'insertion sociale et professionnelle des personnes (Levaux *et al.*, 2009). Toutefois, ces méthodes seraient davantage efficaces si les stratégies étaient individualisées et adaptées aux problèmes spécifiques rencontrés par la personne (Levaux *et al.*, 2009). C'est pourquoi une autre approche renferme l'idée de développer une remédiation « *sur mesure* » ce qui signifie propre à chaque personne et selon ses difficultés individuelles fonctionnelles rencontrées (Levaux *et al.*, 2009). Il faut donc, pour chaque personne, identifier ses fonctions cognitives perturbées et celles préservées, puis analyser ses processus cognitifs impliqués dans les situations professionnelles et/ou quotidiennes où elle est en difficulté, et ce, afin d'élaborer des interventions spécifiques de remédiation à celles-ci (Levaux *et al.*, 2009). Il existe trois avenues d'interventions, selon la nature, et la gravité des difficultés identifiées. La première est l'utilisation de facteurs d'optimisation afin d'améliorer ou de faciliter les capacités fonctionnelles (par exemple, dans le domaine de la mémoire, susciter la mise en œuvre d'opérations d'encodage et de récupération plus efficaces) (Levaux *et al.*, 2009). La deuxième est l'apprentissage aux personnes des connaissances spécifiques (faits ou habiletés) en utilisant des techniques d'apprentissage appropriées qui limitent la production d'erreurs (Levaux *et al.*, 2009). La dernière est l'aménagement de l'environnement des personnes et confier une partie des fonctions déficitaires à un support physique afin de diminuer l'impact des déficits cognitifs sur le fonctionnement professionnel (par exemple, dans le domaine de la mémoire, l'utilisation d'un carnet mémoire) (Levaux *et al.*, 2009).

Finalement, dans l'optique d'assurer aux usagers une expérience positive de cheminement personnel, au travers de nos interventions, c'est l'approche centrée sur les forces qui a été mise de l'avant. Cette approche se résume en six sections. La première regroupe les principes de base de l'intervention. En résumé, étant considéré comme l'expert de sa situation et croyant en sa capacité de reprendre le contrôle de sa vie, l'accent est mis sur les compétences de l'utilisateur, ses forces, ses intérêts, ses aspirations et sur les ressources de son milieu (Bergeron-Leclerc *et al.*, 2021). Ainsi,

l'intervenant est un partenaire de l'utilisateur et doit l'accompagner dans des contextes naturels de la vie en société en mettant au service de celui-ci ses connaissances théoriques et ses techniques pour l'aider à développer son pouvoir d'agir (*empowerment*) (Bergeron-Leclerc *et al.*, 2021). Dans la deuxième section, nous retrouvons plusieurs définitions des concepts liés à la notion de force. Tout d'abord, le terme « capacités » se réfère aux ressources internes de la personne (aptitudes, compétences, pouvoirs, talents...), le terme « forces » signifie la puissance d'action d'une personne (capacités physiques et celles de l'esprit) et le terme « ressources » se rapporte aux moyens matériels ou facultés individuelles pour faire face aux aléas de la vie (Bergeron-Leclerc *et al.*, 2021). Il existe trois types de forces, soit les *individuelles/intrinsèques* (aspirations, sentiment de compétence, confiance en sa propre réussite, forces analytiques, éducationnelles, de caractère, émotionnelles et cognitives), les forces *environnementales/extrinsèques* (opportunités, relations sociales, ressources, forces reliées au travail et à la capacité de bien utiliser le soutien communautaire et social) et *interactionnelles* (fruit de l'interaction entre les forces individuelles et environnementales et habiletés interpersonnelles) (Bergeron-Leclerc *et al.*, 2021). La troisième section discute de la provenance de nos forces, soit les connaissances accumulées, la découverte de nos talents, le développement de nos habiletés, les ressources qui nous entourent et les fiertés vécues (Bergeron-Leclerc *et al.*, 2021). La quatrième section présente les stratégies d'intervention, soit le plan d'identification des forces (PIF) et le plan d'action (PA), se basant sur le principe de « développer l'espérance des personnes, leur confiance en elles, leur potentiel créatif et leur capacité à affronter les dynamiques de pouvoir oppressif et les injustices découlant des structures sociétales » (Bergeron-Leclerc *et al.*, 2021). La cinquième section concerne l'évaluation de la pratique qui se divise en huit sections, soit les pratiques orientées vers un but, l'évaluation systémique des forces, la considération de l'environnement, l'instigation de l'espoir, l'autodétermination de la personne accompagnée, la collaboration avec la personne accompagnée, les difficultés comme sources de défis/occasions de croissance et le potentiel de changement (Bergeron-Leclerc *et al.*, 2021). Finalement, la dernière section fait part des résultats attendus de cette approche, c'est-à-dire l'amélioration de la qualité de vie, l'atteinte des objectifs, l'augmentation du sentiment de compétence, la plus grande satisfaction face à la vie et l'appropriation du pouvoir (Bergeron-Leclerc *et al.*, 2021).

Par le biais de cette approche, l'accent est mis sur comment utiliser ses forces pour surmonter les obstacles survenant au travers de la route afin de mettre en lumière ce qu'ils ont réalisé, peu importe le résultat final (Bergeron-Leclerc *et al.*, 2021). Notre rôle est de les accompagner dans leurs recherches de solutions basées sur leurs capacités. L'approche centrée sur les forces s'inspire de « la croyance en la capacité humaine d'évoluer et de se développer » (Bergeron-Leclerc *et al.*, 2021). Les stratégies préconisées ont pour but de « développer l'espérance des personnes, leur confiance en elles, leur potentiel créatif et leur capacité à affronter les dynamiques de pouvoir oppressif et les injustices découlant des structures sociétales » (Bergeron-Leclerc *et al.*, 2021).

L'approche par les forces a été développée pour favoriser le rétablissement des personnes atteintes de troubles de santé mentale et est particulièrement mise en œuvre dans un contexte de suivi intensif dans le milieu (SIM) ainsi que dans un contexte de suivi d'intensité variable (SIV) (Centre d'études sur la réadaptation, le rétablissement, et l'insertion sociale, 2023). Elle se base sur des principes conçus par Rapp (2004) et qui ont pour but d'aider les personnes à définir leurs accomplissements futurs dans leur vie. Ces principes se résument ainsi : l'accent est mis sur les forces de la personne et non sur les faiblesses et la pathologie, la communauté, soit le milieu naturel, est vue comme une oasis de ressources pour la personne, la personne est maître d'œuvre de son processus de soutien et responsable de la direction que prendront les services, la relation entre la personne et son intervenant pivot est primordiale, essentielle et s'articule autour de la confiance et de la reprise de pouvoir par la personne, l'intervention prend place dans la communauté, soit le milieu de vie, et toute personne peut se rétablir et a la capacité de se rétablir en reprenant le contrôle de sa vie (CÉRRIS, 2023).

En bref, créée par Charles Rapp et Rick Gosha, la théorie de l'approche axée sur les forces se résume à l'amélioration de la qualité de vie, l'épanouissement et la satisfaction personnelle, qui sont principalement déterminés par le type et la qualité de l'habitat des usagers, soit l'environnement dans lequel ils vivent (Mouvement pour mettre fin à l'itinérance à Montréal, 2022). Ainsi, cette approche est autant axée sur les forces individuelles des personnes (leurs aspirations, leurs compétences et leur confiance en soi) que sur leurs forces environnementales (ressources, possibilités et relations sociales).

Ainsi, le choix de cette approche permet de travailler la réinsertion socioprofessionnelle tout en permettant à la fois d'améliorer l'*empowerment* (autonomisation, capacitation, pouvoir d'agir) et l'estime de soi.

## 2.8 L'approche d'intervention : l'intervention individuelle par l'approche structurelle

La mise en œuvre de ce mémoire d'intervention sera faite par l'utilisation de l'intervention individuelle par l'approche structurelle. Axée sur les difficultés vécues par la personne, l'intervention individuelle en travail social vise à aider la personne à acquérir le plus de ressources possible afin qu'elle puisse participer activement à son devenir individuel et s'inscrit dans un ensemble d'actions, de rôles et d'activités (Bouchard, 2012). Pour ce qui est de l'approche structurelle, celle-ci se base sur quatre principaux objectifs. Le premier est d'aider l'utilisateur à réobtenir le plein pouvoir sur sa vie (*empowerment*) dans plusieurs aspects de sa vie, dont au travers de ses rapports sociaux. L'intervenant et l'utilisateur sont amenés à trouver la source du problème par l'association de leurs efforts communs, rendant leur relation plus égalitaire (Lévesques et Panet-Raymond, 1994). Le deuxième objectif est de contribuer à la matérialisation des problèmes sociaux, soit de faire le lien entre les conditions de vie existantes et le problème vécu, et ce, afin de travailler à l'adaptation de l'utilisateur aux conditions opprimantes (Lévesques et Panet-Raymond, 1994). Le troisième objectif est de favoriser la collectivisation des problèmes, soit de faire comprendre à notre utilisateur qu'il n'est pas le seul à vivre ses problèmes et que les situations vécues affectent un groupe d'individus, mais qu'il est possible de mettre en place des services alternatifs (Lévesques et Panet-Raymond, 1994). Le dernier objectif est de promouvoir la défense des droits de l'utilisateur. Pour ce faire, l'intervenant trouve, rend disponible et crée des ressources pour ce dernier, en devenant à la fois un courtier, un médiateur et un défenseur de droits. Son rôle est d'enlever les obstacles qui empêchent l'utilisateur de décider pour lui-même en gardant en tête qu'il travaille avec ce dernier et non « à la place de » (Lévesques et Panet-Raymond, 1994). Cette approche aide également à vaincre les inégalités sociales qui sont créées et maintenues par les systèmes d'organisations au détriment des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale, communément appelée la stigmatisation structurelle (Knaak *et al.*, 2017). Ainsi, dans le contexte de notre mémoire d'intervention, il s'agirait de trouver, avec et pour chacun des utilisateurs, ce qui peut causer leurs

difficultés d'insertion dans leur milieu et d'aider ceux-ci à résoudre, dans le meilleur du possible, ces difficultés. Que les obstacles à l'insertion soient le résultat d'injustices causées par les conditions du milieu ou le résultat de problèmes reliés aux symptômes de la maladie et/ou à la prise de médication, des outils d'adaptation seront proposés aux usagers et/ou à leur milieu dans l'optique de favoriser leur insertion. Toutes les activités effectuées avec les usagers se feront à domicile ou dans notre bureau au pavillon Albert-Prévost.

L'intervention sociale individuelle en santé mentale est fondée sur une alliance collaborative qui cible à la fois la personne vivant avec un trouble de santé mentale et son environnement et qui implique un accompagnement et une mobilisation de ressources personnelles et sociales (Roc et Hébert, 2013). La personne doit être considérée comme étant apte à évoluer selon ses besoins, ses aspirations, ses compétences et ses connaissances, d'où l'importance de la voir au-delà de son diagnostic et de ses symptômes sociaux (Roc et Hébert, 2013). Ainsi, le rétablissement ne doit pas être perçu comme un objectif absolu à atteindre, mais comme « un processus unique et propre à chaque personne qui le définit, lui donne un sens et l'articule selon ses forces, son potentiel et ses ambitions » sociales (Roc et Hébert, 2013). Il existe quelques actions professionnelles qui ciblent à la fois la personne et son environnement social (Roc et Hébert, 2013). Dans le cas de notre mémoire d'intervention, nous en identifions trois en particulier. La première est l'accompagnement social (Roc et Hébert, 2013). Cet accompagnement, signifiant « d'aller avec », peut d'abord prendre la forme de visites avec la personne de divers lieux nécessaires (ressource d'hébergement, tribunal, hôpital, etc.). Il peut également prendre la forme de rencontres à fréquence variable durant lesquelles le travailleur social donne des conseils personnalisés et des recommandations dans l'optique que la personne développe des aptitudes et des compétences afin de trouver un mieux-être et des solutions à des difficultés. Finalement, l'accompagnement est souvent associé à l'action d'aider la personne à élaborer et mettre en action son projet de vie. La deuxième est le soutien social (Roc et Hébert, 2013). Le soutien peut d'abord être sous forme d'entretiens individuels dans lesquels le travailleur social écoute et donne des conseils et de l'information dans l'optique que la personne renforce sa capacité à utiliser ses ressources personnelles et celles de la communauté pour résoudre ses problèmes. Ensuite, il peut servir d'appui dans une démarche par le biais d'encourager la personne à utiliser ses stratégies qu'elle a déployées pour faire face à une situation problématique. Finalement, dans une visée de mieux-être de la personne dans et avec son environnement, le soutien

peut se donner autant à la personne directement qu'à son environnement et les acteurs qui y sont présents. La dernière est la mobilisation de ressources personnelles et de ressources sociales (Roc et Hébert, 2013). Ces actions misent sur les habiletés, les compétences, les connaissances, les aspirations de la personne, ses relations significatives et les services disponibles dans sa communauté, et ce, en explorant avec elle ce qui existe et est offert autour d'elle. Ces actions servent aussi à saisir des occasions dans la société afin de contrer la stigmatisation et d'améliorer les conditions de vie de la personne qui se trouve dans un processus de rétablissement. À titre d'exemple, la référence vers des programmes d'insertion et réinsertion sur le marché du travail ou des programmes d'intégration et réintégration scolaire et professionnel.

## **CHAPITRE 3**

### **LA MÉTHODOLOGIE**

Ce chapitre par l'ébauche d'un plan initial d'intervention et d'insertion socioprofessionnelle créé, ayant servi de base à la structure de notre mémoire, et qui a mené à l'élaboration de l'outil d'intervention prioritaire. Nous poursuivons le chapitre en décrivant les divers outils utilisés communément par tous les usagers de l'étude qui ont servi à la collecte des données. Nous continuons en abordant la sélection des usagers, incluant la population ciblée, les critères de sélection des usagers et les modalités de recrutement et les caractéristiques sociodémographiques des répondants. Nous terminons en présentant la préparation du terrain, la collecte des données et la méthode d'analyse des résultats.

#### 3.1 Préambule

Afin de préparer l'individu à vivre une expérience de travail, il faut commencer en questionnant les conditions stratégiques du placement de la personne dans son nouveau rôle (Vézina, 2002). Ensuite, afin d'assurer le succès de celle-ci en emploi ou dans un programme de préparation à l'emploi, il importe de tenir compte de ses préférences dans le choix de son orientation (Vézina, 2002). À noter, il est rapporté que la personne schizophrène se voit souvent attribuer un emploi ne respectant pas les choix ni son plein potentiel (SQS, 2010). Autre que le respect de ses préférences, il faut garder en tête la qualité et la quantité des choix qui lui sont offerts ainsi que le salaire et la compétition dans ces milieux (Vézina, 2002). De plus, il faut considérer les milieux de travail mixtes où l'individu peut faire appel au support de ses pairs travailleurs (Vézina, 2002). À noter, un milieu est dit supportant s'il favorise chez l'individu une gestion optimale du stress environnemental (Vézina, 2002). Puis, dans le but de favoriser l'accès à un réseau de support à long terme dans son environnement naturel, il devient nécessaire d'aider la personne à développer ses habiletés sociales (Vézina, 2002). D'autres méthodes sont également suggérées par Latimer et Lecompte (2002), ayant pour but d'offrir aux personnes des expériences destinées à faciliter leur insertion ultérieure au marché de travail. Par exemple, il peut y avoir utilisation du « counseling

vocationnel » (vocational counselling) qui implique que l’usager travaille avec un professionnel afin de définir ses besoins, de formuler un plan de réadaptation, choisir un travail et développer des habiletés reliées au travail (skill training), par divers moyens tels que des instructions, des jeux de rôles, des renforcements sociaux, de la rétroaction corrective, etc. (Latimer et Lecomte, 2002) L’on peut aussi offrir aux usagers des activités de formation pour développer des habiletés professionnelles spécifiques, telles que le secrétariat ou alors des expériences de bénévolat individuel ou en groupe et ce, dans des milieux réguliers ou au sein d’agences de réadaptation (Latimer et Lecomte, 2002). À cela s’ajoute l’évaluation préparatoire, soit de permettre aux personnes d’accéder à des emplois transitionnels, c’est-à-dire des emplois en milieu régulier, mais offert pour un temps limité seulement (Latimer et Lecomte, 2002). Les phases préparatoires destinées à aider les usagers à déboucher sur un emploi régulier proposent des activités s’apparentant à des étapes d’apprentissage et de préparation à l’emploi (Latimer et Lecomte, 2002).

### 3.2 L’outil d’intervention de base

Afin de structurer notre mémoire d’intervention, un plan d’insertion socioprofessionnel initial a été créé en ayant comme objectif principal de favoriser l’insertion socioprofessionnelle des usagers (voir tableau 3.2 ci-dessous). Ce tableau résume les différentes activités prévues avec les outils utilisés et les méthodes d’interventions pour chacune, les résultats attendus et l’échéancier. Bref, il avait pour but de guider le déroulement des rencontres. Toutefois, un plan d’intervention individualisé plus spécifique à chaque usager a été créé via les autres approches rattachées vues dans la section suivante.

Tableau 3.1 Le plan d’insertion socioprofessionnelle initial

<b><i>Objectif principal : En 3 mois, favoriser l’insertion socioprofessionnelle de l’usager (ère)</i></b>			
<b>Activités prévues</b>	<b>Outils utilisés/méthodes d’interventions</b>	<b>Résultats attendus</b>	<b>Échéancier</b>

<p>Faire un survol de différents milieux et choisir celui qui répond aux besoins de l'utilisateur (ère).</p>	<p>Questionner l'utilisateur (ère) à savoir vers quoi il désire s'orienter :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Milieu de travail/bénévolat</li> <li>- Organisme d'aide à l'insertion professionnelle et/ou au retour aux études</li> <li>- Milieu scolaire</li> </ul> <p>Échanger sur les milieux recherchés en s'y informant.</p>	<p>Le milieu d'insertion est choisi.</p>	<p>En 2 séances d'une heure par semaine.</p>
<p>Accompagner l'utilisateur (ère) à faire un choix quant aux endroits qui l'intéresse parmi les options proposées.</p>	<p>Échanger avec l'utilisateur (ère) sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ses forces et limites</li> <li>- Ses intérêts</li> <li>- Ses valeurs</li> <li>- Ses préférences</li> <li>- Ses aspirations à long terme</li> </ul>	<p>Un endroit est ciblé parmi ceux proposés.</p>	<p>En 2 séances d'une heure par semaine</p>
<p>Établir un plan d'intervention axé sur les forces (voir l'annexe A).</p>	<p><b>Partie A.</b> : identification des besoins actuels et leur raison, identification d'un ou deux objectifs SMART avec des moyens, forces et ressources.</p> <p><b>Partie B.</b> : identification de forces, stratégies et ressources lors d'une difficulté rencontrée.</p> <p><b>Partie C.</b> (milieu du parcours) : suivi par rapport aux objectifs avec évaluation de l'avancement et niveau de confiance.</p>	<p>Le plan d'intervention avec 1 ou 2 objectifs est établi.</p>	<p>En 2 séances d'une heure par semaine</p>

Assister l'utilisateur (ère) dans les différentes démarches de préparation à l'emploi, de retour à l'école ou autres.	Faire l'inventaire de ses formations, expériences professionnelles ou autres et de ses réalisations : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rédaction du c.v.</li> <li>- Rédaction d'une lettre de présentation et de motivation</li> <li>- Préparation aux entretiens</li> <li>- Dossier monté</li> </ul>	Les démarches de préparation à l'emploi, de retour à l'école ou autres sont complétées.	En 2 séances d'une heure par semaine.
Référer les candidatures de l'utilisateur (ère) aux endroits ciblés.	Soutenir l'utilisateur (ère) dans ses demandes de candidatures aux endroits choisis. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilisation d'un ordinateur pour l'envoi des c.v. par courriel.</li> <li>- Accompagnement de l'utilisateur pour aller porter des c.v. en personne.</li> </ul>	Les candidatures sont envoyées.	En 1 séance d'une heure par semaine.
Accompagner l'utilisateur (ère) à l'entrevue, au besoin, et si désiré.	Discuter de notre rôle en vue de notre présence à l'entrevue.  Adopter une posture d'accompagnateur en laissant la place l'utilisateur (ère).	L'utilisateur (ère) est accompagné.	Variable.
Soutenir l'utilisateur (ère) en attendant une réponse d'un ou des milieux, au besoin.	Lui proposer des ateliers sur : <ul style="list-style-type: none"> <li>- La gestion du stress</li> <li>- La confiance en soi</li> <li>- L'affirmation de soi</li> <li>- Le développement et/ou le renforcement de ses habiletés sociales</li> </ul> Passer l'outil de l'exploration de l'échec (voir l'annexe B).	L'utilisateur (ère) est rassuré et reçoit le support nécessaire.	En 1 séance d'une heure par semaine.

	Lui proposer de continuer l'envoi de c.v.		
En cas de réponse favorable, préparer l'utilisateur (ère) à son insertion.	Le questionner par rapport à ses appréhensions et identifier des stratégies pour surmonter de possibles difficultés rencontrées.	Une préparation au retour à l'emploi ou autre est faite.	En 1 séance d'une heure par semaine.
En cas de réponse non favorable, soutenir l'utilisateur (ère), faire une rétrospection et continuer l'envoi de sa candidature	Amener l'utilisateur (ère) à réfléchir à si quelque chose pourrait être ajusté au niveau de son c.v. ou dans ses entretiens.  Réflexion en lien avec le choix du milieu désiré vs changer de milieu.	Un travail d'autocritique est fait.  Sa candidature est envoyée à d'autres endroits.	En 1 séance d'une heure par semaine.
Retour sur leur processus d'insertion socioprofessionnelle.	Partie C. du PII (fin du parcours).  Bilan de son parcours d'insertion socioprofessionnelle (voir l'annexe C).	Une rétroaction de son parcours d'insertion socioprofessionnelle est faite.	En 1 séance d'une heure par semaine.

### 3.3 Le plan d'intervention individualisé axé sur les forces : l'outil d'intervention prioritaire

Ainsi, ayant opté pour l'approche IPS du soutien à l'emploi avec remédiation cognitive sur mesure, c'est le plan d'intervention individualisé axé sur les forces qui est apparu comme étant l'outil d'intervention idéal à utiliser pour notre mémoire. Par définition, un plan d'intervention individualisé représente une planification d'actions établies avec la personne concernée et les intervenants impliqués (Ménard, 2017). Ce plan est destiné à aider et à accompagner une personne présentant des difficultés d'adaptation et vise au développement et à la réussite de celle-ci qui doit participer activement à la réalisation de ce dernier (Ménard, 2017). C'est donc une démarche

collaborative ayant pour but d'identifier les besoins de cette dernière et les moyens pour les réaliser (Ménard, 2017).

Ainsi, nous avons élaboré un plan d'intervention individualisé axé sur les forces pour chaque usager passant par trois étapes, soit avant l'élaboration du PI, pendant l'élaboration du PI et après l'élaboration du PI (Ménard, 2017). À l'étape du « avant », c'est l'identification des buts, des priorités, des forces et des projets de vie de la personne. À l'étape du « pendant », il y a une prise en considération du point de vue de la personne et de ses préférences, un soutien de sa participation active, la formulation de ses objectifs SMART (Spécifique, Mesurable, Accessible, Réaliste et Temporellement défini) et l'identification de ressources, de stratégies, d'activités, de personnes significatives, etc. Puis, à l'étape du « après », il faut s'assurer que la personne est en accord et satisfaite de son PI, mesurer l'efficacité et les retombées des actions effectuées, réviser le PI, si nécessaire, en respectant les préférences de la personne, identifier les obstacles rencontrés et les stratégies pour les surmonter et procéder à un suivi de mi-parcours pour évaluer l'avancement de la personne quant à son PI.

### 3.4 Les outils utilisés lors de la collecte des données

Au long de notre mémoire, nous avons utilisé plusieurs outils d'intervention servant, d'un côté, à notre collecte de données et d'un autre, à aider les usagers à cheminer positivement dans leur processus d'insertion socioprofessionnelle. Nous avons utilisé des outils communs à tous ainsi que des spécifiques à certaines personnes, selon leurs besoins, qui seront exposés dans la présentation des résultats. Voici les outils que tous les usagers ont fait usage sont les suivants :

**Un tableau** résumé de leur parcours socioprofessionnel divisé en 3 parties, soit le parcours académique (niveau d'études complété, domaine d'études, autres formations...), le parcours professionnel (expériences de travail passées, formations payées, bénévolat...) et le parcours social (loisirs, parascolaires, événements sociaux...). Lié à ce tableau, un autre tableau d'exploration de leur passé (limites et obstacles vécus vs forces et atouts développés), leur futur (se projeter dans l'avenir et les indices d'accomplissement) et de notre rôle d'intervenant (ce que nous pouvons faire pour l'accompagner et le guider). Cet outil nous a servi à avoir un portrait de leurs

accomplissements englobant leurs compétences et nous permettant de savoir d'où nous partions avec eux. Les difficultés vécues au travers de leurs expériences m'ont été essentielles afin d'avoir une idée sur laquelle mettre l'emphase dans leurs démarches d'insertion pour éviter, dans la mesure du possible, de faire face à celles-ci à nouveau. Ainsi, l'identification de ces limites passées a grandement aidé au développement de stratégies préventives à un obstacle et/ou d'adaptation à un obstacle rencontré. Parallèlement, l'identification de leurs forces et atouts ont contribué à une prise de conscience de ce qu'ils possèdent chez eux, et ce, peu importe comment les expériences se sont déroulées. C'est la base de l'approche centrée sur les forces. L'exploration de leur futur en ciblant leurs besoins prioritaires afin d'atteindre un bon niveau de satisfaction personnelle était élémentaire à leur parcours dans l'optique de garder en tête la raison de leurs démarches et d'entretenir leur motivation. Finalement, afin d'éviter d'imposer notre présence dans leurs démarches, nous cherchions à connaître leurs attentes par rapport à nous, dans notre rôle d'accompagnateur et de guide.

**Une liste** de 5 à 10 aptitudes à identifier qui leur correspondent. Cet outil nous a servi à renforcer leur estime personnelle en faisant un travail d'introspection personnel sur l'acquisition de leur savoir-faire. L'humain a tendance à identifier plus facilement ce qu'il a besoin de travailler plutôt que ce qu'il fait déjà de bien (Carbonneau-Bergeron, 2022).

**Un plan d'intervention individualisé (PII)** centré sur les forces. Cet outil nous a servi à identifier concrètement avec les usagers leur(s) objectif(s) SMART découlant de leurs besoins actuels, ainsi que des moyens, des forces et capacités et des ressources qui leur serviront à l'atteinte de ceux-ci. Le PII est la base de la structure de leurs démarches d'insertion socioprofessionnelle et donne une vision claire à leur projet de vie tout en renforçant sa faisabilité (Brousseau *et al.*, 2010). La partie ajoutée sur les solutions face aux défis permettait de bien se préparer à ce qui pourrait survenir, calmant, de ce fait, les appréhensions présentes.

**Un suivi mensuel** de l'avancement de leur(s) objectif(s) identifiés dans leur PII avec l'utilisation de l'échelle de Rollnick. Cet outil nous a servi à évaluer leur satisfaction en lien avec ce qui a été effectué depuis le début ainsi que leur niveau de confiance quant à l'atteinte de leur(s) objectif(s). L'usage des questions échelles de 0 à 10 issues de l'entretien motivationnel servait à maintenir

l'accent sur les compétences et les atouts des usagers (Cugliandro, 2014). Par exemple, lorsqu'un usager cotait 5 sur 10, il leur était demandé de justifier pourquoi la cote n'avait pas été mise à 4, ce qui leur permettait de voir le positif de leur avancement.

**Un questionnaire** sur l'exploration de l'échec afin d'évaluer leur façon de percevoir l'échec avec une partie théorique intégrée exposant 4 étapes pour surmonter celui-ci. Cet outil nous a servis à préparer les usagers à la possibilité de vivre un échec au travers de leur processus d'insertion socioprofessionnelle (ex. : se faire refuser leur candidature). Il était important qu'ils intériorisent qu'un échec est normal, que tous le connaissent et qu'il est considéré comme une étape vers la réussite (Dev-perso, s.d.). Ce qui importe c'est l'attitude envers l'échec, notre manière de réagir après l'échec qui permet de connaître le succès. Ainsi, accepter l'échec mène à un apprentissage de la vie, un avancement et des découvertes à éviter la prochaine fois.

**Un bilan** de leur parcours d'insertion socioprofessionnelle. Cet outil nous a servi à prendre le pouls du déroulement de leur processus d'insertion socioprofessionnelle et voir si tout se passait comme il le souhaitait ou s'il y avait des choses qui pourraient se passer autrement. Une suite était à prévoir pour qu'ils ne se sentent pas laissés à soi-même, malgré la fin du stage d'intervention.

### 3.5 La sélection des usagers

Cette section discute du choix de l'échantillon pour notre étude, soit le nombre d'usagers participant à cette dernière, ainsi que les critères pour sélectionner ces usagers et la façon dont ils ont été recrutés. En dernier, nous retrouvons, dans cette section, un tableau résumant les caractéristiques sociodémographiques de nos usagers.

#### 3.5.1 La population ciblée

Au départ, nous avons envisagé un échantillon de sept usagers, sachant qu'il pourrait y avoir des désistements et/ou des refus de participation. Cela s'explique notamment par l'imprévisibilité de la maladie mentale qui, malgré l'état stable d'une personne vivant avec, peut manifester des

symptômes du jour au lendemain. À cela s'ajoutent l'engagement et l'implication dans les démarches du mémoire d'intervention qui peuvent être exigeants pour certaines personnes vivant avec ces sortes de problématiques. Ainsi, c'est pour ces raisons que nous prévoyions un échantillon de sept afin d'avoir, en fin de compte, au moins cinq usagers. L'échantillon final est de cinq usagers.

L'échantillon est qualifié de non probabiliste à participation volontaire (Statistique Canada, 2021). Ceci dit, les usagers ont été sélectionnés selon des caractéristiques précises, au travers de la population. L'échantillon est composé d'hommes et de femmes adultes, âgés de 18 et 50 ans.

### 3.5.2 Les critères de sélection des usagers et les modalités de recrutement

Afin de faire partie de notre étude, nous avons identifié trois critères de sélection. Le premier était que les personnes doivent être présentement suivies par le programme SIM de Bordeaux-Cartierville-St-Laurent affilié à l'Hôpital en santé mentale Albert-Prévost, ce qui implique qu'elles doivent être diagnostiquées avec des troubles psychotiques graves (ex. : schizophrénie, maladie bipolaire de type schizoaffectif, trouble délirant, etc.). Le deuxième critère était que ces personnes ont le désir actuel d'être intégrées de façon socioprofessionnelle dans un milieu quelconque. Le dernier critère était que les usagers devaient être stables mentalement à un niveau de rétablissement assez avancé pour être aptes à s'impliquer dans des démarches de réinsertion, et ce, au moment du recrutement. Afin d'évaluer ce dernier critère, nous avons fait appel à notre équipe pour avoir leur opinion professionnelle. Un regard sur les signes précurseurs de rechute vers l'hôpital était pris en compte ainsi que leurs habitudes de consommation de drogues et/ou d'alcool.

### 3.5.3 Les caractéristiques sociodémographiques des répondants

Dans le but d'avoir un portrait de notre échantillon, voici un tableau qui résume le profil des usagers. Afin de protéger leur identité, les usagers ont été identifiés par numérotation :

Tableau 3.2 Le profil des usagers

Participants	Sexe	Problème de santé mentale	Médication	Scolarité complétée	Objectifs d'intégration	Projet de vie
Usagère °1	F	Trouble bipolaire de type 1, trouble délirant vs trouble schizo-affectif	<u>Invega Sustena</u> 75 mg aux 28 jours, <u>Cogentin</u> 0,5 g BID.	DEC - Technique en tourisme	Faire du bénévolat	Retourner sur le marché de l'emploi à temps plein d'ici 2 ans.
Usagère °2	F	Schizophrénie, déficience intellectuelle, trouble de langage et trouble d'apprentissage	<u>Clozapine</u> 300 mg po HS	6 <sup>e</sup> année	Se trouver une autre activité sociale	Vivre indépendamment de sa famille.
Usager °3	F	Schizophrénie paranoïde, agoraphobie	<u>Fluanxol</u> dépôt 150 mg IM q14 jours ; <u>Olanzapine</u> 20 mg PO HS ; <u>Cogentin</u> 2 mg PO HS ; <u>Clozapine</u>	Secondaire IV	Se trouver un emploi ou du bénévolat Travailler sur son agoraphobie	Finir son secondaire et devenir infirmière.
Usager °4	M	Schizophrénie, trouble schizoaffectif	<u>Abilify Maintena</u> 400 mg aux 4 semaines	Secondaire IV	Se trouver un emploi d'été à temps plein ou partiel Se trouver une école aux adultes pour septembre	Finir son secondaire, avoir un emploi stable et vivre en appartement.
Usager °5	M	Schizophrénie paranoïde	<u>Fluanxol</u> dépôt 50 mg aux 3 semaines	Aucun	Se trouver un emploi à temps partiel Améliorer son français	Avoir un emploi stable, vivre en appartement et avoir une voiture.

### 3.6 La préparation du terrain

En ce qui concerne le recrutement, puisque nous travaillons dans le milieu où nous avons fait l'intervention, en collaboration avec notre chef d'équipe, nous avons ciblé sept usagers potentiels à participer à notre mémoire d'intervention, ayant manifesté le désir d'être intégrés au niveau socioprofessionnel. Par la suite, nous avons présenté les grandes lignes de notre mémoire lors de rencontres individuelles et remis aux personnes une affiche de recrutement résumant notre mémoire d'intervention (voir l'annexe D) ainsi que le formulaire d'information et de consentement (FIC). L'affiche indiquait le but principal de notre mémoire, le profil des usagers recherché, les types de milieux d'insertion, les avantages et risques associés, le plan d'intervention individualisé d'insertion socioprofessionnelle et d'autres spécifications déjà inscrites dans le FIC. Nous leur avons donné un délai d'une semaine pour réfléchir à leur désir ou non de participer à notre mémoire d'intervention. Une fois leur décision prise, les personnes pouvaient directement nous en faire part et elles signaient avec nous le FIC. Cela a été un grand avantage d'être déjà intervenante dans le milieu, facilitant l'accessibilité à notre population ciblée.

### 3.7 La collecte des données

Les techniques dont nous avons fait usage pour la collecte de données sont l'entrevue semi-dirigée et l'observation participante. Par définition, l'entrevue semi-dirigée est une entrevue dans laquelle certaines questions sont planifiées, mais où la personne interrogée peut aborder librement d'autres aspects du sujet dans l'ordre qui lui convient (Mongeau, 2008). Cette méthode est qualifiée comme étant la plus efficace, car elle permet d'amener les thèmes et les questions spécifiques identifiés à partir de notre cadre théorique, tout en gardant une ouverture aux éléments imprévus apportés par les personnes (Mongeau, 2008). Ceci étant dit, lors de mes rencontres individuelles, nous avons toujours un sujet à aborder, soit sous forme de questionnaires ou d'exercices, mais un espace pour s'exprimer librement était alloué à chaque fois aux usagers. Pour ce qui de l'observation participante, cette méthode consiste pour le ou la chercheur(e) à prendre en note de manière systématique et assidue ses observations, ses réactions, ses analyses et autres (Mongeau, 2008). Nous l'avons notamment utilisée lorsque les usagers étaient amenés à prendre contact, soit par téléphone ou en personne, avec les milieux vers lesquels ils étaient référés, ayant un rôle d'accompagnatrice au travers de ces démarches. En moyenne, toutes les rencontres étaient d'une durée approximative d'une à deux heures.

De manière plus précise, tous les échanges et interventions avec les usagers étaient écrits, c'est-à-dire les démarches entreprises en vue d'une insertion socioprofessionnelle, les questionnaires répondus et les outils utilisés, dans une grille de tenue de dossier (voir l'annexe E). Par la suite, nous retranscrivions tout chaque semaine sur Word dans un fichier de tenue de dossier intitulé « Démarches hebdomadaires » et divisé par chaque usager de la recherche. Par le biais d'un journal de bord, nos réflexions et observations relatives aux interventions faites étaient inscrites régulièrement dans un fichier Word. Dans le but d'établir leur profil (diagnostic, médication, niveau de scolarité), nous avons consulté les informations confidentielles à leur dossier de suivi dans le programme SIM-BCSTL-PAP.

### 3.8 La méthode d'analyse des résultats

Rappelons-nous que notre hypothèse de départ était que l'établissement d'un plan d'intervention d'insertion socioprofessionnelle contribuait au développement du pouvoir d'agir de nos usagers, en plus d'un regain de leur estime de soi. Parallèlement, la retombée souhaitée est de défaire les préjugés émis à leur égard dans un but de sensibiliser la population. Ceci dit, le but de notre analyse des résultats était d'atteindre à la fois notre objectif principal, soit de trouver comment favoriser l'insertion socioprofessionnelle de nos usagers, et nos objectifs spécifiques, soit l'acquisition de forces personnelles défaisant ainsi les préjugés associés à ces usagers.

La méthode d'analyse que nous avons utilisée était le codage thématique servant à catégoriser l'information pour la rendre plus compréhensible (Tessier, 2020). Cette méthode se divise en quatre étapes. La première est la lecture des données, soit le fait de lire attentivement les données en essayant de voir si certains codes ou thématiques en émergent (Tessier, 2020). La deuxième étape est le codage des données pertinentes, soit le fait d'identifier les données qui permettent d'apporter un élément de réponse à notre question initiale (Tessier, 2020). La troisième étape est la fusion des codes similaires, ce qui signifie qui désignent la même idée, sous un code commun (Tessier, 2020). Il est également possible de quantifier la fréquence de ces codes en précisant le nombre de fois que l'idée survient, par exemple « fréquemment, quelques fois ou peu » (Tessier, 2020). Finalement, la dernière étape est le regroupement des codes appartenant à une même thématique, soit le fait de regrouper les codes homologues sous un concept plus large (Tessier, 2020). En bref, l'analyse thématique consiste « à procéder systématiquement au repérage, au regroupement et, subsidiairement, à l'examen discursif des thèmes abordés dans un corpus » (Lannoy, 2012).

Parmi les trois méthodes d'élaboration des codes thématiques existantes, nous nous sommes basés sur le codage conceptualisé (préalable), une méthode qui consiste à établir d'avance la liste des thèmes à étudier avant de travailler sur les données (Lannoy, 2012). Nous avons procédé à l'établissement de cette liste en nous basant sur les dimensions de notre problématique de recherche, soit le cadre conceptuel, la question de recherche et l'hypothèse (Lannoy, 2012). Cette méthode est utilisée d'emblée lorsque la recherche fait l'usage d'entrevues directifs ou semi-directifs, tel est le

cas ci-présent (Lannoy, 2012). Ceci dit, nos entretiens étaient en quelque sorte guidés par des thèmes prédéfinis qui ont servi à l'analyse de nos données.

À noter, n'ayant pas recours aux logiciels d'aide à l'analyse des données qualitatives, tels que Nvivo et Segese, nous n'avons pas pu en faire l'usage, malgré leur efficacité au niveau de la rapidité de ses traitements.

Nous avons procédé à un classement de nos données en associant un thème à une couleur, afin de faciliter notre vue d'ensemble sur celles-ci. Le premier thème était identifié « **outil** » et nous a permis de rassembler tous les questionnaires et autres outils d'intervention qui ont servi à renforcer nos approches d'intervention utilisées. Ensuite, nous avions le thème « **démarches** » qui nous a permis de suivre l'évolution du processus d'insertion socioprofessionnelle étape par étape. Puis, il y avait le thème « **observations** » qui renfermait les capacités et aptitudes observées chez nos usagers dans l'optique de renforcer leur *empowerment* et leur estime de soi. Cette catégorie allait en accord avec l'approche axée sur les forces, car tout au long de notre mémoire d'intervention, nous cherchions à faire ressortir les forces de nos usagers. Le quatrième thème était celui des « **obstacles** » et exposait toutes les difficultés rencontrées durant le processus d'insertion socioprofessionnelle, nous permettant de développer des stratégies pour les contrer, encore une fois, dans l'optique de renforcer leur *empowerment* et leur estime de soi. Ensuite, nous avions le thème « **introspection** » qui mettait de l'avant les ressentis de nos usagers au cours de leur processus d'insertion socioprofessionnelle, c'est-à-dire, leurs émotions exprimées, ce sur quoi ils aimeraient travailler, leurs réflexions personnelles, etc. Le dernier thème rassemblait les « **interventions** » et présentait les conseils que nous avons donnés à nos usagers dans le but de les soutenir.

## CHAPITRE 4

### LA CONCEPTION DU MÉMOIRE : PRÉSENTATION DU MILIEU, DÉROULEMENT DE L'INTERVENTION ET AUTRES ASPECTS

Dans ce chapitre, nous débutons par la présentation du milieu dans lequel nous avons effectué notre mémoire d'intervention ainsi que les raisons qui nous ont motivés à choisir ce milieu. Puis, nous présentons le déroulement des rencontres pour notre étude qui a duré 3 mois. Les dernières sections regroupent l'échéancier et le budget, les forces et les limites de l'étude et les considérations éthiques.

#### 4.1 La présentation du milieu d'intervention

Le milieu où est projetée notre intervention est celui du Suivi intensif dans le milieu (SIM) de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent de l'hôpital en santé mentale Albert-Prévost (SIM-BCSTL-PAP). Ce programme est affilié au Centre universitaire intégré de santé et de services sociaux du Nord-de-l'île-de-Montréal (CIUSSS-NIM).

Le programme SIM s'adresse aux adultes souffrant de troubles psychotiques graves, ayant de la difficulté à contrôler leurs symptômes et dont des services de traitement, de réadaptation et de soutien leur sont nécessaires (Robillard et Lamoureux, 2011). Ces usagers vivent des embûches majeures de fonctionnement dans leur vie quotidienne et répondent difficilement à un traitement psychiatrique traditionnel (Robillard et Lamoureux, 2011). De plus, il y a souvent peu de collaboration au traitement. À cela s'ajoute la présence de multiples problématiques chez ces personnes, tels que les problèmes de consommation, la délinquance impliquant des démêlés avec la justice et la comorbidité (troubles de la personnalité, TOC, DI légère...) (Robillard et Lamoureux, 2011). Une équipe SIM est multidisciplinaire, ce qui signifie qu'elle est composée de plusieurs professionnels, soit un psychiatre, des infirmières, des psychoéducateurs, des éducateurs spécialisés, des travailleurs sociaux, d'un pair aidant et autres (sexologue, ergothérapeute, spécialiste en toxicomanie...) (Robillard et Lamoureux, 2011). À noter, le pair aidant est un membre

essentiel dans l'équipe SIM, car il représente un modèle de rétablissement positif pour les usagers (MSSS, 2015). En effet, présentant ou ayant présenté un trouble de santé mentale, le pair aidant possède les aptitudes personnelles, professionnelles et la formation de pair aidant pour intégrer un milieu professionnel de travail (MSSS, 2015). Il symbolise une source d'espoir et de reprise de pouvoir d'agir en partageant son vécu aux usagers (MSSS, 2015). De façon générale, les principales interventions sont le suivi psychiatrique dans la communauté, le soutien et l'accompagnement dans le milieu de vie, l'aide à la gestion financière, la distribution de la médication à domicile, l'intervention en employabilité et l'intervention en dépendance (Robillard et Lamoureux, 2011). L'approche principale utilisée est celle interdisciplinaire orientée vers le rétablissement dans le but d'améliorer leur qualité de vie (Robillard et Lamoureux, 2011).

Au niveau des principes et modèles guidant la pratique, ceux-ci se divisent en trois catégories, soit les « usagers », les « objectifs » et les « professionnels » (Robillard et Lamoureux, 2011). Au niveau des « usagers », le SIM repose son intervention sur le principe de la responsabilisation de l'utilisateur dans ses différentes sphères de vie et la recherche de solution l'approche orientée sur les forces de l'utilisateur, l'importance de la relation de confiance et le suivi individualisé (Robillard et Lamoureux, 2011). Les objectifs du SIM sont principalement la réponse aux besoins des usagers, la gestion et la coordination des ressources à mettre en place et l'intervention en milieu naturel, sept jours sur sept (composantes de l'espace et du temps) (Robillard et Lamoureux, 2011). Finalement, pour ce qui est des « professionnels », le SIM se base sur le travail en inter et multidisciplinarité, l'orientation de l'utilisateur vers les ressources du milieu, l'implication constructive des familles et la ténacité et la persévérance malgré la résistance/réticence des usagers (Robillard et Lamoureux, 2011).

Bref, le SIM représente une réponse adaptée aux personnes vivant avec une maladie mentale grave et persistante en leur offrant un traitement de réadaptation vers le rétablissement. La personne est porteuse de ses projets créateurs d'espoir et adhère à l'approche centrée sur son avenir par la réappropriation de son pouvoir.

L'organisation du CIUSSS-NIM base ses valeurs sur la collaboration, le professionnalisme, le respect, l'humanisme, l'innovation, l'excellence ainsi que l'équité (Gouvernement du Québec, 2018). Affilié à l'Université de Montréal, ce CIUSSS est partenaire dans la formation des médecins

et des professionnels de la santé et se concentre sur trois pôles d'activités de recherche, soit la recherche biomédicale, la recherche sociale et la recherche en santé mentale chez les enfants et les adolescents (Gouvernement du Québec, 2018). Leur vision est la suivante : « Ensemble, fiers et passionnés, innovons pour créer un monde en santé » (Gouvernement du Québec, 2022).

#### 4.2 Les raisons motivant le choix du milieu

Le fait que nous travaillons à temps plein dans ce programme depuis plus d'un an a grandement contribué à notre choix de ce milieu, ayant plus facilement accès à ce profil d'utilisateurs recherché. En effet, avoir déjà un certain lien établi avec les utilisateurs représentait un facteur favorable à leur acceptation à participer à notre mémoire d'intervention, ce qui était bénéfique, considérant qu'il n'est pas toujours évident de solliciter des utilisateurs vulnérables. À cela s'ajoute, suite à une discussion avec la chef d'équipe de notre programme, que le volet insertion socioprofessionnelle se devait d'être davantage développé et pris en charge par un membre de l'équipe. Encore à ce jour, le besoin d'être intégré de façon socioprofessionnelle est constamment manifesté de la part des utilisateurs. Par ailleurs, avant la mise en œuvre de notre mémoire, il manquait l'application de méthodes réfléchies et concrètes pour y arriver.

#### 4.3 Le déroulement de l'intervention

En somme, sur les sept utilisateurs ciblés, trois hommes et deux femmes ont accepté de participer à notre étude. Il y a en a un qui a refusé de signer le FIC et une autre qui est malheureusement rentrée à l'hôpital. De plus, en cours de route, un des utilisateurs a été remplacé par une utilisatrice, en raison d'un changement de type de suivi. Les rencontres se sont principalement déroulées à leur domicile ou dans des milieux publics, telles que les cafés. À quelques reprises, il a fallu faire les rencontres à l'hôpital Albert-Prévost afin d'avoir accès à un ordinateur et à une imprimante. Puis, à d'autres moments, les rencontres ont eu lieu dans les milieux d'insertion choisis par les utilisateurs. Toutes les rencontres ont été réalisées à partir de la fin du mois de mars jusqu'à la mi-juin 2022, pour un total de 12 semaines.

De façon générale, les rencontres impliquaient seulement l'étudiante-chercheuse et l'utilisateur. Par ailleurs, il est arrivé quelques fois qu'un membre de la famille écoute certains bouts de la rencontre et intervienne brièvement. Leurs interventions étaient souvent pour manifester leur reconnaissance envers l'aide que nous apportions à leur proche. De plus, vers les dernières semaines de notre mémoire, nous avons eu l'occasion de rencontrer les professionnels responsables de l'insertion des usagers dans leur milieu, que ce soit pour une entrevue ou une rencontre d'informations et présentation des services.

Tout au long de nos rencontres, l'usage de l'approche par les forces était prioritaire afin de soutenir l'avancement dans leur cheminement vers une insertion. Toutefois, le respect de leur rythme dans les démarches était très important pour maintenir une bonne relation de confiance entre l'étudiante-chercheuse et les usagers. De façon générale, les rencontres suivaient le plan d'intervention initial établi par l'étudiante-chercheuse, malgré quelques ajustements et décalages dans les étapes qui ont eu lieu, notamment en raison de la non-disponibilité d'un usager durant une semaine. Les rencontres débutaient par une mise à jour sur la semaine qui venait de passer. Par la suite, nous avançons dans les démarches et/ou procédions à l'utilisation d'un outil d'intervention (questionnaire, tableau, liste, échelle...). À la fin de la rencontre, nous remettons souvent aux usagers un devoir à faire en lien ses démarches d'insertion et/ou des questionnaires d'autoévaluation pour renforcer la connaissance de soi. Nous prenions également un moment pour parler de leurs inquiétudes et/ou questionnements par rapport aux démarches que nous effectuions. Nous tenions à prendre régulièrement le pouls de leur niveau de confort au fil des étapes, à savoir s'ils étaient toujours confortables avec ce qui se passait. À la 6<sup>e</sup> rencontre, un suivi mi-mémoire a été réalisé pour évaluer leur cheminement par rapport à leurs objectifs identifiés au départ. Lors de la dernière rencontre, un bilan des objectifs a été rempli et un plan de maintien leur a été remis, dans le but de leur assurer une intégration.

#### 4.4 Échéancier et budget

En ce qui concerne l'échéancier, nous aspirions à réaliser l'activité d'intervention en 3 mois en tout, pour un total de +/- 150 heures. Pour les activités du premier objectif, nous comptons donner 2 séances d'une heure par semaine par usager, à l'exception d'une activité dont 1 séance y sera

attribuée, et ce, pendant 1 mois, pour un total de 49 heures. Le reste des heures était dédié à l'objectif deux. Nous comptons donner 1 séance d'une heure par semaine à la fois au à l'utilisateur et au conseiller en emploi/employeur/responsable à l'école, et ce, pendant 2 mois. De plus, nous entrevoyons visiter leur milieu d'intégration au moins 1 fois par mois. Nous n'avions pas prévu de dépenser quoique ce soit pour notre mémoire au niveau des biens matériels, donc notre budget est de 0 \$, puisque tout le nécessaire est déjà présent dans le milieu (ordinateur, papiers, crayons, téléphone, etc.). Par ailleurs, nous avons besoin de nous déplacer en voiture pour nous rendre dans certains milieux. La seule dépense que nous avons prévue était alors l'essence.

#### 4.5 Les forces et les limites de l'étude

Ce mémoire d'intervention s'inscrit dans une visée de changement social, mettant d'abord l'accent sur les difficultés vécues par les personnes atteintes de troubles de santé mentale sévères au niveau de leur insertion socioprofessionnelle. Par ailleurs, cette étude souhaite démontrer que, grâce à certaines approches d'intervention, ces personnes peuvent progresser dans leurs acquis socioprofessionnels, permettant à la population d'être sensibilisée à l'égard de la réalité de celles-ci. Advenant des résultats positifs d'insertion, ce mémoire cherche à faire comprendre qu'il est possible d'agir en conséquence pour favoriser la réussite à leur insertion. Advenant des résultats négatifs d'insertion, ce mémoire met de l'avant les obstacles présents justifiant ces résultats, et ce, afin d'instruire davantage la société sur la réalité de ces personnes. Somme toute, peu importe le résultat, ce mémoire permet aux usagers de cheminer au niveau personnel dans l'acquisition de nouvelles habiletés et aptitudes.

En ce qui a trait aux limites du mémoire, la taille de l'échantillon choisi est non représentative et empêche une généralisation des résultats. Nous ajoutons également que notre posture de travailleuse sociale œuvrant quotidiennement dans le milieu d'étude de notre mémoire d'intervention a pu avoir une incidence sur les résultats, tenant compte du lien professionnel témoignant d'un certain attachement qui était déjà établi avec eux en partant. La nature court-terme de l'intervention a probablement eu un impact sur les résultats, ayant une pression afin de réaliser nos démarches dans un délai précis, accélérant le processus. Certaines étapes auraient pu être réalisées sur plusieurs semaines, permettant une meilleure autoréflexivité. Finalement, le contexte

de la pandémie Covid-19 nous a forcés à choisir l'approche de l'entrevue individuelle. Par ailleurs, il aurait été intéressant d'inclure certaines rencontres de groupe afin de créer un sentiment d'appartenance entre personnes ayant le même objectif global d'être intégrées au niveau socioprofessionnel. Cela aurait permis un partage d'expériences individuelles renforçant le soutien ou l'espoir mutuel en écoutant le cheminement des autres.

#### 4.6 Les considérations éthiques

##### 4.6.1 Avantages et inconvénients

Le 3 mars 2022, notre mémoire d'intervention a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche des projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPÉ) (voir l'annexe F). Nous nous sommes questionnés sur les avantages et les risques de notre mémoire pour les usagers. Tout d'abord, il n'existait aucun risque connu associé à ce mémoire, mais il se pouvait que les questions posées amènent à aborder certaines difficultés éprouvées et que les interventions prévues entraînent d'éventuels inconvénients, telles que la fatigue, le stress, la gêne, le découragement, tous sentiments associés à la peur de l'échec et/ou à l'échec ou le temps associé à la recherche. Afin de pallier cette possibilité de ressentir un inconfort psychologique et/ou émotionnel (déprime, tristesse, anxiété, etc.), des mesures étaient appliquées telles qu'un ajustement au niveau du temps afin de respecter le rythme de chacun (délais alloués) et la remise d'outils pour la gestion des émotions. En tout temps, nous faisons preuve d'une écoute active des besoins de la personne. À cela s'ajoute une réflexion liée à notre statut, à la fois de chercheuse et de travailleuse sociale clinique dans l'équipe du SIM, quant aux usagers choisis pour l'étude qui auraient pu sentir que leur insertion socioprofessionnelle était une obligation. Afin de remédier à ce sentiment, nous leur avons expliqué, dès le départ, qu'ils n'avaient aucun engagement à aller jusqu'au bout et qu'à tout moment, ils pouvaient reculer. Nous les avons rassurés que nous tenions à respecter leur rythme et qu'ils détinssent le droit de ne pas se sentir prêts à s'embarquer dans ce processus. En aucun cas nous ne voudrions mettre de la pression sur une personne pour l'insérer dans un milieu quelconque, sachant que ce serait une approche contre-productive.

Au niveau des avantages potentiels de participation à la recherche, il y avait l'opportunité pour les usagers d'être aidés dans leur insertion socioprofessionnelle par un accompagnement dans leurs démarches pouvant favoriser la réussite de celle-ci. Pour ce qui étaient des avantages potentiels de la recherche pour la communauté, il y avait le fait de sensibiliser davantage la société au trouble du spectre de la schizophrénie par leur insertion dans les marchés de travail, les établissements scolaires et autres milieux, et donc, parallèlement, donner la possibilité de rendre plus familier ces troubles de santé mentale.

#### 4.6.2 Moyens pour obtenir le consentement des usagers

Le formulaire d'information et de consentement (FIC) de l'UQÀM a été remis, expliqué et signé par chaque usager (voir l'annexe G). Ce dernier renfermait la nature et les objectifs du mémoire d'intervention, le déroulement de l'étude et les méthodes utilisées, les avantages et risques associés au mémoire d'intervention, la confidentialité et autres informations importantes (participation volontaire et droit de retrait, communication des résultats et personnes-ressources).

#### 4.6.3 Respect de la confidentialité

Dans le cadre de ce mémoire d'intervention, les données identificatoires n'ont pas été révélées et les usagers ont été identifiés par un numéro de 1 à 6. À des fins de protection et de sécurité, les données recueillies numériques ont été conservées dans un ordinateur requérant un mot de passe et sous le serveur de l'hôpital Albert-Prévost, puis supprimées ensuite. Les données papier ont été conservées sous clé, puis jetées dans les poubelles sous cadenas de l'hôpital.

## **CHAPITRE 5**

### **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS**

Dans les premières pages de ce chapitre, l'on retrouve trois tableaux distincts qui servent à la présentation de nos résultats. Le premier tableau spécifie les activités qui ont été complétées au cours de notre mémoire d'intervention par chaque usager. Celles-ci sont basées sur le plan d'insertion socioprofessionnelle initial que nous retrouvons dans la section 3.3. du chapitre sur la méthodologie. Le deuxième tableau contient un résumé des obstacles rencontrés par chaque usager avec les stratégies qui ont été utilisées pour contrer ces derniers ainsi que les principales forces que chaque usager a su développer au cours du mémoire d'intervention. Le troisième tableau fait part de l'atteinte des objectifs de chaque usager en cotant et en précisant la satisfaction de leurs accomplissements. Ce chapitre se poursuit en revenant sur l'aspect de la discrimination dont nous n'avons pas été témoins au travers de notre mémoire d'intervention. Puis, nous faisons un retour sur les difficultés d'insertion socioprofessionnelle qui avaient été abordées dans notre problématique dont il est possible de faire des liens avec nos usagers. Nous terminons en résumant les forces développées chez chacun de nos usagers.

Comme mentionné précédemment, le mémoire d'intervention s'est étalé sur 12 semaines, allant de la fin du mois de mars jusqu'à la mi-juin 2022. La moyenne du nombre de rencontres pour chaque usager était de 12 rencontres. Toutefois, une des usagères a eu 9 rencontres, puisque sa participation à l'étude du mémoire est arrivée en cours de route pour prendre la place d'un usager qui s'est retiré. Nous avons donc combiné 2 à 3 activités dans une même séance pour rattraper les autres. Un autre usager a eu 14 rencontres, car des rendez-vous avec des organismes partenaires ont été fixés à deux reprises dans la même semaine que nos rencontres prévues. De façon générale, l'ensemble des activités prévues du plan d'intervention initial d'insertion socioprofessionnelle a été couvert. Les tableaux suivants présentent les résultats de notre recherche.

Tableau 5.1 Les activités accomplies par chaque usager

	<b>Activité 1 : Survol de différents milieux d’insertion selon ses besoins et en choisir un.</b>
Usagère 1	Le milieu d’insertion désiré est le bénévolat.
Usagère 2	Le milieu d’insertion désiré est un milieu de socialisation.
Usagère 3	Le milieu d’insertion désiré est le bénévolat.
Usager 4	Les milieux d’insertion désirés sont le travail et le milieu scolaire.
Usager 5	Les milieux d’insertion désirés sont le travail et un milieu de socialisation.
	<b>Activité 2 : Faire un choix parmi les options d’endroits proposées en fonction de ses intérêts.</b>
Usagère 1	Après avoir fait le tour de ses intérêts et préférences, l’endroit choisi pour faire du bénévolat est les résidences de personnes âgées.
Usagère 2	Après avoir fait le tour de ses intérêts et préférences, l’endroit choisi pour participer à des activités sociales est le Carrefour Jeunesse Emploi de Saint-Laurent.
Usagère 3	Après avoir fait le tour de ses intérêts et préférences, l’endroit choisi pour faire du bénévolat est l’Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal.
Usager 4	Après avoir fait le tour de ses intérêts et préférences, l’endroit choisit pour le travail sont les camps de jour (animateur), et le Carrefour Jeunesse Emploi d’Ahuntsic-Bordeaux-Cartierville a été ciblé comme organisme d’aide à son retour aux études.
Usager 5	Après avoir fait le tour de ses intérêts et préférences, les endroits choisis pour le travail sont les restaurants (plongeur), et Soutien Jeunesse a été ciblé comme organisme d’aide à la socialisation.
	<b>Activité 3 : Établir un plan d’intervention axé sur les forces avec 1 ou 2 objectifs fixés.</b>
Usagère 1	D’ici la fin du mois de mai 2022, se trouver du bénévolat à temps partiel afin d’avoir une occupation régulière et un horaire actif dans l’optique d’avoir un emploi stable d’ici 2 ans.
Usagère 2	D’ici la fin du mois de mai 2022, se trouver une autre activité sociale à faire 1 fois par semaine afin de ne pas rester à ne rien faire à la maison.
Usagère 3	D’ici la fin du mois de mai 2022, augmenter son autonomie dans ses déplacements afin de stabiliser son état mental et être capable de se promener seule et, parallèlement, se trouver du bénévolat hebdomadaire à temps partiel pour s’occuper.
Usager 4	D’ici la fin du mois de mai 2022, se trouver une école aux adultes où s’inscrire pour septembre afin de terminer son secondaire et se trouver un emploi d’été à

	temps partiel ou à temps plein pour amasser de l'argent, économiser et développer son autonomie.
Usager 5	D'ici la fin du mois de mai 2022, se trouver un emploi hebdomadaire à temps partiel pour avoir un revenu et améliorer son français pour faciliter la communication avec autrui.
	<b>Activité 4 : Démarches de préparation à l'envoi de sa candidature.</b>
Usagère 1	Son c.v. <sup>3</sup> a été mis à jour et une préparation aux entrevues a été réalisée par l'entreprise de pratiques de questions/réponses <sup>4</sup> notées.
Usagère 2	Le c.v. n'était pas requis, mais une préparation aux rencontres a été faite en procédant à un retour verbal sur ses motivations et ses besoins.
Usagère 3	N/a. Ne se sentant pas encore prête à se mettre en action, en raison de son agoraphobie, le reste de son suivi a été axé sur le développement de son autonomie au niveau de ses déplacements. Aucune application à un endroit de bénévolat n'a été faite. Un atelier sur la gestion du stress a eu lieu.
Usager 4	Son c.v. <sup>5</sup> a été mis à jour et une lettre de présentation <sup>6</sup> a été rédigée. Une adresse courriel lui a également été créée.
Usager 5	Son c.v. <sup>7</sup> a été mis à jour, une lettre de présentation <sup>8</sup> a été rédigée et des pratiques de jeux de rôles et d'habiletés de communication en entrevue ont été faites et répétées à plusieurs reprises afin que ses réponses <sup>9</sup> deviennent acquises et fluides. Une adresse courriel lui a été créée dans l'optique de l'inscrire à Indeed.com et recevoir des alertes d'emplois.
	<b>Activité 5 : Référence de sa candidature envoyée aux endroits ciblés.</b>
Usagère 1	Sa candidature est envoyée à deux résidences pour personnes âgées par courriel et en téléphonant celles-ci à plusieurs reprises pour obtenir une entrevue.
Usagère 2	Sa candidature est soumise à l'organisme ciblé en téléphonant celui-ci.

<sup>3</sup> Le modèle d'inspiration pour l'élaboration du c.v. a été pris sur le site <https://www.quebec.ca/emploi/conseils-en-recherche-demploi/preparer-et-diffuser-sa-candidature/rediger-son-curriculum-vitae>

<sup>4</sup> Le modèle d'inspiration des questions d'entrevues a été pris sur le site <https://www.quebec.ca/emploi/conseils-en-recherche-demploi/se-preparer-a-une-entrevue/consulter-des-exemples-de-questions-dentrevue>

<sup>5</sup> Le modèle d'inspiration pour l'élaboration du c.v. est le même que celui de l'usagère 1.

<sup>6</sup> Le modèle d'inspiration pour la rédaction de la lettre de présentation a été pris sur le site <https://www.quebec.ca/emploi/conseils-en-recherche-demploi/preparer-et-diffuser-sa-candidature/rediger-son-curriculum-vitae>

<sup>7</sup> Le modèle d'inspiration pour l'élaboration du c.v. est le même que celui des usagers 1 et 4.

<sup>8</sup> Le modèle d'inspiration pour la rédaction de la lettre de présentation est le même que l'usager 4.

<sup>9</sup> Le modèle d'inspiration des questions d'entrevues est le même que l'usager 1.

Usager 4	Sa candidature est envoyée à plusieurs camps de jour de son secteur (Ahuntsic et Cartierville) et soumise à l'organisme ciblé en téléphonant celui-ci.
Usager 5	Sa candidature est envoyée à un restaurant par le site Indeed.com et d'autres c.v. sont remis en personne à divers restaurants de son secteur, lors de deux séances de porte à porte durant lesquelles nous avons le rôle de « chauffeuse de taxi ». Sa candidature est aussi soumise à l'organisme ciblé en téléphonant celui-ci.
	<b>Activité 6 : Accompagnement à l'entrevue, au besoin, et si désiré.</b>
Usagère 1	Une entrevue à une résidence <sup>10</sup> lui a été donnée et, à sa demande, nous l'avons accompagnée pour rencontrer la responsable des loisirs et la directrice adjointe du centre. Un formulaire de contrat a été rempli et un délai de 48 h a été donné avant de recevoir la réponse finale afin d'enquêter sur la présence d'un dossier judiciaire.
Usagère 2	Une première visite au CJE Saint-Laurent pour explorer les activités sociales offertes lui a été suggérée et, à sa demande, nous l'avons accompagnée. Le programme départ à 9 pour briser son isolement social lui est présenté, mais elle refuse d'y participer. Un autre rendez-vous a été fixé pour évaluer davantage ses besoins dans une optique d'exploration, sans engagement. Une deuxième rencontre avec le CJE Saint-Laurent a eu lieu et, encore une fois, nous l'avons accompagnée. Le projet d'autonomie personnelle et sociale incluant des activités de bénévolat lui est présenté. Elle accepte d'y participer.
Usager 4	Trois entrevues pour des camps de jour <sup>11</sup> lui ont été proposées, mais nous ne l'avons pas accompagnée. Une rencontre au CJE a eu lieu pour discuter de son désir de terminer son secondaire et, à sa demande, nous l'avons accompagné. Sa candidature au programme d'aide au retour aux études est tout de suite acceptée.
Usager 5	Une entrevue lui a été fixée à un restaurant, mais nous ne l'avons pas accompagné. Durant la distribution des c.v., quelques entrevues brèves lui ont été données et il y a eu échange de contacts. On lui a souvent répété qu'il allait être rappelé dès qu'un poste s'ouvrirait. À deux reprises, des formulaires d'application à remplir au moment présent lui ont été remis et nous l'avons aidé à cet effet. Une rencontre à Soutien Jeunesse a eu lieu pour l'inscrire à des ateliers de français pour améliorer sa communication avec autrui en socialisant.
	<b>Activité 7 : Soutien à l'attente d'une réponse.</b>

<sup>10</sup> Par souci de confidentialité, nous ne révélons pas le nom de la résidence.

<sup>11</sup> Par souci de confidentialité, nous ne révélons pas le nom des camps de jour.

Usagère 1	L'attente de réponses des résidences générait beaucoup de stress chez elle, affectant sa confiance en l'atteinte de son objectif. Nous sommes intervenus en lui faisant comprendre que l'attente est hors de notre contrôle et il ne faut pas le voir comme un échec, mais plutôt comme un apprentissage. Nous l'avons aussi encouragée à maintenir des contacts téléphoniques avec les résidences pour montrer son réel intérêt. Un atelier sur la gestion du stress a eu lieu. Parallèlement, elle a décidé d'utiliser positivement l'attente en appliquant à d'autres résidences.
Usagère 2	N/a. Sa participation au programme du CJE a tout de suite été acceptée après la 2 <sup>e</sup> rencontre.
Usager 4	L'attente de réponses de la part des camps de jour le stressait un peu. Nous l'avons encouragé à utiliser le temps d'une manière productive en envoyant des c.v. à d'autres types d'emplois (ex. : livraison) dans le but de s'ouvrir le plus de portes possible. Un atelier sur la gestion du stress a eu lieu.
Usager 5	L'attente de réponses des restaurants représentait, pour lui, un refus immédiat de sa candidature. Nous l'avons aidé à comprendre le processus d'embauche qui implique souvent plusieurs candidatures appliquant pour le même poste, d'où le délai d'une réponse. Nous l'avons aussi conseillé d'appliquer à d'autres endroits que des restaurants, tels que des épiceries et des marchés, ce qui a été fait.
	<b>Activité 8 a : Si la réponse est favorable — démarches de préparation à l'insertion effectuées.</b>
Usagère 1	Vivant du stress quant à son retour sur le marché du travail, un guide préparant celui-ci lui a été remis (voir l'annexe H). Nous l'avons aussi aidée à rédiger des questions à poser à la responsable des bénévoles de son milieu en vue de son insertion.
Usagère 2	Dans l'optique qu'elle peut se rendre seule aux activités, nous avons pratiqué avec elle le trajet à pied de chez elle au CJE. Nous avons convenu que nous pourrions l'accompagner dans les débuts, mais qu'elle irait seule ensuite et que nous l'appellerions avant chaque activité afin qu'elle se rende à l'heure.
Usager 4	Étant stressé quant à son nouvel emploi trouvé, un guide exposant diverses stratégies pour se préparer à un retour au travail lui a été remis (voir l'annexe H).
	<b>Activité 8 b — Si la réponse est non favorable : faire une rétrospection et continuer l'envoi de sa candidature à d'autres endroits.</b>
Usager 5	N'ayant pas été rappelé pour aucune de ses applications, nous l'avons référé au CJE Saint-Laurent pour l'aider dans la recherche d'emploi. Il a rencontré une intervenante, à deux reprises, qui l'a aidé à pratiquer ses réponses d'entrevue et à ajuster son c.v. avant de poursuivre l'envoi de ses candidatures.

Tableau 5.2 Les obstacles rencontrés, les stratégies utilisées et les forces développées par chaque usager

	<b>Usagère 1</b>
<b>Obstacles rencontrés et stratégies utilisées</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>La technologie</u>, en raison de son manque d'aisance avec l'utilisation de l'informatique. D'un côté, l'usagère nous a demandé notre aide pour faire des applications en ligne et, d'un autre côté, elle s'est débrouillée en faisant des appels téléphoniques, préférant les communications de vive voix.</li> <li>2. <u>La révélation imprévue</u> de son problème de santé mentale lors de notre présence à son entrevue. Elle n'a pas nié être aux prises avec une maladie mentale, mais n'a pas révélé tout son historique psychiatrique, jugeant que cela est personnel. Elle a mis l'accent sur le présent et son niveau de rétablissement assez élevé pour travailler. De notre côté, nous nous sommes présentés également comme intervenante chargée du volet insertion socioprofessionnelle pour toutes personnes vivant certaines difficultés, mais désirant retourner éventuellement sur le marché du travail et étant assez stables pour le faire.</li> <li>3. <u>Les effets secondaires de la médication</u> qui avaient un impact sur sa confiance à retourner travailler. Par exemple, le besoin que ses pieds bougent constamment l'empêche de rester debout immobile trop longtemps. N'ayant pas le choix de vivre avec cela, l'usagère a été en mesure d'identifier un type de bénévolat qui ne la contraignait pas d'être dans cette position.</li> </ol>
<b>Principales forces développées</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Son autonomie et sa débrouillardise dans ses démarches en utilisant notamment la proactivité (ex. : régler les choses rapidement en appelant immédiatement).</li> <li>2. Son organisation (ex. : prendre tout en note pour ne rien oublier).</li> <li>3. Sa persévérance (ex. : insistait en appelant régulièrement et en laissant des messages vocaux).</li> <li>4. Son assurance en entrevue avec utilisation de l'humour.</li> <li>5. Sa capacité d'introspection à reconnaître qu'elle n'est pas apte à retourner travailler tout de suite, mais qu'elle est prête à donner à la société en faisant du bénévolat, ce qui représente un tremplin vers le marché du travail.</li> </ol>
	<b>Usagère 2</b>
<b>Obstacles rencontrés et stratégies utilisées</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>L'ambivalence</u> à vouloir s'insérer dans un nouveau milieu et sortir de sa zone de confort, mais sans savoir ce qui l'a fait hésiter et allant jusqu'à nier ce qu'elle avait dit (ex : une semaine, nomme vouloir rencontrer de nouvelles personnes en participant à des ateliers de socialisation et l'autre semaine, mentionne ne jamais avoir dit cela). L'exercice de la balance décisionnelle opposant le statu quo (rester dans la situation dans laquelle elle est) au changement (essayer une nouvelle activité dans une visée de briser l'isolement) avec les avantages et les désavantages pour chacun a été fait (<i>voir</i></li> </ol>

	<p><i>la figure 4.5.4.1</i>). Grâce à cet outil, nous avons réussi à la faire accepter de s'insérer dans un milieu de socialisation.</p> <p>2. Étant donné que l'usagère présente de <u>la difficulté à s'exprimer par les mots</u>, nous avons fait l'usage du dessin comme alternative pour connaître ses aspirations futures en lui demandant comment elle se voyait dans 10 ans. Cet outil a donc facilité l'expression de sa réponse.</p>
<b>Principales forces développées</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sa capacité d'introspection à reconnaître qu'elle ne veut pas rester chez elle à ne rien faire, mais qu'elle doit travailler sur son ouverture et sa motivation à se lancer dans l'action.</li> <li>2. Sa capacité d'affirmation et d'identifier ce qu'elle préfère.</li> <li>3. Son ouverture qui s'est améliorée depuis le début en acceptant d'essayer quelque chose de nouveau.</li> <li>4. Son autonomie en se rendant seule à ses rencontres, vers la fin du suivi.</li> </ol>
	<b>Usagère 3</b>
<b>Obstacles rencontrés et stratégies utilisées</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>L'agoraphobie</u> rendant difficile le déplacement sans accompagnement. Son désir de se trouver du bénévolat a été repoussé à plusieurs reprises, se sentant insécure de marcher jusqu'au milieu ciblé. Malgré le fait que l'HSCM est situé à deux coins de rue du Tim Hortons, un endroit vers lequel elle est capable de se rendre seule, elle se sentait encore incapable de se rendre seule à cet hôpital, puisque la distance amplifiait le stress qu'elle ressentait déjà depuis le début. Nous avons établi avec elle un continuum de son stress allant des lieux les plus anxiogènes à ceux dans lesquels elle se sent le plus à l'aise, ce qui nous a permis d'identifier sur quoi il fallait davantage travailler. Nous avons convenu de continuer les trajets dont elle est habituée afin qu'elle puisse atteindre un niveau de confort assez stable et qu'elle se sente prête à aller plus loin. Pour faciliter ses déplacements, nous lui avons proposé d'écouter la radio qui est accessible sans wifi. D'autres stratégies de gestion du stress ont été discutées, telles que les activités sportives. Une lecture sur l'anxiété avec des questions lui a également été remise afin qu'elle puisse faire un autoapprentissage sur ce sujet.</li> <li>2. <u>L'absence aux rencontres</u> repoussant le moment pour travailler sur ce qui faisait obstacle à son insertion. Cela nous a fait questionner sur son réel désir à adopter un changement dans sa situation actuelle. Nous lui avons donc fait passer un questionnaire explorant la phase de contemplation à un changement (voir l'annexe I). Basé sur l'approche d'entretien motivationnel, cet outil a permis d'enligner une réflexion chez l'usagère, sans nécessairement la pousser vers l'étape de l'action.</li> </ol>

<b>Principales forces développées</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Son ouverture à tous domaines d'intérêts.</li> <li>2. Sa capacité d'introspection de nommer ce qui la rend davantage anxieuse lorsqu'elle est à l'extérieur.</li> <li>3. Sa motivation intrinsèque à continuer et à aller jusqu'au bout (ex. : n'a jamais abandonné le chemin entrepris en retournant chez elle).</li> <li>4. Son autonomie dans certains déplacements à force de pratiquer les mêmes trajets.</li> </ol>
<b>Usager 4</b>	
<b>Obstacles rencontrés et stratégies utilisées</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>La perception de sa mère</u> envers ses capacités. Celle-ci craignait qu'il finisse par lâcher le futur travail trouvé, ayant tendance à perdre facilement la motivation et à décrocher lorsque celui-ci commence trop tôt ou est trop routinier. À cela s'ajoutait la crainte que son fils ne devienne jamais complètement autonome. Nous sommes intervenus auprès de la mère en lui soulignant qu'il faut être patient, car les personnes avec ce type de problème de santé mentale peuvent cheminer et aller loin, mais peuvent aussi avoir des rechutes, ce qui est normal. Nous lui avons expliqué notre rôle de l'accompagner graduellement vers l'autonomie en précisant que nous croyons en lui et en son potentiel. Nous sommes présents pour le guider et lui donner les outils nécessaires en vue de son insertion. Finalement, nous avons abordé les camps de jour comme option d'emploi, car c'est un travail qui est dans l'action. La mère a approuvé l'idée.</li> <li>2. <u>La pression ressentie</u> de se trouver une occupation. Nous l'avons rassuré que notre intention n'était pas qu'il se trouve absolument un travail, mais qu'il puisse cheminer au travers de ses démarches en réfléchissant sur sa personne.</li> <li>3. <u>Le manque d'autonomie</u> dans ses démarches et sa difficulté à se mobiliser et à se mettre en action (ex. : attendait notre présence pour ouvrir ses courriels et répondre aux employeurs et devait être poussé à entreprendre des démarches sans notre aide). Nous lui avons demandé de mettre sa boîte courriel dans son téléphone et d'activer ses notifications pour être au courant au fur et à mesure qu'un employeur lui écrivait pour le convoquer en entrevue. Nous avons convenu de l'appeler une fois par semaine pour assurer un suivi de sa boîte courriel afin qu'il prenne l'habitude de le faire par soi-même.</li> <li>4. <u>Son ancien mode de vie</u> sédentaire et casanière, ayant l'habitude de dormir souvent dans la journée. Un programme d'aide pour le retour à l'emploi lui a été créé afin qu'il s'habitue à avoir une routine de travailleur à temps plein (ex. : se réveiller avec une alarme à une heure régulière et être la plupart du temps à l'extérieur de chez lui dans une journée).</li> <li>5. <u>Le stress</u> lié à la peur de ne pas être à la hauteur dans son nouvel emploi. Un livre sur la gestion du stress lui a été remis, à sa demande.</li> </ol>

	6. <u>Son diagnostic de trouble de l'attention et d'hyperactivité</u> ayant un impact sur sa capacité à rester concentré en cours, ce qui l'a fait longuement hésiter à retourner aux études. Une rencontre avec le psychiatre a été fixée afin d'introduire une médication favorisant sa concentration et lui permettant de reprendre confiance en lui.
<b>Principales forces développées</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La reconnaissance de ses limites et d'être capable de s'affirmer par rapport à cela (ex. : refus d'un emploi, sachant que celui-ci allait être trop stressant vs acceptation d'un poste, notamment en raison de l'horaire qui lui convenait parfaitement, ayant une pause en plein milieu de la journée pour se reposer).</li> <li>2. La conscience de ses difficultés et ce sur quoi il veut travailler (ex. : son autonomie).</li> <li>3. Son autonomie qu'il a su développer au cours de notre suivi (ex. : s'est trouvé un autre travail par lui-même comme emballeur de vêtements avant d'accepter l'emploi au camp de jour).</li> <li>4. Sa confiance en ses capacités d'accomplir quelque chose, s'il le désire vraiment.</li> </ol>
	<b>Usager 5</b>
<b>Obstacles rencontrés et stratégies utilisées</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>La barrière langagière</u>, car il a de la difficulté à communiquer avec les autres et à exprimer clairement ses pensées en français. À sa demande, nous lui avons apporté des textes de français avec des questions et un guide de communication lorsqu'il dépose sa candidature.</li> <li>2. <u>Son ancien mode de vie</u> sédentaire, ayant l'habitude de dormir la majorité de sa journée. Notre présence l'obligeait à se lever et à s'activer. Nous y allions donc 1-2 fois par semaine.</li> <li>3. <u>Le manque d'autonomie</u> à entreprendre des démarches par soi-même, ayant besoin de notre aide pour se mobiliser. Nous avons dû l'encourager à acquérir une certaine autonomie en allant le chercher chez lui et en le reconduisant à divers endroits pour y déposer son c.v.</li> <li>4. <u>Son mode de déplacement</u>, car l'utilisateur n'a pas de carte d'autobus et fait tous ses trajets à pied. Nous avons exploré des endroits situés à une distance raisonnable à pied de chez lui (environ 40 min).</li> <li>5. <u>Sa difficulté à retenir toutes informations</u>. Nous avons dû noter dans son cahier les informations importantes qui lui étaient transmises. Un horaire hebdomadaire lui a été créé pour l'aider à se souvenir de ses rendez-vous et des jeux de rôles ont été faits à plusieurs reprises avec lui pour l'aider à intégrer les informations.</li> </ol>

<b>Principales forces développées</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Son humeur souriante maintenue en permanence.</li><li>2. La confiance en ses capacités de travailler et l'espoir qu'il va finir par trouver.</li><li>3. La reconnaissance de sa principale limite qu'est la barrière langagière et le désir de travailler sur celle-ci.</li><li>4. Sa capacité à ne pas abandonner pas quand il veut obtenir quelque chose, et ce, malgré les échecs vécus.</li><li>5. Son autonomie dans les déplacements.</li></ol>
---------------------------------------	--

Tableau 5.3 L'atteinte des objectifs et la satisfaction des accomplissements

	<b>Atteinte des objectifs</b>	<b>Satisfaction des accomplissements</b>
<b>Usagère 1</b>	Oui. L'usagère a obtenu un contrat de bénévolat à une résidence dans l'aide à l'animation.	10/10 en raison de son embauche comme bénévole. Est fière d'avoir surmonté les obstacles, tels que la partie informatique et le stress d'attendre une réponse.
<b>Usagère 2</b>	Oui. L'usagère a été référée au programme d'autonomie personnelle et sociale du CJE de Saint-Laurent dans lequel plusieurs activités auront lieu chaque semaine durant tout l'été.	10/10 en raison de son insertion au CJE de Saint-Laurent. Est fière d'avoir surmonté son ambivalence en essayant de nouvelles choses et d'utiliser cette ouverture comme source de motivation.
<b>Usagère 3</b>	Oui et non. L'usagère a dénoté une amélioration dans sa confiance au niveau de ses déplacements à force de les pratiquer chaque semaine. Elle n'a pas réussi à s'intégrer au niveau professionnel, car elle ne se sentait pas encore prête à faire le trajet régulièrement vers le milieu trouvé.	8/10 en raison du progrès au niveau de l'autonomie dans ses déplacements. Est fière d'avoir surmonté ses attaques de panique et de s'être rendue à destination. Elle reconnaît avoir besoin davantage de pratique avant de commencer le bénévolat.
<b>Usager 4</b>	Oui. L'utilisateur s'est trouvé un emploi à temps plein comme responsable de service de garde à un camp de jour. Il a également été référé au CJE Ahuntsic-Cartierville qui l'a aidé à se trouver une école pour septembre.	10/10 en raison de son embauche dans un camp de jour et son suivi avec une intervenante du CJE pour l'aider quant à son retour à l'école. Est fier d'avoir gagné en autonomie.
<b>Usager 5</b>	Oui et non. L'utilisateur a été en mesure de pratiquer son français avec Soutien Jeunesse. Il ne s'est pas trouvé officiellement de travail, mais a obtenu des contacts d'embauche.	6/10 en raison de sa persévérance dans sa distribution de c.v., même si on ne lui offrait pas de poste, et de sa pratique à communiquer en français. Est fier d'avoir essayé et d'avoir obtenu certaines coordonnées de restaurants, malgré son manque d'expérience et sa barrière langagière.

En résumé, au cours de notre recherche, les usagers ont accompli, en notre présence, huit activités réparties sur plusieurs semaines. La première impliquait de faire un choix quant aux différents milieux d'insertion. Les milieux choisis, parmi les usagers, étaient le bénévolat, le milieu de socialisation, le travail et le milieu scolaire. La deuxième activité était de faire un choix parmi diverses options d'endroits proposés en fonction du type de milieu choisi (résidences pour personnes âgées, organismes communautaires d'aide au retour aux études ou à la socialisation, camps de jour, restaurants, etc.). La troisième activité concernait l'établissement d'un plan d'intervention axé sur les forces en fixant 1-2 objectifs. Le délai était la fin du mois de mai 2022. La quatrième activité englobait toutes les démarches préparatoires à l'envoi de sa candidature, soit la mise à jour de son c.v., la rédaction d'une lettre de présentation et la préparation aux entrevues. La cinquième activité impliquait l'envoi de sa candidature aux milieux choisis. La sixième activité était, si nécessaire, l'accompagnement aux entrevues, à la suite d'un retour d'appel de la part d'un ou des milieux pour lesquels sa candidature avait été envoyée. La septième activité visait à soutenir l'utilisateur en attendant la réponse des milieux, par le biais d'un atelier sur la gestion du stress. La dernière activité dépendait de la réponse du milieu. Si c'était une réponse favorable, des démarches de préparation à l'insertion étaient effectuées avec l'utilisateur. Si c'était une réponse non favorable, un exercice de rétrospection était proposé tout en continuant l'envoi de sa candidature à d'autres endroits.

Au cours de l'étude, chaque usager a rencontré des obstacles et nous nous sommes assurés, au fur et à mesure, de leur proposer des stratégies à utiliser pour contrer ceux-ci. Parallèlement, c'est en observant leurs capacités à surmonter les obstacles que nous avons pu relever leurs principales forces qui ont été développées. Pour l'utilisatrice 1, les obstacles rencontrés étaient la technologie en lien avec l'utilisation de l'information, la révélation imprévue de son problème de santé mentale en entrevue et les effets secondaires de la médication impactant sur sa confiance en soi. Elle a su développer son autonomie, sa débrouillardise, son organisation, sa persévérance, son assurance en entrevue et sa capacité d'introspection. Pour l'utilisatrice 2, les obstacles rencontrés étaient l'ambivalence à accepter de s'insérer dans un milieu de socialisation et la difficulté à s'exprimer par des mots. Elle a su développer sa capacité d'introspection, sa capacité d'affirmation, son ouverture et son autonomie. Pour l'utilisatrice 3, les obstacles rencontrés étaient l'agoraphobie, l'empêchant de se déplacer sans accompagnement et l'absence aux rencontres, repoussant à

plusieurs reprises les moments pour travailler sur sa crainte de se déplacer seule. Les forces qu'elle a développées sont son ouverture, sa capacité d'introspection, sa motivation intrinsèque et son autonomie. Pour l'utilisateur 4, les obstacles rencontrés étaient la perception de sa mère en lien avec ses capacités, la pression ressentie de se trouver une occupation, le manque d'autonomie dans ses démarches, son ancien mode de vie sédentaire, le stress lié à ses capacités d'exercer un emploi et son diagnostic de trouble de l'attention et d'hyperactivité ayant un impact sur sa confiance en soi quant aux retours aux études. Il a su développer la reconnaissance de ses limites, la conscience de ses difficultés, son autonomie et sa confiance en ses capacités. Finalement, pour l'utilisateur 5, les obstacles rencontrés étaient la barrière langagière, ne s'exprimant pas aisément en français, son ancien mode de vie sédentaire, le manque d'autonomie dans ses démarches, son mode de déplacement, étant obligé de se déplacer à pied, et sa difficulté de rétention des informations. Les forces développées étaient son humeur souriante constante, sa confiance en soi, la reconnaissance de sa principale limite, sa capacité à toujours aller de l'avant et son autonomie dans les déplacements.

De façon générale, tous les usagers ont atteint leurs objectifs et se sont accordé une note de 10 sur 10 quant à la satisfaction de leurs accomplissements. Une usagère s'est accordé une note de 8 sur 10, reconnaissant le besoin de travailler davantage sur sa difficulté principale. Un autre usager s'est accordé une note de 6 sur 10, n'ayant pas réussi à atteindre son objectif, mais ayant, tout de même, cheminé au travers de ses démarches.

#### 5.4 Une insertion sans discrimination

En ce qui concerne la possible discrimination exercée par les employeurs/responsables d'un milieu quelconque, à l'annonce d'un diagnostic de santé mentale, notamment lorsqu'il s'agit de troubles du spectre de la schizophrénie, nos usagers n'en ont pas été victimes. En effet, pour l'usagère 1, nous avons été contraints de soulever la présence d'un trouble de santé mentale chez elle, mais cela n'a pas représenté un frein à l'acceptation de sa candidature. Toutefois, son diagnostic n'a pas été spécifié ni demandé. Pour l'usagère 2, son diagnostic complet a été révélé, mais puisque l'organisme dans lequel elle a été référée est un milieu inclusif venant en aide aux jeunes en difficulté, ce dernier a fait preuve d'une ouverture à son égard. Ainsi, l'usagère a pu s'y insérer

facilement. Pour l'utilisateur 4, celui-ci a été référé au même organisme que l'utilisateur 2 au niveau de son insertion en milieu scolaire. Il n'a donc pas eu de problème à révéler son diagnostic. Cependant, en ce qui a trait à son insertion en milieu de travail, aucune mention liée à sa santé mentale n'a été faite durant ses entrevues pour un emploi d'été. Il a été facilement embauché en présentant son profil et son c.v. Finalement, pour l'utilisateur 5, son diagnostic a été révélé au milieu de socialisation vers lequel il a été référé, mais ce milieu est un organisme œuvrant auprès d'utilisateurs adultes vivant avec des difficultés émotionnelles et/ou des problèmes de santé mentale. Son insertion s'est alors faite aisément. Par ailleurs, pour ses applications d'emploi, son diagnostic n'a pas été révélé durant ses entrevues. Il n'a pas réussi à s'insérer, mais cela était plutôt associé au manque de postes offerts et sa barrière langagière ayant un impact sur sa communication.

À la suite de ces résultats, nous nous sommes questionnés à savoir si la divulgation d'un diagnostic de santé mentale dans un milieu professionnel serait préférable d'être évitée ou pas. Nous émettons une réflexion à ce sujet dans la conclusion.

## 5.5 Retour sur la problématique : les difficultés d'insertion socioprofessionnelle

Comme exposé dans la problématique, les symptômes de la maladie, notamment les déficits cognitifs, et les effets secondaires de la médication représentent des obstacles à l'insertion socioprofessionnelle des personnes schizophrènes. À la lecture des résultats de notre mémoire d'intervention, nous avons pu constater qu'en effet, ces facteurs peuvent avoir un certain impact sur leur insertion. Du côté des symptômes de la maladie, les comorbidités psychiatriques de troubles du spectre de la schizophrénie (anxiété, sédentarité, amotivation), l'ambivalence et le manque d'autonomie et de rétention des informations ont été observés chez nos utilisateurs. Toutefois, des solutions trouvées ont aidé les utilisateurs à cheminer vers celle-ci.

### 5.5.1 La sédentarité

En effet, comparativement à la population générale, les personnes atteintes de troubles du spectre de la schizophrénie sont plus sédentaires, possiblement en raison de l'effet sédatif de certains traitements ou le manque de motivation (Lorabi *et al.*, 2010). Deux de nos utilisateurs (les utilisateurs 4

et 5) avaient notamment ce rythme de vie, passant la majorité de leur journée à dormir. Au travers de leur participation à notre mémoire d'intervention, ceux-ci ont vu un changement dans cette habitude. Tout d'abord, nos visites régulières hebdomadaires les forçaient à se lever et à s'activer. Ensuite, puisque des démarches d'insertion étaient entamées, ils devaient rester les plus proactifs possibles entre nos rencontres pour assurer un suivi de celles-ci. À quelques reprises, nous leur laissions des devoirs à faire d'ici la prochaine rencontre pour éviter qu'ils retombent à leur ancien mode de vie. Par exemple, nous leur demandions de vérifier quotidiennement leur boîte courriel, faire des relances téléphoniques, faire des recherches et se renseigner sur les endroits où ils prévoyaient appliquer. À cela s'ajoutaient les quelques exercices/questionnaires servant d'outils à notre collecte de données que nous leur remettions à compléter (voir la section 3.6. du chapitre de la méthodologie).

### 5.5.2 Les comorbidités

Il est rare que les troubles du spectre de la schizophrénie ne soient pas associés à d'autres troubles psychiatriques, tels que la dépression et l'anxiété (Richierie *et al.*, 2012). Trois de nos usagers (les usagers 1, 3 et 4) ont identifié le stress, peu importe sous quelle forme il se manifestait, comme un des éléments faisant obstacle à leur insertion socioprofessionnelle. Nous les avons aidés en discutant de stratégies pour gérer leur stress et en leur remettant des lectures à cet effet. Ils ont tous reçu le même atelier sur la gestion du stress basé sur l'outil 53 de l'Institut de recherches cliniques de Montréal : comment gérer mon anxiété ?<sup>12</sup> Les usagers 1 et 4 ont rapporté que grâce à nos interventions sur ce sujet, ils ont été en mesure de maintenir une bonne confiance en soi, ce qui les a encouragés à poursuivre leurs démarches d'insertion vers les milieux désirés. Pour ce qui est de l'usagère 3, même si elle n'a pas été référée au milieu de bénévolat souhaité, en raison de son agoraphobie encore omniprésente, celle-ci a mentionné avoir réussi à cheminer au travers de cet obstacle, notamment avec les lectures qui lui ont été remises.

---

<sup>12</sup> L'outil utilisé a été pris du site [https://www.hypertension.qc.ca/gestion/habitude\\_de\\_vie/53\\_anxieux.pdf](https://www.hypertension.qc.ca/gestion/habitude_de_vie/53_anxieux.pdf)

### 5.5.3 Les troubles associés

Cognitivement parlant, les personnes schizophrènes dénotent de certains déficits cognitifs au niveau attentionnel et de la mémoire (Richierie *et al.*, 2012). C'était le cas de l'un de nos usagers (l'utilisateur 5) qui dénotait une grande difficulté à retenir les informations, que ce soit pour un rendez-vous prévu ou pour des conseils en vue de se préparer à une entrevue. Afin de remédier à la situation, nous lui avons fait prendre l'habitude de noter systématiquement ce qui est important de retenir dans son cahier et nous avons fait appel au jeu de rôle pour le pratiquer dans ses habiletés de communication en entrevue. Par définition, le jeu de rôle utilisé comme moyen d'intervention « consiste à mettre l'utilisateur dans une situation créée artificiellement et à lui demander de se comporter comme s'il affrontait la situation réelle » (Psychologies, 2022). Dans notre cas, nous avons créé une situation fictive d'entrevue en jouant le rôle de l'employeur. Nous nous sommes alors inspirés de questions habituellement posées en entrevue. À force de pratiquer chaque semaine, l'utilisateur a graduellement assimilé les réponses pratiquées et il a rapporté une meilleure fluidité dans celles-ci lors de ses dernières entrevues, comparativement aux premières. Il a également soulevé être plus confiant lorsqu'il présentait sa candidature, étant mieux préparé.

Pour la grande majorité des personnes schizophrènes, leur diagnostic est associé à des difficultés d'autonomie plus ou moins sévères (Mallet *et al.*, 2010). Deux de nos usagers avaient ce manque d'autonomie dans leurs démarches et une tendance à attendre après nous pour se mobiliser. Nous les avons encouragés à entreprendre des actions par eux-mêmes en assurant un suivi de ce qui était fait ou de ce qui était à faire. En les appelant régulièrement pour avoir une mise à jour de leurs démarches, une certaine pression était mise sur leurs épaules, les sollicitant à prendre plus d'initiatives. Nous sommes également intervenus en revenant sur leur projet de vie d'être indépendant de leurs parents et de s'envoler de leurs propres ailes un jour. En mettant l'accent sur leurs aspirations futures, cela les amenait à réfléchir sur des moyens à acquérir pour développer davantage leur autonomie. Nous leur avons suggéré quelques tâches à exercer dans leur quotidien qui pourrait renforcer leur indépendance, telles que faire les commissions, faire des tâches ménagères sans qu'on leur demande, faire la cuisine, etc.

### 5.5.4 L'ambivalence

L'ambivalence représente un symptôme fondamental de troubles du spectre de la schizophrénie et est associée à la tendance à faire coexister deux idées opposées en même temps et avec la même puissance (Beretta *et al.*, 2015). C'était le cas de l'une de nos usagères qui dénotait d'une grande ambivalence à essayer quelque chose de nouveau, mais qui a finalement accepté, grâce à l'outil de la balance décisionnelle (voir la figure 5.1). Cet outil a grandement été utile, car il lui a fait réaliser qu'essayer quelque chose de nouveau permet de découvrir de nouveaux intérêts. Nous avons réussi à la faire accepter de sortir de cette zone en mettant l'accent sur l'exploration sans engagement à long terme et sans pression à absolument continuer. Nous lui avons fait comprendre que rien n'aurait pu l'obliger à continuer si elle n'avait pas aimé cela et qu'elle aurait eu le droit d'arrêter à n'importe quel moment. Toutefois, pour toutes situations, il n'est pas possible de savoir si quelque chose nous convient ou pas, sans l'avoir essayé. Il y a donc une certaine satisfaction, dans tous les cas, puisque nous apprenons à nous connaître davantage. Après s'être insérée dans le milieu de socialisation, l'usagère a verbalisé être contente d'avoir finalement accepté d'y être référée, ayant un été rempli d'activités touchant ses intérêts.

Figure 5.1 La balance décisionnelle

<b>Statu quo</b> Rester dans la situation dans laquelle elle est		<b>Changement</b> Essayer une nouvelle activité dans une visée de briser l'isolement	
<b>Avantages</b> Freins au changement 	<b>Désavantages</b> Moteurs du changement 	<b>Avantages</b> Freins au changement 	<b>Désavantages</b> Moteurs du changement 

## 5.6 À chacun ses forces !

De façon générale, nous avons pu observer un grand cheminement personnel chez tous les usagers, au travers de ce suivi d'insertion socioprofessionnelle. Peu importe les finalités de ces 12 semaines de démarches, les résultats démontrent qu'ils ont tous renforcé leur personnalité en développant de nouvelles forces. Pour l'usagère 1, cela faisait des années qu'elle n'avait pas été à une entrevue et disait avoir perdu ses capacités à communiquer et sa confiance en soi. Après avoir assisté à l'entrevue pour le bénévolat, elle a eu un regain de sa confiance, ayant été apte à s'exprimer aisément et avec assurance. À cela s'ajoute la découverte d'être aussi persévérante dans ses démarches, notamment pour avoir un retour d'appel de la part du milieu. Sa détermination l'a impressionnée elle-même, et nous citons :

« Je ne savais pas que je pouvais être aussi insistante quand je veux quelque chose... » (usagère 1)

Pour l'usagère 2, cette dernière était dans sa zone de confort, faisant les mêmes activités à un organisme particulier, depuis 2-3 ans. Elle craignait de sortir de cette zone, étant méfiante face à l'inconnu. Après l'avoir convaincue de n'avoir rien à perdre à essayer de nouvelles activités, celle-ci a affirmé être satisfaite de son ouverture qui s'est agrandie. Voici ses propos rapportés :

« Ouais, je suis contente d'être allée là-bas. » (usagère 2)

L'usagère 3 est la seule qui n'a pas été jusqu'à l'application de sa candidature à un milieu. Par ailleurs, en continuant de travailler de façon hebdomadaire sur son agoraphobie, elle a su acquérir une confiance en soi au niveau de ses déplacements. Elle a nommé être satisfaite du fait que toutes les fois que nous lui avons demandé de nous rejoindre à un endroit, elle a atteint la destination, sans reculer :

« Je suis fière de moi, car même quand je vivais une crise de panique, je ne retournais pas chez moi. » (usagère 3, traduction de l'anglais au français).

C'est particulièrement son autonomie que l'utilisateur 4 a vu accroître peu à peu. Dans les premières semaines, nous devions constamment l'appeler pour ne pas qu'il oublie de faire certaines

démarches, sans compter qu'il attendait souvent notre visite pour les faire. Dans les dernières semaines, c'est lui qui nous appelait pour nous donner des nouvelles des démarches qu'il avait entreprises par lui-même. L'utilisateur a tranquillement gagné un rythme de vie plus actif et a vu la différence entre l'avant et le après :

« Je me sens tellement bien dans ma personne quand je fais quelque chose de productif dans ma journée, à la place de dormir. » (usager4)

Finalement, pour l'utilisateur 5, malgré la non-réussite de son insertion en milieu professionnel, celui-ci a renforcé son attitude positive et fonceuse. Il ne s'est pas découragé à aucune reprise et a continué la distribution de ses c.v. sans relâche. Lorsqu'il revenait avec des coordonnées ou un formulaire d'application, nous pouvions voir la lueur d'espoir dans ses yeux, une lueur qu'il a su maintenir tout au long du mémoire d'intervention. Cela a été une expérience bénéfique pour lui :

« Je ne vais jamais arrêter de chercher du travail. » (usager 5)

En somme, malgré la présence de barrières liées aux symptômes de maladies psychotiques sévères et aux antipsychotiques, il est possible de réussir une insertion socioprofessionnelle ou, du moins, avancer vers cette voie.

## **CHAPITRE 6**

### **DISCUSSION DES RÉSULTATS**

Dans ce chapitre, nous interprétons d'abord nos résultats en procédant à un retour sur le plan d'intervention individualisé centré sur les forces qui a été l'outil principal au processus d'insertion socioprofessionnelle et à un retour sur les approches sur lesquelles nous nous sommes basées. Nous abordons ensuite les critiques des approches utilisées. Nous poursuivons par une analyse de nos résultats en fonction de notre rôle d'accompagnateur qui a permis de développer leur *empowerment* et renforcer leur estime de soi. Puis, nous abordons la retombée souhaitée, soit de défaire les préjugés à l'égard des personnes atteintes de problèmes de santé mentale. Nous terminons le chapitre par une réflexion sur le dévoilement du diagnostic de santé mentale, en pesant le pour et le contre.

Si nous revenons à la question de recherche sur laquelle notre mémoire d'intervention se repose, nous avons émis l'hypothèse que l'élaboration d'un plan d'intervention individualisé axé sur les forces pouvait contribuer à favoriser l'insertion socioprofessionnelle des personnes atteintes de troubles du spectre de la schizophrénie, et ce, grâce au processus d'*empowerment* impliqué et du renforcement de leur estime de soi. Nous pensions également que l'application de ces démarches permettrait de défaire les préjugés qui existent dans la société à l'égard de ces personnes. À la lecture des résultats qui ressortent de notre mémoire d'intervention, nous pouvons confirmer notre hypothèse de départ. Les sections suivantes en justifient les raisons.

#### 6.1 Retour sur le PII axé sur les forces comme outil déterminant à leur insertion socioprofessionnelle et les approches utilisées dans le cadre du mémoire d'intervention

Tout d'abord, l'élaboration d'un plan d'intervention individualisé centré sur les forces a été l'outil prioritaire à mettre en place avec eux dans l'optique de les impliquer le plus possible dans les étapes vers l'atteinte de leur(s) objectif(s) tout en favorisant l'*empowerment*. Selon nous, cet outil clinique devrait être utilisé pour toutes personnes ayant besoin d'une structure claire et précise pour relever

un ou des défis qui se sont fixés. Rappelons-nous que ce plan est une entente importante entre l'utilisateur et son intervenant, réalisé pour lui et avec lui. Sa co-construction est donc élémentaire. Dans le cadre de notre mémoire d'intervention, nous sommes d'avis que toutes les étapes requises au développement de celui-ci ont représenté des facteurs contributifs à l'insertion socioprofessionnelle de nos usagers. Tout d'abord, en prenant le temps de nous asseoir et d'élaborer ce plan avec eux, nous avons d'emblée favorisé une compréhension commune de leur situation en orientant nos services vers leurs priorités en fonction de leurs forces (Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval, 2019). Cela a permis de clarifier leurs attentes dans l'optique de mieux travailler avec eux, favorisant, de ce fait, l'atteinte à leurs objectifs (Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval, 2019). Pour qu'une insertion soit réussie, elle doit aller au sens de l'utilisateur et respecter ses désirs, afin que celui-ci ne se sente pas forcé de faire quoique ce soit et qu'il ressente une pression de performance, ce qui engendrait un stress et nuirait au processus. En matière d'intervention, pour qu'une personne se mobilise, il importe que l'insertion socioprofessionnelle ait une signification positive pour elle et qu'elle puisse établir un lien entre les actions à venir et l'atteinte de cet objectif (Fournier, 2002).

Ensuite, par la mise en œuvre de notre mémoire d'intervention, nous avons constaté que les approches qui ont été utilisées ont grandement été bénéfiques à leurs démarches d'insertion socioprofessionnelle. Parmi celles-ci, nous comptons l'intervention individuelle et l'approche IPS du soutien à l'emploi jumelée à la remédiation cognitive sur mesure, une approche favorisant l'*empowerment* et l'estime de soi. Peu importe la réussite ou non de cette insertion, ces approches leur ont tout de même permis de cheminer au niveau socioprofessionnel.

### 6.1.1 Retour sur l'intervention individuelle et les liens avec nos objectifs

Comme mentionné dans le chapitre 4, notre mémoire d'intervention se base sur trois actions professionnelles ciblant la personne et son environnement social, soit l'accompagnement social, le soutien social et la mobilisation de ressources personnelles et de ressources sociales (Roc et Hébert, 2013). Nous considérons que, dans le cadre de notre mémoire d'intervention axé sur la réinsertion socioprofessionnelle des usagers atteints de schizophrénie ou autres maladies psychotiques, ces

trois catégories d'actions ont rejoint notre posture d'intervenante stagiaire, favorisant ainsi l'atteinte de nos objectifs. Tout d'abord, nous avons effectué des survols de différents organismes communautaires aidant à l'intégration socioprofessionnelle qui existent dans le secteur des usagers en ciblant ceux qui soulevaient l'intérêt de chacun. Bien évidemment, des accompagnements ont ensuite été proposés et faits, pour certains usagers, afin de présenter directement leur candidature. Ensuite, nous avons réalisé des rencontres individuelles hebdomadaires dans lesquelles il y a eu remise d'outils et de moyens favorables à l'atteinte d'objectifs identifiés avec l'utilisateur via son plan d'intervention axé sur les forces, initialement établi conjointement avec l'intervenante. De plus, une identification de stratégies, de forces et de ressources utilisées habituellement pour surmonter une difficulté rencontrée vs une identification de nouvelles aptitudes et compétences développées et ressources existantes à utiliser pour faire face à un obstacle a également été effectuée. Finalement, nous avons réalisé toutes démarches nécessaires de recueil d'informations et de référence aux milieux, soit des recherches en ligne, des appels téléphoniques, l'établissement d'un partenariat avec d'autres intervenants, etc.

Au travers de ces actions, nous avons observé que les usagers ont su développer leur *empowerment* grâce à l'encouragement hebdomadaire d'une certaine autonomisation dans leurs démarches. Notre accompagnement leur a permis de renforcer leur confiance en soi en travaillant avec eux sur les différents obstacles de leur insertion. Étant conscients que les symptômes de la maladie peuvent affecter leur capacité d'organisation et de planification, nous avons pris le temps de développer des stratégies pour les aider à cet effet. Nous avons passé plusieurs séances à trouver des solutions et à les appliquer, favorisant le gain d'apprentissage sur eux-mêmes. En ce qui concerne les liens établis avec les autres professionnels, nous avons pu témoigner à l'égard de nos usagers pour rassurer les milieux où nous les avons référés. Ceci dit, avec le consentement de nos usagers, nous leur avons donné l'heure juste quant à la stabilité de leur santé mentale par une prise régulière de la médication et l'absence d'effets secondaires sévères. Nous avons pu contribuer à défaire quelques préjugés établis en diminuant l'ignorance et la méconnaissance de la maladie mentale. Nous avons également parlé de leurs aptitudes, leurs expériences de travail ou d'études antérieures ainsi que leurs acquis au niveau de la socialisation. Le soutien offert était donc à la fois dirigé vers l'utilisateur et son milieu de référence, afin que celui-ci se sente bien dans et avec son environnement. Bien évidemment, le fait d'explorer avec les usagers ce qui est offert dans leur environnement est une

façon d'agir dans la société pour contrer la stigmatisation à l'égard de ceux-ci. Nous croyons en leur potentiel et tenons à ce qu'ils puissent se sentir inclus. Finalement, toutes ces actions contribuent également à déconstruire l'autostigmatisation présente chez les usagers, et ce, grâce à la mise en valeur de leurs habiletés et de leurs aspirations.

#### 6.1.2 L'approche IPS du soutien à l'emploi jumelée à la remédiation cognitive sur mesure

Considérant la fragilité de leur état de santé mentale, étant à risque de se détériorer de façon imprévisible, faire appel à l'approche du soutien à l'emploi avec celle IPS s'est avéré à être la manière la plus efficace d'essayer d'insérer les usagers. En effet, rappelons-nous que cette approche n'a aucun critère d'exclusion quant à l'état de santé des personnes, et se base uniquement sur le désir de celles-ci à s'insérer dans un milieu quelconque. Trop souvent, les personnes atteintes de problèmes de santé mentale se font rejeter des programmes en raison des critères d'admissibilité qui ne sont pas faciles à répondre (Vézina, 2007). C'est pourquoi user d'approches qui se caractérisent d'une grande ouverture et flexibilité à leur égard augmente leurs chances de réussite à leur insertion (Vézina, 2007). De plus, cela favorise également leur sentiment de confiance en soi, réduisant cette crainte de ne pas répondre à certaines exigences normalement demandées dans le cadre d'une application pour un travail ou autres milieux de socialisation, tels que des aptitudes à la communication, le respect d'une hygiène corporelle, l'autonomie dans les déplacements, etc. (Vézina, 2007). Ainsi, ne s'arrêtant pas sur leurs capacités fonctionnelles pour leur offrir des opportunités d'insertion, ces personnes s'estiment être à la hauteur de ce qui est attendu d'elles.

Il est reconnu que les personnes atteintes de troubles du spectre de la schizophrénie ont davantage de chance d'être insérées sur le marché du travail si elles participent à un programme de soutien en emploi (PSE), pour les raisons suivantes : une attention particulière est portée aux préférences et intérêts professionnels de l'utilisateur, le soutien et le suivi proposés par l'intervenant sont continus et à durée indéterminée et il peut y avoir une étroite collaboration entre l'intervenant et les employeurs/responsables du milieu désiré (Lecompte *et al.*, 2014). Par ailleurs, la simple approche du soutien à l'emploi ne suffit pas en raison des difficultés connexes aux troubles de santé mentale, telles que les déficits cognitifs, les troubles anxieux, les difficultés relationnelles, etc. À cela peut également s'ajouter la perception altérée de soi qui se traduit par une faible estime de soi ainsi que

l'anticipation de l'échec (Lecompte *et al.*, 2014). Comme nous avons pu en témoigner durant notre mémoire d'intervention, nos usagers présentaient des difficultés conjointes à leur trouble du spectre de la schizophrénie (ex. : stress, ambivalence, difficulté d'expression, agoraphobie, manque d'autonomie et difficulté de rétention des informations). C'est pourquoi l'ajout de l'approche de remédiation cognitive était prévu dans l'optique de contrer ces obstacles. Comme mentionné précédemment, cette approche permet d'explorer les stratégies d'adaptation du stress et permet une diminution des symptômes psychotiques en améliorant le fonctionnement social (Lecompte *et al.*, 2014). Nous tenions à ce que nos usagers maintiennent des modes de pensées optimistes tout au long de leurs démarches et agissent en conséquence. Nous voulions éviter qu'à l'encontre d'une difficulté, ceux-ci se découragent rapidement et réalisent que leurs compétences ne sont jamais assez reconnues pour réussir à s'insérer dans un milieu quelconque. Ainsi, nous avons réservé quelques séances pour aborder certains thèmes en vue de bien nous préparer à leur insertion. Parmi ceux-ci, il y avait l'identification des sources de stress et des moyens pour les contrer, la reconnaissance de ses forces et de ses compétences personnelles et l'exploration de l'échec. Discuter de ces sujets leur a permis de développer un sentiment de sécurité face à leurs appréhensions de ne pas réussir à atteindre leur(s) objectif(s).

En bref, au cours de la démarche IPS, plusieurs thèmes sont abordés durant les entretiens. Dans les premières rencontres, nous tentons de comprendre la demande de travail de la personne en ciblant ses préférences via un bilan professionnel (type et temps de travail) (Arveiller et Bouvet, 2018). Ensuite, nous discutons d'autres sujets, tels que la reformulation du c.v., les inquiétudes liées au travail, l'évocation ou non des troubles psychiques, les problèmes qui pourraient se manifester (le trajet, l'horaire, les relations de travail, etc.), et nous questionnons la personne quant à l'implication de notre aide qu'elle souhaite avoir (Arveiller et Bouvet, 2018). La recherche active de travail peut également comprendre l'établissement de liens créés avec les employeurs, afin que ceux-ci sachent que nous sommes présents pour soutenir la personne et l'aider en cas de difficultés (Arveiller et Bouvet, 2018).

L'approche IPS se base sur la croyance que toutes personnes souffrant de troubles psychiques peuvent se rétablir et vont le faire (Arveiller et Bouvet, 2018). Cette attitude d'espoir est un facteur déterminant dans la réussite des interventions d'aide, car y croire représente déjà une partie du

chemin réalisé et augmente les chances que l'aide fonctionne (Arveiller et Bouvet, 2018). L'essence de notre mémoire d'intervention était axée sur la croyance de potentiel de nos usagers au niveau de leurs capacités à cheminer vers une insertion socioprofessionnelle. Dès le début du mémoire, nous leur avons partagé cette perception que nous avions à leur égard afin qu'ils partent avec un certain sentiment d'espoir et de confiance en eux. Nous pouvons affirmer qu'adopter une vision optimiste a teinté à la fois nos interventions et les résultats du mémoire, car cela nous a permis d'encourager nos usagers à ne jamais abandonner et plutôt voir les moments difficiles comme source d'apprentissage. Toutefois, l'approche IPS repose également sur la croyance que trop d'aide et de protection empêche la personne de se construire dans le monde réel, puisqu'elle ne permet pas à celle-ci d'apprendre de ses expériences difficiles et de s'en rétablir. Ainsi, « la protection nuit à l'*empowerment* que l'IPS veut développer » (Arveiller et Bouvet, 2018). C'est pour cette raison que durant le processus d'insertion socioprofessionnelle, nous laissons le plus possible nos usagers faire les démarches de façon autonome. Nous étions présents pour leur rappeler quoi faire et nous les guidions, au besoin, sur le comment faire, mais nous n'avons jamais fait quoique ce soit à leur place. De cette façon, ils ont pu acquérir une meilleure autonomie, comme nous pouvons en déduire par leurs principales forces développées.

### 6.1.3 Les critiques des approches utilisées

En ce qui concerne l'approche centrée sur les forces, la principale limite repose sur les dynamiques de pouvoir qui peuvent se créer au travers des interventions faites par l'intervenant envers l'utilisateur. Comme mentionné dans le texte de Khoury et de Chaput (2021), la connaissance crée et maintient le pouvoir. Ceci dit, en tant qu'intervenant, il existe un risque d'entretenir la posture « pouvoir sur », par une tendance à valoriser davantage nos connaissances expertes et spécialisées, et ce, au détriment des connaissances locales des usagers (Khoury et Chaput, 2021). Afin de renforcer le pouvoir d'agir de l'utilisateur, les rapports de pouvoir se doivent d'être reconnus et rééquilibrés, en évitant de tenir pour acquis que nous savons ce qui est le mieux pour celui-ci (Khoury et Chaput, 2021). Pour ce qui est de l'approche IPS, cette dernière se consacre davantage aux démarches préparatoires en vue d'une insertion socioprofessionnelle, mais elle ne met pas l'accent sur le maintien dans le milieu (Latimer et Lecomte, 2002). Ainsi, les effets à long terme de l'insertion sont limités.

## 6.2 Regard sur notre rôle d'accompagnateur dans leurs démarches comme facteur bénéfique à l'*empowerment* et au regain de l'estime de soi

L'approche de l'emploi accompagné va de pair avec les notions d'*empowerment*, ayant recours aux valeurs, principes et droits des individus à la pleine citoyenneté (Pachoud, 2018). Le pouvoir d'agir signifie œuvrer dans le sens de ses aspirations, décider pour soi. En tant qu'intervenant, notre rôle est de créer les conditions pour que la personne choisisse ce qui lui semble bon pour elle-même en partageant le pouvoir (Bouvert, 2016). Il existe quatre principes sur lesquels reposent les actes d'intervention (Bouvert, 2016). Les résultats de notre mémoire d'intervention démontrent l'importance de se baser sur celles-ci. Le premier est le **partage d'informations**. En tant qu'intervenants, nous nous sommes assurés de toujours communiquer tous les renseignements que nous obtenions en lien avec les démarches d'insertion socioprofessionnelle de nos usagers, puisque ces informations les concernaient avant tout. Nous leur demandions également de nous tenir informer, dans l'optique d'avoir un portrait juste de leur situation et de mieux les aider. Le deuxième est **la prise de décision commune** (collaboration). Il était indispensable pour nous de ne jamais décider à leur place et de systématiquement les concerter avant d'entreprendre une action quelconque. Toute décision était prise par eux et notre rôle était de les conseiller, s'il le désirait. Le troisième est **la logique expérientielle**, soit le fait de proposer une mise en situation à la personne via des exercices afin de tirer des avantages de cette expérience. De notre côté, à quelques reprises, nous avons demandé à nos usagers de compléter des exercices durant une séance ou en vue d'une prochaine séance, afin qu'ils puissent en ressortir des bénéfices par le biais d'une réflexion personnelle sur soi. Le quatrième est **la non-normativité sociale des objectifs TCC**, soit la prise de conscience de ce qui entrave à sa reprise de pouvoir. En d'autres mots, il s'agit d'être conscient des conditionnements qui nous bloquent, afin de les déconditionner dans la mesure du possible ou d'apprendre à vivre avec ce qui persiste quand même. Lors des premières séances, nous avons demandé aux usagers d'identifier certaines difficultés qui pourraient poser obstacle à leur insertion socioprofessionnelle. Des stratégies pour y faire face ont été développées tout au long du suivi dans le but que ces obstacles ne bloquent pas leur cheminement personnel.

Ainsi, en adoptant une position de guide, c'est-à-dire un peu en derrière d'eux, nous faisons preuve de patience et de respect face à leur rythme et sans mettre de pression. Il va de soi que cela favorise

leur *empowerment* et, de ce fait, restaure leur estime de soi. Durant notre mémoire d'intervention, nous nous sommes assurés de maintenir cette position. Nous pouvons en déduire que cela a contribué à renforcer la satisfaction de leurs accomplissements.

### 6.3 Une retombée souhaitée : défaire les préjugés liés aux problèmes de santé mentale

Il existe plusieurs idées préconçues à l'égard des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Parmi celles-ci, l'on retrouve notamment leur incapacité à travailler et à participer à des activités sociales, le fait de les associer à des gens faibles qui ne peuvent pas gérer le stress et de les considérer comme paresseux (Association canadienne pour la santé mentale, 2016). Concernant les personnes schizophrènes, l'on dira aussi qu'elles sont mentalement retardées, alors que la schizophrénie n'affaiblit aucunement les capacités intellectuelles, et que c'est plutôt comment ces dernières sont mises en œuvre qui peut avoir un impact (Salomé, 2021). Afin de défaire ces mythes, un regard sur les résultats de notre mémoire d'intervention s'avère fort intéressant.

Tout d'abord, nous pouvons constater que trois usagers ont réussi à s'intégrer officiellement au niveau socioprofessionnel, soit deux dans un milieu de travail et un dans un milieu offrant des activités sociales sur une base régulière. Pour les autres, même si leur insertion n'a pas été complétée, ils ont réussi à cheminer positivement vers cette voie. Plusieurs démarches ont été effectuées avec eux au travers des nombreuses rencontres qui se sont déroulées. Ces démarches demandaient une implication rigoureuse de leur part et tous sont allés jusqu'au bout du parcours.

Ensuite, tous les usagers ont découvert et développé de nouvelles forces favorisant leur insertion. Somme toute, la persévérance découlant d'une motivation intérieure représente une force partagée par la majorité des usagers qui en ont fait usage pour atteindre leur(s) objectif(s). À cela s'ajoute leur capacité d'introspection, soit de reconnaître ce qui faisait obstruction à leur avancement, et ont pu trouver des solutions pour passer par-dessus. Finalement, plusieurs d'entre eux ont eu l'opportunité de travailler sur leur autonomie et leur débrouillardise en faisant preuve de proactivité dans leurs démarches.

Ainsi, il est faux d'affirmer que les personnes atteintes de problèmes de santé mentale, que ce soit la schizophrénie ou autres troubles psychotiques, ne soient pas en mesure de se trouver un emploi et de travailler.

#### 6.4 Réflexion sur le dévoilement du diagnostic de santé mentale

Il est à se questionner quant au dévoilement du diagnostic de santé mentale chez une personne atteinte d'une problématique sévère, à savoir s'il est pertinent de le faire, et si oui, le choix d'un moment opportun est à considérer. À cela s'ajoute une réflexion des conséquences engendrées quant à la révélation du diagnostic. Au cours de notre mémoire d'intervention, seulement l'usagère insérée dans un milieu d'activités sociales a révélé son diagnostic complet, car les intervenantes de la place souhaitaient avoir une idée afin d'ajuster leurs approches en conséquence et de lui offrir des accommodements, au besoin. L'usagère insérée dans le milieu de bénévolat avec les personnes âgées a révélé, de façon imprévue, avoir un problème de santé mentale, mais sans préciser lequel. En effet, la co-directrice qui l'a passée en entrevue l'avait soupçonné, ayant l'habitude de travailler avec des personnes avec problèmes de santé mentale, et voulait en savoir davantage pour la sécurité de leurs résidents vulnérables. Sachant que l'usagère ne présentait aucun danger pour autrui et n'ayant jamais eu d'antécédent d'une forme de violence quelconque, nous avons jugé qu'il n'était pas nécessaire d'en dire davantage. Heureusement, cette révélation n'a pas été un frein à l'acceptation de sa candidature. Au contraire, la co-directrice a été impressionnée par la volonté et les capacités de l'usagère à s'exprimer et ne voyait pas d'objection à ce que celle-ci fasse du bénévolat. L'usager qui a obtenu un poste dans un camp de jour considérait qu'il n'était pas nécessaire de faire mention de ses problèmes de santé mentale, à ce jour, considérant que c'est un aspect personnel et qu'il est stable avec sa médication. Une discussion en lien avec quelles méthodes utilisées, advenant qu'il se sente moins bien mentalement, a eu lieu. Nous avons normalisé le fait qu'il a droit de dire qu'il est malade et qu'il ne se sent pas bien pour rentrer travailler. Ainsi, pour ces deux usagers, le choix de ne pas dévoiler d'emblée leur diagnostic psychotique et les laisser faire leurs preuves d'abord s'explique par le fait qu'ils voulaient éviter de prendre le risque d'être bloqués dans leur insertion dès le départ. Par ailleurs, d'un autre côté, la mise en place d'accommodements à leur égard aurait pu leur être proposée. Bref, il devient

intéressant de se demander, pour ces deux usagers dont le diagnostic complet n'a pas été dévoilé, si le résultat de leur insertion aurait été le même, advenant le dévoilement de dernier.

C'est ce qui m'amène à réfléchir à savoir quelle position prendre par rapport au dévoilement d'un diagnostic de santé mentale en contexte d'insertion socioprofessionnelle. Nous relevons des côtés positifs et négatifs des deux options possibles.

Tout d'abord, il est important de savoir qu'en aucun cas, une personne n'est dans l'obligation de révéler son trouble mental à son supérieur et à ses collègues. Toutefois, dans le cas où il y a un risque pour autrui, une personne devrait moralement en parler. Certaines personnes le font dans le but d'être transparentes, d'avoir des ajustements à leur quotidien au travail et de normaliser les troubles mentaux en milieu professionnel, mais cela peut mener à des conséquences (Audet, 2018). Selon le psychologue Marc Corbière, dire « j'ai une dépression » crée encore énormément de stigmates et il est préférable généralement de ne pas divulguer son trouble mental en milieu de travail (Audet, 2018). Ce dernier défend l'idée qu'il est possible de faire des demandes d'accommodements sans parler de diagnostic et en mettant l'accent sur ses besoins (Audet, 2018). En somme, il existe des avantages et des désavantages à divulguer son diagnostic en milieu de travail, mais il importe de mesurer d'abord quels bénéfices concrets peuvent ressortir de cette divulgation (Valois et Fafard, 2019).

D'un côté, si une personne décide de parler ouvertement de son diagnostic, elle doit choisir la bonne personne à qui en parler, le bon moment et le bon lieu pour le faire, soit un environnement où un climat de confiance est établi (Audet, 2018). De plus, lorsqu'elle en parle, elle doit être explicite pour favoriser la compréhension de ce que ce diagnostic implique en termes de symptômes et leur fréquence de manifestation (Audet, 2018). Elle doit spécifier sur quel type de tâches elle présente de la difficulté, soit au niveau de la mémoire, de la concentration, de la rapidité ou du stress.

Les avantages au dévoilement du diagnostic sont les suivants : accommodements, soutien en emploi direct (extrarétroaction), explique les trous dans le c.v., « coaching » en emploi, ne pas faire semblant d'être une autre personne, se sentir honnête, faire preuve d'intégrité et de transparence et soutien de la part du milieu de travail (Valois et Fafard, 2019). Pour les accommodements, ceux-

ci peuvent être au niveau de l'horaire, de la réorganisation des tâches, des méthodes de supervision, du nombre de pauses permises, de l'utilisation d'écouteurs, de la possibilité de travailler à domicile et du changement de l'environnement de travail (moins de distraction) (Valois et Fafard, 2019). À cela s'ajoute le fait que de divulguer son diagnostic permet de justifier certaines manières d'être quant aux habiletés d'interaction et de communication avec les autres. De cette façon, la personne atteinte d'un problème de santé mentale ne sera pas nécessairement vue comme une personne froide, distante ou arrogante et son humeur variante sera mieux comprise (Robert, 2022). Finalement, un dernier bienfait de révéler son diagnostic est le gain d'une grande confiance en soi, pouvant faire part de leur identité comme personne qui vit avec un trouble psychique (Valois et Fafard, 2019).

D'un autre côté, les désavantages au dévoilement du diagnostic sont les suivants : discrimination et préjugés liés aux incapacités de faire le travail, réduction des opportunités d'emploi, rejet, moqueries, harcèlement des collègues, risque de diminution des chances d'avancement de carrière et élimination de la résolution de problème étant associé au trouble mental (Valois et Fafard, 2019).

Nous croyons qu'à ce jour, la société n'est pas totalement encore ouverte face aux troubles de santé mentale, et encore moins, ceux du spectre de la schizophrénie.

## CONCLUSION

### 7.1 Retour sur la recherche

Ce mémoire s'intéresse au processus des personnes, souffrant de troubles du spectre de la schizophrénie, qui tentent de s'insérer au niveau socioprofessionnel et les défis qu'elles peuvent y rencontrer. Notre questionnement cherchait à trouver comment favoriser cette insertion, que ce soit par le biais de différentes approches et outils d'intervention. Les données recueillies démontrent que, peu importe la réussite ou non d'une insertion, le cheminement vers celle-ci permet à ces personnes un regain du pouvoir d'agir sur leur vie tout en renforçant leur estime de soi. Cela permet comme retombée de défaire les préjugés à leur égard, favorisant ainsi la sensibilisation de la population.

### 7.2 Apports de la recherche

La société a longtemps cru que les personnes atteintes de troubles du spectre de la schizophrénie ne pouvaient pas obtenir un emploi. Même si des études ont été faites pour tenter de prouver le contraire, le problème persiste encore de nos jours. Rappelons-nous le faible pourcentage de ces personnes qui occuperaient présentement un emploi, comparativement au pourcentage de celles qui en seraient capables (SQS, s.d.). Notre recherche démontre qu'en tant qu'intervenant, il est possible d'accompagner ces personnes dans leur processus d'insertion socioprofessionnelle en leur donnant les moyens nécessaires pour progresser positivement vers celle-ci. Dans le même ordre d'idée, cette recherche met l'accent sur la posture de l'intervenant qui a une grande influence dans ce processus. Croire au potentiel de rétablissement de ces personnes est essentiel, car c'est ce qui les encourage à aller chercher des mesures et des stratégies de coping (Fisher et Ahern, 2022). L'intervenant doit ainsi se doter d'une attitude non seulement dynamique et optimiste, mais également sans jugement et teintée d'une grande ouverture d'esprit. Finalement, notre recherche soutient le développement d'un programme d'insertion socioprofessionnelle à domicile par une

approche de mobilisation proactive en allant chercher chez eux ceux qui ont de la difficulté à s'activer.

### 7.3 Pour des recherches futures

Nous proposons deux pistes de réflexion advenant d'ultérieurs mémoires d'intervention. Tout d'abord, il serait intéressant d'ajouter des rencontres de groupe entre usagers ou d'en faire un programme de groupe du début jusqu'à la fin, afin que ceux-ci puissent partager leurs expériences, s'autorenforcer et briser leur isolement social. Dans notre cas, cela n'a pas été possible, en raison de la pandémie (Covid-19) qui nous restreignait au niveau de la distance à respecter entre les personnes. Une autre réflexion s'ajoute quant à l'implication d'un membre de l'entourage dans le processus d'insertion socioprofessionnelle. Dans le cadre de notre mémoire, nous n'avons pas pu établir de liens avec les membres de l'entourage de nos usagers, en raison de leur indisponibilité (horaire de travail chargé) et de la barrière langagière. Toutefois, ceux-ci peuvent être utiles à plusieurs étapes du processus, notamment au niveau de la mobilisation et de l'activation des usagers (ex. : les réveiller tôt le matin, les pousser à faire des démarches, leur faire des rappels, etc.). Il serait donc intéressant de créer un programme en collaboration avec un ou deux proches de l'utilisateur.

La rédaction de ce mémoire se termine par une réflexion générale. En tant qu'intervenant, si nous souhaitons un jour voir disparaître complètement la discrimination à l'égard des personnes atteintes de troubles du spectre de la schizophrénie, nous devons continuer de croire en leur potentiel de rétablissement et investir *corps et âme* dans nos accompagnements vers cette insertion socioprofessionnelle. Nous croyons également que la société a une grande part à jouer pour favoriser la réinsertion professionnelle des usagers. Elle doit davantage véhiculer des messages positifs à leur égard pour éviter la discrimination et sensibiliser la population. Bien évidemment, cela ne se fera pas du jour au lendemain. C'est pourquoi, en tant qu'intervenants œuvrant auprès des personnes atteintes de troubles de santé mentale, nous pouvons faire une différence peu à peu en continuant de travailler à leur côté.

**ANNEXE A**  
**PLAN D'INTERVENTION INDIVIDUALISÉ AXÉ SUR LES FORCES**

**Partie A. Mon projet de vie**

<b>Mes besoins actuels et leurs raisons</b>		
<p>1. _____ → _____</p> <p>2. _____ → _____</p>		
<b>Objectif SMART °1 :</b>		
<b>Mes moyens</b>	<b>Mes forces et capacités</b>	<b>Mes ressources de l'entourage</b>
<b>Objectif SMART °2 :</b>		
<b>Mes moyens</b>	<b>Mes forces et capacités</b>	<b>Mes ressources de l'entourage</b>

## Partie B. Mes solutions face aux défis

Lors d'une difficulté rencontrée...

Ce que j'utilise comme...	Descriptif	Résultats
<b>Forces</b>		
<b>Stratégies</b>		
<b>Ressources</b>		

### Partie C. Suivi mensuel

Où j'en suis par rapport à l'objectif °1

\*Idem pour l'objectif 2\*

<b>Les obstacles vécus</b>	<b>Les stratégies utilisées pour les surmonter</b>	<b>Les ressources utilisées pour me soutenir</b>
<b>Appréciation générale de mon avancement</b>		
0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10		
<b>Justifications :</b>		
<b>Évaluation de mon niveau de confiance quant à l'atteinte de mon objectif</b>		
0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10		
<b>Justifications :</b>		

## ANNEXE B

### L'OUTIL DE L'EXPLORATION DE L'ÉCHEC

#### Évaluation de notre façon de percevoir l'échec :

1. Quelles sont les activités/tâches auxquelles les gens peuvent échouer (ex. : emploi, projet académique, examen, mariage, poids, faire du temps pour avoir du plaisir, réaliser un but, etc.) ?
2. Qu'est-ce qu'échouer signifie pour toi (ex. : inutile, rejet, baisse de ton estime, je suis humain, c'est normal, etc.) ?
3. Si applicable, qu'est-ce qui t'a aidé à surmonter un échec (ex. : éviter d'en parler, y réfléchir excessivement, en parler avec quelqu'un, faire du sport, prendre un recul de la situation, etc.) ?

#### Comment surmonter un échec ?

##### **1. Accepter la situation et les émotions qui viennent avec**

- Quelles émotions ai-je ressenties lors de l'échec ? Nommez-en 3.

##### **2. Analyser les causes de l'échec**

- Est-ce qu'il y a eu des raisons pour l'échec ?
- Est-ce qu'il y a eu des aspects qui se sont bien déroulés ?
- L'objectif fixé était-il trop élevé ?
- Quelles habiletés de coping ai-je apprises de ceci ?

##### **3. Modifier sa perception de l'échec en identifiant ses stratégies**

- Quels apprentissages sur moi-même ai-je faits de cette expérience ?
- Qu'est-ce que je pourrais faire pour ne pas répéter la même erreur ?

##### **4. Se relancer**

- Ai-je eu besoin de modifier mes objectifs ? Si oui, comment ?

*Questionnaire inspirée par <https://dev-perso.com/comment-surmonter-un-echec/>*

## ANNEXE C

### BILAN DE PARCOURS D'INSERTION SOCIOPROFESSIONNELLE

Retour sur mon plan d'action

**Rappel de mon ou de mes objectifs fixés :**

---

---

Les faits marquants

**Mes démarches les plus significatives effectuées depuis le début :**

---

---

**Mes moments de fierté vécus (accomplissements, succès) :**

---

---

Retour sur l'expérience

**Jusqu'à présent, est-ce que tout se passe comme je le souhaitais ?**

---

---

**Est-ce qu'il y aurait des choses qui pourraient se passer autrement ?**

---

---

**Quel a été mon plus grand défi depuis le début ?**

---

---

Mes ressources

**Qu'ai-je appris sur moi ? (forces, habiletés, aptitudes...)**

---

---

**Quelles ont été mes sources de support ?**

---

---

Et la suite...

**Quels sont les points sur lesquels j'aimerais progresser ?**

---

---

**Quelles sont les prochaines démarches sur lesquelles j'aimerais travailler ?**

---

---

*Questionnaire inspiré par <https://www.appytodo.com/faire-bilan-annee-questions/>*

## **ANNEXE D**

### **AFFICHE DE RECRUTEMENT**

**LA RÉINSERTION SOCIOPROFESSIONNELLE DES PERSONNES SOUFFRANT DE TROUBLES DU SPECTRE DE LA SCHIZOPHRÉNIE ET LES DÉFIS RENCONTRÉS FACE À CELLE-CI, À LA SUITE D'UN ÉPISODE D'HOSPITALISATION ET DANS LE CONTEXTE SOCIO-ÉCONOMIQUE ACTUEL.**

**BUT PRINCIPAL :** EN 3 MOIS, FAVORISER L'INSERTION DE 7 USAGERS DU PROGRAMME DE SUIVI INTENSIF DANS LE MILIEU (SIM) DE BORDEAUX-CARTIERVILLE-SAINT-LAURENT DE L'HÔPITAL DU SACRÉ-CŒUR DE MONTRÉAL, AFFILIÉ AU PAVILLON ALBERT-PRÉVOST, AU MARCHÉ DU TRAVAIL OU AU RETOUR À L'ÉCOLE.

**PROFIL RECHERCHÉ :** ADULTE ATTEINT DE TROUBLES DU SPECTRE DE LA SCHIZOPHRÉNIE DÉSIRANT ÊTRE INSÉRÉ AU NIVEAU SOCIOPROFESSIONNEL

**MILIEUX D'INSERTION :** MILIEU DE TRAVAIL — ORGANISME D'AIDE À L'INSERTION PROFESSIONNELLE ET/OU AU RETOUR AUX ÉTUDES MILIEU SCOLAIRE

#### **AVANTAGES :**

BÉNÉFICE PERSONNEL RETIRÉ PAR L'ACCOMPAGNEMENT DANS VOS DÉMARCHES D'INSERTION SOCIOPROFESSIONNELLE POUVANT FAVORISER LA RÉUSSITE DE CELLE-CI. SENSIBILISER D'AVANTAGE LA SOCIÉTÉ AU TROUBLE DU SPECTRE DE LA SCHIZOPHRÉNIE.

#### **RISQUES :**

AUCUN RISQUE CONNU

POSSIBILITÉ QUE LES DÉMARCHES ENCOURUES ENTRAÎNENT D'ÉVENTUELS INCONVÉNIENTS, TELLES QUE DES RÉACTIONS ÉMOTIONNELLES DIFFICILES (STRESS, FATIGUE, DÉCOURAGEMENT, GÊNE, ETC.).

MESURES PRISES EN CONSÉQUENCE : AJUSTEMENT AU NIVEAU DU TEMPS (RESPECT DU RYTHME DE CHACUN AVEC DÉLAIS ALLOUÉS), REMISE D'OUTILS POUR LA GESTION DES ÉMOTIONS ET ÉCOUTE ACTIVE DE VOS BESOINS.

#### **À NOTER**

LE FAIT DE PARTICIPER OU NON AU MÉMOIRE N'A AUCUN IMPACT SUR LES SERVICES REÇUS.

PARTICIPATION VOLONTAIRE.

POSSIBILITÉ DE SE RETIRER SANS JUSTIFICATION.

AUCUNE COMPENSATION MONÉTAIRE REMISE.

CONFIDENTIALITÉ SUR VOTRE IDENTITÉ GARANTIE.

**ANNEXE E**  
**GRILLE DE TENUE DE DOSSIER**

	<b>Thèmes abordés</b>
<b>Semaine 1</b>	Survol des milieux <ul style="list-style-type: none"> <li>- Questionner vers quoi la personne veut s'orienter (milieux de travail/bénévolat/scolaire ou organismes d'aide à la réinsertion) → liste des organismes</li> <li>- Outil → résumé de son parcours académique et professionnel antérieur</li> </ul>
<b>Semaine 2</b>	Poursuite du survol des milieux <ul style="list-style-type: none"> <li>- Outil → tableau des forces, limites, aspirations futures et notre rôle d'accompagnateur</li> </ul>
<b>Semaine 3</b>	Faire un choix parmi les options proposées <ul style="list-style-type: none"> <li>- Échanger sur les intérêts de la personne</li> <li>- Outil → liste d'intérêts à identifier</li> </ul>
<b>Semaine 4</b>	Poursuite du choix parmi les options proposées
<b>Semaine 5</b>	Établir un plan d'intervention individualisé axé sur les forces (PII) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Partie A (1-2 objectifs ciblés)</li> <li>- Partie B (stratégies développées lors d'une difficulté rencontrée)</li> </ul>

<b>Semaine 6</b>	Poursuite du plan d'intervention individualisé établi <ul style="list-style-type: none"> <li>- Partie C du PII (suivi mensuel de l'avancement de son ou ses objectifs avec l'utilisation de l'échelle de Rollnick)</li> </ul>
<b>Semaine 7</b>	Démarches de préparation à l'emploi, au retour à l'école ou autres <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rédaction d'un c.v., lettre de présentation</li> <li>- Question d'entrevues à pratiquer</li> </ul>
<b>Semaine 8</b>	Poursuite des démarches de préparation à l'emploi, au retour à l'école ou autres
<b>Semaine 9</b>	Références envoyées aux endroits ciblés <ul style="list-style-type: none"> <li>- Courriel, appels téléphoniques, en personne</li> </ul>
	Accompagner la personne en entrevue, si désirée. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Discussion quant à notre rôle d'accompagnateur</li> </ul>
<b>Semaine 10</b>	Soutien en attendant une réponse <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ateliers proposés sur la gestion du stress, la confiance en soi</li> <li>- Autres c.v. envoyés, si désirés</li> <li>- Outil → questionnaire sur la perception de l'échec</li> </ul>

<b>Semaine 11</b>	<p>En cas de réponse favorable, préparer l'utilisateur (ère) à son insertion.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le questionnaire par rapport à ses appréhensions et identifications de stratégies en vue de difficultés</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Vs</b></p> <p>En cas de réponse non favorable, soutenir l'utilisateur (ère), faire une rétrospection et continuer l'envoi de sa candidature</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Travail d'autocritique, réflexions, ajustements...</li> </ul>
<b>Semaine 12</b>	<p>Retour sur leur processus d'insertion socioprofessionnelle.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Outil → partie C du PII (suivi mensuel de l'avancement de son ou ses objectifs avec l'utilisation de l'échelle de Rollnick)</li> <li>- Outil → bilan de son parcours d'insertion socioprofessionnelle</li> </ul>

\*\*\* Comme mentionné précédemment, au cours de notre mémoire d'intervention, nous avons fait l'usage d'autres outils spécifiques à chaque usager (voir la section de la présentation des résultats)\*\*\*

# ANNEXE F

## APPROBATION DU CERPÉ



No. de certificat : 2022-4515  
Date : 2022-03-01

### CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE FSH) 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* (avril 2020) de l'UQAM.

Titre du projet : La réinsertion socioprofessionnelle des personnes souffrant de schizophrénie et les défis rencontrés face à celle-ci, à la suite d'un épisode d'hospitalisation et dans le contexte socio-économique actuel.

Nom de l'étudiant : Alice Bourque ~~Lodje~~

Programme d'études : Maîtrise en travail social (avec stage-essai)

Direction(s) de recherche : Henri ~~Dorvil~~

#### 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 au plus tard un mois avant la date d'échéance (2023-03-01) de votre certificat. Dans ce dernier cas, le rapport annuel permettra au comité de se prononcer sur le renouvellement du certificat d'approbation éthique.

Sylvie Lévesque  
Professeure, Département de sexologie  
Présidente du CERPE FSH

# ANNEXE G

## FORMULAIRE D'INFORMATIONS ET DE CONSENTEMENT



### FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

**Titre du projet de recherche :** La réinsertion socioprofessionnelle des personnes souffrant de schizophrénie ou autres maladies psychotiques et les défis rencontrés face à celle-ci, à la suite d'un épisode d'hospitalisation et dans le contexte socio-économique actuel.

**Titre abrégé :** La réinsertion socioprofessionnelle des personnes schizophrènes ou autres maladies psychotiques.

**Chercheur principal :**

Henri Dorvil, directeur de recherche – école de travail social à l'UQÀM (514-987-3000 poste 3582 / dorvil.henri@uqam.ca).

**Étudiant-chercheur responsable de la réalisation du projet :**

Alice Bourque-Lortie, étudiante à la maîtrise en travail social (profil intervention) à l'UQÀM (514-467-1890 / bourque\_lortie.alice@courrier.uqam.ca).

---

### PRÉAMBULE

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche parce que vous avez une volonté à vouloir être intégré au niveau socioprofessionnel. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable du projet ou aux autres membres du personnel affecté au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

Une participation simultanée à plusieurs projets de recherche pourrait vous être préjudiciable. Si vous participez déjà à d'autres projets de recherche, veuillez en informer le chercheur.

Dans le cadre de mon projet d'intervention, je souhaite mettre l'accent sur le faible taux de réussite à s'intégrer au marché du travail chez les personnes atteintes de schizophrénie et/ou autres maladies psychotiques ainsi que sur leurs difficultés à maintenir un emploi, et ce, par le biais du développement d'un plan d'intégration socioprofessionnelle.

Le but principal de mon projet d'intervention est de favoriser l'intégration de 7 patients du programme de suivi intensif dans le milieu (SIM) de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal, affilié au Pavillon Albert-Prévost au marché du travail ou au retour à l'école. Ces patients seront choisis sur une base volontaire et selon leur intérêt à vouloir être intégré au niveau socioprofessionnel. Afin de parvenir à atteindre ce but, je compte référer ceux-ci à un milieu pour lequel ils auront opté en fonction de leurs préférences, de leurs besoins, de leurs intérêts et de leurs forces/limites. Je les aiderai également à l'étape de préparation au milieu (ex. : rédaction du C.V., rédaction de la lettre de présentation et/ou motivation, pratique d'entrevues, dossier monté, etc.).

### DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE ET MÉTHODES UTILISÉES

Voici un tableau résumant les principaux objectifs avec les activités prévues et les méthodes utilisées en vue d'atteindre ceux-ci :

<i>Objectif principal : En 3 mois, favoriser l'intégration socioprofessionnelle du patient.</i>			
<b>Activités prévues</b>	<b>Outils utilisés / méthodes d'interventions</b>	<b>Résultats attendus</b>	<b>Échéancier</b>
Faire un survol de différents milieux répondant aux besoins du patient.	Questionner le patient à savoir vers quoi il désire s'orienter : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Milieu de travail/bénévolat</li> <li>- Organisme d'aide à l'insertion professionnelle et/ou au retour aux études</li> <li>- Milieu scolaire</li> </ul> Échanger sur les milieux recherchés en s'y informant.	Une liste de milieux possibles est établie.	En 2 séances d'une heure par semaine.

Accompagner le patient à faire des choix quant aux endroits qui l'intéresse parmi les options proposées.	Echanger avec le patient sur : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ses forces et limites</li> <li>- Ses intérêts</li> <li>- Ses valeurs</li> <li>- Ses préférences</li> <li>- Ses aspirations à long-terme</li> </ul> Utiliser, au besoin : Questionnaires d'autoévaluation	3 milieux sont ciblés parmi ceux proposés.	En 2 séances d'une heure par semaine
Etablir un plan d'intervention axé sur les forces	Partie A. : identification des besoins actuels et leur raisons, identification d'un ou deux objectifs SMART avec des moyens, forces et ressources. Partie B. : identification de forces, stratégies et ressources lors d'une difficulté rencontrée. Partie C. : suivi par rapport aux objectifs avec évaluation de l'avancement et niveau de confiance.	Le plan d'intervention avec 1-2 objectifs est établi.	En 2 séances d'une heure par semaine
Assister le patient dans les différentes démarches de préparation à l'emploi ou au retour à l'école.	Faire l'inventaire de ses formations, expériences professionnelles ou autres et de ses réalisations : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rédaction du C.V.</li> <li>- Rédaction d'une lettre de présentation et de motivation</li> <li>- Préparation aux entrevues</li> <li>- Dossier monté</li> </ul>	Les démarches de préparation à l'emploi ou au retour à l'école sont complétées.	En 2 séances d'une heure par semaine.
Référer le patient aux endroits ciblés.	Soutenir le patient dans ses demandes de candidature aux endroits choisis. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilisation d'un ordinateur pour</li> </ul>	Les références sont envoyées.	En 1 séance d'une heure par semaine.

	<p>l'envoi des <del>C.V.</del> par courriel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Accompagnement du patient pour aller porter des <del>C.V.</del> en personne.</li> </ul>		
Soutenir le patient en attendant un retour du milieu.	<p>Lui proposer <u>des ateliers</u> <u>sur</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La gestion du stress</li> <li>- La gestion de la confiance en soi</li> <li>- Le travail sur l'affirmation de soi</li> <li>- Le développement et/ou le renforcement de ses habiletés sociales</li> </ul>	Le patient est rassuré et reçoit le support nécessaire.	En 1 séance d'une heure par semaine.
En cas de réponse favorable, préparer le patient à son intégration.	<p>Le questionner par rapport à ses appréhensions et identifier des stratégies pour surmonter les difficultés rencontrées. Identifier des forces qui l'aideront à son intégration.</p>	Une préparation au retour à l'emploi ou autre est faite.	En 1 séance d'une heure par semaine.
En cas de réponse non favorable, soutenir le patient, faire une rétrospection et/ou continuer l'envoi des <del>C.V.</del>	<p>Amener le patient à réfléchir à si quelque chose pourrait être ajusté (entrevue, <del>C.V.</del>) Réflexion en lien avec le choix du milieu désiré.</p>	Un travail d'autocritique est fait.	En 1 séance d'une heure par semaine.

En ce qui concerne l'échéancier, j'aspire réaliser l'activité d'intervention en 3 mois en tout, pour un total de +/- 150 heures. Pour les activités du premier objectif, je compte donner 2 séances d'une heure par semaine par patient, à l'exception d'une activité dont 1 séance y sera attribuée, et ce, pendant 1 mois. Cela totalise alors 40 heures. Le reste des heures sera dédiée à l'objectif deux. Je compte donner 1 séance d'une heure par semaine à la fois au patient et au conseiller en emploi/employeur/responsable à l'école, et ce, pendant 2 mois. Je prévois également visiter le milieu de stage de chaque patient au moins 1 fois par mois.

Un éventuel accès à votre dossier médical pourrait être requis pour recueillir certaines données, telles que votre diagnostic en santé mentale et les symptômes qui y sont reliés, la médication prise, les habitudes de consommation, votre histoire personnelle et familiale (parcours scolaire et expériences sur le marché du travail, relations sociales et familiales).

Aucun test d'admissibilité n'est requis au projet de recherche.

Aucune activité ne sera enregistrée ni filmée.

#### **AVANTAGES ASSOCIÉS AU PROJET DE RECHERCHE**

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, par le biais d'un accompagnement dans vos démarches d'insertion socioprofessionnelle qui peut favoriser la réussite de celle-ci, mais on ne peut vous l'assurer. Par ailleurs, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances scientifiques dans ce domaine. De plus, le fait de sensibiliser davantage la société à la schizophrénie, et ce, par leur intégration dans les marchés de travail et les établissements scolaires permettra de rendre ce trouble de santé mentale plus familier.

#### **RISQUES ASSOCIÉS AU PROJET DE RECHERCHE**

Aucun risque connu n'est associé à la recherche à laquelle vous participerez. Toutefois, il se peut que les questions posées vous amènent à aborder certaines difficultés que vous éprouvez et que les interventions prévues entraînent d'éventuels inconvénients, telles que la fatigue, le stress, la gêne, le découragement, tous sentiments associés à la peur de l'échec et/ou à l'échec ou le temps associé à la recherche. Afin de pallier cela, des mesures prises par le chercheur seront appliquées, soit un ajustement au niveau du temps afin de respecter le rythme de chacun (délais alloués) et la remise d'outils pour la gestion des émotions. N'hésitez pas à en parler au chercheur qui vous garantit d'être à l'écoute de vos besoins.

#### **CONFIDENTIALITÉ**

Durant votre participation à ce projet de recherche, le chercheur responsable de la réalisation du projet recueillera, dans un dossier de recherche, les renseignements vous concernant et nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques du projet de recherche. Ces renseignements peuvent comprendre les informations contenues dans votre dossier médical [y compris votre identité, dont votre nom, votre sexe, votre date de naissance et votre origine ethnique], votre état de santé passé et présent et vos habitudes de vie.

Toutes les données recueillies (y compris les renseignements personnels) demeureront confidentielles dans les limites prévues par la loi. Aucune donnée identificatoire ne sera partagée.

Pour assurer votre sécurité, un document témoignant de votre participation, soit la copie du FIC,

est versé dans votre dossier médical. De plus, les résultats de certains tests réalisés pour les besoins de la recherche pourraient y être versés selon le contexte. Par conséquent, toute personne ou compagnie à qui vous donnerez accès à votre dossier médical aura accès à ces informations.

Ces données de recherche seront conservées pendant 7 ans après la fin de l'étude par le chercheur responsable de ce projet de recherche. Les données de recherche pourront être publiées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais ne permettront pas de vous identifier, car vous serez associé à un nombre entre 1 et 6.

À des fins de surveillance, de contrôle, de protection et de sécurité, votre dossier de recherche ainsi que votre dossier médical pourront seulement être consultés par une personne mandatée par l'établissement ou le comité d'éthique de la recherche. Cette personne et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité. Toutes informations recueillies seront conservées dans un ordinateur personnel requérant un mot de passe et sous le serveur de l'Hôpital Albert-Prévost.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin.

#### **EN CAS DE PRÉJUDICE**

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit par suite de votre participation à ce projet de recherche, vous recevrez tous les soins et services requis par votre état de santé.

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits et vous ne libérez pas le chercheur responsable du projet de recherche et l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

#### **PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT**

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet de recherche à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en informant le chercheur responsable du projet de recherche ou un membre de l'équipe de recherche.

Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins et des services auxquels vous avez droit ou sur votre relation avec les équipes qui les dispensent.

Le chercheur responsable de ce projet de recherche et le comité d'éthique de la recherche peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement. Cela peut se produire si de nouvelles découvertes ou informations indiquent que votre participation au projet de recherche n'est plus dans votre intérêt, si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou encore s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Si vous vous retirez du projet ou êtes retiré du projet, l'information déjà recueillie dans le cadre

de ce projet sera détruite à moins que vous nous autorisiez à les conserver aux fins d'analyse du projet.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet de recherche qui pourrait avoir un effet sur votre décision de continuer à y participer vous sera communiquée rapidement.

#### **COMPENSATION**

Vous ne recevrez pas de compensation financière pour votre participation à ce projet de recherche.

#### **COMMUNICATION DES RÉSULTATS**

Les résultats du projet seront diffusés en tant que données générales pour l'ensemble des participants. Cela signifie que vous ne pourrez pas obtenir vos résultats individuels. Si vous souhaitez obtenir un résumé écrit des résultats généraux de la recherche, veuillez indiquer une adresse (courriel ou postale) où nous pourrions vous le faire parvenir : ....

#### **IDENTIFICATION DES PERSONNES-RESSOURCES**

Si vous avez des questions ou éprouvez des problèmes en lien avec le projet de recherche, ou si vous souhaitez vous en retirer, vous pouvez communiquer avec le chercheur responsable au numéro suivant : 514-467-1890.

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE) a approuvé le projet de recherche auquel vous allez participer. Pour des informations concernant les responsabilités de l'équipe de recherche au plaq de l'éthique de la recherche

avec des êtres humains ou pour formuler une plainte, vous pouvez contacter la coordination du CERPE : [cerpe.fsh@uqam.ca](mailto:cerpe.fsh@uqam.ca)

Pour toute question additionnelle sur le projet et sur votre participation, vous pouvez communiquer avec la responsable du projet :

Alice Bourque-Lortie, étudiante à la maîtrise en travail social (profil intervention) à l'UQÀM (514-467-1890 / [bourque\\_lortie.alice@courrier.uqam.ca](mailto:bourque_lortie.alice@courrier.uqam.ca)).

#### **REMERCIEMENTS**

Votre collaboration est essentielle à la réalisation de notre projet et l'équipe de recherche tient à vous en remercier.

## CONSENTEMENT

**Titre de l'étude :** La réinsertion socioprofessionnelle des personnes souffrant de schizophrénie ou autres maladies psychotiques et les défis rencontrés face à celle-ci, à la suite d'un épisode d'hospitalisation et dans le contexte socio-économique actuel.

### SIGNATURE

Signature du participant

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. On m'a expliqué le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement. On a répondu à mes questions et on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Après réflexion, je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées, incluant l'utilisation de mes données personnelles.

J'autorise l'équipe de recherche à avoir accès à mon dossier médical.

De plus, j'autorise le chercheur ou son équipe à informer mon médecin de famille ou mon médecin traitant, par écrit, de ma participation à ce projet de recherche et à lui communiquer toute information pertinente.

- Oui    Initiales \_\_\_\_\_  
 Non    Initiales \_\_\_\_\_

J'autorise l'équipe de recherche à me lire le formulaire d'informations et de consentement, si je ne suis incapable de le lire moi-même.

- Oui    Initiales \_\_\_\_\_  
 Non    Initiales \_\_\_\_\_

---

Nom du participant

Signature

Date

---

Signature de la personne qui obtient le consentement

J'ai expliqué au participant le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

---

Nom de la personne qui obtient le consentement      Signature      Date

Engagement du chercheur responsable

Je certifie qu'on a expliqué au participant le présent formulaire d'information et de consentement et que l'on a répondu aux questions qu'il avait. Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée et datée au participant.

---

Nom du chercheur responsable      Signature      Date

## ANNEXE H

### GUIDE DE PRÉPARATION AU RETOUR AU TRAVAIL

#### Comment préparer votre retour au travail ?<sup>13</sup>

##### 1. Essayez de faire des choses qui font partie d'un mode de vie sain :

- Faites de l'exercice au moins 30 minutes par jour. Exemple(s) :  
*Aller au gym et/ou marcher.*
- Consommez des aliments sains. Exemple(s) :  
*Légumineuses, viande, poisson, fruits et légumes.*
- Profitez d'activités amusantes et prenez chaque jour un peu de temps pour faire ce qui vous plaît.  
Exemple(s) : *Écouter de la musique et regarder des films.*

} Équilibre

##### 2. Vivez comme si vous étiez de retour au travail

On oublie souvent à quel point le travail peut être fatigant. Prenez quelques semaines pour vous préparer. Accumulez de l'énergie avant votre retour. Avant de recommencer à travailler, reprenez vos habitudes liées au travail :

- À quelle heure devrez-vous vous réveiller pour aller au travail ?  
*Mettre un cadran et prendre l'habitude de se réveiller à cette heure-là dès maintenant.*
- Quel type de vêtements porterez-vous pour aller au travail ?
- Prenez les transports en commun ou allez en voiture à un endroit qui se trouve aussi loin que votre lieu de travail.  
*Faire le trajet une fois pour bien le connaître et s'y familiariser.*
- Effectuez des tâches que vous devez souvent faire au travail. Exemple(s) :  
*Faire des activités mentales (ex. : lecture).*
- Essayez de rester hors de la maison aussi longtemps que la durée d'une journée de travail.  
Exemple(s) : *Sortir 2-3 x par jour.*

\*\*\* Identifier des stratégies pour la gestion du stress \*\*

---

<sup>13</sup> Guide inspiré de [https://www.uhn.ca/PatientsFamilies/Health\\_Information/Health\\_Topics/Documents/Prepare\\_to\\_Return\\_to\\_Work\\_after\\_Cancer\\_Treatment\\_French.pdf](https://www.uhn.ca/PatientsFamilies/Health_Information/Health_Topics/Documents/Prepare_to_Return_to_Work_after_Cancer_Treatment_French.pdf)

**ANNEXE I**  
**CHEMINEMENT DANS LA PHASE DE CONTEMPLATION**

Comment cheminer dans la phase de contemplation<sup>14</sup>

**Questions réflexives**

1. En quoi aimerais-tu que ta vie soit différente de ce qu'elle est actuellement ?  
*J'aimerais avoir un emploi et être plus autonome dans mes déplacements.*
  
2. Comment aimerais-tu que soit ta vie dans 5 ans ?  
*Être indépendante et vivre en appartement avec une autonomie financière.*
  
3. Si tu pouvais faire un changement immédiatement, d'un coup de baguette magique, qu'est-ce que tu souhaiterais changer ?  
*J'aimerais faire disparaître mon agoraphobie et les attaques de panique qui viennent avec.*
  
4. Qui pourrait t'aider de façon efficace pour réussir à faire ce changement ?  
*Mon père m'aide en m'amenant marcher et mon équipe de suivi qui me fait pratiquer.*
  
5. Si tu décidais de changer, quels seraient les moyens efficaces pour toi ?  
*J'aimerais me renseigner davantage sur l'agoraphobie et la médication et écouter de la musique pour me calmer. Même si j'ai la motivation de travailler sur cette problématique, mes pensées négatives prennent le dessus, ce qui me bloque dans mon avancement.*
  
6. Sans t'occuper pour l'instant du comment, que souhaiterais-tu qu'il t'arrive ?  
*Ne plus vivre avec mon agoraphobie pour être autonome dans mes déplacements.*

---

<sup>14</sup> Questionnaire inspiré du site <https://tcc.apprendre-la-psychologie.fr/1-entretien-motivationnel.html>

## BIBLIOGRAPHIE

A. Ninacs, W. (1995). *Empowerment et service social : approches et enjeux. Service social*, 44 (1), 69-93. <https://doi.org/10.7202/706681ar>

Amado, I., Alexandre, C., Prost, Z. et Franck, N. (2014). Remédiation cognitive dans la schizophrénie : des principes à sa mise en œuvre. *Le Journal des psychologues*, 2 (315), 16-22.

Arnaud, B. et Mellet, É. (2019). Renforcer la confiance en soi. *La boîte à outils de la psychologie positive au travail*, 58-61.

Arveiller, J-P. et Bouvet, C. (2018). La méthode IPS (individual placement and support ou soutien à l'emploi). Origines et pratiques. *Pratiques en santé mentale*, (3), 27-34. DOI 10.3917/psm.183.0027

Association canadienne pour la santé mentale. (2016). *Les mythes au sujet des maladies mentales*. <https://cmha.ca/fr/brochure/les-mythes-au-sujet-des-maladies-mentales/#:~:text=Mythe%20no%20%20%3A%20Les%20personnes,le%20stress%20que%20les%20autres>

Audet, I. (2018). Dévoiler son trouble mental ou non? *La Presse* +. [https://plus.lapresse.ca/screens/1602f93c-e955-4a25-af81-0d6cea6b6f67%7C\\_0.html](https://plus.lapresse.ca/screens/1602f93c-e955-4a25-af81-0d6cea6b6f67%7C_0.html)

B. Fisher, D. et Ahern, L. (2002). PACE : une approche qui va plus loin dans l'empowerment. *Santé mentale au Québec*, 27 (1), 128-139. <https://doi.org/10.7202/014543ar>

Beau, R. et Cournoyer, G. (1988). Désinsertion professionnelle et maladies affectives (études de cas). *Santé mentale au Québec*, 13 (1), 144-153. <https://doi.org/10.7202/030434ar>

Benaissa, M. (2009). *Stigmatisation des personnes atteintes de troubles mentaux : Étude auprès de 100 patients à l'hôpital ar-razi de sale*. [Thèse de doctorat, Université Mohammed V].

Benisty, L. (2011). *Intervenants sociaux et médication psychiatrique : pratiques et accueil réservé à la Gestion autonome de la médication en santé mentale*. [Mémoire de maîtrise, Université de Montréal].

[https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/6165/Benisty\\_Lisa\\_2011\\_memoire.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/6165/Benisty_Lisa_2011_memoire.pdf?sequence=2&isAllowed=y)

Beretta, V., Alameda, L., Abrahamyan Empson, L. et Solida Tozzi, A. (2015). L'ambivalence selon Bleuler : les nouvelles trajectoires d'un symptôme oublié. *Psychothérapies*, 35 (1), 5-19. <https://doi.org/10.3917/psys.151.0005>

Bergeron-Leclerc, C., Pouliot, E. et Gargano, V. (2021). Le travail social centré sur les forces : diversité et possibilités dans la pratique contemporaine. *Interventions*, (153), 5-17.

Besse, C., Silva, B., Dutoit, M. et Bonsack, C. Soutien individuel à l'emploi (IPS). (2016). *Swiss archives of neurology, psychiatry and psychotherapy*, 167 (7), 215-221.

Bevalot, A. et Estingoy, P. (2013). Les patients atteints de schizophrénie face à l'emploi. À propos d'une enquête sur les représentations sociales du handicap psychique. *L'information psychiatrique*, 89 (2), 135-141.

Bouchard, I. (2012). *L'intégration des trois méthodes d'intervention dans les stages en travail social*. Guide de formation pratique en travail social. [https://www.uqac.ca/departements/travail\\_social/stages/documents/annexe\\_1.pdf](https://www.uqac.ca/departements/travail_social/stages/documents/annexe_1.pdf)

Bouvert, C. (2016). De l'autonomie au pouvoir d'agir dans les thérapies cognitivo-comportementales. *Pratiques en santé mentale*, (3), 51-54. DOI 10.3917/psm.163.0051

Breton, N., Aubreton, C., Dalmay, F., Bouysse A. — M., Blanchard, M. et Nubukpo, P. (2010). Stigmatisation de la schizophrénie : enquête auprès de quarante patients schizophrènes stabilisés. *L'information psychiatrique*, 86 (9), p.785-793.

Brisson, P. (2010). *Prévention des toxicomanies : Aspects théoriques et méthodologiques*. Montréal, CA : Les presses de l'Université de Montréal.

Brousseau, T., Chouinard, J., Lambert, J. et Lévesque, D. (2010). *Guide d'élaboration des plans d'intervention interdisciplinaires*. Institut de réadaptation en déficience physique de Québec. <http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/Irdpq/50064.pdf>

CAMH. (2022). *Les antipsychotiques*. <https://www.camh.ca/fr/info-sante/index-sur-la-sante-mentale-et-la-dependance/les-antipsychotiques>

Carbonneau-Bergeron, C. (2022). *Investir dans le développement de ses forces ou l'amélioration de ses faiblesses : quelle est la meilleure stratégie*. Mon emploi. <https://www.monemploi.com/magazines/investir-dans-le-developpement-de-ses-forces-ou-l-amelioration-de-ses-faiblesses-quelle-est-la-meilleure-strategie>

Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval. (2019). *Le plan d'intervention*. [https://www.lavalensante.com/fileadmin/internet/ciss\\_laval/Soins\\_et\\_services/Information\\_pratique/Preparer\\_RV/Feuillet\\_plan\\_d\\_intervention.pdf](https://www.lavalensante.com/fileadmin/internet/ciss_laval/Soins_et_services/Information_pratique/Preparer_RV/Feuillet_plan_d_intervention.pdf)

Centre d'études sur la réadaptation, le rétablissement et l'insertion sociale (CÉRRIS). (2023). *Approche par les forces*. <https://cerrisweb.com/bibliotheque-virtuelle/dossiers-thematiques/approche-par-les-forces/>

Charette, D. (2018). *Le plan d'intervention*. APHRSO. <https://www.aphrso.org/le-plan-dintervention/>

Chéreau, I., Fiorito, N., Herouin, F., Michel Llorca P. et Blanc, O. Soutien en emploi : une nouvelle approche vers l'inclusion. *Annales Médico-psychologiques*, 179 (4), 370-373.  
<https://doi.org/10.1016/j.amp.2021.02.009>

Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL), Santé et services sociaux Québec (SSSQ) et Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM). (2015). L'approche axée sur les forces.  
[file:///G:/Ma%C3%A9trise%20Travail%20Social%20-%20UQ%C3%80M/Stage%20d'intervention/Supervision/Th%C3%A9ories/documen.site\\_approche-axee-sur-les-forces-commission-de-la-sante-et-des.pdf](file:///G:/Ma%C3%A9trise%20Travail%20Social%20-%20UQ%C3%80M/Stage%20d'intervention/Supervision/Th%C3%A9ories/documen.site_approche-axee-sur-les-forces-commission-de-la-sante-et-des.pdf)

Corrigan, P. (2001). Place-then-train : an alternation service paradigm for persons with psychiatric disabilities. *Clinical psychology science and practice*, 8(3), 334-349.  
<https://doi.org/10.1093/clipsy.8.3.334>

Corniquet, C. (2017). Du parcours idéal au parcours réel. *Les politiques sociales*, 1-2 (1), 96-109.  
<https://doi.org/10.3917/lps.171.0096>

Cugliandro, A. (2014). *Initiation à l'intervention motivationnelle brève*. [Présentation Powerpoint].  
[https://rsmo.qc.ca/wp-content/uploads/2014/11/RSSMO-Nov-2014\\_EntretienMotivationnel\\_AnitaCugliandro.pdf](https://rsmo.qc.ca/wp-content/uploads/2014/11/RSSMO-Nov-2014_EntretienMotivationnel_AnitaCugliandro.pdf)

Dev-perso. (s.d.). Surmonter un échec et le transformer en réussite, un état d'esprit à adopter.  
<https://dev-perso.com/comment-surmonter-un-echec/>

Doré, C. (2017). L'estime de soi : analyse de concept. *Recherche en soins infirmiers*, 2 (129), 18-26. <https://doi.org/10.3917/rsi.129.0018>

Dorvil, H. (2006). Prise de médicaments et désinstitutionnalisation. Dans J. Collin, M. Otero et L. Monnais (dir.). *Le médicament au coeur de la socialité contemporaine : regards croisés sur un objet complexe* (p. 36–66). Québec : Presses de l'Université du Québec.

Dorvil, H. et Thériault, M. (dir.). (2010). Le stigma, une forme spécifique d'inégalité sociale en santé mentale. Dans *Problèmes sociaux, médiation communautaire, recherche et santé*. Montréal : ACFAS, p.277-286.

Dorvil, H., Kirouac, L. et Dupuis, G. (2015). *Stigmatisation. Les troubles mentaux en milieu de travail et dans les médias de masse*. Québec : Presses de l'Université du Québec.

Dumont, A. (2012). *Stigmatisation dans la sphère du travail chez les personnes ayant des troubles de santé mentale*. [Travail dirigé, document non publié]. Université du Québec à Montréal.

E. Deegan, P. (2005). *Le rétablissement en tant que processus autogéré de guérison et de transformation. Socrate réhabilitation.* [https://www.collectif-schizophrenies.com/images/pdf/patricai-Deegan\\_le-Retablissement\\_processus\\_autogere\\_guerison\\_transformation.pdf](https://www.collectif-schizophrenies.com/images/pdf/patricai-Deegan_le-Retablissement_processus_autogere_guerison_transformation.pdf)

El-Hachem, L. (2015). SVS1510 — Notes du cours 7 [Présentation PowerPoint]. Repéré dans l'environnement StudiUM : <https://studium.umontreal.ca/>

El-Hachem, L. (2015). SVS1510 — Notes du cours 7 [Présentation PowerPoint]. Repéré dans l'environnement StudiUM : <https://studium.umontreal.ca/>

Farkas, M. (2018). L'émergence du rétablissement aux États-Unis d'un combat avec la maladie au « bien vivre ». *Vie sociale*, 3-4 (23-24), 53-74.

Franck, N. (2014). Remédiation cognitive et insertion professionnelle dans la schizophrénie. *L'Encéphale*, 40 (2), 575-580. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2014.04.004>

Frenette, M. et Henry, A. (1988). Réinsertion des personnes souffrant de schizophrénie : une marginalité à vie ? *Santé mentale Québec*, 13 (1), 125-131. <https://doi.org/10.7202/030432ar>

Gouvernement du Québec. (2018). *Cadre d'éthique*. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal. [https://cdn.ciuusssnordmtl.ca/documents/Menu/Votre\\_CIUSSS/Documentation/Code-d-ethique/Cadre-ethique\\_-2018-11-16.pdf?1570042507](https://cdn.ciuusssnordmtl.ca/documents/Menu/Votre_CIUSSS/Documentation/Code-d-ethique/Cadre-ethique_-2018-11-16.pdf?1570042507)

Gouvernement du Québec. (2022). *Mission*. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal. <https://www.ciuusssnordmtl.ca/a-propos/qui-sommes-nous/mission/>

Hochart, M. (2016). Vers la généralisation du pouvoir d'agir et de l'empowerment ? *Pratiques en santé mentale*, (3), 25-30. DOI 10.3917/psm.163.0025

Institut des troubles d'apprentissage. (2020). *Qu'est-ce que le plan d'intervention*. <https://www.institutta.com/ressources-parents/plan-intervention#:~:text=Le%20plan%20d'intervention%20est%20un%20document%20confidentiel%20qui%20sera,pas%20assist%C3%A9%20%C3%A0%20la%20rencontre.>

Jacques, M-C. et Morin, P. (2019). *Accompagner la personne vivant avec la schizophrénie*. Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux. [http://www.csss-iugs.ca/c3s/data/files/Guide\\_Schizophrenie.pdf](http://www.csss-iugs.ca/c3s/data/files/Guide_Schizophrenie.pdf)

Jacquet, A., Jacques, C. et Chrétien, M. (2019). Des ateliers pour favoriser l'intégration socioprofessionnelle d'adultes autistes : une étude pilote. *Annales Médico-psychologiques*, 177 (2), 142-148. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2017.03.032>

Khoury, E. et Chaput, M. (2021). L'approche par les forces en santé mentale : entre confrontation et découverte sur le terrain. *Intervention*, (153). 43-60. [https://revueintervention.org/wp-content/uploads/2021/06/ri\\_153\\_2021.2\\_Khoury\\_Chaput.pdf](https://revueintervention.org/wp-content/uploads/2021/06/ri_153_2021.2_Khoury_Chaput.pdf)

Knaak, S., Livingston, J., Stuart, H. et Thomas, U. (2017). *Lutter contre la stigmatisation structurelle entourant les problèmes de santé mentale et de consommation de substances dans les*

*établissements de soins de santé*. Commissions de la santé mentale du Canada. [https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2020-08/structural\\_stigma\\_framework\\_for\\_action\\_fr.pdf](https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2020-08/structural_stigma_framework_for_action_fr.pdf)

Krief, N. et Zardet, V. (2013). Analyse des données qualitatives et recherche-intervention. *Recherches en sciences de gestion*, 2 (95), 211-237.

Lampropoulos, D., Fonte, D. et Apostolidis, T. (2019) La stigmatisation sociale des personnes vivant avec la schizophrénie : une revue systématique de la littérature. *L'évolution psychiatrique*, 84 (2), 346-363. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2018.09.002>

Lannoy, P. (2012). *L'analyse thématique*. <https://medecine-generale.sorbonne-universite.fr/wp-content/uploads/2020/09/Analyse-thematique.pdf>

Latimer, E. et Lecomte, T. (2002). Le soutien à l'emploi de type « IPS » pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves : une voie d'avenir pour le Québec ? *Santé mentale au Québec*, 27 (1), 241-267. <https://doi.org/10.7202/014549ar>

Lecompte, T., Corbière, M. et Lysaker, P.H. (2014). Une intervention cognitive comportementale de groupe pour les personnes suivies dans le cadre d'un programme de soutien en emploi (TCC-SE). *L'Encéphale*, 40, 81-90. <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2014.04.005>

Lemay, L. (2007). L'intervention en soutien à l'empowerment : du discours à la réalité. La question occultée du pouvoir entre acteurs au sein des pratiques d'aide. *Nouvelles pratiques sociales*, 20(1), 165-180.

Lemay, L. (2007). L'intervention en soutien à l'empowerment : du discours à la réalité. La question occultée du pouvoir entre acteurs au sein des pratiques d'aide. *Nouvelles pratiques sociales*, 20(1), 165-180.

Levaux, M-N., Offerlin-Meyer, I., Laroi, F., Van der Linder, M. et Danion, J-M. (2009). Déficits cognitifs et difficultés d'insertion professionnelle chez des personnes présentant une schizophrénie. *Revue française des affaires sociales*, (1-2), 237-255. <https://doi.org/10.3917/rfas.091.0237>

Lévesques, J. et Panet-Raymond, J. (1994). L'évolution et la pertinence de l'approche structurelle dans le contexte social actuel. *Intervention individualisée et empowerment*, 43 (3), 24-39. <https://doi.org/10.7202/706666ar>

Lorabi, O., Samalin, L. et Llorca, P-M. (2010). Comorbidités somatiques et schizophrénie : une interaction multifactorielle complexe. *La lettre du psychiatre*, 6 (6), 201-222.

Mallet, L., Masson, A., Delatte, B., Domken, M-A., Floris, M., Pirson, O., Dubois, V., Gillain, B., Stillemans et Detraux, J. (2010). L'autonomie et son évaluation dans les troubles schizophréniques. *Supplément à Neurone*, 15 (10), 1-12.

Ménard, J-M. (2017). *Plan d'intervention et continuité de services (PICS) en contexte de troubles concomitants*. INESSS. [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Webinaires/Fevrier\\_2017/Plan-intervention-continuite-services-contexteTC.2017-02-21.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Webinaires/Fevrier_2017/Plan-intervention-continuite-services-contexteTC.2017-02-21.pdf)

Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). (2015). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-914-17W.pdf>

Mongeau, P. (2008). *Réaliser son mémoire ou sa thèse : Côté Jeans et Côté Tenue de soirée*. Presses de l'Université du Québec.

Mouna, B. (2009). Stigmatisation — Troubles mentaux — Schizophrénie — Trouble bipolaire — Dépression. Université Mohammed V de Rabat. Récupéré de <http://ao.um5.ac.ma/xmlui/bitstream/handle/123456789/1047/M1402009.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Mouvement pour mettre fin à l'itinérance à Montréal (MMFIM). (2022). L'approche axée sur les forces : aperçu. <https://mmfim.ca/lapproche-axee-sur-les-forces-apercu/>

Pachoud, B. (2014). Handicap psychique et insertion professionnelle : de nouvelles orientations théoriques et pratiques. *Le Journal des psychologues*, 2 (315), 32-36.

Pachoud, B. et Allemand, C. (2013). Le soutien à l'emploi (ou les pratiques de « *job coaching* ») : une nouvelle stratégie d'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique. *L'évolution psychiatrique*, 78 (1), 107-117. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2013.01.004>

Pachoud, B. (2018). L'emploi accompagné : rupture ou continuité avec les approches traditionnelles d'aide à l'insertion professionnelle ? *Pratiques en santé mentale*, (3), 21-26. DOI 10.3917/psm.183.0021

Pachoud, B., Llorca, P.M., Azorin, J-M., Dubertret, C., De Pierrefeu, I., Gaillard, R. et Franck, N. Comment améliorer les pratiques et interventions de soutien à l'insertion professionnelle des patients souffrant de schizophrénie en France ? (2015). *L'Encéphale*, 41 (1), 507-514.

Peoc'h, M., Trichet, Y. et Druel, G. (2019). Rétablissement subjectif dans la schizophrénie : nouveauté ou renouveau ? *Annales Médico-psychologiques*, 177 (8), 781-787. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2018.01.017>

Pinsonneault, A. (2015). *Schizophrénie*. Unipsed.net. <http://www.unipsed.net/?p=8076>

Plagnol, A. (2009). Pathologie schizophrénique et insertion professionnelle. *La lettre du psychiatre*, 5 (6), 118-120.

Poirel, M-L., Weiss, B., Khoury, E. et Clément, M. (2015). Entre pressions normatives et résistances : l'intégration dans la collectivité des personnes vivant avec un problème de santé mentale. *Nouvelles pratiques sociales*, 27 (2), 193-207. <https://doi.org/10.7202/1037687ar>

Psychologies. (2022). *Jeu de rôle*. <https://www.psychologies.com/Dico-Psycho/Jeu-de-role>

Richierie, R., Adida, M. et Lançon, C. (2012). Schizophrénies et comorbidités psychiatriques. *Pathologies schizophréniques*, 173-178. <https://doi.org/10.3917/lav.daler.2012.01.0173>

Robert, E. (2022). *Divulguer son diagnostic de trouble neurologique ou de santé mentale : un piège ou un outil ?* Mon emploi. <https://www.monemploi.com/magazines/divulguer-son-diagnostic-de-trouble-neurologique-ou-de-sante-mentale-un-piege-ou-un-outil>

Robillard, S. et Lamoureux, D. (2011). *Suivi Intensif dans le Milieu : un service adapté aux besoins des personnes vivant avec une maladie mentale grave et persistante*. Centre de santé et de services sociaux de la Haute-Yamaska. <https://crise.ca/wp-content/uploads/2019/04/Suivi-intensif-dans-le-milieu-un-service-adapt%C3%A9-aux-besoins-des-personnes-vivant-avec-une-maladie-mentale-grave-et-persistante.pdf>

Roc, M-L. et Hébert, A. (2013). *L'intervention sociale individuelle en santé mentale dans une perspective professionnelle*. OTSTCFQ. <https://www1.otstcfq.org/wp-content/uploads/2017/06/l-intervention-sociale-individuelle-en-sante-mentale-dans-une-perspective-professionnelle.pdf>

Rodriguez Del Barrio, L., Corin, E. et 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).

Roy, M-A. (2017). *Aide-mémoire*. Centre national d'excellence en santé mentale. <https://cerrisweb.com/wp-content/uploads/carton-aide-memoire-planIntervention.pdf>

RRASMQ. (2016). *La gestion autonome de la médication en santé mentale*. [Brochure] GAM. [http://www.rrasmq.com/GAM/documents/GAM\\_brochure\\_VFweb.pdf](http://www.rrasmq.com/GAM/documents/GAM_brochure_VFweb.pdf)

Ryan, P., Baumann, A. E. et Griffiths, C. (2012). L'empowerment. *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie*, 251-266. <https://doi.org/10.3917/eres.jouet.2012.01.0251>

Salomé, C. (2021). *8 idées reçues sur la schizophrénie !* Carenity. <https://www.carenity.com/infos-maladie/magazine/actualites/8-idees-recues-sur-la-schizophrenie-2110>

Santé mentale Québec. (2022). *Insertion socioprofessionnelle*. <https://smq-bsl.org/services/insertion-socioprofessionnelle/>

Shepell•fgi. (2021). *Les préjugés entourant la maladie mentale*. Gérer la stigmatisation. <https://www.shepellfgi.com/managingstigma/article.aspx?aid=55&lang=2>

Société québécoise de la schizophrénie (SQS). (2010). *Le pouvoir social des employeurs*. <https://www.schizophrenie.qc.ca/documents-sqs>

Société québécoise de la schizophrénie (SQS). (s.d.). *Prévention*. <https://www.schizophrenie.qc.ca/fr/prevention>

Société québécoise de la schizophrénie (SQS). (s.d.). *Schizophrénie*. <https://www.schizophrenie.qc.ca/fr/schizophrenie>

Société québécoise de la schizophrénie (SQS). (s.d.). *Réinsertion sociale*. <https://www.schizophrenie.qc.ca/fr/reinsertion-sociale>

Statistique Canada. (2021). *Échantillonnage non probabiliste*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/edu/power-pouvoir/ch13/nonprob/5214898-fra.htm>

Stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté. (2020). *Note de cadrage de la formation : Travail social et insertion socio-professionnelle*. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/note\\_de\\_cadrage\\_travail\\_social\\_et\\_insertion\\_socioprofessionnelle.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/note_de_cadrage_travail_social_et_insertion_socioprofessionnelle.pdf)

Suter, C., Favrod, J. et Pellet, J. (2019). Auto-stigmatisation dans la schizophrénie. *Laennec*, 3 (67), 34-43. <https://doi.org/10.3917/lae.193.0034>

Tessier, E. (2020). *4 étapes pour analyser des données qualitatives*. Dynamo. <https://dynamocollectivo.com/blogue/lanalyse-de-donnees-qualitatives-en-4-etapes/>

Valois, M. et Fafard, D. (2019). *La divulgation d'un problème de santé mentale en milieu de travail*. [Présentation PowerPoint]. [https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/journees-annuelles-de-sante-mentale/B5\\_JASM\\_2019.pdf](https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/journees-annuelles-de-sante-mentale/B5_JASM_2019.pdf)

Vézina, S. (2007). Perspective critique en intégration au travail des individus vivant des troubles mentaux graves et persistants. *Santé mentale au Québec*, 27 (1), 286-302. <https://doi.org/10.7202/014551ar>

Violeau Beaugendre, L. (2020). *Stigmatisation de soi dans la schizophrénie : une série d'études en population générale et clinique* [Thèse de doctorat, Université de Bordeaux].

Yvon, F. et Prouteau, A. (2017). Vers une compréhension de la stigmatisation : quel est le stéréotype associé à la schizophrénie ? *Santé mentale au Québec*, 42 (2), 125-131. <https://doi.org/10.7202/1041919ar>