

Mise en garde

Ceci est un travail d'étudiant. Tout ce qui a été écrit n'a pas été nécessairement vérifié et validé. Cependant, il nous apparaît intéressant de le rendre disponible pour réflexion et approfondissement d'un sujet.

Université de Montréal

**STIGMATISATION DANS LA SPHÈRE DU TRAVAIL
CHEZ LES PERSONNES AYANT DES TROUBLES DE
SANTÉ MENTALE**

par

Amélie Dumont

Programme d'ergothérapie, École de Réadaptation

Faculté de médecine

Projet d'intégration présenté à la Faculté des études supérieures et postdoctorales
en vue de l'obtention du grade de Maîtrise en sciences (ergothérapie)

Sous la direction de :

Catherine Briand

Août 2012

© Amélie Dumont, 2012

Résumé

STIGMATISATION DANS LA SPHÈRE DU TRAVAIL CHEZ LES PERSONNES AYANT DES TROUBLES DE SANTÉ MENTALE

Dumont, A. et Briand, C.*. Programme d'ergothérapie, École de réadaptation, Université de Montréal.

*Centre d'études sur la réadaptation, le rétablissement et l'insertion sociale – www.cerrisweb.com, Centre de recherche Fernand-Seguin.

Introduction : Plusieurs études montrent que le fait d'occuper un emploi compétitif entraîne des effets positifs chez les personnes ayant un trouble mental (TM). Toutefois, ces personnes sont encore largement sous-représentées dans la sphère du travail, en partie en raison de la stigmatisation faite par les employeurs. Les établissements de santé, en particulier les établissements de santé mentale, reconnaissent l'importance de lutter contre la stigmatisation. Cependant, dans les faits, ils n'embauchent pas plus ces personnes.

Méthodologie : Une consultation de documents-clés en lien avec la stigmatisation, une revue de la littérature scientifique et l'analyse plus approfondie d'articles en lien avec les barrières à l'emploi, la divulgation, la législation ainsi que la perception des employeurs ont été effectuées.

Résultats : Ce projet permet de bien définir les concepts liés à la stigmatisation en lien avec la sphère du travail. De plus, il permet de mieux comprendre l'embauche et la non-embauche des personnes ayant un TM en regard de la stigmatisation.

Discussion/conclusion : Ce projet interpelle les ergothérapeutes œuvrant en santé mentale dans leur rôle d'agent de changement, puisqu'il permet de comprendre les aspects sociaux entravant l'accès à une occupation aussi importante que le travail. Une réflexion sera également entamée sur l'embauche des personnes ayant un TM dans les établissements de santé.

Table des matières

Liste des tableaux	iii
Liste des figures	iii
Remerciements.....	iv
Introduction.....	1
Buts et objectifs spécifiques du travail	4
Méthodologie	4
Résultats.....	9
Objectif 1 : Définition de la stigmatisation et des concepts sous-jacents	9
Objectif 2 : Revue de la littérature sur la stigmatisation dans les milieux de travail ...	15
Barrières à l'emploi	15
Perceptions à l'égard des personnes ayant un TM	18
Divulgateion.....	19
Aspects légaux.....	22
Discussion/Conclusion	25
Barrières à l'emploi : interaction personne-environnement.....	25
Discrimination structurelle.....	25
Législation au Québec.....	28
Droit à l'égalité en emploi	29
Programmes d'accès à l'égalité.....	30
Législation au Royaume-Uni.....	32
Vers un modèle basé sur l'employeur exemplaire.....	33
Apport des ergothérapeutes face à la problématique de stigmatisation.....	35
Limites du présent travail.....	36
Références.....	38

Liste des tableaux

Tableau 1. Termes de recherche pour la recension des écrits.....	5
Tableau 2. Critères d'inclusion et d'exclusion.....	6
Tableau 3. Résultats de la recherche d'articles de périodiques.....	6
Tableau 4. Résumé de l'objectif 1 appliqué au contexte du travail.....	14
Tableau 5. Barrières à l'emploi relevées par les usagers.....	16
Tableau 6. Avantages liés à la divulgation du trouble mental au travail.....	20
Tableau 7. Désavantages liés à la divulgation du trouble mental au travail.....	21

Liste des figures

Figure 1. Processus de sélection des articles pour l'analyse.....	8
Figure 2. Processus de stigmatisation au travail	13

Remerciements

Je remercie Mme Catherine Briand, professeure agrégée à l'École de réadaptation de l'Université de Montréal et chercheure régulière au Centre de recherche Fernand-Seguin pour son soutien et sa disponibilité dans l'élaboration de mon projet. Je la remercie également pour sa confiance et ses encouragements qui m'ont permis de garder le cap tout au long de la rédaction.

Je remercie également M. Daniel Gélinas, professionnel de recherche au Centre de recherche Fernand-Séguin (CRFS) pour son temps et les précieuses ressources documentaires. M. Gélinas m'a ouvert les yeux sur la notion de l'employeur exemplaire et je le remercie d'avoir pris le temps de partager ses réflexions avec moi sur ce sujet de haute importance.

J'aimerais remercier Mme Dominique Michaud, coordonnatrice au Centre d'études sur la réadaptation, le rétablissement et l'insertion sociale (CÉRRIS) puisqu'elle a eu le souci d'offrir une visibilité aux projets étudiants.

Enfin, j'aimerais remercier ma famille et mes amis pour leur soutien et leurs encouragements.

Introduction

Le travail est une activité productive importante dans notre société et est un élément fondamental dans la définition de l'identité des individus. Chez les personnes présentant un trouble de santé mentale¹ (TM), le fait d'occuper un emploi peut entraîner plusieurs effets positifs, tels que l'amélioration de l'estime de soi, une meilleure gestion des symptômes, un sentiment d'accomplissement personnel et une meilleure inclusion sociale (Blank, Harries, & Reynolds, 2011; Bond, et al., 2001). Plusieurs études ont été effectuées afin de déterminer quelles interventions étaient les plus favorables à l'intégration à l'emploi des personnes vivant avec un trouble de santé mentale. À ce jour, l'intervention reconnue comme étant la plus efficace est le soutien à l'emploi (*supported employment*), le plus souvent sous la forme du modèle IPS (*Individual Placement Support*) (Corrigan, Mueser, Bond, Drake, & Solomon, 2009a; Crowther, Marshall, Bond, & Huxley, 2001; Rinaldi, Miller, & Perkins, 2010). Cette intervention favorise l'accès rapide à des emplois compétitifs en offrant le soutien nécessaire à travers le processus d'embauche et de maintien au travail.

Bien que ce type d'intervention favorise l'accès à des emplois compétitifs, le taux d'emploi des personnes ayant un trouble de santé mentale demeure grandement inférieur

¹ Les troubles mentaux peuvent être catégorisés selon qu'ils sont communs ou graves. Les troubles mentaux communs sont définis comme étant plus courants dans la population active. Habituellement, les personnes qui ont ce type de trouble sont en processus de retour à leur poste de travail d'avant le début de la maladie (troubles anxieux, dépression, trouble d'adaptation). Les troubles mentaux graves se définissent selon trois indicateurs : 1-Incapacité qui interfère avec le fonctionnement dans un ou plusieurs domaines d'activités. 2-Durée anticipée, persistance des problèmes de santé dans le temps, 3- prédominants : schizophrénie, troubles schizoaffectifs, troubles bipolaires et dépression majeure (Corbière & Durand, 2011).

Ces deux groupes présentent des divergences en terme de stigmatisation vécue, notamment en raison de l'historique d'institutionnalisation et de maltraitance des personnes ayant un trouble mental sévère. Dans le présent travail, les deux types de trouble seront toutefois abordés comme faisant partie d'un continuum, afin d'avoir une vision holistique de la stigmatisation pouvant avoir lieu dans les milieux de travail.

à celui de la population en général (Stuart, 2011). En effet, le taux de non-emploi varierait de 70 à 90%, selon le TM (Association canadienne pour la santé mentale, 2012). Cet élément est préoccupant, considérant qu'environ 20% de la population canadienne souffrira d'une maladie mentale et considérant les effets néfastes reconnus de la non-participation au travail, tels que l'isolement social et l'exacerbation des symptômes cliniques (Corbière & Durand, 2011; Santé Canada, 2002).

La stigmatisation est l'un des principaux aspects affectant la participation au travail chez les individus ayant des troubles mentaux. Elle se définit comme un processus complexe où plusieurs éléments sont interreliés afin de marginaliser une personne et la priver de ses droits. Cela comprend des éléments sociaux, structurels, de groupes et individuels (Stuart, 2011). La stigmatisation se subdivise en deux principales catégories : le stigma social et l'autostigmatisation. Le stigma social se produit lorsque des personnes en situation d'autorité empêchent certains individus d'avoir les mêmes opportunités que l'ensemble de la population. Au niveau du travail, un employeur pourrait décider de ne pas embaucher une personne sous prétexte qu'elle souffre d'un trouble mental. De l'autre côté, l'autostigmatisation apparaît lorsque l'individu s'approprie les caractéristiques négatives véhiculées par la société et qu'il en résulte une perte d'estime de soi et une diminution du sentiment d'efficacité personnelle (Corrigan, Mueser, Bond, Drake, & Solomon, 2009b). Il peut en résulter une incapacité qui renforce les préjugés à l'égard des personnes ayant des troubles mentaux. Peu importe quelle forme prend la stigmatisation, elle contribue à limiter l'accès à l'emploi pour ces individus.

Diverses mesures ont été mises en place afin de diminuer la stigmatisation et favoriser l'intégration des individus ayant des troubles de santé mentale dans les milieux de travail.

Au Québec, la *Charte québécoise* interdit la discrimination des personnes ayant un handicap² dans tous les aspects de l'emploi. La *Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale* et la *Loi sur l'accès à l'égalité en emploi dans des organismes publics* découlent de cette charte et balisent les actions à prendre par les organismes publics et parapublics en terme d'intégration au travail (Laflamme & Nadeau, 2011).

Malgré ces mesures, il apparaît que la stigmatisation est toujours présente dans notre société et ne permet pas une chance égale entre tous les individus. Certaines données laissent même penser que la stigmatisation se serait accrue dans les dernières années (Corrigan, et al., 2009b; Thornicroft, 2006b). Dans les médias québécois, diverses personnes rapportent avoir été victimes de stigmatisation dans leur processus d'embauche, notamment dans milieu de la santé (Bussièrès, 2010). Cette situation apporte des questionnements, considérant que les milieux qui font la promotion de la santé mentale peuvent eux-mêmes faire preuve de discrimination à l'égard d'une population qu'ils connaissent pourtant bien.

À travers le processus de maintien ou de retour/réinsertion au travail des individus ayant des troubles mentaux, les ergothérapeutes sont appelés à s'assurer que les milieux soient accessibles et non-stigmatisant. Afin de bien remplir ce rôle, il importe de bien comprendre les mécanismes de stigmatisation ainsi que les principaux facteurs contribuant à la non-embauche des personnes ayant un TM.

² Selon Laflamme et Nadeau, les troubles mentaux sont généralement reconnus comme un handicap suite à une interprétation du terme par la Cour suprême du Canada (Laflamme & Nadeau, 2011).

Buts et objectifs spécifiques du travail

But: Mieux comprendre l'embauche et la non-embauche des personnes ayant un TM en regard de la stigmatisation.

Objectifs :

1. Définir les concepts sous-jacents à la stigmatisation et les appliquer à la sphère du travail;
2. Faire une revue de la littérature générale concernant la stigmatisation dans les milieux de travail pour les personnes ayant un trouble de santé mentale;

Méthodologie

Le premier objectif a été effectué en consultant des documents clés en matière de stigmatisation. Contrairement au deuxième objectif, aucune revue de littérature n'a été effectuée. Des documents ont d'abord été repérés lors d'une rencontre avec Daniel Gélinas, professionnel de recherche au Centre de recherche Fernand-Séguin (CRFS) et spécialisé en réadaptation en santé mentale. Cette rencontre a eu lieu le 17 novembre 2011. Suite à cette rencontre et à des recherches informelles sur le sujet, cinq ouvrages et deux articles de périodiques ont été répertoriés et utilisés afin de définir les termes associés à la stigmatisation. Un modèle regroupant les points de vue exprimés dans ces ouvrages a ensuite été schématisé.

Pour le deuxième objectif, une revue de la littérature a été effectuée dans 6 bases de données, soit Medline, CINAHL, Embase, OTSeeker, Cochrane et PsycInfo. Cette revue a été effectuée entre novembre 2011 et mai 2012. Les tableaux 1 et 2 présentent les mots-clés utilisés ainsi que les critères d'inclusion et d'exclusion utilisés. Le tableau 3 présente

les résultats selon les bases de données utilisées. Les termes de recherches choisis étaient larges afin de regrouper l'ensemble de la littérature à ce sujet. Des regroupements par thèmes spécifiques ont ensuite été effectués à l'aide des résumés. Le processus complet est schématisé à la figure 1. Les quatre thèmes retenus pour une analyse plus approfondie sont : barrières à l'emploi, aspects législatifs, divulgation et perceptions sociales. Ces thèmes ont été choisis puisqu'ils permettent de comprendre les diverses problématiques liées à l'embauche ou la non-embauche des personnes ayant un TM en regard de la stigmatisation. Les autres thèmes ont donc été exclus du présent travail.

Tableau 1. Termes de recherche pour la recension des écrits

Thèmes	Mots clés
Stigmatisation	<i>Stigma*</i> (<i>stigma, stigmatization</i>) <i>Discrimination</i> <i>Self stigma</i> <i>Social Stigma</i> <i>Stereotyp*</i> (<i>Stereotyping, stereotype</i>) <i>Exclusion</i> <i>Prejudice</i> <i>Label*</i> (<i>label, labelling</i>) <i>Employment discrimination</i> <i>Social discrimination</i> <i>Social Attitudes</i> <i>Attitudes to mental illness</i>
Travail	<i>Work*</i> (<i>work, worker, working status, workplace, work setting</i>) <i>Employ*</i> (<i>employment, employee, unemployment</i>)
Troubles mentaux	<i>Mental disorders</i> <i>Mental illness</i> <i>Psychiatric diagnosis</i> <i>Mental disease</i>

Tableau 2. Critères d'inclusion et d'exclusion

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
- Articles traitant d'une population occidentale	-Articles parus avant 2000 -Articles dans une autre langue que le français ou l'anglais -Article provenant d'un pays où la culture est très différente des pays occidentaux. ³ - Population présentant une démence - Population présentant des troubles de consommation de substances comme problématique principale

Tableau 3. Résultats de la recherche de périodiques

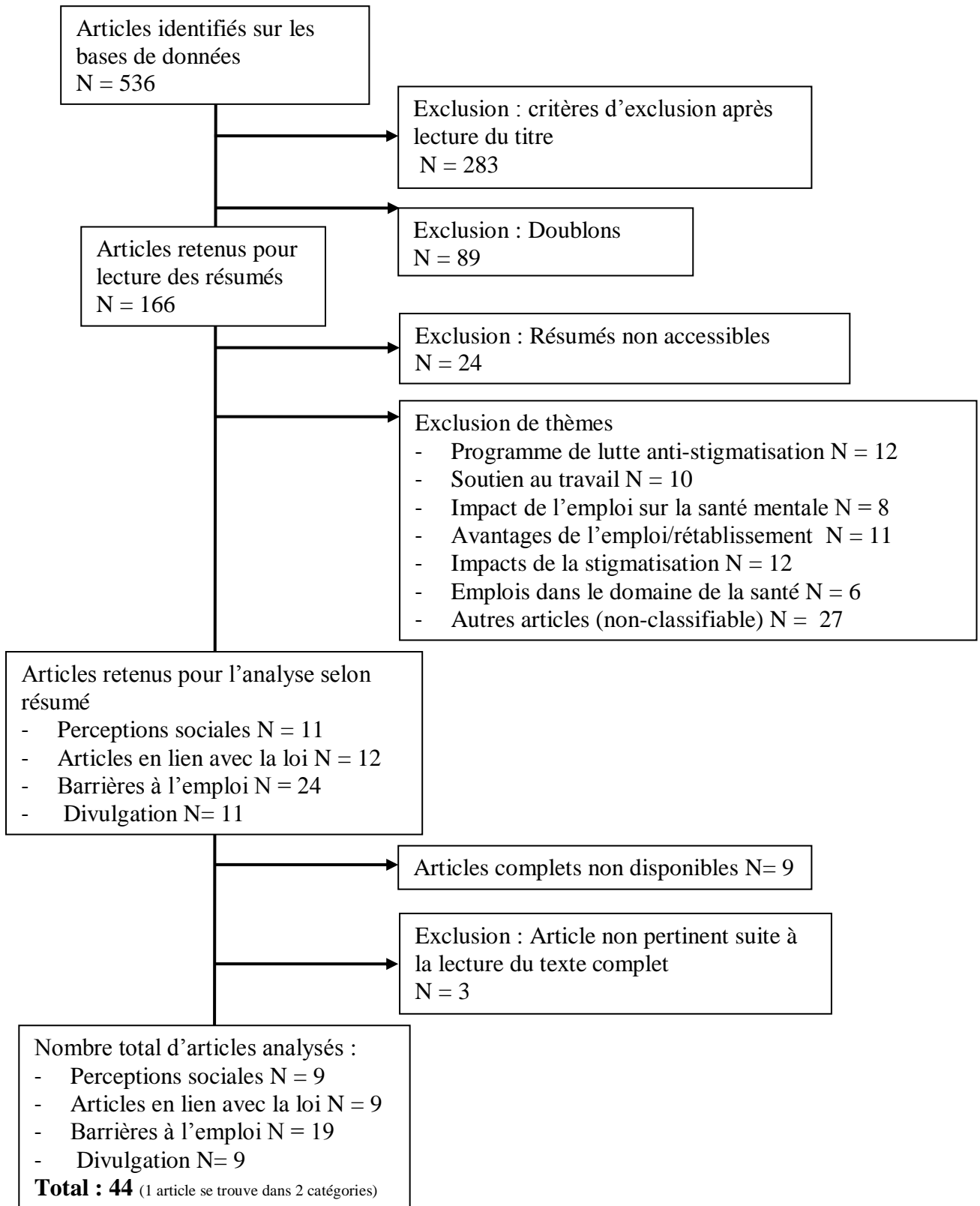
Bases de données	Mots clés utilisés⁴	Nombre total d'articles trouvés	Articles retenus après lecture du titre
Medline (même que PubMed)	<i>Stereotyping OR Prejudice OR Social stigma OR discrimination</i> AND <i>Work OR Employment</i> AND <i>Mental disorders</i>	42	38
Embase	<i>Social Stigma OR Social Psychology OR Employment discrimination OR Social discrimination</i> AND <i>Employment + OR Work +</i> AND <i>Mental disease</i>	188	53
CINHAL	<i>Stigma OR Prejudice OR Stereotyping OR Social Attitudes OR Attitude to Mental Illness OR Employment discrimination</i> AND <i>Employment+ OR Unemployment OR Work</i> AND <i>Mental disorders +</i>	216	127
PsycInfo	<i>Stereotyping OR Prejudice OR Stigma OR discrimination OR Employment discrimination</i>	47	34

³ La stigmatisation est un phénomène social qui est donc en partie influencé par le contexte culturel. Pour cette raison, seuls les articles provenant de pays occidentaux ont été conservés.

⁴ Les dictionnaires Thésaurus des bases de données ont été utilisés. Le « + » signifie que les termes sous-jacents ont été inclus dans la recherche (*explode*).

	<i>OR Stereotyped attitudes AND Employment Status or Workplace AND Mental disorders+</i>		
OTSeeker	<i>Stereotyping OR Prejudice OR Social stigma OR discrimination AND <u>Diagnosis: Mental Health</u></i>	5	0
Cochrane	<i>Mental Health AND Stigma</i>	1	0
	<i>Mental Health AND Discrimination</i>	8	1
	<i>Employment AND discrimination</i>	5	0
	<i>Stereotyping OR Prejudice OR Social stigma OR discrimination AND Employment AND Mental disorders</i>	24	0
Total		536	253

Figure 1. Processus de sélection des articles pour l'analyse



Résultats

Objectif 1 : Définition de la stigmatisation et des concepts sous-jacents

La stigmatisation est un phénomène complexe qui mérite d'être défini de manière approfondie. Dans un article paru en 2001, Link et Phelan apportent une définition holistique du stigma en notant que celui-ci existe lorsque des éléments d'étiquetage, de stéréotype, de séparation des groupes, de perte de statut et de discrimination se produisent ensemble dans une situation de pouvoir (Link & Phelan, 2001). Les principaux éléments de cette définition seront donc définis en considérant à la fois la vision de Link et Phelan et celle de la théorie des attributions.

Selon Corrigan et ses collaborateurs, l'**étiquette** est le signal clé qui mène aux stéréotypes, préjugés et à la discrimination. Les étiquettes peuvent être attribuées de plusieurs manières : par les autres, par association ou par les individus eux-mêmes (Corrigan, et al., 2009b). Link et Phelan spécifient que l'élément identifié comme étiquette (par exemple le diagnostic de maladie mentale) est un phénomène social, puisque cet attribut spécifique est choisi comme ayant de l'importance. Ces caractéristiques varient donc considérablement selon l'époque et l'endroit où l'on se trouve.

Selon Link et Phelan, la séparation des groupes se produit lorsque les étiquettes attribuées à un groupe de personnes deviennent une raison de penser que les personnes qui portent cette étiquette sont différentes de celles qui ne la portent pas. Ainsi, les personnes sont vues comme différentes de « nous » et nommées selon leur attribut, comme si elles n'étaient définies que par celui-ci (ex. : un schizophrène) (Link & Phelan, 2001). Ce phénomène proviendrait d'un mécanisme évolutionnaire permettant de réduire l'insécurité et de favoriser la survie (Crisp, 2004). En effet, Crisp mentionne que

l'humain a des réponses biologiques de rejet et de peur face à ce qu'il perçoit comme menaçant pour sa survie ou ayant un mauvais potentiel de reproduction (mécanisme en lien avec la théorie de l'évolution qui entraîne le rejet face à un individu perçu comme « génétiquement faible»). Ces critères pourraient avoir été modulés dans le temps et être davantage liés à des caractéristiques économiques et culturelles (ex. : être capable de gagner sa vie pour fonder un foyer). Les réponses biologiques de rejet et de peur seraient donc aujourd'hui activées par la perception qu'un individu ne cadre pas dans nos perspectives économiques et culturelles (Crisp, 2004).

Selon Corrigan et ses collaborateurs, le **stéréotype** est une croyance négative à propos d'un groupe ou de soi-même (dangereux, incompetent, etc.). Il s'agit de structures de connaissances apprises par les membres d'un groupe social et qui sont acceptées collectivement (Corrigan, et al., 2009b). Les stéréotypes sont notamment véhiculés par les médias. Le fait de connaître un stéréotype ne veut toutefois pas dire qu'on y adhère. On parle de **préjugé** lorsqu'une personne endosse le stéréotype et qu'il y a des émotions négatives comme résultat (colère, peur). Il s'agit d'une réponse cognitive et affective (Corrigan, et al., 2009b).

Link et Phelan mentionnent que la perte de statut et la discrimination sont les conséquences des processus cognitifs définis précédemment. Les groupes qui ont des statuts socialement dévalorisés en raison des attributs négatifs qui leur sont attribués vivent également des formes d'inégalité dans les interactions sociales de petits groupes. Ces inégalités peuvent prendre des formes très subtiles, mais tout de même mener à des chances inégales au niveau de l'emploi, du bien-être, de la qualité de vie, du lieu d'habitation, de la santé, etc (Link & Phelan, 2001).

Pour Corrigan et ses collaborateurs, la **discrimination** est une réponse comportementale au préjugé. Elle peut prendre une multitude de formes et être directe ou indirecte. La discrimination individuelle se produit lorsqu'une personne a des préjugés envers une autre personne et s'engage dans une forme évidente de discrimination envers elle (ex. : un employeur qui rejette une demande d'emploi en raison du TM de la personne). La discrimination structurelle est beaucoup plus subtile, mais tout aussi dommageable. Elle 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). Même si une personne ayant un trouble de santé mentale ne reçoit pas directement de discrimination, ses chances ne sont pas équivalentes à celles d'individus n'ayant pas cette étiquette (Link & Phelan, 2001). Le fait que les professionnels de la santé tendent à diminuer leurs attentes en matière d'emploi pour ces personnes et que les établissements de santé ne les embauchent pas peut également faire partie d'une discrimination structurelle (Stuart, 2011).

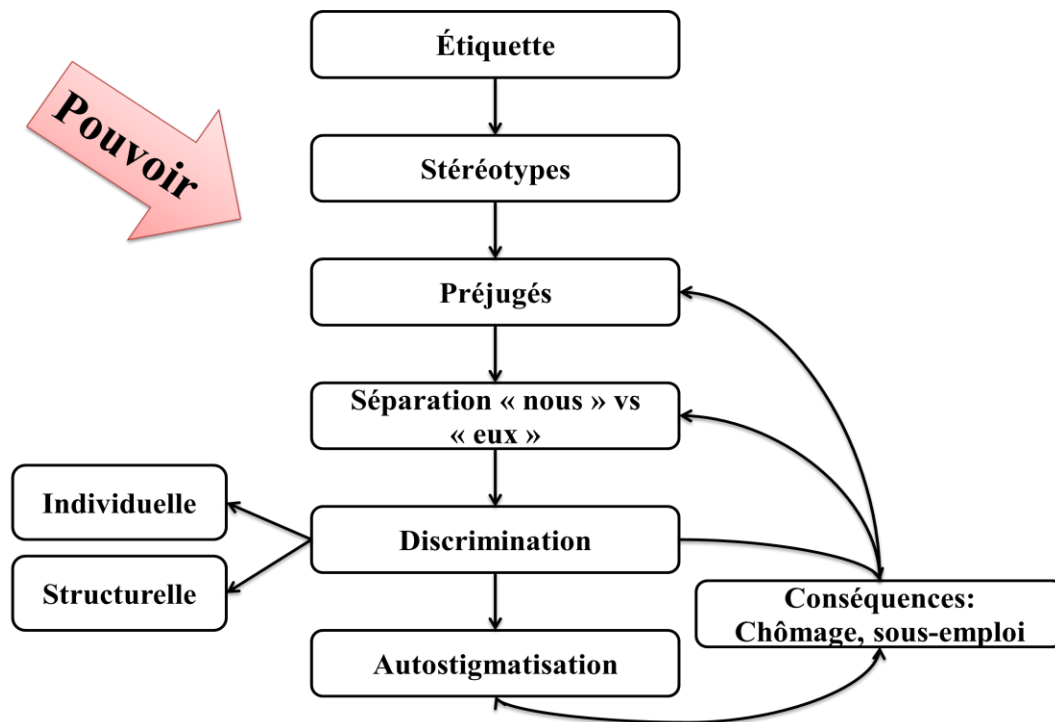
Link et Phelan soulignent l'importance de considérer le pouvoir dans la stigmatisation. En effet, sans l'aspect du pouvoir, les processus cognitifs qui sous-tendent la stigmatisation n'ont pas d'impacts (Link & Phelan, 2001). Dans le domaine du travail, il est clair qu'il existe une relation de pouvoir entre l'employeur et les employés. De plus, les professionnels de la santé et les organisations de travail (publiques ou privées) sont également en situation de pouvoir. La stigmatisation est donc facilement opérable.

Le dernier concept important est celui d'**autostigmatisation**. Celle-ci survient lorsque la personne s'approprie les caractéristiques négatives qui sont véhiculées dans la société à

son égard. Il en résulte une perte d'estime de soi, une réduction du sentiment d'efficacité personnelle et une confiance amoindrie dans le futur (Corrigan, et al., 2009b).

La figure 2 présente le processus de stigmatisation au travail, selon ma compréhension des différentes lectures effectuées. Les étiquettes sont le signal qui mène aux stéréotypes, qui eux-mêmes peuvent entraîner une réponse émotionnelle négative (préjugés). S'ensuit une séparation du « nous » versus « eux », où une certaine déshumanisation de l'autre survient. Des comportements discriminatoires peuvent résulter de cette division, par exemple la non-embauche ou le renvoi des personnes ayant un TM. Si la personne s'approprie et internalise les caractéristiques véhiculées par la société stigmatisante (autostigmatisation), elle peut choisir d'elle-même de ne pas chercher d'emploi, sentant qu'elle n'a pas les compétences pour le faire. Le non-emploi, qu'il soit en raison d'une stigmatisation sociale ou de l'autostigmatisation, peut contribuer aux préjugés selon lesquels les personnes ayant un TM ne sont pas compétentes pour travailler et accentuer la différence entre le « nous » et le « eux ». Finalement, la flèche rouge indique le pouvoir, puisque comme le rapportent Link et Phelan, cet élément est essentiel à l'opérationnalisation de la stigmatisation.

Figure 2. Processus de stigmatisation au travail



Le tableau 4 permet de mieux comprendre l'application de chaque concept lié à la stigmatisation à la sphère du travail pour les personnes ayant un TM.

|

Tableau 4. Résumé appliqué au contexte du travail (Corrigan & Lundin, 2001; Corrigan, et al., 2009b; Link & Phelan, 2001; Stuart, 2006; Stuart, 2011; Thornicroft, 2006a)

Concept	Application avec les troubles de santé mentale au travail
Étiquette	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic de trouble de santé mentale (schizophrénie, dépression majeure, troubles anxieux, etc.)
Stéréotypes	Penser que les personnes ayant un trouble de santé mentale : <ul style="list-style-type: none"> • Ont une humeur instable • Sont dangereuses • Sont incompetentes • Sont incapable de faire face aux stressors liés au travail • Sont irresponsables • Nécessitent d’être prises en charge
Préjugés/Émotions	Adhérer aux stéréotypes et ressentir face aux personnes ayant un trouble de santé mentale : <ul style="list-style-type: none"> • De la colère • De la peur • Un manque de confiance
Discrimination individuelle	Actions ou comportements envers les personnes ayant un trouble de santé mentale : <ul style="list-style-type: none"> • 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 • Moqueries ou commentaires de collègues
Discrimination structurelle	<ul style="list-style-type: none"> • Attentes moins élevées des professionnels de la santé en matière d’emploi • Système fonctionnant par références qui diminue les chances de ceux ayant un plus faible réseau social • Manque de disponibilité de programmes de soutien à l’emploi (manque de fonds, manque de professionnels qui choisissent des milieux plus valorisants socialement) • Procédure administrative qui met l’accent sur le bilan de santé par souci de réduire les coûts d’assurance
Internalisation du stigma	<ul style="list-style-type: none"> • Perte de confiance en soi • Diminution du sentiment d’efficacité personnelle • Craintes d’aller porter des demandes d’emploi • Honte face à sa situation

Objectif 2 : Revue de la littérature sur la stigmatisation dans les milieux de travail

Pour répondre à cet objectif, 43 articles ont été lus afin d'en faire ressortir les éléments les plus importants. Parmi ces articles, 19 traitaient des barrières à l'emploi, 9 des perceptions sociales, 9 de la divulgation et 9 des aspects légaux en lien avec les lois anti-discrimination. La présente section regroupe donc les principaux éléments émergents de ces lectures et permet d'avoir une vue d'ensemble sur l'embauche et la non-embauche des personnes ayant un TM.

Barrières à l'emploi

Parmi les articles traitant des barrières à l'emploi, 11 étaient de nature qualitative et s'intéressaient aux perceptions des usagers. Les principales barrières relevées dans ces articles sont : les symptômes de la maladie, les effets secondaires de la médication, la diminution de la confiance en ses capacités, les attitudes négatives des professionnels de la santé, la discrimination et la stigmatisation, la perte des bénéfices financiers, le manque d'habiletés personnelles ainsi que le manque de soutien (Arthur, Knifton, Park, & Doherty, 2008; Bassett, Lloyd, & Bassett, 2001; Bergmans, et al., 2009; Blank, et al., 2011; Gannon & Gregory, 2007; Henry & Lucca, 2004; Morgan, 2005; Oliver, 2011; Peterson, Pere, Sheehan, & Surgenor, 2007; Roets, Kristiansen, Van Hove, & Vanderplasschen, 2007; Secker, Grove, & Seebohm, 2001). Le tableau 5 présente ces principales barrières selon les études où elles ont été relevées. Ces barrières ont été divisées en deux grandes catégories : les barrières liées à la personne (maladie et autostigmatisation) et les barrières liées à l'environnement (discrimination structurelle ou

individuelle). Ce tableau montre que les barrières environnementales sont celles qui sont le plus relevées dans les articles qui traitent de la perception des utilisateurs de service.

Tableau 5. Barrières à l'emploi relevées par les usagers

Type de barrière	Auteurs												Total		
	Barrières														
PERSONNE	Maladie	Symptômes de la maladie						x		x	x		x		4
		Effets secondaires de la médication		x				x					x		3
Manque d'habiletés (qualifications, expériences) ⁵							x		x	x	x				4
ENVIRONNEMENT	Discrimination individuelle ou structurelle	Auto-stigmatisation	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		10
		Attitudes des professionnels de la santé		x	x	x		x		x	x	x			7
Discrimination de l'employeur/ Stigma		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		11
Perte des bénéfices financiers		x					x				x		x		4
Emplois disponibles de piètre qualité/non en lien avec compétences et intérêts							x				x	x	x		4
	Manque de soutien		x	x								x	x		4

⁵ Cette barrière a été classée comme relevant de la maladie suivant le concept de « sous-accomplissement » décrit par Nordt pour décrire les difficultés à atteindre un niveau d'éducation élevé lorsque la maladie survient dans le jeune âge adulte (Nordt, Muller, Rossler, & Lauber, 2007).

Les autres articles abordant les barrières à l'emploi sont de nature plus théorique. Les principales barrières qui en ressortent sont similaires à celles relevées par les usagers :

- Au niveau de la personne :
 - En lien avec l'autostigmatisation : l'internalisation du stigma, notamment par une diminution de la confiance en ses capacités (Benbow, 2009; Boardman, Grove, Perkins, & Shepherd, 2003; Stuart, 2006)
 - En lien avec la maladie : les symptômes de la maladie (Cook, 2006; Rosenheck, et al., 2006);
- Au niveau de l'environnement (discrimination individuelle ou structurelle) :
 - La stigmatisation et la discrimination à l'embauche et dans les milieux de travail (Benbow, 2009; Cook, 2006; Evans & Repper, 2000; Krupa, Kirsh, Cockburn, & Gewurtz, 2009; Stuart, 2006);
 - La tendance à sous-estimer les capacités de la personne ainsi que l'importance du travail par les professionnels de la santé, en lien avec une dominance du modèle médical (Boardman, et al., 2003; Evans & Repper, 2000; Krupa, et al., 2009);
 - La perte des bénéfices financiers et d'assurances maladie (Boardman, et al., 2003; Cook, 2006; Evans & Repper, 2000; Krupa, et al., 2009; Rosenheck, et al., 2006; Stuart, 2006);
 - Le manque de services cliniques et de soutien au travail (Cook, 2006)
 - L'échec des politiques anti-discrimination, (Cook, 2006; Stuart, 2006).
 - Le manque de qualification et d'éducation (Cook, 2006; Nordt, et al., 2007; Rosenheck, et al., 2006; Stuart, 2006);

Perceptions à l'égard des personnes ayant un TM

Parmi les articles de cette catégorie, six s'intéressent plus spécifiquement aux perceptions des employeurs face aux personnes ayant un TM. Les principales préoccupations qui ressortent auprès des employeurs sont que la personne:

- Ait une performance au travail moindre (Brohan & Thornicroft, 2010; McNutt, 2010; Mizzoni & Kirsh, 2006; Scheid, 2005; Tsang, et al., 2007);
- Soit dangereuse pour elle-même ou pour les autres (Brohan & Thornicroft, 2010; Hand & Tryssenaar, 2006; Scheid, 2005; Tsang, et al., 2007);
- Soit incapable de gérer son stress/contrôler ses émotions (Brohan & Thornicroft, 2010; Hand & Tryssenaar, 2006; Scheid, 2005);
- Soit plus souvent absente/non fiable (Brohan & Thornicroft, 2010; McNutt, 2010; Tsang, et al., 2007);
- Ait besoin de plus de supervision (Brohan & Thornicroft, 2010; Hand & Tryssenaar, 2006);
- Provoque des attitudes négatives chez les autres employés (Brohan & Thornicroft, 2010);
- Ait de la difficulté à gérer la critique et à résoudre des conflits (Hand & Tryssenaar, 2006);
- Ait moins de jugement (Hand & Tryssenaar, 2006);
- Ait des difficultés à bien travailler avec les autres employés (McNutt, 2010).

Il semble toutefois que les employeurs ayant un contact ou une expérience de travail avec les personnes ayant un TM soient beaucoup plus enclins à adopter une vision positive (Hand & Tryssenaar, 2006; Mizzoni & Kirsh, 2006).

Les préoccupations des employeurs rejoignent celles plus généralement véhiculées dans la population, en particulier en lien avec le manque de compétences et la dangerosité (Corrigan, Larson, & Kuwabara, 2007; Krupa, et al., 2009). Enfin, ces croyances négatives seraient également présentes chez les professionnels de la santé (Rao, et al., 2009).

Divulcation

Plusieurs articles soulèvent le dilemme lié au fait qu'il est nécessaire de divulguer son TM pour pouvoir bénéficier des accommodements prescrits par les lois anti discriminations, mais qu'il existe un risque de stigmatisation liée à la divulgation (Brohan, et al., 2012; Dalgin & Gilbride, 2003; Goldberg, Killeen, & O'Day, 2005; Jones, 2011; Ralph, 2002). Ce dilemme est renforcé par le fait que la maladie est invisible, ce qui laisse réellement le choix à la personne de divulguer ou non (Brohan, et al., 2012; Ralph, 2002). Les principaux avantages de la divulgation sont présentés au tableau 6. Ces avantages émergent de deux revues de littérature sur le sujet de la divulgation et de quatre articles traitant des perceptions et expériences des personnes ayant un TM. On y retrouve : obtenir du soutien émotif, avoir des accommodements, diminuer le stress, expliquer des situations de crise, acquérir un bien-être émotif, se sentir libre, devenir un modèle pour les autres, être honnête, ne pas avoir besoin de raconter des histoires (Brohan, et al., 2012; Dalgin & Gilbride, 2003; Goldberg, et al., 2005; Jones, 2011;

Ralph, 2002; Warner, 2002). Le tableau 6 permet de constater que le fait d’obtenir des accommodements est l’avantage le plus souvent relevé. Dans sa revue de littérature, Jones apporte le questionnement à savoir si c’est la divulgation qui entraîne des impacts positifs au travail (ex. : soutien émotif, possibilité d’accommodements) ou plutôt le contexte favorable (ex. : soutien émotif, ouverture de l’employeur) qui encourage à divulguer davantage (Jones, 2011).

Tableau 6. Avantages liés à la divulgation du TM au travail

Avantages	Auteurs
Avoir des accommodements	(Brohan, et al., 2012; Dalgin & Gilbride, 2003; Goldberg, et al., 2005; Jones, 2011; Ralph, 2002)
Obtenir du soutien émotif	(Brohan, et al., 2012; Jones, 2011; Warner, 2002)
Diminuer le stress/se sentir libre	(Brohan, et al., 2012; Jones, 2011; Ralph, 2002)
Expliquer des situations de crise	(Brohan, et al., 2012; Jones, 2011)
Devenir un modèle pour les autres	(Brohan, et al., 2012; Ralph, 2002)
Être honnête	(Brohan, et al., 2012; Goldberg, et al., 2005)
Acquérir un bien-être émotif	(Ralph, 2002)

Le tableau 7 permet de visualiser les éléments négatifs liés à la divulgation. Ces éléments négatifs ont émergé de deux revues de littérature sur le thème de la divulgation et de six articles traitant des perceptions et expériences des personnes ayant un TM. On y retrouve: ne pas être embauché, avoir une quantité supérieure de travail, être étiqueté, être évalué de plus prêt et de manière plus soutenue, être rejeté par les collègues, être renvoyé, ne pas avoir d’opportunités d’avancement, devoir travailler plus pour prouver sa valeur, (Britt, 2000; Brohan, et al., 2012; Dalgin & Gilbride, 2003; Goldberg, et al., 2005; Martin, 2010; Ralph, 2002; Warner, 2002; Wootton, 2008). Le tableau 7 permet de constater que le rejet des collègues (ou la crainte du rejet) est l’élément qui revient le plus

souvent, suivi de près par le fait de ne pas être embauché, d’être plus surveillé, de ne pas avoir autant d’opportunités d’avancement et de devoir travailler plus pour prouver sa valeur.

Tableau 7. Désavantages liés à la divulgation du TM au travail

Désavantages	Auteurs
Ne pas être embauché	(Brohan, et al., 2012; Dalgin & Gilbride, 2003; Goldberg, et al., 2005; Martin, 2010; Ralph, 2002)
Être rejeté ou isolé des collègues	(Britt, 2000; Brohan, et al., 2012; Dalgin & Gilbride, 2003; Goldberg, et al., 2005)
Être évalué de plus prêt et de manière plus soutenue	(Dalgin & Gilbride, 2003; Warner, 2002; Wootton, 2008)
Ne pas avoir d’opportunités d’avancement	(Dalgin & Gilbride, 2003; Goldberg, et al., 2005; Warner, 2002)
Devoir travailler plus pour prouver sa valeur	(Dalgin & Gilbride, 2003; Goldberg, et al., 2005; Ralph, 2002)
Être traité de manière injuste	(Brohan, et al., 2012; Goldberg, et al., 2005)
Perdre de la crédibilité	(Brohan, et al., 2012; Ralph, 2002)
Être renvoyé	(Dalgin & Gilbride, 2003; Wootton, 2008)
Être étiqueté	(Dalgin & Gilbride, 2003)

Il apparaît que les personnes embauchées dans les services de santé mentale se sentent plus confortables à divulguer leur TM et à demander des accommodements (Brohan, et al., 2012; Goldberg, et al., 2005; Warner, 2002).

Plusieurs auteurs relèvent l’importance de considérer l’aspect de la divulgation comme complexe et allant au-delà du dilemme divulguer vs non-divulguer. Les facteurs pouvant varier sont le type d’information transmise, la sélection des personnes à qui en parler, le moyen de divulguer et le moment de le faire (Brohan, et al., 2012; Goldberg, et al., 2005; Jones, 2011; Ralph, 2002). La divulgation sélective consiste à sélectionner l’information à transmettre, par exemple dire que l’on est anxieux sans préciser de diagnostic. Cet élément, combiné au choix du moment opportun (après avoir prouvé sa compétence)

seraient des solutions pour faciliter le processus de divulgation (Goldberg, et al., 2005). De plus, le fait de divulguer uniquement à des personnes de confiance peut apporter le soutien émotionnel requis par la personne (Ralph, 2002). L'importance de considérer le contexte de travail dans le processus de décision est également relevée, notamment le niveau d'ouverture de l'employeur (Brohan, et al., 2012; Dalgin & Gilbride, 2003; Goldberg, et al., 2005; Jones, 2011; Ralph, 2002; Warner, 2002).

Aspects légaux

Les articles relevés dans cette section proviennent tous des États-Unis et traitent de la législation du *American Disability Act* (ADA), plus spécifiquement de la première section en lien avec la non-discrimination en matière d'emploi. Selon cette loi, un individu est considéré comme handicapé s'il a) possède une incapacité physique ou mentale qui affecte de manière significative une ou plus des activités majeures de la vie b) possède un historique d'une telle incapacité ou c) est perçu comme ayant une telle incapacité. La discrimination dans l'emploi est présente lorsque l'employeur pose une action négative (refus d'accommodement, renvoi, harcèlement, etc.) envers une personne handicapée qui, autrement, est qualifiée pour l'emploi (Conyers & Ahrens, 2003). Selon la recension des cas présentés en cour effectuée par An et al, les principaux motifs de poursuite judiciaire des personnes ayant un TM sont le renvoi, le refus d'accommodements raisonnables et le harcèlement (An, Roessler, & McMahon, 2011).

Les articles relevés montrent que les personnes ayant un TM sont significativement plus enclines à perdre leur poursuite que pour les autres types de handicap et sont moins susceptibles d'être référées au programme de médiation (An, et al., 2011; Moss, Swanson, Ullman, & Burris, 2002). Ainsi, la grande majorité des personnes ayant un TM

et intentant une poursuite devant la cour pour discrimination ont perdu leur cause devant leur employeur (Allbright, 2004; An, et al., 2011; Petrilu, 2009; Stuart, 2007).

Les auteurs rapportent que diverses raisons peuvent expliquer le faible taux de réussite des poursuites judiciaires. D'abord, plusieurs rapportent qu'il peut être difficile de correspondre à la définition de « personne handicapée » selon la loi (Allbright, 2004; Conyers & Ahrens, 2003; O'Brien & Brown, 2009; Petrilu, 2009). En effet, il existe un flou à savoir si les limitations doivent être évaluées avant ou après les mesures compensatoires (ex. : médication). Cela fait en sorte que dans certains cas, des personnes prenant de la médication pour leur TM n'ont pas été considérées comme étant « handicapée » selon la définition et n'ont donc pas pu protégées par cette loi (Conyers & Ahrens, 2003; Goldstein, 2001; O'Brien & Brown, 2009; Petrilu, 2009). De plus, Conyers mentionne que la nature cyclique des troubles mentaux rend difficile de correspondre à la définition de personne handicapée, puisque les limitations sont variables dans le temps (Conyers & Ahrens, 2003).

La notion de qualification pose également problème puisqu'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 (Allbright, 2004; Goldstein, 2001; Legal Eagle Eye, 2011; O'Brien & Brown, 2009).

Enfin, le point c) de la définition stipulant qu'une personne est considérée handicapée si elle est **perçue** comme telle est difficile à démontrer. En effet, la personne devrait faire la preuve que l'employeur croit qu'elle n'est pas apte à effectuer un large éventail d'emploi

afin que cela corresponde à la notion d'«activité majeure de la vie» de la définition⁶ (Goldstein, 2001; Petrila, 2009).

Toutefois, Petrila rapporte que les failles majeures de cette loi pourraient être adressées grâce à de nouveaux amendements proposés en 2008. Ces amendements élargissent le concept d'activité majeure de la vie, spécifient que l'évaluation du handicap doit se faire sans prise de médication et spécifient que les problèmes cycliques et épisodiques font partie de la définition d'une personne handicapée (Petrila, 2009). Ces amendements sont appliqués depuis 2011 (US Equal Employment Opportunity Commission, 2011), mais l'ensemble des cas étudiés dans les articles relevés dans ce travail datent d'avant cette période. Il n'est donc pas possible de conclure sur l'efficacité de ces amendements pour protéger davantage les personnes ayant un TM.

⁶ Pour correspondre au point c) de l'ADA (personne perçue comme handicapée), la personne doit démontrer que l'employeur perçoit qu'elle correspond à la définition d'une personne handicapée. La personne qui poursuit doit donc démontrer que l'employeur croit qu'elle possède une incapacité physique ou mentale qui affecte de manière significative une ou plus des activités majeures de la vie. Pour que la sphère du travail soit considérée comme une activité majeure de la vie affectée, la personne qui poursuit doit prouver que l'employeur la croit inapte à un large éventail d'emploi et non seulement pour l'emploi en question.

Discussion/Conclusion

Barrières à l'emploi : interaction personne-environnement

Les barrières relevées dans la revue de littérature permettent de comprendre l'importance d'avoir une vision centrée sur l'interaction entre la personne et l'environnement dans la compréhension de la problématique de l'emploi chez les personnes ayant un TM.

Au niveau de la personne, l'autostigmatisation ressort comme un obstacle majeur à l'emploi, plus fréquemment que les aspects liés aux symptômes de la maladie⁷. Cet aspect est non-négligeable, considérant qu'une perception négative de ses capacités peut être encore plus limitante que la maladie en tant que telle (Kielhofner, 2008b). Comme vu à l'objectif 1, l'autostigmatisation est intimement liée aux préjugés véhiculés dans la société ainsi qu'à la discrimination vécue ou anticipée. Le lien avec l'environnement est donc clairement visible.

Au niveau environnemental, les barrières qui ressortent concernent à la fois la discrimination individuelle et structurelle. Il apparaît toutefois que la discrimination, même celle qui apparaît à prime à bord individuelle, provient de mécanismes plus profonds et complexes. La prochaine section permet d'analyser plus en profondeur l'ampleur de la discrimination structurelle.

Discrimination structurelle

Les incitatifs financiers, l'offre d'emploi de piètre qualité ainsi que le manque de soutien sont clairement des obstacles de nature structurelle.

⁷ Bien qu'ils soient non-négligeables, les aspects liés à la maladie ne ressortent pas comme étant le principal obstacle à l'emploi selon les usagers interrogés dans les études relevées.

Au Québec, les incitatifs financiers sont probablement moins importants qu'aux États-Unis étant donné les régimes d'assurance maladie et d'assurance-emploi publics. Les personnes ayant un TM continuent tout de même à avoir un taux d'emploi très faible, ce qui laisse penser que les autres barrières environnementales sont non-négligeables.

L'offre d'emploi de piètre qualité peut en partie être explicable par les perceptions sociales selon lesquelles les individus ayant un TM ont une piètre performance et ne peuvent soutenir un poste stressant. Il se peut donc que les services de soutien à l'emploi proposent des emplois de niveau plus faible et requérant peu d'habiletés, dans le but de protéger les personnes d'un éventuel échec au travail. Il faut toutefois noter que les emplois de manière générale nécessitent de plus en plus de qualifications et que la conjoncture économique actuelle fait en sorte que les entreprises recherchent toujours plus de compétitivité et de productivité (Tremblay, 2004). Ces éléments peuvent faire en sorte que le nombre et le type d'emplois qui correspondent aux qualifications de la personne sont limités.

Le manque de soutien, notamment le manque de programme en soutien à l'emploi, peut quant à lui être attribuable à plusieurs facteurs. Le manque de fonds attribués en santé mentale peut en partie en être responsable de cet aspect et peut lui-même être dû à des préjugés bien ancrés même dans les plus hautes institutions.

Concernant les professionnels de la santé et les employeurs, il semble à première vue qu'une discrimination individuelle s'opère. Toutefois, il importe de conserver une vision plus nuancée de la problématique.

Professionnels de la santé

Le manque de confiance de la part des professionnels de la santé a été mentionné à plusieurs reprises dans les articles relevés. Cet élément avait été brièvement abordé par Stuart (Stuart, 2011), mais les articles qualitatifs permettent de constater à quel point cet élément peut être marquant pour les usagers. Il s'agit d'une forme insidieuse de discrimination structurelle, par laquelle certains professionnels démontrent peu d'espoir pour les clients qu'ils rencontrent. Il faut souligner qu'un manque de confiance d'un professionnel de la santé, souvent perçu comme « expert » par la personne, peut sans doute favoriser une perte de confiance en soi. Il est possible que le modèle médical encore prédominant dans nos établissements soit en partie responsable de cette vision très restreinte qu'ont certains professionnels quant aux capacités des individus qu'ils rencontrent (par exemple, crainte que le stress de l'emploi exacerbe les symptômes). En effet, selon cette conception, on considère principalement les problèmes médicaux de la personne plutôt que d'avoir une vision d'ensemble qui inclut les barrières sociales (Prilleltensky & Prilleltensky, 2006). Bien que le modèle social soit de plus en plus utilisé par de nombreux professionnels de la santé, les racines médicales de plusieurs disciplines continuent d'avoir une influence importante sur les structures organisationnelles. À titre d'exemple, il n'est pas toujours aisé de sortir de l'établissement de santé pour faire des interventions au niveau de l'environnement.

Employeurs

Les usagers relèvent la discrimination des employeurs à leur égard comme étant une barrière importante à l'emploi. La section sur les perceptions a permis de constater que les préjugés sont largement véhiculés dans la population et dans les médias, en particulier en ce qui a trait à la dangerosité et à une moins bonne performance au travail. Il n'est

donc pas surprenant de constater que les employeurs adoptent également ces modes de pensée, ce qui mène à diverses formes de discrimination (voir tableau 4 de l'objectif 1 pour des exemples). Il faut toutefois considérer que les employeurs n'agissent pas nécessairement par mauvaise volonté et qu'ils sont souvent aux prises avec des pressions économiques et organisationnelles. Les craintes de coût d'assurance plus élevé, par exemple, pourraient être une barrière structurelle à l'embauche des personnes présentant un diagnostic psychiatrique. Néanmoins, la discrimination de la part de l'employeur, peu importe sa source, maintient la personne dans un statut d'incapacité au travail, et ce peu importe comment réussit le traitement psychiatrique (Gélinas, 2006).

Autres éléments à considérer

Les professionnels et les employeurs sont loin de porter l'ensemble du fardeau sur leurs épaules. Le manque de ressources en soutien à l'emploi, le manque de fonds attribués en santé mentale et la législation défailante (voir section suivante) sont autant de facteurs qui perpétuent la discrimination structurelle envers les personnes ayant un TM.

Législation au Québec

Les articles relevés dans la revue de littérature ont permis de constater que la législation, bien qu'intéressante à prime à bord, présente plusieurs failles qui ne permettent pas de bien protéger les personnes ayant un TM. Afin de bien comprendre la situation locale, il importe de faire un bref survol sur la législation au Québec. La loi canadienne sur l'équité en matière d'emploi ne sera pas abordée dans le présent travail puisqu'elle s'applique presque uniquement aux employés qui relèvent de la fonction fédérale, ce qui ne représente qu'environ 8% de la main d'œuvre au Canada (Hand & Tryssenaar, 2006; Laflamme & Nadeau, 2011).

Droit à l'égalité en emploi

Au Québec, la *Charte des droits et libertés de la personne* « interdit expressément la discrimination, notamment celle fondée sur le handicap, et ce dans toutes les facettes de la relation d'emploi. Il y aura discrimination si une distinction, exclusion ou préférence entraîne un effet préjudiciable à l'égard d'une personne en raison de son handicap » (Laflamme & Nadeau, 2011). Cette charte implique également une obligation d'accommodement à l'égard des personnes handicapées⁸. Suite à une décision de la Cour suprême du Canada en 2000, il est établi que le terme handicap doit être considéré de manière large et libérale (Laflamme & Nadeau, 2011). À cet effet, la juge L'Heureux-Dubé mentionne qu'« un handicap peut résulter aussi bien d'une limitation physique que d'une affection, d'une construction sociale, d'une perception de limitation ou d'une combinaison de tous ces facteurs. C'est l'effet de l'ensemble de ces circonstances qui détermine si l'individu est ou non affecté d'un handicap pour les fins de la Charte » (Beaudoin, 2000).

Selon cette juge, il est préférable de conserver une définition souple du handicap plutôt que d'avoir une vision plus restrictive du terme comme c'est le cas aux États-Unis (Beaudoin, 2000). Considérant ces aspects, les personnes ayant un diagnostic de TM et étant victime de discrimination se trouvent protégées par la *Charte*, peu importe les impacts de la maladie au niveau de leur fonctionnement. Cet élément est d'autant important que la discrimination à l'égard des personnes ayant un TM se fait en majeure partie sur la base des préjugés liés à l'étiquette du diagnostic (tel que vu à l'objectif 1 du présent travail) et non sur les difficultés fonctionnelles des personnes (Corrigan, et al.,

⁸ Cette obligation découle d'une interprétation jurisprudentielle et n'apparaît donc pas directement dans la Charte (Laflamme & Nadeau, 2011).

2009b). Il peut toutefois être difficile de démontrer que la discrimination s'est opérée sur le critère du handicap, en particulier dans les cas de refus d'embauche (Laflamme & Nadeau, 2011). De plus, plusieurs personnes ayant un TM ne se considèrent pas comme faisant partie des personnes handicapées et connaissent peu les recours auxquels elles ont droit.

Programmes d'accès à l'égalité

Deux lois découlent de la *Charte* et précisent les obligations des employeurs des secteurs publics concernant l'égalité d'emploi. La *Loi sur l'accès à l'égalité en emploi dans des organismes publics* est particulièrement intéressante puisqu'elle semble à prime à bord encourager les organismes publics à devenir des employeurs exemplaires en termes d'embauche de personnes victimes de discrimination, dont les personnes handicapées. Pour cette loi, la définition d'une personne handicapée est toutefois plus stricte que celle de la *Charte* : « toute personne ayant une déficience entraînant une incapacité significative et persistante et qui est sujette à rencontrer des obstacles dans l'accomplissement d'activités courantes » (Gouvernement du Québec, 2012).

Les organismes publics touchés par cette loi (481 organismes en 2010, dont 220 du réseau de la santé et des services sociaux) doivent faire état de leurs effectifs et mettre en place un plan d'action afin de corriger la situation. Dans le dernier rapport triennal paru en 2012, il est possible de constater que plusieurs organismes de santé sont à la phase 2 concernant l'intégration des personnes handicapées, soit la détermination de la sous-représentation des effectifs⁹ (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, 2012). Un rapide coup d'œil au niveau des principaux établissements de santé

⁹ Ceci est en partie dû aux grandes restructurations qui ont eu lieu dans les années 2004 à 2006 (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, 2012)

mentale permet de constater que le nombre de personnes handicapées qui sont embauchées est souvent faible¹⁰ (le rapport final concernant le secteur de la santé et des services sociaux n'est toutefois pas encore publié à l'heure actuelle). Parmi les personnes handicapées actuellement employées dans les organismes publics, il n'est pas possible de connaître la nature de leur handicap (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, 2012).

Bien que cette loi semble à prime à bord intéressante, on peut penser que les personnes ayant un TM en sont peu touchées. En effet, considérant la définition très restrictive du handicap dans cette loi, on peut penser que les personnes ayant un TM, mais qui n'ont pas actuellement d'incapacité significative et persistante (une personne en rétablissement, par exemple) ne sont pas adressées par cette loi et ne sont donc pas visées par les plans d'action d'embauche. De plus, en considérant les personnes handicapées comme un ensemble homogène, une discrimination peut continuer de s'opérer puisque des études rapportent que la discrimination envers les personnes ayant une incapacité mentale est plus fréquente que celle envers les personnes ayant une incapacité physique (Stuart, 2011). On peut donc penser qu'une organisation embauchant un nombre élevé de personnes handicapées pourrait tout de même n'engager aucune personne ayant un TM.

Il apparaît donc clair que la législation n'est pas suffisante pour diminuer la discrimination de manière significative. Bien qu'il soit primordial de s'adresser aux

¹⁰ À l'hôpital Louis-Hippolyte Lafontaine, 35 employés sur un total de 2096 correspondent à la définition de personne handicapée, à l'hôpital Douglas, 5 personnes sur 1172 employés, à l'Hôpital Rivière-des-Prairies, 4 employés sur 713, à l'hôpital St Mary, 15 employés sur 1558 (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, 2012).

acteurs en situation de pouvoir, une lutte sur plusieurs fronts et impliquant des acteurs d'une variété de milieux est nécessaire (Sayce, 2003).

Législation au Royaume-Uni

Compte tenu de la ressemblance avec le système canadien, la législation au Royaume-Uni mérite une attention particulière. Dans ce pays, le *Disability Discrimination Act* (DDA) est en vigueur depuis 1995 pour contrer la discrimination des personnes handicapées dans plusieurs sphères d'activité¹¹. Bien que le taux de victoire en cour par les employeurs soit légèrement inférieur à celui des États-Unis, il demeure élevé (selon une analyse, 63% des poursuites ont été gagnées par l'employeur) (Konur, 2007). Dans son analyse judiciaire de 2005, Konur rapporte que les faiblesses dans la réglementation font en sorte que les personnes ayant un TM continuent d'être peu protégées (Konur, 2007). Toutefois, un aspect intéressant de cette loi se trouve dans l'un des amendements effectués en 2005, le *Disability Equality Duty*, où le secteur public de l'emploi se doit de promouvoir l'égalité des chances pour les personnes ayant un handicap (Sayce & Boardman, 2008). Il est également permis que les organisations priorisent les actions d'inclusion envers certains groupes de personnes, par exemple une organisation de santé mentale pourrait faire de la discrimination positive pour des personnes ayant un TM.

Le Collège Royal des Psychiatres encourage lui aussi les NHS à devenir des employeurs exemplaires en termes d'embauche d'usagers (Royal College of Psychiatrists, 2002). Il est ainsi intéressant de voir que des groupes d'acteurs influents, en conjonction avec une législation anti-discrimination, peuvent contribuer à la lutte contre la stigmatisation. La

¹¹ La définition de personne handicapée dans la DDA est similaire à celle de l'ADA aux États-Unis. Tout comme dans la nouvelle version de l'ADA, une personne est reconnue comme handicapée même si un traitement atténue les effets du handicap (ex. : médication) et si l'affectation est épisodique. La condition doit toutefois durer plus de 12 mois, ou on doit s'attendre à ce qu'elle perdure une telle période (Royal College of Psychiatrists, 2002).

prochaine section permet d'approfondir davantage le concept d'employeur exemplaire, qui est un élément-clé en termes d'action concrète pour diminuer la stigmatisation en emploi.

Vers un modèle basé sur l'employeur exemplaire

À travers tous les obstacles à l'emploi relevés dans le présent travail, il importe de se questionner quant à la contribution du système public de services de santé. En effet, comment pouvons-nous, comme professionnels de réadaptation, promouvoir l'embauche des personnes ayant un TM auprès de divers employeurs si les organisations de santé mentale ne les embauchent par elles-mêmes? Cet élément laisse penser que la ségrégation du « eux » vs « nous », comme vu dans l'objectif 1 du présent travail, est également présente à l'intérieur de nos institutions.

Des modèles d'employeurs exemplaires existent aux États-Unis et au Royaume-Uni depuis plusieurs années. L'embauche de personnes ayant un TM dans les services de santé mentale a plusieurs avantages, tant pour les services psychiatriques que pour la personne elle-même. Elle permet de reconnaître l'expertise que les personnes ayant un vécu psychiatrique ont acquise et d'instiller l'espoir chez les usagers et le reste du personnel en ayant un modèle de rétablissement (Perkins, 2010a; Repper & Carter, 2010). L'embauche de ces personnes permet également d'abolir la ségrégation « eux » vs « nous » et de trouver un sens au vécu de la personne (Perkins, 2010a). L'objectif n'est donc pas de nier l'existence d'un TM, mais de valoriser la différence. À travers ce type d'initiative, on comprend bien que le problème n'est pas la divulgation du diagnostic en tant que telle, mais bien ce qui en est fait : alors qu'un diagnostic de TM est

habituellement vu comme un critère discriminatoire, les employeurs exemplaires le voient plutôt comme une expertise supplémentaire.

L'initiative de Rachel Perkins au Royaume-Uni est particulièrement intéressante compte tenu de la ressemblance dans la structure du système public de services de santé avec le Québec. En 1995, le *Pathfinder User Employment Programme* a été implanté au *South West London & St. George's Mental Health NHS Trust*. Ce programme comprenait deux principaux volets : un programme de soutien à l'emploi basé sur le modèle IPS (qui comprend du soutien dans le processus de recrutement, dans le processus d'entrée en emploi et dans le maintien au travail ainsi que du soutien aux gestionnaires) et l'adoption d'une charte pour diminuer la discrimination et valoriser l'apport que les personnes ayant un TM peuvent avoir (reconnaissance du vécu expérientiel dans les offres d'emploi notamment) (Perkins & Selbie, 2004).

L'expérience du *South West London & St. George's Mental Health NHS Trust* a permis de démontrer que les personnes ayant un TM peuvent travailler dans des postes réguliers selon les mêmes termes et conditions que les autres employés (Perkins, Rinaldi, & Hardisty, 2010). De plus, une analyse des 12 dernières années a permis de constater que les employés n'ont pas été confinés dans les échelons inférieurs et occupent des postes diversifiés, dont ceux de professionnels tels qu'infirmière ou ergothérapeute¹² (Perkins, et al., 2010).

Au Québec, le secteur de la santé représente un bassin d'emploi considérable. Une initiative telle que celle effectuée par Perkins au Royaume-Uni permettrait sans doute de faire un pas important contre la discrimination en emploi et ouvrirait la voie à d'autres

¹² 23% des personnes embauchées en 2007 avaient un historique de trouble mental.

initiatives du même type. Bien entendu, l'instauration d'un tel programme nécessite une bonne préparation et plusieurs leçons ont pu être tirées des expériences aux États-Unis et au Royaume-Uni (voir Gélinas 2006 pour un historique plus détaillé (Gélinas, 2006)). Toutefois, il importe de ne pas attendre que les perceptions aient changé avant d'amorcer le changement. En effet, c'est l'inclusion elle-même qui risque le plus d'amener un changement dans les attitudes et d'amener le personnel de l'institution à croire que l'embauche d'usagers est possible (Perkins, 2010b).

Apport des ergothérapeutes face à la problématique de stigmatisation

Les ergothérapeutes sont des professionnels particulièrement touchés par la problématique de la non-embauche des personnes ayant un TM puisque le travail est une activité très significative jouant un rôle important dans l'identité. En tant qu'ergothérapeutes, l'un de nos premiers rôles est à mon avis de valoriser cette activité, notamment auprès de nos collègues et gestionnaires. Pour se faire, il importe de croire que le rétablissement est possible et d'agir selon un modèle qui considère l'identité occupationnelle de la personne de manière globale. Il s'agit donc de prendre en considération la confiance de la personne en ses capacités, ses intérêts et aspirations ainsi que ses rôles. Bref, prendre le temps de connaître l'histoire de la personne, qui elle est et ce qu'elle souhaite devenir (Kielhofner, 2008a). Cette vision de la personne permet d'aller au-delà de l'évaluation des capacités et incapacités, qui est insuffisante pour adresser toute la complexité de l'embauche et la non-embauche des usagers. La valorisation de l'emploi comme activité se fait également en encourageant nos institutions à devenir des employeurs exemplaires. Nous pouvons exercer une influence positive en soutenant que le rétablissement est possible et que l'embauche de personnes

ayant un TM comporte plusieurs avantages tant pour ces personnes que pour les institutions. Comme les obstacles à l'emploi sont souvent de nature environnementale, il importe également d'identifier ces barrières et de négocier des mesures d'accommodements avec les employeurs.

Enfin, nous avons aussi un rôle à jouer dans le soutien à la personne en ce qui concerne la divulgation du TM. Plusieurs éléments doivent être considérés dans ce processus, notamment les attentes et besoins de la personne, l'environnement de travail et le type de tâches à effectuer. De plus, la divulgation peut se faire d'une multitude de manières (par qui, à qui, comment et quand?). Il s'agit donc d'un processus propre à chaque personne. MacDonald-Wilson propose un guide intéressant pour aider les professionnels et les usagers avec la question de la divulgation (MacDonald-Wilson, 2005).

Somme toute, les ergothérapeutes peuvent être de puissants agents de changement pour aider les personnes ayant un TM à développer leur identité occupationnelle à travers l'emploi compétitif. Des changements de nature plus globale (législation, structure organisationnelle des institutions) sont néanmoins nécessaires afin de pouvoir réellement progresser vers une société inclusive et non stigmatisante.

Limites du présent travail

Ce travail présente certaines limites qui font en sorte que les résultats doivent être interprétés avec précaution. D'abord, les termes de recherches sont très larges, limitant la littérature trouvée pour chaque sous-thème. En effet, la méthodologie ne comprend pas l'ensemble des mots-clés qui auraient pu être utiles pour trouver des articles précis à chaque sous-thème. À titre d'exemple, au niveau législatif, seuls les articles en

provenance des États-Unis sont ressortis avec les mots-clés. La documentation du Royaume-Uni et du Québec a donc dû être recherchée manuellement.

Une autre limite est la période restreinte durant laquelle la revue de littérature a été effectuée (de 2000 à maintenant). Plusieurs articles traitant de la discrimination datent des années 1990 et peuvent toujours être d'actualité puisque les changements sociaux s'opèrent souvent de manière très graduelle au fil du temps.

Enfin, la nature du présent travail et la courte période sur laquelle il a été rédigé n'ont pas permis d'analyser en profondeur les éléments complexes tels que la législation. Une consultation avec du personnel juridique aurait été pertinente afin de mieux cerner les droits et obligations des personnes ayant un TM au Québec, notamment en lien avec la divulgation lors de l'entrevue d'embauche.

Néanmoins, le présent travail a permis de mieux comprendre de manière globale le phénomène de stigmatisation qui s'opère à l'égard des personnes ayant un TM dans la sphère de l'emploi.

Références

- Allbright, A. L. (2004). 2003 employment decisions under the ADA Title I--survey update. *Mental and physical disability law reporter*, 28 (3), 319-323
- An, S., Roessler, R. T., & McMahon, B. T. (2011). Workplace discrimination and Americans with psychiatric disabilities: A comparative study. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 55(1), 7-19
- Arthur, B., Knifton, L., Park, M., & Doherty, E. (2008). 'Cutting the dash' -- experiences of mental health and employment. *Journal of Public Mental Health*, 7(4), 51-59
- Association canadienne pour la santé mentale. (2012). Employment and Mental Illness. Repéré le 15 juillet 2012 à http://www.cmha.ca/bins/content_page.asp?cid=3-109
- Bassett, J., Lloyd, C., & Bassett, H. (2001). Work issues for young people with psychosis: barriers to employment. *British Journal of Occupational Therapy*, 64(2), 66-72
- Beaudoin, L. I. (2000). Le handicap: un concept multidimensionnel. *Journal du Barreau*, 32(10)
- Benbow, S. (2009). Societal abuse in the lives of individuals with mental illness. *Canadian Nurse*, 105(6), 30-32
- Bergmans, Y., Carruthers, A., Ewanchuk, E., James, J., Wren, K., & Yager, C. (2009). Moving from full-time healing work to paid employment: Challenges and celebrations. *Work*, 33(4), 389-394
- Blank, A., Harries, P., & Reynolds, F. (2011). Mental health service users' perspectives of work: a review of the literature. *British Journal of Occupational Therapy*, 74(4), 191-199
- Boardman, J., Grove, B., Perkins, R., & Shepherd, G. (2003). Work and employment for people with psychiatric disabilities. *British Journal of Psychiatry*, 182, 467-468
- Bond, G. R., Resnick, S. G., Drake, R. E., Xie, H., McHugo, G. J., & Bebout, R. R. (2001). Does competitive employment improve nonvocational outcomes for people with severe mental illness? *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 69(3), 489-501
- Britt, T. W. (2000). The stigma of psychological problems in a work environment: Evidence from the screening of service members returning from Bosnia. *Journal of Applied Social Psychology*, 30(8), 1599-1618
- Brohan, E., Henderson, C., Wheat, K., Malcolm, E., Clement, S., Barley, E. A., et al. (2012). Systematic review of beliefs, behaviours and influencing factors associated with disclosure of a mental health problem in the workplace. *BMC Psychiatry*, 12, 11
- Brohan, E., & Thornicroft, G. (2010). Stigma and discrimination of mental health problems: Workplace implications. *Occupational Medicine*, 60(6), 414-415
- Bussi eres, I. (2010, 23 mai 2010). Des candidats refus es dans des établissements de santé de la Chaudi ere-Appalaches, *Le Soleil*.
- Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. (2012). L'accès   l'égalité en emploi: Rapport triennal. 150 p.
- Conyers, L. M., & Ahrens, C. (2003). Using the Americans with Disabilities Act to the advantage of persons with severe and persistent mental illness: what rehabilitation counselors need to know. *Work*, 21(1), 57-68

- Cook, J. A. (2006). Employment barriers for persons with psychiatric disabilities: update of a report for the president's commission. *Psychiatric Services*, 57(10), 1391-1405
- Corbière, M., & Durand, M.-J. (2011). Introduction, dans Corbière, M. et Durand, M. J. *Du trouble mental à l'incapacité au travail* (pp. 1-13). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Corrigan, P., & Lundin, R. (2001). *Don't Call Me Nuts : Coping with the Stigma of Mental Illness*. Tinley Park, IL: Recovery Press.
- Corrigan, P. W., Larson, J. E., & Kuwabara, S. A. (2007). Mental illness stigma and the fundamental components of supported employment. *Rehabilitation Psychology*, 52(4), 451-457
- Corrigan, P. W., Mueser, K. T., Bond, G. R., Drake, R. E., & Solomon, P. (2009a). Employment and Education. *Principles and Practices of Psychiatric Rehabilitation* (pp. 195-209). New York: Guilford.
- Corrigan, P. W., Mueser, K. T., Bond, G. R., Drake, R. E., & Solomon, P. (2009b). Stigma and Mental Illness. *Principles and Practices of Psychiatric Rehabilitation* (pp. 32-49). New York: Guilford.
- Crisp, A. (2004). The nature of stigmatisation. Dans A. H. Crisp (Dir.), *Every Family in the Land: Understanding Prejudice And Discrimination Against People With Mental Illness* (pp. 350-355). London, UK: Royal Society of Medicine Press.
- Crowther, R., Marshall, M., Bond, G., & Huxley, P. (2001). Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(2), Art. No.: CD003080
- Dalgin, R. S., & Gilbride, D. (2003). Perspectives of people with psychiatric disabilities on employment disclosure. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26(3), 306-310
- Evans, J., & Repper, J. (2000). Employment, social inclusion and mental health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7(1), 15-24
- Gannon, D., & Gregory, N. (2007). Barriers to employment in severe mental illness. *Nursing Times*, 103(22), 32-33
- Gélinas, D. (2006). L'embauche d'usagers à titre de pourvoyeurs de services de santé mentale. *Le partenaire*, 14(1), 9-42
- Goldberg, S. G., Killeen, M. B., & O'Day, B. (2005). The Disclosure Conundrum: How People With Psychiatric Disabilities Navigate Employment. *Psychology, Public Policy, and Law*, 11(3), 463-500
- Goldstein, R. I. (2001). Mental illness in the workplace after Sutton v. United Air Lines. *Cornell Law Review*, 86(4), 927-973
- Gouvernement du Québec. (2012). *Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociales*. Chapitre E-20.1.
- Hand, C., & Tryssenaar, J. (2006). Small business employers' views on hiring individuals with mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29(3), 166-173
- Henry, A. D., & Lucca, A. M. (2004). Facilitators and barriers to employment: the perspectives of people with psychiatric disabilities and employment service providers. *Work*, 22(3), 169-182
- Jones, A. M. (2011). Disclosure of Mental Illness in the Workplace: A Literature Review. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 14(3), 212-229

- Kielhofner, G. (2008a). Dimensions of Doing. *Model of Human Occupation: Theory and Application* (4^e éd., pp. 101-109). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kielhofner, G. (2008b). Volition. *Model of Human Occupation: Theory and Application* (4^e éd., pp. 32-50). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Konur, O. (2007). A judicial outcome analysis of the Disability Discrimination Act: a windfall for employers? *Disability & Society*, 22(2), 187-204
- Krupa, T., Kirsh, B., Cockburn, L., & Gewurtz, R. (2009). Understanding the stigma of mental illness in employment. *Work*, 33(4), 413-425
- Laflamme, A.-M., & Nadeau, J. (2011). Lois et mesures favorisant l'intégration et le maintien en emploi des personnes souffrant d'un trouble mental, dans Corbière, M. et Durand, M. J. (Dir.). *Du trouble mental à l'incapacité au travail* (pp. 1-13). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Legal Eagle Eye. (2011). Anxiety Disorder: Court Finds No Disability Discrimination. *Legal Eagle Eye Newsletter for the Nursing Profession*, 19(5), 4-4
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363-385
- MacDonald-Wilson, K. L. (2005). Managing Disclosure of Psychiatric Disabilities to Employers. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 36(4), 11-21
- Martin, J. M. (2010). Stigma and student mental health in higher education. *Higher Education Research & Development*, 29(3), 259-274
- McNutt, C. (2010). The stigma of mental illness in the workplace. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 71(2-B), 1381
- Mizzoni, C., & Kirsh, B. (2006). Employer perspectives on supervising individuals with mental health problems. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 25(2), 193-206
- Morgan, G. (2005). We want to be able to work. *Mental Health Today* (October), 32-34
- Moss, K., Swanson, J., Ullman, M., & Burris, S. (2002). Mediation of employment discrimination disputes involving persons with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services*, 53(8), 988-994
- Nordt, C., Muller, B., Rossler, W., & Lauber, C. (2007). Predictors and course of vocational status, income, and quality of life in people with severe mental illness: A naturalistic study. *Social Science and Medicine*, 65(7), 1420-1429
- O'Brien, G. V., & Brown, M. S. (2009). Persons with mental illness and the Americans with Disabilities Act: implications for the social work profession. *Social Work in Mental Health*, 7(5), 442-457
- Oliver, N. (2011). What stops those with mental health conditions from returning to work? *Mental Health Today* (July/August), 16-18
- Perkins, R. (2010a, 8, 9 et 10 novembre 2010). *Faire de l'emploi au sein des services de santé mentale une réalité pour les personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale*. Communication présentée XVI^{ème} colloque de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale qui s'est tenu sous le thème "Vaincre la stigmatisation : Un enjeu collectif", Montréal (QC).
- Perkins, R. (2010b, 8, 9 et 10 novembre 2010). Prêcher par l'exemple - Mettre à profit l'expertise du vécu grâce à l'embauche dans les services de santé mentale - L'expérience du South West London (R.-U.). *XVI^{ème} colloque de l'Association*

- québécoise pour la réadaptation psychosociale qui s'est tenu sous le thème "Vaincre la stigmatisation : Un enjeu collectif". Repéré le 17 juillet 2012
- Perkins, R., Rinaldi, M., & Hardisty, J. (2010). Harnessing the expertise of experience: increasing access to employment within mental health services for people who have themselves experienced mental health problems. *Diversity in Health and Care*, 7(1), 13-21
- Perkins, R., & Selbie, D. (2004). Decreasing employment discrimination against people who have experienced mental health problems in a mental health trust. Dans A. H. Crisp (Dir.), *Every Family in the Land: Understanding Prejudice And Discrimination Against People With Mental Illness* (pp. 350-355). London, UK: Royal Society of Medicine Press.
- Peterson, D., Pere, L., Sheehan, N., & Surgenor, G. (2007). Experiences of mental health discrimination in New Zealand. *Health and Social Care in the Community*, 15(1), 18-25
- Petrila, J. (2009). Congress restores the Americans With Disabilities Act to its original intent. *Psychiatric Services*, 60(7), 878-879
- Prilleltensky, I., & Prilleltensky, O. (2006). Disability. Dans I. Prilleltensky & O. Prilleltensky (Dir.), *Promoting well-being : Linking personal, organizational, and community change* (pp. 309-327). Hoboken, N.J.: John Wiley.
- Ralph, R. O. (2002). The dynamics of disclosure: Its impact on recovery and rehabilitation. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26(2), 165-172
- Rao, H., Mahadevappa, H., Pillay, P., Sessay, M., Abraham, A., & Luty, J. (2009). A study of stigmatized attitudes towards people with mental health problems among health professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(3), 279-284
- Repper, J., & Carter, T. (2010). Using Personal Experience To Support Others With Similar Difficulties - A Review Of The Literature On Peer Support In Mental Health Services (pp. 24 pages). London: The University of Nottingham/Together.
- Rinaldi, M., Miller, L., & Perkins, R. (2010). Implementing the individual placement and support (IPS) approach for people with mental health conditions in England. *International Review of Psychiatry*, 22(2), 163-172
- Roets, G., Kristiansen, K., Van Hove, G., & Vanderplasschen, W. (2007). Living through exposure to toxic psychiatric orthodoxies: exploring narratives of people with 'mental health problems' who are looking for employment on the open labour market. *Disability & Society*, 22(3), 267-281
- Rosenheck, R., Leslie, D., Keefe, R., McEvoy, J., Swartz, M., Perkins, D., et al. (2006). Barriers to employment for people with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 163(3), 411-417
- Royal College of Psychiatrists. (2002). Employment opportunities and psychiatric disability. Repéré le 15 avril 2008 à <http://www.rcpsych.ac.uk/>
- Santé Canada. (2002). Rapport sur les maladies mentales au Canada. Repéré le 20 juillet 2012 à http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmacc/pdf/men_ill_f.pdf
- Sayce, L. (2003). Beyond Good Intentions. Making Anti-discrimination Strategies Work. *Disability & Society*, 18(5), 625-642

- Sayce, L., & Boardman, J. (2008). Disability rights and mental health in the UK: recent developments of the Disability Discrimination Act. *Advances in Psychiatric Treatment*, 14(4), 265-275
- Scheid, T. L. (2005). Stigma as a barrier to employment: Mental disability and the Americans with disabilities act. *International Journal of Law and Psychiatry*, 28(6), 670-690
- Secker, J., Grove, B., & Seebohm, P. (2001). Challenging barriers to employment, training and education for mental health service users: the service user's perspective. *Journal of Mental Health*, 10(4), 395-404
- Stuart, H. (2006). Mental illness and employment discrimination. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(5), 522-526
- Stuart, H. (2007). Employment equity and mental disability. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(5), 486-490
- Stuart, H. (2011). Stigmatisation et discrimination liées à la santé mentale en milieu de travail dans Corbière, M. et Durand, M. J. (Dir.). *Du trouble mental à l'incapacité au travail* (pp. 339-361). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Thorncroft, G. (2006a). *Shunned: Discrimination against People with Mental Illness*. New York (NY): Oxford University Press.
- Thorncroft, G. (2006b). What works to reduce discrimination? Challenges for everyone. *Shunned: Discrimination against People with Mental Illness* (pp. 230-286). New York (NY): Oxford University Press.
- Tremblay, G. (2004). Les déterminants sociaux de la santé : La sécurité d'emploi comme facteur déterminant de la santé. Agence de la santé publique du Canada. Repéré le 17 juillet 2012 à http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/oi-ar/04_securite-fra.php
- Tsang, H. W. H., Angell, B., Corrigan, P. W., Lee, Y. T., Shi, K., Lam, C. S., et al. (2007). A cross-cultural study of employers' concerns about hiring people with psychotic disorder: Implications for recovery. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(9), 723-733
- US Equal Employment Opportunity Commission. (2011). Fact Sheet on the EEOC's Final Regulations Implementing the ADA. Repéré le 9 juillet 2012 à http://www.eeoc.gov/laws/regulations/adaaa_fact_sheet.cfm
- Warner, L. (2002). Employment: a mixed picture. *Mental Health Practice*, 5(8), 4-5
- Wootton, R. (2008). Prejudice in mind. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain))* : 1987), 22(44), 26-27