

## **Comparaison de la participation sociale entre trois groupes de personnes ayant des troubles mentaux**

Nadine Larivière

Volume 20, Number 2, December 2012

Les conceptions du rétablissement en santé mentale : recherches identitaires, interdépendances et changements sociaux  
Recovery Concepts and Models in Mental Health: Quests for Identity, Interdependences, and Social Changes

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1086718ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1086718ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Réseau International sur le Processus de Production du Handicap

ISSN

1499-5549 (print)

2562-6574 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Larivière, N. (2012). Comparaison de la participation sociale entre trois groupes de personnes ayant des troubles mentaux. *Développement Humain, Handicap et Changement Social / Human Development, Disability, and Social Change*, 20(2), 105–118. <https://doi.org/10.7202/1086718ar>

Article abstract

Social participation is a concept which has been minimally studied in the field of mental health. This paper aims at comparing the social participation of 24 people with a psychotic disorder, 22 people with a mood or anxiety disorder and 28 people with a cluster B personality disorder with acute or subacute phases. The Assessment of Life habits (short version 3.1) was used to measure their social participation. It contains 77 life habits distributed in six domains of daily activities and six domains of social roles. The analysis showed that the three groups experience the same quality of social participation. The people with a mood or anxiety disorder were however more dissatisfied than the people with a psychotic disorder ( $p = 0,01$ ). The domain of the personal care proved to be more easily accomplished and most satisfactory for the three groups. The domain of recreational activities appeared the most difficult to accomplish for the people with a mood or anxiety disorder and those with a cluster B personality disorder. The education and work domains showed difficulties for the group with psychotic disorders. The persons with a mood or anxiety disorder consider that the activities linked with the body condition are those accomplished with the most dissatisfaction. For the persons with a cluster B personality disorder, the interpersonal relationships represent the most dissatisfaction and for the persons with a psychotic disorder, work and education are the most dissatisfying.

## Comparaison de la participation sociale entre trois groupes de personnes ayant des troubles mentaux

NADINE LARIVIÈRE

École de réadaptation, Université de Sherbrooke, Québec, Canada

Article original • Original Article

---

### Résumé

La participation sociale est un concept qui n'a été que peu étudié dans le domaine de la santé mentale. Cet article vise à comparer la participation sociale de 24 personnes avec un trouble psychotique, 22 personnes avec un trouble de l'humeur et anxieux et 28 personnes avec un trouble de la personnalité du groupe B en phase aiguë/subaiguë. La Mesure des habitudes de vie (version abrégée 3.1) a été utilisée pour mesurer la participation sociale. Elle contient 77 habitudes de vie regroupées dans six domaines d'activités courantes et six domaines de rôles sociaux. Les analyses ont démontré que les trois groupes ont sensiblement la même qualité de participation sociale. Les personnes avec un trouble de l'humeur et anxieux en étaient toutefois plus insatisfaites que les personnes avec un trouble psychotique ( $p = 0,01$ ). Le domaine des soins personnels s'est avéré le plus facilement réalisé et le plus satisfaisant par les trois groupes. Le domaine des loisirs s'est révélé le plus difficilement réalisé par les personnes avec un trouble de l'humeur et anxieux et celles avec un trouble de la personnalité du groupe B. Les domaines de l'éducation et du travail ont présenté des difficultés pour le groupe des troubles psychotiques. Les personnes présentant un trouble de l'humeur et anxieux considèrent que les activités entourant la condition corporelle sont celles accomplies avec le plus d'insatisfaction. Pour les personnes avec un trouble de la personnalité du groupe B se sont les relations interpersonnelles qui représentent le plus d'insatisfaction et chez les personnes avec un trouble psychotique se sont le travail et l'éducation.

**Mots-clés :** participation sociale, troubles mentaux, habitudes de vie, rôles sociaux, MHAVIE

### Abstract

Social participation is a concept which has been minimally studied in the field of mental health. This paper aims at comparing the social participation of 24 people with a psychotic disorder, 22 people with a mood or anxiety disorder and 28 people with a cluster B personality disorder with acute or subacute phases. The Assessment of Life habits (short version 3.1) was used to measure their social participation. It contains 77 life habits distributed in six domains of daily activities and six domains of social roles. The analysis showed that the three groups experience the same quality of social participation. The people with a mood or anxiety disorder were however more dissatisfied than the people with a psychotic disorder ( $p = 0,01$ ). The domain of the personal care proved to be more easily accomplished and most satisfactory for the three groups. The domain of recreational activities appeared the most difficult to accomplish for the people with a mood or anxiety disorder and those with a cluster B personality disorder. The education and work domains showed difficulties for the group with psychotic disorders. The persons with a mood or anxiety disorder consider that the activities linked with the body condition are those accomplished with the most dissatisfaction. For the persons with a cluster B personality disorder, the interpersonal relationships represent the most dissatisfaction and for the persons with a psychotic disorder, work and education are the most dissatisfying.

**Keywords :** social participation, mental disorder, life habits, social roles, LIFE-H

---

## Introduction

La participation sociale est un concept polysémique qui recoupe plusieurs définitions et applications (Raymond, Gagné, Sévigny, & Tourigny, 2008). Dans la présente étude, la définition de la participation sociale proposée par Fougérollas et coll. (1998), dans le modèle du Processus de production du handicap (PPH), a été retenue pour plusieurs raisons. Tout d'abord, selon une analyse de concept suivant la méthode de Walker et Avant (Larivière, 2008), la définition de la participation sociale proposée dans le PPH inclut les attributs clés du concept de participation sociale, c'est-à-dire que la participation implique une action de la part de l'individu; cette action apporte une contribution directe, immédiate ou distale à d'autres personnes, qui inclut l'entourage et la société. Aussi, le questionnaire du PPH évaluant la participation sociale, la Mesure des habitudes de vie, a été retenu parmi dix-sept instruments analysés comme étant parmi les plus pertinents à utiliser dans la pratique en santé mentale (Larivière, 2008). Selon le PPH, la participation sociale correspond à la réalisation des habitudes de vie, c'est-à-dire les activités courantes et les rôles sociaux valorisés par la personne ou son contexte socioculturel, selon ses caractéristiques. La participation sociale est le résultat de l'interaction entre les caractéristiques d'une personne (facteurs personnels) et son contexte de vie (facteurs environnementaux).

Malgré des différences conceptuelles, la participation sociale est considérée comme un important déterminant de la santé (Van Willigen, 2000) et une cible modifiable des interventions de santé (Levasseur, Desrosiers, & Whiteneck, 2010). Quand on examine les écrits sur la participation sociale, il s'avère que ce concept a davantage été étudié dans le domaine de la santé physique qu'en santé mentale (Larivière, 2008). D'ailleurs, en 2009, Fougérollas soulignait que le PPH et ses outils étaient encore peu connus en santé mentale. En psychiatrie, les études ont surtout eu un angle médical et psychologique et ont beaucoup visé à mieux décrire et comprendre les symptômes des di-

verses pathologies psychiatriques, de même que différentes étiologies biologiques, psychologiques et sociales. Malgré le fait que le fonctionnement dans les différents domaines de la vie fasse partie du diagnostic psychiatrique, selon le *Diagnostic and Statistical Manual – 4th ed., text revision* (DSM-IV-TR) (American Psychiatric Association, 2000), peu de documentation étoffée a été publiée sur ce sujet.

Chez les personnes avec des troubles psychotiques (par exemple, la schizophrénie ou le trouble schizo-affectif), les symptômes positifs, négatifs, désorganisés et les troubles cognitifs possibles sur les plans de l'attention, de la mémoire et des fonctions exécutives peuvent mener à des difficultés fonctionnelles dans les différentes activités de la vie quotidienne et domestique (Bonder, 2010; Brown, 2011; Girard, Fisher, Short, & Duran, 1999), pour trouver et maintenir un emploi (Brown, 2011; Corbière, Mercier, Lesage, & Villeneuve, 2005), ainsi que sur les plans relationnel et social (Barlow & Durand, 2007). De plus, selon une étude réalisée auprès de 45 personnes ayant la schizophrénie, celles-ci rapportaient un sentiment d'inactivité et une perception négative de leur usage du temps (Aubin, Hachey, & Mercier, 2002). Plus objectivement avec des mesures de type agenda, les résultats tendent à montrer que dans beaucoup de cas, les personnes avec des troubles psychotiques sont globalement peu actives, le sommeil et les loisirs passifs occupant beaucoup de leur temps (Aubin et al., 2002; Leufstadius & Eklund, 2008; Minato & Zemke, 2004). La stigmatisation et la pauvreté sont deux types de barrières environnementales bien documentées qui peuvent nuire à la pleine participation sociale des personnes avec des troubles psychotiques (Brown, 2011).

Chez les personnes avec un trouble de l'humeur, incluant des troubles bipolaires et la dépression majeure, en raison de leurs symptômes cliniques et cognitifs (par exemple, des difficultés dans la concentration et la résolution de problèmes), des difficultés liées au sommeil (Barlow & Durand, 2007; Krystal, Thakur, & Roth, 2008), au domaine du travail (Corbière et al., 2005; El-Guebaly et al., 2007; Hirschfeld, Lewis, & Vornik, 2003; Kupfer et al., 2002),



dans la réalisation d'activités de la vie quotidienne et domestique (Bonder, 2010; Girard et al., 1999; Rogers & Holm, 2000) et dans les relations interpersonnelles ont été documentées (Bonder, 2010; Kupfer et al., 2002). Par ailleurs, en ce qui concerne le domaine des loisirs, il a été observé que les personnes en dépression majeure mettent de côté les loisirs actifs et passifs, ainsi que les activités physiques et de détente (Bonder, 2010). Dans un épisode de manie, on observe plutôt un engagement excessif dans des activités agréables, mais à potentiel élevé de conséquences dommageables pour la personne (Barlow & Durand, 2007).

Chez les personnes avec un trouble de la personnalité du groupe B, incluant les troubles de la personnalité antisociale, narcissique, hystérique et borderline (limite), de par la nature inhérente de ces troubles, les relations interpersonnelles sont au cœur de leurs difficultés (Barlow & Durand, 2007; Bonder, 2010). Par ailleurs, ils peuvent avoir des comportements sociétaux illégaux (Bonder, 2010). Le domaine du travail est également souvent affecté. Par exemple, chez les personnes avec un trouble de la personnalité limite, en raison d'absences fréquentes, de conflits avec leur patron ou leurs collègues ou de risques d'accident accru (à cause de l'impulsivité), ils se retrouvent souvent sans emploi (Arenstein & Gilbert, 2007; Bonder, 2010). Dans une étude récente de Falkof et Haglund (2010) examinant les occupations quotidiennes et l'adaptation par rapport à la vie de neuf femmes présentant un trouble de la personnalité limite, elles expliquaient avoir de la difficulté à accomplir l'ensemble des activités courantes et domestiques au quotidien et se trouvaient aux prises avec une routine insatisfaisante.

Quand on examine les conséquents, c'est-à-dire les événements ou les incidences qui résultent de la participation sociale (Walker & Avant, 1995), plusieurs liens peuvent être faits entre les troubles mentaux et la participation sociale et justifient pourquoi il est souhaitable de rendre possible la réalisation des activités courantes et des rôles sociaux dans les interventions auprès de ces personnes. Par exem-

ple, chez des personnes vivant avec des maladies physiques chroniques, comme l'arthrite rhumatoïde (Cardol et al., 2002) et des personnes âgées en perte d'autonomie (Lefrançois, 2002; Préville, Potvin, & Boyer, 1995), une participation sociale réduite a engendré des symptômes de détresse psychologique ou des problèmes de santé mentale. Les personnes atteintes de dépression ou de schizophrénie peuvent avoir une faible estime de soi (Rosenberg, 1985; Shahar & Davidson, 2003; Silverstone, 1991; Torrey et al., 2000; Krabendam et al., 2002; Lecomte et al., 1999) et selon Berger (1988), la bonne participation sociale peut procurer un sentiment d'appartenance, d'estime de soi et d'actualisation de soi.

Par ailleurs, la constitution et le maintien de l'identité de la personne (Markus & Wurf, 1987; Swann, 1987; Swann & Hill, 1982; Thoits, 1983) est une autre conséquence positive générée par la participation sociale. Cette dimension de la personne étant particulièrement fragile chez les personnes avec des troubles de la personnalité limite (Barlow & Durand, 2007), améliorer la participation sociale pourrait contribuer à une constitution d'une identité plus solide. Enfin, le développement d'une perception plus positive de son état de santé (Young & Glasgow, 1998) et une meilleure qualité de vie (Chan, Krupa, Lawson, & Estabrook, 2005; Laliberté-Rudman, Yu, Scott, & Pajouhandeh, 2000; Levasseur, Desrosiers, & Noreau, 2004; Levasseur, Desrosiers & St-Cyr Tribble, 2008; Sørensen, Axelsen, & Avlund, 2002) ont été associés à la participation sociale.

Suivant le courant actuel du rétablissement et les mouvements de désinstitutionalisation, s'intéresser de plus près à la participation sociale des personnes avec des troubles mentaux est très pertinent. Le rétablissement correspond à une expérience subjective de la personne, ses efforts continus pour surmonter et dépasser les limites imposées par le trouble mental et les conséquences sociales qui lui sont associées (Noisieux & Ricard, 2005; Provencher, 2002). Parmi les dimensions du rétablissement, certaines peuvent être directement liées à la participation sociale telle que définie dans le PPH : réaliser des activités significatives, exercer sa

citoyenneté, retrouver espoir et engagement (Davidson et al., 2005).

En conclusion, les connaissances sur la réalisation et la satisfaction des personnes avec des troubles mentaux, par rapport à leurs activités courantes et à leurs rôles sociaux, demeurent encore assez limitées. Puisque les personnes avec des troubles mentaux semblent avoir des similitudes et des différences dans leur participation sociale selon leur diagnostic, une comparaison entre diverses clientèles enrichirait notre compréhension de ce qui est commun entre celles-ci et ainsi, par exemple, cibler des habitudes de vie à prioriser dans les interventions dans les milieux où toutes les clientèles sont traitées ensemble. Les différences entre les groupes permettraient de faire ressortir les particularités propres et les besoins spécifiques de chaque groupe et ainsi, personnaliser davantage les interventions.

Cette étude visait à décrire et à comparer la participation sociale de trois groupes de personnes avec des troubles mentaux :

- troubles psychotiques;
- troubles de l'humeur et anxieux;
- troubles de la personnalité du groupe B.

## Méthodes

### - Devis

Afin de répondre à l'objectif de la présente étude, un devis descriptif transversal fut utilisé. Cette étude fait partie d'une recherche plus large évaluant les effets cliniques, fonctionnels et économiques d'un hôpital de jour psychiatrique en comparaison avec l'hospitalisation (Larivière et al., 2011). Cette dernière a reçu l'approbation du Comité d'éthique à la recherche du Centre de recherche Fernand-Seguin.

### - Participants

Pour être admissible, les participants devaient être âgés de 18 ans et plus, comprendre le français, avoir un diagnostic psychiatrique selon le DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), ainsi que présenter une patho-

logie psychiatrique en décompensation aiguë ou subaiguë, c'est-à-dire avoir une cote de 21 à 60 à l'Échelle d'Évaluation Globale du Fonctionnement (EGF) (Endicott et al., 1976), évaluation couramment utilisée en psychiatrie. L'échelle de l'EGF varie sur un continuum allant de la maladie psychiatrique à la santé mentale et est divisée en dix intervalles de dix points. Les propriétés métriques de l'EGF ont été bien établies (Endicott et al., 1976). L'étendue pour la présente étude (de 21 à 60) fut déterminée en révisant de façon rétrospective les résultats à l'EGF lors de l'évaluation initiale d'usagers suivis à l'hôpital de jour d'un hôpital psychiatrique québécois (n = 76). Ces résultats sont comparables à ceux d'autres études sur les hôpitaux de jour psychiatriques qui ont utilisé l'EGF (Dufton et Siddique, 1992; Glick et al., 1986; Russell et al., 1996).

Les critères d'exclusion correspondaient à :

- aucun lieu de résidence fixe;
- une perte d'autonomie physique importante;
- la présence de déficience intellectuelle;
- des problèmes de consommation d'alcool ou de toxicomanie au premier plan;
- une garde en établissement.

Les participants ont été recrutés dans un hôpital de jour et dans les unités d'hospitalisation d'un hôpital psychiatrique québécois, au cours de leur première semaine de suivi.

### - Mesure de la participation sociale

La participation sociale a été évaluée avec la version 3,1 abrégée de la *Mesure des habitudes de vie* (MHAVIE) (Fougeyrollas et al., 2002). Ce questionnaire mesure la dimension des habitudes de vie du modèle du Processus de production du handicap (Fougeyrollas et al., 1998) et comprend 77 énoncés répartis sur six domaines d'activités courantes (nutrition, condition corporelle, soins personnels, communication, habitation, déplacements) et six domaines de rôles sociaux (responsabilités, relations interpersonnelles, vie communautaire, éducation, travail et loisirs). Les indicateurs de la participation sociale incluent le niveau de difficulté pour réaliser une habitude de vie, le type d'aide requis et le degré de satisfaction de



la personne face à la réalisation de cette habitude de vie. Pour chaque énoncé, on peut calculer une cote représentant le degré de réalisation qui varie de 0 à 9 et qui combine le degré de réalisation et le type d'aide requis. Une cote de 0 correspond à une non réalisation de l'habitude de vie en raison d'obstacles trop importants ou d'un manque d'aide et une cote de 9, à une réalisation de l'habitude de vie sans difficulté et sans aide. On peut aussi établir le degré de satisfaction pour chaque énoncé avec une cote variant de 0 à 4, où 0 = très insatisfait et 4 = très satisfait.

Selon les écrits publiés, la MHAVIE a surtout été utilisée auprès de personnes de différents groupes d'âge avec des incapacités physiques (Desrosiers, Noreau, Rochette, Bravo, & Boutin, 2002; Desrosiers et al., 2004; Paré, Fougeyrollas, Parent, & St-Michel, 2000; Lepage, Noreau, Bernard, & Fougeyrollas, 1998; Lepage, Noreau, & Bernard, 1998; Noreau et al., 2004; Noreau, & Fougeyrollas, 1996; Noreau, Fougeyrollas, & Vincent, 2002). La MHAVIE démontre de bonnes qualités métrologiques. De façon plus précise, la MHAVIE présente une validité de convergence de faible à bonne avec deux instruments évaluant le concept de handicap (Spearman Rho de 0,14 à 0,76) (Noreau et al., 2002), une bonne validité convergente avec une mesure d'indépendance fonctionnelle ( $r$  de Pearson entre les scores totaux = 0,70) (Desrosiers et al., 2004), une bonne cohérence interne ( $\alpha \geq 0,79$ ) (Noreau et al., 2002), une fidélité test-retest modérée à bonne (CCI > 0,60) (Fougeyrollas et al., 1998; Noreau et al., 2004), ainsi qu'une fidélité interjuges modérée à forte (CCI  $\geq 0,60$ ) (Noreau et al., 2002; Noreau et al., 2004).

Dans la présente étude, la MHAVIE fut complétée de façon auto-administrée par les participants, sous la supervision de l'auteure pour vérifier la compréhension des consignes et des énoncés. Les données furent analysées avec des statistiques descriptives (par exemple, fréquences et moyennes) et des analyses de variance (ANOVAs), à l'aide du logiciel SPSS (version 15.0). Un seuil de signification de  $p \leq 0,05$  fut retenu.

## Résultats

Sur le plan sociodémographique, 48 femmes et 26 hommes ( $n = 74$ ) âgés en moyenne de 41,4 ans (étendue : 18-77 ans) ont participé à l'étude. Sur les 74 participants, neuf étaient hospitalisés et 65 étaient suivies en hôpital de jour. Le rôle social principal le plus fréquent était d'être en arrêt de travail pour maladie, mais avec un lien d'emploi ( $n = 31$ ; 41,9 %). Vingt-quatre participants étaient sans emploi (32,4 %), huit (10,8 %) personnes étaient à la retraite, six (8,1 %) participants étaient à l'emploi, trois (4,1 %) occupaient le rôle de parent à la maison, un (1,4 %) participant était étudiant et un (1,4 %) participant recevait des prestations de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) ou l'Indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC).

Sur le plan clinique, les participants ont été divisés en trois groupes selon leur diagnostic principal :

- troubles de la personnalité du groupe B ( $n = 28$ );
- troubles psychotiques ( $n = 24$ );
- troubles de l'humeur et anxieux ( $n = 22$ ).

En moyenne, les 74 participants présentaient une cote de 46,1 à l'EGF, ce qui indique qu'ils avaient des symptômes ou une altération importante du fonctionnement social au moment de l'évaluation avec la MHAVIE.

Dans le groupe dont le diagnostic principal était des troubles de la personnalité du groupe B, le trouble de la personnalité le plus fréquent était le trouble de la personnalité limite (seul ou avec d'autres troubles de la personnalité du groupe B ou du groupe C). Tous les participants de ce groupe avaient un diagnostic à l'Axe I (par exemple, des troubles de l'humeur ou des problèmes d'abus de substances). Chez les personnes présentant des troubles psychotiques comme diagnostic principal, les plus fréquents étaient la schizophrénie, le trouble psychotique non spécifié et le trouble schizo-affectif. Dix-sept participants (70,8 %) avaient une condition associée (par exemple, des traits ou des troubles de la personnalité du groupe A, comme la personnalité schizoïde).

Dans le groupe des personnes avec des troubles de l'humeur et anxieux comme diagnostic principal, quinze participants (68,1 %) présentaient une dépression majeure et vingt personnes (90,9 %) avaient une condition associée,

tels qu'un trouble anxieux (par exemple, trouble panique avec agoraphobie), des traits de la personnalité du groupe C (par exemple, personnalité dépendante) ou des problèmes d'abus de substances.

**TABLEAU 1 : COMPARAISON DE LA PARTICIPATION SOCIALE GLOBALE (RÉALISATION ET SATISFACTION) ENTRE LES TROIS GROUPES**

	Troubles de la personnalité groupe B  (n = 28)	Troubles psychotiques  (n = 24)	Troubles de l'humeur  (n = 22)	
	Moyenne (é.t.)			<i>p</i>
<b>Réalisation globale (max. = 9)<sup>1</sup></b>	6,42 (1,05)	7,15 (1,08)	6,59 (0,99)	Non-significatif
<b>Satisfaction globale (max. = 4)<sup>2</sup></b>	2,50 (0,55)	2,87 (0,59)	2,39 (0,67)	tr. humeur < tr. psychotiques (p = 0,01)

**Note 1 :**

- 9 = sans difficulté et sans aide
- 8 = sans difficulté et aide technique ou aménagement
- 7 = avec difficulté et sans aide
- 6 = avec difficulté et aide technique ou aménagement
- 5 = sans difficulté et aide humaine
- 4 = sans difficulté et aide humaine + aide technique ou aménagement
- 3 = avec difficulté et aide humaine
- 2 = avec difficulté et aide humaine + aide technique ou aménagement
- 1 = réalisé par substitution
- 0 = non réalisée

**Note 2 :**

- 0 = Très insatisfait
- 1 = insatisfait
- 2 = +/- satisfait
- 3 = satisfait
- 4 = très satisfait



Les comparaisons entre les trois groupes, par rapport à la réalisation et la satisfaction face à la participation sociale globale, sont présentées dans le tableau 1. Les résultats indiquent qu'en moyenne, dans les groupes des troubles de la personnalité du groupe B (moyenne = 6,42) et des troubles de l'humeur et anxieux (moyenne = 6,59), les personnes réalisaient globalement leurs habitudes de vie avec difficulté et avec de l'aide technique (par exemple, la médication) ou de l'aménagement (par exemple, faire l'activité en sous-étapes ou se donner plus de temps pour la réaliser). Pour leur part, les personnes avec des troubles psychotiques réalisaient globalement leurs habitudes de vie, en moyenne, avec difficultés mais sans aide (moyenne = 7,15). Lorsque l'on compare les trois groupes, il n'y avait pas de différence statistiquement significative dans la réalisation globale des habitudes de vie.

En ce qui concerne la satisfaction face à la participation sociale globale, les trois groupes

étaient en moyenne plus ou moins satisfaits de leur participation sociale. Les analyses comparatives montrent une seule différence statistiquement significative, soit entre les groupes des troubles de l'humeur et anxieux et les troubles psychotiques ( $p = 0,01$ ). Plus spécifiquement, les personnes avec des troubles de l'humeur étaient significativement moins satisfaites (moyenne = 2,39) de leur participation sociale que les personnes avec des troubles psychotiques (moyenne = 2,88).

Afin de décrire la participation sociale de chacune de ces clientèles de façon plus détaillée, les moyennes pour chaque domaine et pour chaque groupe sont présentées dans les tableaux 2 à 4, et ce, par rapport à la réalisation et la satisfaction. Dans les trois tableaux, les domaines sont classés en ordre croissant, c'est-à-dire du domaine le plus difficile à réaliser au plus facile et du domaine le moins satisfaisant au plus satisfaisant.

**TABLEAU 2 : PORTRAIT DE LA PARTICIPATION SOCIALE DÉTAILLÉE DU GROUPE DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ DU GROUPE B (N = 28)**

<b>Troubles de la personnalité groupe B</b>			
<b>Domaines</b>	<b>Réalisation moyenne (é.t.)</b>	<b>Domaines</b>	<b>Satisfaction moyenne (é.t.)</b>
<b>Loisirs</b>	<b>4,02 (2,97)</b>	<b>Relations interpersonnelles</b>	<b>1,88 (0,99)</b>
Travail/éducation	4,34 (2,93)	Condition corporelle	1,91 (1,10)
Condition corporelle	5,55 (1,80)	Loisirs	2,19 (1,17)
Relations interpersonnelles	5,63 (1,96)	Travail/éducation <sup>1</sup>	2,21 (1,16)
Nutrition	6,14 (2,00)	Nutrition	2,35 (1,02)
Vie communautaire	6,55 (1,95)	Vie communautaire	2,64 (1,00)
Habitation	6,78 (1,42)	Habitation	2,64 (0,73)
Responsabilités	6,97 (1,27)	Communication	2,69 (0,71)
Déplacements	7,17 (1,60)	Responsabilités	2,74 (0,73)
Communication	7,21 (1,05)	Déplacements	2,77 (0,87)
Soins personnels	7,74 (0,98)	Soins personnels	2,92 (0,63)

**Note 1 :** Le domaine de l'éducation a été regroupé avec le travail puisqu'il s'appliquait seulement qu'à un très petit nombre de participants.



**TABLEAU 3 : PORTRAIT DE LA PARTICIPATION SOCIALE DÉTAILLÉE  
DU GROUPE DES TROUBLES PSYCHOTIQUES (N = 24)**

<b>Troubles psychotiques</b>			
<b>Domaines</b>	<b>Réalisation moyenne (é.t.)</b>	<b>Domaines</b>	<b>Satisfaction moyenne (é.t.)</b>
<b>Travail/éducation</b>	<b>4,45 (2,82)</b>	<b>Travail/éducation</b>	<b>2,39 (1,11)</b>
Loisirs	5,45 (2,64)	Relations interpersonnelles	2,70 (0,93)
Condition corporelle	7,16 (1,03)	Condition corporelle	2,71 (0,76)
Relations interpersonnelles	7,34 (1,51)	Loisirs	2,77 (0,87)
Vie communautaire	7,53 (1,63)	Habitation	2,90 (0,90)
Habitation	7,56 (1,21)	Communication	3,01 (0,93)
Communication	7,62 (1,42)	Déplacements	2,97 (0,80)
Responsabilités	7,63 (1,65)	Responsabilités	3,03 (0,92)
Déplacements	7,64 (1,27)	Vie communautaire	3,10 (0,56)
Nutrition	7,75 (1,63)	Nutrition	3,22 (0,79)
Soins personnels	8,18 (1,19)	Soins personnels	3,23 (0,70)

**Note 1 :** Le domaine de l'éducation a été regroupé avec le travail puisqu'il s'appliquait seulement qu'à un très petit nombre de participants.

**TABLEAU 4 : PORTRAIT DE LA PARTICIPATION SOCIALE DÉTAILLÉE DU GROUPE  
DES TROUBLES DE L'HUMEUR ET ANXIEUX (N = 22)**

<b>Troubles de l'humeur et anxieux</b>			
<b>Domaines</b>	<b>Réalisation (moyenne)</b>	<b>Domaines</b>	<b>Satisfaction (moyenne)</b>
<b>Loisirs</b>	<b>3,88 (2,74)</b>	<b>Condition corporelle</b>	<b>1,84 (1,15)</b>
Travail/éducation	4,61 (2,44)	Loisirs	1,89 (0,99)
Condition corporelle	5,62 (1,61)	Relations interpersonnelles	2,12 (0,99)
Relations interpersonnelles	6,21 (2,07)	Travail/éducation	2,14 (1,00)
Nutrition	6,63 (1,67)	Communication	2,33 (0,73)
Communication	6,80 (1,16)	Nutrition	2,43 (0,93)
Habitation	6,98 (1,31)	Habitation	2,48 (0,66)
Vie communautaire	7,13 (1,70)	Vie communautaire	2,52 (1,01)
Déplacements	7,40 (1,32)	Responsabilités	2,61 (0,86)
Responsabilités	7,41 (1,37)	Déplacements	2,71 (0,68)
Soins personnels	8,22 (0,70)	Soins personnels	2,93 (0,51)

**Note 1 :** Le domaine de l'éducation a été regroupé avec le travail puisqu'il s'appliquait seulement qu'à un très petit nombre de participants.



Ainsi, pour les personnes avec un trouble de la personnalité du groupe B, le domaine le plus difficile à réaliser était celui des loisirs (moyenne de 4,02 = sans difficulté avec aide humaine et aide technique ou aménagement) et le plus insatisfaisant correspond aux relations interpersonnelles (moyenne = 1,88). Le domaine qui présentait le moins de problèmes à réaliser était celui des soins personnels (moyenne de 7,74) et il était également le plus satisfaisant (moyenne = 2,92). Trois domaines sur onze se font sans aide (mais avec difficultés; cotes entre 7 et 8) : les déplacements, la communication et les soins personnels. Les autres domaines se font avec ou sans difficultés et avec aide.

Chez les personnes avec des troubles psychotiques, le domaine du travail/éducation était le plus difficile à réaliser (moyenne de 4,45 = sans difficulté avec aide humaine et aide technique ou aménagement) et le plus insatisfaisant (moyenne = 2,39). Huit domaines sur onze se font sans aide (cotes entre 7 et 8). Les domaines réalisés avec aide sont le travail/éducation, les loisirs et les soins personnels. Le domaine des soins personnels était le moins difficile à réaliser (moyenne de 8,18 = sans difficulté avec aide technique ou aménagement) et le plus satisfaisant (moyenne = 3,23).

Enfin, pour les personnes avec des troubles de l'humeur et anxieux, les loisirs correspondaient au domaine le plus difficile à réaliser (moyenne de 3,88 = avec difficulté et avec aide humaine) et la condition corporelle (c'est-à-dire le sommeil, les activités physiques, de détente et bien-être mental), le moins satisfaisant (moyenne = 1,84). Trois domaines sur onze se font sans aide (cotes entre 7 et 8) : la vie communautaire, les responsabilités et les déplacements. Les autres domaines sont accomplis avec ou sans difficultés et avec aide. Tout comme pour les deux groupes précédents, ce sont les soins personnels qui s'effectuaient avec le moins de difficultés (moyenne de 8,22 = sans difficulté, avec aide technique ou aménagement) et dont la réalisation était la plus satisfaisante (moyenne = 2,93).

## Discussion

Cette étude a permis de dresser un portrait de la participation sociale de trois groupes de personnes présentant des troubles mentaux en phase aiguë/subaiguë. En moyenne, les trois groupes réalisaient l'ensemble de leurs habitudes de vie avec difficulté et étaient plus ou moins satisfaits de leur participation sociale globale. Les résultats montrent une tendance que de façon générale, le degré de difficulté perçu affectera la satisfaction dans le même sens. Il y a quelques similitudes dans la participation sociale des trois groupes. En effet, les domaines perçus comme les plus problématiques à réaliser pour les trois groupes sont les loisirs, le travail et la condition corporelle. Le domaine accompli avec le moins de difficultés, et dont la réalisation est la plus satisfaisante, est les soins personnels (incluant l'hygiène, l'habillement, prendre soin de sa santé et utiliser les services de santé). Le fait que les personnes avec des troubles de l'humeur soient significativement moins satisfaites de leur participation sociale globale que les personnes avec des troubles psychotiques est cohérent avec la vision négative de soi et de l'environnement observée chez les personnes en dépression majeure (Barlow & Durand, 2007).

Les domaines les plus insatisfaisants étaient différents entre les trois groupes. En ce qui concerne les personnes avec un trouble de la personnalité du groupe B, il n'est pas étonnant que les relations interpersonnelles soient le domaine le plus insatisfaisant, car ce trouble est principalement un trouble relationnel (Barlow & Durand, 2007; Bonder, 2010). Chez les personnes avec un trouble de l'humeur, le fait que la condition corporelle était le domaine le moins satisfaisant, est aussi cohérent avec les caractéristiques cliniques de ce type de trouble (Barlow & Durand, 2007; Bonder, 2010). Enfin, dans le groupe des personnes avec un trouble psychotique, le travail/éducation était le domaine le plus insatisfaisant. Dans ce groupe, on retrouve le plus de participants sans emploi. Il est documenté que le travail est un domaine très important (Aubin et al., 2002; Leufstadius, Eklund & Erlandsson, 2009) et que la situation d'être sans emploi peut être vécue comme

stressante et frustrante et avoir un impact important sur l'identité, la dignité et le sentiment d'utilité des personnes avec un trouble mental (Fossey & Harvey, 2010; Kirsh et al., 2009; Gewurtz & Kirsh, 2007).

En 1999, Binet, Guérette et Simard ont réalisé une analyse de besoins de services à offrir à une clientèle hospitalisée dans un centre hospitalier psychiatrique québécois, à partir du PPH (Binet, Guérette, & Simard, 1999). Neuf intervenants et onze usagers avec divers troubles mentaux graves et transitoires furent consultés. Parmi les domaines nommés par les usagers comme les plus importants à traiter dans les services, on retrouve la condition corporelle et les relations interpersonnelles. Dans notre étude, ces deux domaines étaient également parmi les plus difficiles à réaliser et les moins satisfaisants, donc des domaines également à cibler dans les interventions. Ces résultats vont aussi dans le sens de l'étude de Vallée (2007), à l'intérieur de laquelle plus de la majorité des participants avec des troubles mentaux graves ( $n = 14$ ) exprimaient que la condition corporelle et la dimension sociale étaient des aspects importants à prendre en compte dans le processus de rétablissement.

Toutefois, dans notre étude, comparativement aux résultats de Binet et coll. (1999), la communication ne figurait pas parmi les domaines les plus difficiles ou insatisfaisants. On peut l'expliquer par rapport au fait que dans l'étude de Binet et coll. (1999), les auteurs n'ont pas utilisé la même définition de la communication que dans la MHAVIE. De plus, ce qui diffère également est la perception des domaines du travail et de l'éducation, cotés comme moins importants à considérer dans l'étude de Binet et coll. (1999), mais ce sont les domaines qui sont parmi les plus difficiles à réaliser et insatisfaisants dans notre étude. Pour expliquer cette différence, il est possible que les participants de leur étude aient des troubles mentaux plus graves et plus aigus que dans notre étude. De plus, dans l'étude de Binet et coll. (1999), tous les usagers étaient hospitalisés, alors que dans notre échantillon, seulement neuf personnes sur 74 étaient hospitalisées. Le mandat et le contexte d'une hospitalisation différent de

ceux d'un hôpital de jour, car même si dans les deux services plusieurs personnes peuvent présenter des profils cliniques comparables, les personnes suivies en hôpital de jour sont en processus actif de thérapie et de réadaptation et demeurent en contact avec leur vie personnelle et la communauté. Elles peuvent donc être plus préoccupées par la réalisation de ces rôles sociaux. Lorsqu'hospitalisée en institution psychiatrique, traditionnellement, le mandat est principalement la stabilisation de l'état mental et l'amorce de la transition vers le retour à domicile.

Des liens peuvent également être faits entre les résultats de la présente étude concernant le groupe des personnes avec des troubles psychotiques et une étude d'Aubin et coll. (2002), qui a regardé la signification des activités quotidiennes chez 45 personnes présentant la schizophrénie. La signification des activités quotidiennes a été évaluée avec le Questionnaire Occupationnel (Smith, Kielhofner, & Watts, 1986), qui correspond à un horaire quotidien où le sujet inscrit les activités réalisées à la demi-heure. Chaque activité accomplie est évaluée par les répondants à l'aide d'une échelle à cinq niveaux selon le sentiment de compétence perçue, l'importance accordée à l'activité et le plaisir éprouvé. Les résultats indiquent que l'hygiène, les soins personnels et la préparation des repas génèrent le plus grand sentiment de compétence. Dans notre étude, on peut faire des rapprochements avec le fait que la réalisation des soins personnels et la nutrition sont les deux premiers domaines accomplis avec moins de difficultés et correspondent aussi aux deux premiers domaines les plus satisfaisants.

En ce qui concerne les personnes avec un trouble de l'humeur et anxieux ainsi que les personnes avec un trouble de la personnalité du groupe B, les résultats obtenus dans notre étude apportent un angle complémentaire aux études antérieures qui ont surtout mesuré le fonctionnement dans certaines habitudes de vie avec des cotes d'évaluateurs.

Afin d'approfondir notre analyse de la participation sociale de personnes avec des troubles



mentaux, nous avons comparé nos résultats à ceux de deux études incluant des adultes ayant subi des lésions à la moelle épinière (Noreau & Fougeyrollas, 1996; 2000). Il est intéressant de noter que les rôles sociaux où la réalisation était la plus perturbée étaient le travail et les loisirs, comme dans notre étude (Noreau & Fougeyrollas, 1996; 2000). Ces deux rôles sociaux présentent de nombreux défis pour ces deux groupes, tels que devoir réaliser des tâches complexes, le stress du rendement ou devoir sortir de chez soi. De plus, pour expliquer cette convergence, il est possible que les obstacles environnementaux tels que les préjugés face aux personnes « handicapées » par certains employeurs perdurent et limitent leur accès à l'emploi rémunéré et non rémunéré. Dans nos trois groupes, les relations interpersonnelles figuraient parmi les domaines plus affectés et les plus insatisfaisants. Chez les personnes ayant subi une lésion à la moelle épinière, le domaine des relations interpersonnelles était au contraire parmi les moins perturbés par leur condition (sauf les relations sexuelles). Toutefois, chez certains, les cotes indiquaient plus de problèmes perçus dans ce domaine et, Noreau et Fougeyrollas (1996) émettaient l'hypothèse que chez certains individus, des attitudes négatives de l'entourage ou un état dépressif pourraient expliquer ces difficultés à créer des liens. On voit alors qu'effectivement, quand l'état affectif des personnes est perturbé, peu importe si la condition sous-jacente est physique ou psychiatrique, l'humeur change, les personnes peuvent s'isoler ou encore l'entourage peut adopter des attitudes non aidantes (par exemple, des critiques par rapport au fait que la personne ne peut accomplir toutes les tâches qu'elle faisait avant). Ainsi, la participation sociale en sera réduite.

L'information fournie par la présente étude descriptive pourrait certainement guider les cliniciens œuvrant auprès de personnes avec ces trois types de troubles mentaux pour déterminer les domaines où ces dernières ont davantage besoin d'aide pour réaliser pleinement leurs habitudes de vie. Soutenir les personnes avec des troubles mentaux pour actualiser des rôles sociaux et des connections sociales, et

ce, par le biais de la réalisation d'activités, les relations interpersonnelles ou le travail, favorisent leur rétablissement (Marrone, Foley, & Selleck, 2005).

Par exemple, en ce qui concerne le travail, domaine qui est ressorti dans notre étude parmi les plus difficiles à réaliser et les moins satisfaisants dans les trois groupes, il est bien documenté que ce domaine est un enjeu important dans le processus de rétablissement. Plusieurs études ont démontré que pour les personnes avec des troubles mentaux, le travail rémunéré ou non rémunéré représente une activité significative (Kennedy-Jones, Cooper, & Fossey, 2005; Kirsh, 2000), qui a plusieurs bienfaits tels que se sentir utile, faire partie de la société, avoir un sentiment d'appartenance à un groupe, procurer de la structure dans la routine quotidienne et donner envie de participer à plus d'activités (Kirsh, 2000; Leufstadius, Eklund, & Erlandsson, 2009; Vallée, 2007). Le travail présente aussi plusieurs défis liés, par exemple, aux fluctuations des symptômes, aux effets secondaires de la médication, à la conciliation avec les autres rôles (comme celui de parent), au stress associé aux exigences de l'emploi, à la discrimination potentielle des employeurs (Corbière, Bordeleau, Provost, & Mercier, 2002; Vallée, 2007). Par ailleurs, la présente étude montre aussi que le domaine des loisirs est à considérer, ce qui a été peu exploré jusqu'à présent dans les écrits en réadaptation psychosociale. Les loisirs peuvent avoir des effets positifs sur la santé, le bien-être, les stratégies d'adaptation et l'identité personnelle (Howells, 2011).

## Conclusion

Pour conclure, cette étude a permis de décrire et de comparer la réalisation et la satisfaction dans onze domaines de la vie chez des personnes présentant trois types de troubles mentaux. Toutefois, elle n'a pas exploré les raisons sous-jacentes aux difficultés de réalisation et de satisfaction dans les différentes habitudes de vie. Il serait fort pertinent de poursuivre d'autres recherches avec de plus grands échantillons approfondissant le type d'aide utilisé, l'utilité de cette aide, les écarts entre la

participation sociale réellement accomplie et celle souhaitée, ainsi que les ingrédients (facilitateurs et obstacles personnels et environnementaux) pour une réalisation satisfaisante de toutes les habitudes de vie. L'outil utilisé dans cette étude, la Mesure des habitudes de vie, est un questionnaire auto-administré et donc lié à la perception de la personne sur sa participation, ce qui pourrait être différent de ce qui se passe en réalité. Par exemple, des personnes vivant une dépression pourraient avoir tendance à sous-estimer leurs capacités, tandis que les personnes en psychose, en raison d'une autocritique altérée pourraient surestimer leurs capacités (Sadock & Sadock, 2007). Il serait donc intéressant de poursuivre des études comparant les perceptions des personnes, des proches et des intervenants, en combinaison avec des évaluations objectives mesurant le fonctionnement dans différents domaines de la vie.

L'administration de la MHAVIE a permis, non seulement de recueillir de l'information riche sur la participation sociale, mais a aussi donné l'occasion aux participants de faire des prises de conscience. En effet, même si l'outil était complété de façon auto-administrée, plusieurs participants ont exprimé spontanément que l'outil les avait fait réfléchir sur des habitudes de vie sur lesquelles ils ne s'étaient pas penchés ou encore que malgré leur état, certains domaines de leur vie étaient satisfaisants. Compte tenu qu'il a principalement été validé scientifiquement avec des personnes présentant des incapacités physiques, il serait indiqué et souhaitable d'examiner ses qualités métrologiques dans le domaine de la santé mentale.

## Références

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000). *Diagnostic and Statistical Manual* (4<sup>th</sup> ed., text revision). Washington, DC : Author.

ARENSTEIN, G.-H., & GILBERT, G. (2007). Le trouble de la personnalité limite : aspects sociaux et environnementaux. Dans R. Labrosse & C. Leclerc (Eds.), *Trouble de la personnalité limite et réadaptation/Tome I* (p. 15.01-15.13). Saint-Jérôme, Québec : Éditions Ressources.

AUBIN, G., HACHEY, R., & MERCIER, C. (2002). La signification des activités quotidiennes chez les personnes souffrant de troubles mentaux graves. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 69(4), 218-228.

BARLOW, D. H., & DURAND, V. M. (2007). *Psychopathologie/Une Perspective Multidimensionnelle* (2e ed.). Bruxelles, Belgique : De Boeck.

BERGER, K. S. (1988). *The developing person through the lifespan*. (2<sup>nd</sup> ed.). New York : Worth Publishers, Inc.

BINET, M., GUÉRETTE, F., & SIMARD, C. (1999). L'application du Processus de production du handicap (PPH) en santé mentale : un défi réaliste. *Réseau International sur la CIDIH et Facteurs environnementaux*, 10(1-2), 39-49.

BONDER, B. R. (2010). *Psychopathology and Function* (4<sup>th</sup> ed.). Thorofare, NJ : SLACK Inc.

BROWN, C. (2011). Schizophrenia. Dans Brown, C. & V. C. Stoffel (Eds.), *Occupational Therapy in Mental Health/A Vision for Participation*. Philadelphia, PA : F. A. Davis Company.

CARDOL, M., DE JONG, B. A., VAN DEN BOS, G. A. M., BEELEN, A., DE GROOT, I. J. M., & HAAN, R. J. (2002). Beyond disability : Perceived participation of people with a chronic disabling condition. *Clinical Rehabilitation*, 16, 27-35.

CHAN, P. S., KRUPA, T., LAWSON, J. S., & ESTABROOKE, S. (2005). An outcome in need of clarity : Building a predictive model of subjective quality of life for persons with severe mental illness living in the community. *American Journal of Occupational Therapy*, 59(2), 181-190.

CORBIÈRE, M., BORDELEAU, M., PROVOST, G., & MERCIER, C. (2002). Obstacles à l'insertion socioprofessionnelle de personnes ayant des problèmes graves de santé mentale : données empiriques et repères théoriques. *Santé mentale au Québec*, 27(1), 194-217.

CORBIÈRE, M., MERCIER, C., LESAGE, A., & VILLENEUVE, K. (2005). L'insertion au travail de personnes souffrant d'une maladie mentale : Analyse des caractéristiques de la personne. *Revue Canadienne de Psychiatrie*, 50, 722-733.

DAVIDSON, L., O'CONNELL, M. J., TONDORA, J., STAEHELI, M., & EVANS, A. C. (2005). Recovery in serious mental illness : Paradigm shift or shibboleth? Dans L. Davidson, C. Harding, & L. Spaniol (Eds.), *Recovery from severe mental illnesses : Research evidence and implications for practice* (p. 5-26). Boston : Boston University, Sargent College of Health and Rehabilitation Sciences, Center for Psychiatric Rehabilitation.

DESROSIERS, J., NOREAU, L., ROCHETTE, A., BRAVO, G., & BOUTIN, C. (2002). Predictors of handicap situations following post-stroke rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 24(15), 774-785.

DESROSIERS, J., NOREAU, L., ROBICHAUD, L., FOUGEYROL-LAS, P., ROCHETTE, A., & VISCOGLIOSI, C. (2004). Validity of the assessment of Life Habits (LIFE-H) in older adults. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 36(4), 177-182.

DUFTON B. D., & SIDDIQUE C. M. (1992). Measures in the day hospital. I. The global assessment of functioning scale. *International Journal of Partial Hospitalization*, 8(1), 41-49.

EL-GUEBALY, N., CURRIE, S., WILLIAMS, J., WANG, J., BECK, C. A., MAXWELL, C., & PATTEN, S. B. (2007). Association of mood, anxiety, and substance use disorders with occupa-



- tional status and disability in a community sample. *Psychiatric Services*, 58(5), 659-667.
- ENDICOTT, J., SPITZER, R. L., FLEISS, J. L., & COHEN, J. (1976). The global assessment scale. *Archives of General Psychiatry*, 33, 766-771.
- FALKLOF, I., & HAGLUND, L. (2010). Daily occupations and adaptation to daily life described by women suffering from borderline personality disorder. *Occupational Therapy in Mental Health*, 26(4), 354-374.
- FOSSEY, E. M., & HARVEY, C. A. (2010). Finding and sustaining employment : A qualitative meta-synthesis of mental health consumer views. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 77(5), 303-314.
- FOUGEYROLLAS, P. (2009). Mieux comprendre les déterminants environnementaux de la participation sociale pour mieux intervenir. *Le Partenaire*, 17(2), 14-16.
- FOUGEYROLLAS, P., CLOUTIER, R., BERGERON, H., CÔTÉ, J., & ST MICHEL, G. (1998). *Classification québécoise Processus de production du handicap*. Québec, Canada : Réseau international sur le Processus de production du handicap.
- FOUGEYROLLAS, P., NOREAU, L., DION, S.-A., LEPAGE, C., SÉVIGNY, M., & ST-MICHEL, G. (2002). *La Mesure des habitudes de vie (version 3.1)*. Québec, Canada : Réseau international sur le Processus de production du handicap.
- GEWURTZ, R., & KIRSH, B. (2007). How consumers of mental health services come to understand their potential for work : Doing and becoming revisited. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 74(3), 195-207.
- GIRARD, C., FISHER, A.G., SHORT, M. A., & DURAN, L. (1999). Occupational performance differences between psychiatric groups. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 6, 119-126.
- GLICK, I. D., FLEMING, L., DECHILLO, N., MEYERKOPF, N., JACKSON, C., MUSCARA, D., & GOOD-ELLIS, M. (1986). A controlled study of transitional day care for non-chronically-ill patients. *American Journal of Psychiatry*, 143(12), 1551-1556.
- HIRSCHFELD M. A., LEWIS L., & VORNIK L. A. (2003). Perceptions and impact of bipolar disorder : how far have we really come? Results of the National Depressive and Manic-Depressive Association 2000 Survey of individuals with bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 161-174.
- HOWELLS, V. (2011). Leisure and play. Dans C. Brown & V. C. Stoffel (Eds.), *Occupational Therapy in Mental Health/A vision for Participation* (p. 724-735). Philadelphia, PA : F.A. Davis Company.
- KENNEDY-JONES, M., COOPER, J., & FOSSEY, E. (2005). Developing a worker role : Stories of four people with mental illness. *Australian Occupational Therapy Journal*, 52, 116-126.
- KIRSH, B. (2000). Work, workers and workplaces : A qualitative analysis of narratives of mental health consumers. *Journal of Rehabilitation*, 66, 24-30.
- KIRSH, B., STERGIU-KITA, M., GEWURTZ, R., DAWSON, D., KRUPA, T., LYSAGHT, R. ET AL. (2009). From margins to mainstream : What do we know about work integration for persons with brain injury, mental illness and intellectual disability? *Work*, 32(4), 391-405.
- KRABBENDAM, L., JANSSEN, I., BAK, M., BIJL, R. V., DE GRAAF, R., & VAN OS, J. (2002). Neuroticism and low self-esteem as risk factors for psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 1-6.
- KRYSTAL, V., THAKUR, M., & ROTH, T. (2008). Sleep disturbance in psychiatric disorders : Effects on function and quality of life in mood disorders, alcoholism and schizophrenia. *Annals of Clinical Psychiatry*, 20(1), 39-46.
- KUPFER, D. J., FRANK, E., GROCHOCINSKI, V. J., CLUSS, P. A., HOUCK, P. R., & STAPF, D. A. (2002). Demographic and clinical characteristics of individuals in a bipolar disorder case registry. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 120-125.
- LALIBERTÉ-RUDMAN, D., YU, B., SCOTT, E., & PAJOUHANDEH, P. (2000). Exploration of the perspectives of persons with schizophrenia regarding quality of life. *American Journal of Occupational Therapy*, 54(2), 137-147.
- LARIVIÈRE, N., DESROSIERS, J., TOUSIGNANT, M., & BOYER, R. (2011). Multifaceted impact evaluation of a day hospital compared to hospitalisation on symptoms, social participation, service satisfaction and costs associated to service use. Article sous presse dans la revue *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*.
- LARIVIÈRE, N. (2008). Analyse du concept de la participation sociale : définitions, cas d'illustration, dimensions de l'activité et indicateurs. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 75(2), 114-127.
- LECOMTE, T., CYR, M., LESAGE, A. D., WILDE, J., LECLERC, C., & RICARD, N. (1999). Efficacy of a self-esteem module in the empowerment of individuals with schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(7), 406-413.
- LEFRANÇOIS, R. (2002). Portrait de l'itinéraire de vieillissement des octogénaires. *Vie et vieillissement*, 1, 33-38.
- LEPAGE, C., NOREAU, L., & BERNARD, P. M. (1998). Association between characteristics of locomotion and accomplishment of life habits in children with cerebral palsy. *Physical Therapy*, 78(5), 458-469.
- LEPAGE, C., NOREAU, L., BERNARD, P. M., & FOUGEYROLLAS, P. (1998). Profile of handicap situations in children with cerebral palsy. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 30, 263-272.
- LEUFSTADIUS, C., & EKLUND, M. (2008). Time use among individuals with persistent mental illness : Identifying risk factors for imbalance in daily activities. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 15, 23-33.
- LEUFSTADIUS, C., EKLUND, M., & ERLANDSSON, L.-K. (2009). Meaningfulness in work : Experiences among employed individuals with persistent mental illness. *Work*, 34, 21-32.
- LEVASSEUR, M., DESROSIERS, J., & NOREAU, L. (2004). Is social participation associated with quality of life of older adults with physical disabilities? *Disability and Rehabilitation*, 26, 1026-1213.
- LEVASSEUR, M., DESROSIERS, J., & ST-CYR TRIBBLE, D. (2008). Subjective quality of life predictors for older adults

with physical disabilities. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 87(10), 830-841.

LEVASSEUR, M., RICHARD, L., GAUVIN, L., & RAYMOND, É. (2010). Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature : Proposed taxonomy of social activities. *Social Science & Medicine*, 71, 2141-2149.

MARKUS, H., & WURF, E. (1987). The dynamic self-concept : A social psychological perspective. *American Review of Psychology*, 38, 299-337.

MARRONE, J., FOLEY, S., & SELLECK, V. (2005). How mental health and welfare to work interact : the role of hope, sanctions, engagement and support. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 8, 81-101.

MINATO, M., & ZEMKE, R. (2004). Time use of people with schizophrenia living in the community. *Occupational Therapy International*, 13, 123-141.

NOISEUX, S., & RICARD, N. (2005). Le rétablissement de personnes vivant avec la schizophrénie. *Perspective infirmière*, 3(2), 11-12.

NOREAU, L., DESROSIERS, J., ROBICHAUD, L., FOUGEYROLLAS, P., ROCHETTE, A., & VISCIOGLIOSI, C. (2004). Measuring social participation : Reliability of the LIFE-H in older adults with disabilities. *Disability and Rehabilitation*, 26(6), 346-352.

NOREAU, L., & FOUGEYROLLAS, P. (1996). L'évaluation des situations de handicap : La « Mesure des habitudes de vie » appliquée aux personnes ayant une lésion de la moelle épinière. *Canadian Journal of Rehabilitation*, 10(2), 81-97.

NOREAU, L., & FOUGEYROLLAS, P. (2000). Long-term consequences of spinal cord injury on social participation : the occurrence of handicap situations. *Disability and Rehabilitation*, 22(4), 170-180.

NOREAU, L., FOUGEYROLLAS, P., & VINCENT, C. (2002). The LIFE-H : Assessment of the quality of social participation. *Technology and Disability*, 14(3), 113-118.

Paré, C., Fougeyrollas, P., Parent, G. & St-Michel, G. (2000). Participation sociale dans les habitudes de vie et identification des obstacles et des facilitateurs dans l'environnement de personnes présentant des limitations associées à un déficit intellectuel. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*. 11(1), 27-41.

PRÉVILLE, M., POTVIN, L., & BOYER, R. (1995). The structure of psychological distress. *Psychological Reports*, 77, 275-293.

PROVENCHER, H. L. (2002). L'expérience du rétablissement : perspectives théoriques. *Santé mentale au Québec*, 27(1), 35-64.

RAYMOND, É., GAGNÉ, D., SÉVIGNY, A., & TOURIGNY, A. (2008). *La participation sociale des aînés dans une perspective de vieillissement en santé. Réflexion critique appuyée sur une analyse documentaire*. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Institut national de santé publique du Québec, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec et Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés de l'Université Laval.

ROGERS, J. C., & HOLM, M. B. (2000). Daily-living skills and habits of older women with depression. *Occupational Therapy Journal of Research*, 20(Suppl. 1), 68S-85S.

ROSENBERG, M. (1985). Self-concept and psychological well-being in adolescence. In R. Leahy (Ed.), *The development of the self* (p. 205-246). New York : Academic Press.

RUSSELL, V., MAI, F., BUSBY, K., ATTWOOD, D., DAVIS, M., & BROWN, M. (1996). Acute day hospitalization as an alternative to inpatient treatment. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41, 629-637.

SADOCK, B. J., & SADOCK, V. A. (2007). *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry*. Baltimore : Lippincott Williams et Wilkins.

SILVERSTONE, P. H. (1991). Low self-esteem in different psychiatric conditions. *British Journal of Clinical Psychology*, 30, 185-188.

SHAHAR, G., & DAVIDSON (2003). Depressive symptoms erode self-esteem in severe mental illness : A three-wave, cross-lagged study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5), 890-900.

SMITH, N., KIELHOFNER, G., & WATTS, J. (1986). The relationships between volition, activity pattern, and life satisfaction in the elderly. *American Journal of Occupational Therapy*, 40, 278-283.

SØRENSEN, L. V., AXELSEN, U., & AVLUND, K. (2002). Social participation and functional ability from age 75 to age 80. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 9, 71-78.

SWANN, W. B. (1987). Identity negotiation : Where two roads meet. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 1038-1051.

SWANN, W. B., & HILL, C. A. (1982). When our identities are mistaken : Reaffirming self-conceptions through social interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 59-66.

THOITS, P. A. (1983). Multiple identities and psychological well-being : A reformulation of social isolation hypotheses. *American Sociological Review*, 48(2), 174-187.

TORREY, W. C., MUESER, K. T., MCHUGO, G. H., & DRAKE, R. E. (2000). Self-esteem as an outcome measure in studies of vocational rehabilitation for adults with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 51(2), 229-233.

VALLÉE, C. (2007). *Développement professionnel et rétablissement des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves* (Thèse de doctorat). École de réadaptation, Université de Montréal, Montréal, Québec.

VAN WILLIGEN, M. (2000). Differential benefits of volunteering across the life course. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 55(5), S308-S318.

YOUNG, F. W., & GLASGOW, N. (1998). Voluntary social participation and health. *Research on Aging*, 20(3), 339-362.

