

Synthèse d'une recherche-action

Le rapport propose le bilan général d'une recherche-action sur le soutien scolaire de personnes ayant un problème grave de santé mentale, la première expérience du genre au Québec. Piloté par Le Pavois, un organisme communautaire de Québec en réinsertion socioprofessionnelle, en collaboration avec la Clinique Notre-Dame des Victoires du Centre hospitalier Robert-Giffard, spécialisée dans le traitement des premières psychoses, ce projet s'est déroulé de septembre 2001 à août 2003.

Cette synthèse présente d'abord le projet et ses résultats, puis les principales caractéristiques du soutien scolaire offert, les faits saillants des parcours des participantes et participants, une brève analyse transversale de ces trajectoires et enfin, des pistes d'intervention et d'orientation. Il se veut également un document autonome, diffusé avec la spécification (version abrégée).

1. LE PROJET ET SES RÉSULTATS

1.1 Les objectifs

- Objectif principal : baliser les services de soutien scolaire adaptés aux personnes ayant un problème grave de santé mentale.
- Objectifs particuliers :
 - mettre en place un suivi scolaire pour les personnes ayant un problème grave de santé mentale ;
 - recueillir des données sur leurs parcours scolaires ;
 - travailler en concertation avec les autres milieux concernés.

1.2 La méthodologie

Une démarche de type recherche-action s'est imposée dès le départ, car elle permet une très forte proximité avec les personnes et leur expérience ainsi que la souplesse nécessaire à tout projet exploratoire, celui-ci devant s'ajuster au contexte dans lequel il est appliqué. Les deux volets du projet, soit le volet intervention, qui développe une expertise de suivi scolaire inédite au Québec, et le volet recherche, qui propose une approche qualitative et empirique des trajectoires des participants sous différents angles, possèdent ce caractère exploratoire. De plus, dans la perspective d'une approche intersectorielle, la souplesse s'est avérée utile pour tisser des liens de collaboration avec les acteurs visés par les trajectoires scolaires des participants et les intégrer au projet.

Voici les principales caractéristiques de la démarche retenue :

- *L'articulation entre l'intervention et la recherche : les deux volets ont constamment évolué en étroite interaction et se sont nourris mutuellement.*
 - Le volet intervention offre un suivi scolaire au participant et permet un regard « sur le vif » dans diverses situations rencontrées. Il a également permis de recueillir des informations sur les parcours des participants.
 - Le volet recherche complète ces informations par l'entremise d'entrevues semi-dirigées réalisées avec les participants : en moyenne 4 par personne, pour un total de 85.
 - Les rencontres dans les divers milieux ont permis à la fois de recueillir de l'information sur le contexte général au Québec et d'établir des relations de collaboration.
- *L'intersectorialité : ont à des degrés divers contribué à ce projet, outre des utilisateurs de services, des parents et des partenaires visés par les trajectoires des participants, soit les établissements scolaires, le réseau de la santé, le ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la famille et les centres locaux d'emploi, l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale ainsi que l'Office des personnes handicapées du Québec. Cette intersectorialité est multiforme ; elle se constitue par une adhésion à un projet et se concrétise de plusieurs façons, par :*
 - la collaboration, pour des situations précises, entre les intervenants de terrain (agent d'intégration scolaire du PAVOIS, et personnel de la Clinique Notre-Dame des Victoires, des établissements scolaires, des centres locaux d'emploi) ;
 - des ententes : formelle avec le MESSF, pour l'ajustement de la mesure de formation d'Emploi-Québec, ou informelle avec le Service d'accueil et d'intégration des personnes handicapées étudiantes de l'Université Laval, qui a offert des services aux participants durant la seconde année du projet lorsque ces services n'impliquaient aucun coût supplémentaire ;
 - la participation des deux coresponsables de la recherche-action, à titre d'invités permanents, à un comité de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale sur la formation et le travail dans le cadre des travaux de restructuration du réseau de la santé mentale (adultes) ;
 - l'engagement financier des partenaires ;
 - l'intégration de représentants des milieux visés à des comités de travail ;
 - des rencontres avec des personnes-ressources des différents milieux pour recueillir des informations sur leurs réalités, préoccupations et contraintes (voir l'annexe 1) ;
 - des activités de diffusion dans différents milieux (voir l'annexe 2).
- *L'approche centrée sur les personnes, tant sur le plan de l'intervention que de la recherche, permet de rester proche des préoccupations et réalités des personnes touchées.*

- **Trois caractéristiques sont essentielles au projet : l'approche centrée sur les personnes, l'articulation entre l'intervention et la recherche ainsi que la perspective intersectorielle.**
- **L'intersectorialité a permis de franchir les frontières habituelles entre les milieux communautaire et psychiatrique ainsi que celles entre le milieu communautaire (ou de pratique) et les instances gouvernementales.**

1.3 Le financement du projet

Le financement du projet provient de subventions des organismes suivants :

- Office des personnes handicapées du Québec,
- ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille (par l'entremise du Fonds d'aide à l'innovation et à l'expérimentation et du Secrétariat à l'action communautaire autonome),
- Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale,
- La Corporation de recherche en neuro-psycho-pharmacologie a également apporté une contribution financière.

Par ailleurs, quinze participants au projet ont bénéficié d'une aide financière octroyée par Emploi-Québec dans le cadre d'une entente relative à l'ajustement de la mesure de formation de la main-d'œuvre.

1.4 Le profil des participants

Les participants relevaient des deux axes du projet, le volet intervention et le volet recherche. Cependant, leur nombre pour l'un ou l'autre axe varie.

Le suivi scolaire

- Participation initiale de 28 personnes, dont 2 se retirent rapidement, car la formule ne leur convient pas. Reste 26 personnes, 20 hommes et 6 femmes.
- À leur entrée dans le projet, huit participants sont inscrits au secondaire (formation générale des adultes ou diplôme d'études professionnelles), onze au collégial, six à l'université, et un est en processus d'orientation. Trois changent de niveau d'études au cours du projet : deux passent du secondaire au collégial, et un de l'université au collégial.
- Les participants sont répartis dans dix établissements scolaires de la ville de Québec.
- Dix-neuf viennent de la Clinique Notre-Dame des Victoires, sept du Pavois.

La recherche

- Le volet recherche explore les trajectoires de 20 personnes parmi ces 26, soit 16 hommes et 4 femmes, les autres ayant interrompu leurs études avant le début des entrevues.
- Moyenne d'âge de 24 ans au 1^{er} janvier 2002 ; l'âge des participants s'échelonne entre 18 et 31 ans.
- Sur ces 20 personnes, 15 ont grandi et fait leurs études à Québec. Deux sont originaires de municipalités voisines ; l'une a poursuivi ses études à Québec à compter du secondaire, l'autre du collégial. Trois viennent de l'extérieur de Québec et des environs.
- Les participants sont issus de milieux socioéconomiques très diversifiés.

1.5 Le découpage temporel des trajectoires

Aux fins d'analyse, les trajectoires ont été découpées en trois périodes. Voici la définition de chaque période avec sa durée moyenne ainsi que ses durées les plus courtes et plus longues.

Tableau 1. Le découpage temporel des trajectoires

Période	Durée moyenne de la période pour 20 participants	Durée la plus courte	Durée la plus longue
1. Apparition et manifestation des problèmes dans la vie quotidienne selon les participants	3,2 ans	1 semaine	7 ans
2. Parcours dans le réseau de la santé, public et communautaire	3,6 ans	10 mois	3,8 ans
3. Participation au projet	1,5 an	2 mois	2 ans
Durée totale des trajectoires	8,3 ans	3,3 ans	17,5 ans

1.6 Les résultats dans le cadre du projet

Pour comparer le taux de maintien scolaire selon les périodes, toutes les inscriptions ont été recensées. Une inscription correspond à un an au secondaire, et à une session (quatre mois) au cégep et à l'université. Les 20 participants ont effectué au total 165 inscriptions pendant toute la durée de leur parcours scolaire. Le tableau 2 présente les taux de réussite scolaire calculés par période.

Tableau 2. Taux de réussite scolaire selon la période

Période 1 71 inscriptions	Période 2 47 inscriptions	Période 3 47 inscriptions	Toutes périodes confondues 165 inscriptions
46,5 %	51,1 %	72,3 %	55,2 %

- **Le taux de réussite scolaire dans le cadre du projet (72,3 %) est nettement supérieur à celui des périodes précédentes, ainsi qu'à la moyenne établie sur toute la durée du parcours des participants (55,2 %).**
- **Ces résultats sont attribuables au suivi scolaire, aux mesures d'accommodement accordées par les établissements scolaires, à la mesure de formation d'Emploi-Québec dont la plupart d'entre eux ont bénéficié ainsi qu'à la concertation avec l'équipe de la Clinique Notre-Dame des Victoires.**
- **Par ailleurs, le taux de maintien scolaire dans le cadre du projet est à peu près constant pour tous les niveaux d'études, et ne semble donc pas lié au niveau d'études.**

2 LE SUIVI SCOLAIRE

Le suivi scolaire a été expérimenté auprès des 26 participants au projet (2 s'étant rapidement désistés). Il présente les caractéristiques suivantes :

- un suivi psychosocial pour toute personne désirant poursuivre une formation dans un établissement d'enseignement régulier délivrant un diplôme reconnu par le MEQ ;
- un soutien sur l'ensemble de la trajectoire scolaire, de l'intention de retourner aux études jusqu'à la diplomation, avec une disponibilité durant les périodes de réflexion et d'interruption des études ;
- un rayonnement sur tout le territoire de la ville, indépendamment du lieu de résidence des personnes et de l'établissement d'enseignement ;
- un suivi fondé sur l'accueil des personnes dans toutes leurs dimensions et un accompagnement dans leurs parcours. Cette démarche suppose la participation de la personne à l'ensemble du processus et, de la part de l'intervenant, une écoute, la détermination avec la personne de pistes de solutions et d'actions, l'orientation vers des professionnels et ressources rattachés à des domaines particuliers. L'intervenant doit donc avoir, également, une bonne connaissance des ressources disponibles dans les secteurs clés pour les personnes (éducation, réseau de la santé et des services sociaux, emploi et solidarité sociale) ;

- un suivi adapté à la situation des personnes, qui tient compte de leur niveau d'autonomie, de leurs choix de faire leur démarche seul ou accompagné en tenant compte des ressources dont elles disposent;
- un suivi qui aborde la trajectoire des personnes dans son ensemble (c'est-à-dire, outre les éléments strictement scolaires, les dimensions financière, clinique et familiale ainsi que le logement). Si l'intervenant s'occupe plus particulièrement des aspects scolaires et financiers, il travaille en concertation avec les professionnels visés pour les autres aspects, de façon à pouvoir prendre en compte la situation globale de la personne ;
- un travail en concertation avec divers milieux et professionnels : établissements scolaires, centres locaux d'emploi, carrefours jeunesse emploi, équipes cliniques, réseau de la santé, ressources d'hébergement, etc.
 - **Le service de suivi scolaire est un service spécialisé et régional. Il couvre trois niveaux d'études et toutes les dimensions des trajectoires scolaires, depuis l'intention de retourner aux études. Il se réalise en collaboration avec les autres ressources auxquelles recourent les personnes.**
 - **Le service de suivi scolaire se rapporte d'abord aux aspects scolaires et financiers, mais selon une approche qui considère les diverses facettes de la personne, et tout particulièrement celle relative au problème de santé mentale.**
 - **Le service de suivi scolaire doit s'arrimer aux autres ressources et les mécanismes de cette concertation restent à préciser, par exemple avec les services d'accueil et d'intégration des personnes handicapées des établissements d'enseignement postsecondaires.**

3 POINTS SAILLANTS DES TRAJECTOIRES DES PARTICIPANTS : DESCRIPTIONS THÉMATIQUES

Vingt trajectoires ont été explorées, depuis le moment de l'apparition des problèmes tel que le déterminent les participants jusqu'au terme du projet, par l'entremise des informations recueillies dans le cadre du suivi scolaire et à l'occasion d'entrevues semi-structurées (en moyenne, 4 par personne). Ces entrevues portaient sur les éléments relatifs au problème de santé mentale, le parcours dans le réseau, public et communautaire, de la santé et des services sociaux, les réseaux familial et social, le parcours scolaire comme tel, le parcours professionnel, la situation financière et le logement. Ces informations forment la trame des trajectoires des participants. Les points saillants des trajectoires sont présentés ici en fonction de ces thèmes principaux et du découpage temporel déjà décrit (trois périodes).

- **Il convient de souligner que la recherche a privilégié une démarche qualitative centrée sur un nombre restreint de personnes. Les moyennes rapportées dans ce document ne sont évidemment pas généralisables. De plus, elles masquent la grande diversité des trajectoires individuelles, que la précision des deux données extrêmes permet néanmoins de constater.**

3.1 Les éléments relatifs au problème de santé mentale

- Les 20 participants ont connu en moyenne 3,3 hospitalisations. Toutefois, 2 n'ont jamais été hospitalisés tandis qu'à l'autre extrême, deux personnes auraient connu près d'une dizaine d'hospitalisations (elles ne se rappellent pas le nombre exact).
- Le temps où les participants étaient entièrement absorbés par le problème de santé mentale et n'étaient disponibles à aucune autre activité a été estimé, bien que de façon très approximative. Ce calcul fait la somme du temps pris par les hospitalisations, les convalescences, les périodes d'inactivité et la réadaptation intensive. Les périodes dans les organismes communautaires, les multiples rendez-vous dans le réseau de la santé ainsi que la participation à divers ateliers et activités offerts par les ressources ne sont pas comptabilisés.

Tableau 3. Temps consacré au problème de santé mentale

	Période 1 (3,2 ans)	Période 2 (3,6 ans)	Période 3 (1,5 an)	Trajectoire complète (8,3 ans)
Temps moyen consacré exclusivement au problème de santé mentale	3,5 mois	15,5 mois	1 mois*	20 mois
Pourcentage du temps total de la période	9 %	35,5 %	0,05 %	20 %

* Les résultats de la période 3 sont peut-être sous-estimés. En effet, deux participants n'ont plus eu ni suivi ni entrevue après avoir interrompu leurs études et leurs éventuelles périodes d'inactivité ne sont pas prises en compte ici.

- Ici encore, d'importants écarts subsistent entre les participants, la période la plus courte consacrée au problème de santé mentale étant de 3 mois environ (soit 7 % de la trajectoire totale de la personne) et la plus longue, de 37 mois environ (soit 44 % de la trajectoire totale de la personne).

- **En moyenne, 20 % du temps des participants est entièrement consacré au problème de santé mentale, et ceux-ci ne peuvent alors faire d'autres activités. Ce pourcentage culmine à 35,5 % durant la période du parcours dans le réseau de la santé (période 2).**

- Les épisodes psychotiques et les hospitalisations sont marquants, voire traumatisants pour 18 participants.

- Neuf participants ont toujours pris leurs médicaments tandis que 6 autres ont déjà interrompu leur traitement pour finalement le considérer comme nécessaire et s'y conformer. Cinq personnes prennent leurs médicaments de façon plus irrégulière ; 3 d'entre elles sont critiques à l'égard de la médication et interrompent parfois leur traitement. Malgré une adhésion variable aux prescriptions de leur psychiatre, tous les participants prennent des neuroleptiques et presque tous ont des effets secondaires et des symptômes plus ou moins prononcés de la maladie. À des degrés divers, ils mettent au point des stratégies pour contrer ces problèmes.
 - Seuls 2 participants ont toujours la même médication ; 15 ont traversé un processus d'ajustement de la médication en raison d'effets secondaires, de la résurgence ou de la persistance de symptômes importants, ou à la suite d'une hospitalisation. Au moment des entrevues, 11 personnes sont satisfaites de leur médication et composent avec ses effets secondaires et leurs symptômes. Quatre se conforment aux prescriptions de leur psychiatre, mais demeurent aux prises avec des symptômes ou des effets secondaires importants.
- **Les principales dimensions cliniques (hospitalisation, symptômes, médication et effets secondaires) sont encore très prégnantes pour presque la moitié des participants ; 11 disent avoir trouvé un équilibre, tout en soulignant leur fragilité relative.**
- Au-delà des connaissances générales sur leur diagnostic transmises par le réseau de la santé ou acquises par des lectures, les participants doivent s'appropriier leur problème de santé mentale, tel qu'il se manifeste pour eux, avec ses répercussions concrètes sur leur vie et les manières de composer avec lui. Cet apprentissage est un processus complexe, qu'on peut voir à l'œuvre durant le suivi scolaire à travers les questionnements des personnes.
 - Le sens donné au trouble de santé mentale varie dans le temps et prend plusieurs formes, au gré des participants. Ainsi, à l'entrée dans le projet, une personne n'est pas convaincue d'avoir une maladie, mais considère plutôt avoir traversé une mauvaise période, tandis qu'une autre oscille entre cette version et l'acceptation du diagnostic. D'autres participants avaient une attitude similaire dans le passé, et ont fini par admettre la gravité de leur problème après deux hospitalisations ou plus. Sept participants mettent l'accent sur la dimension biologique de la maladie tandis que 4 la lisent également sous l'angle psychologique. Enfin, 7 participants se distancient spontanément de la lecture médicale pour affirmer leur sensibilité à d'autres dimensions de la réalité, telles que la perception de l'aura ou d'entités, et restent aux prises avec ce « noyau résiduel », cette part non entendue et non écoutée de leur expérience. Quatre d'entre eux ne remettent pas forcément en cause l'approche médicale pour autant, car ils reconnaissent leurs épisodes psychotiques et prennent leurs médicaments, tandis que 3 sont plus critiques.

- **L'appropriation par les participants de leur problème de santé mentale et de son sens est un processus complexe qui mériterait d'être davantage soutenu. De plus, les participants proposent différentes approches de la maladie et le tiers au moins témoigne d'une part non entendue et non écoutée de leur expérience qui se rapporte à la perception d'autres dimensions de la réalité.**
- Les participants déploient des efforts considérables à changer les facteurs qu'ils considèrent comme déclencheurs ou aggravants de leurs symptômes. Plusieurs tâchent de se « reprendre en main » et de se doter d'une « discipline de vie » en changeant des aspects de leur mode de vie : gestion du stress et de la fatigue, fonctionnement de base et autonomie, rythme de vie, activité physique, arrêt ou diminution de la consommation de drogues ou d'alcool.
- Quatorze participants ont eu une forte consommation de drogues ou d'alcool au moins durant la période d'apparition des problèmes, et 10 ont cessé par la suite. Ils considèrent cette consommation comme un facteur déclenchant ou aggravant le problème de santé mentale et lui reconnaissent une incidence notable sur leur trajectoire scolaire. De plus, elle a des effets similaires au trouble de santé mentale : perte de motivation, diminution de la concentration, problèmes de mémoire, etc.
- **Tous les participants, à des degrés divers, apportent des changements notables à leur mode de vie pour améliorer leur sort ; ils veulent, selon leurs propres termes, se « reprendre en main », se doter d'une « discipline de vie ».**
- **Les participants estiment qu'une forte consommation de drogues ou d'alcool a des effets néfastes sur leur santé et leur parcours scolaire. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle 10 sur 14 ont cessé de consommer.**

3.2 Les réseaux familial et social

- Des propos des participants, il ressort que les parents jouent un rôle essentiel dans les trajectoires, qu'il s'agisse du parcours clinique (hospitalisations et recherche de ressources, par exemple), scolaire (démarches auprès des établissements d'enseignement), financier (importantes contributions jusqu'à ce que la personne obtienne des prestations de l'assistance-emploi et parfois au-delà, sous forme d'aide ponctuelle) ou du logement (retours au domicile familial dans les moments difficiles, par exemple). En outre sur le plan moral, les parents procurent soutien et encouragement.
- Nombre de participants évoquent l'isolement, l'ostracisme et le fait de se sentir différent comme caractéristiques de leur passé social. Au moment des entretiens, un quart estiment avoir un bon réseau d'amis, un autre quart considèrent avoir peu d'amis mais de très bons, tandis que l'autre moitié souffrent d'isolement social et de la difficulté à tisser des rapports significatifs. Même si l'intégration à un groupe de

pairs semble importante aux yeux des participants, peu d'entre eux mentionnent le réseau d'amis comme source notable de soutien dans les moments difficiles.

- Plusieurs appréhendent les contacts avec leurs pairs à l'école ; ils invoquent notamment la différence de maturité qui résulte de leur âge et de leurs expériences. La plupart finissent par s'intégrer à leur classe sans forcément y nouer de liens amicaux et, règle générale, en prenant bien garde de divulguer leur maladie.
- Les deux tiers des participants sont réticents à faire partie de groupes qui réunissent des personnes ayant un problème de santé mentale et préfèrent miser sur l'intégration en milieu régulier. De ce fait, ils ne se tournent pas spontanément vers les groupes d'entraide.
 - **Pour ce groupe de jeunes participants (leur moyenne d'âge est de 24 ans), le soutien parental est nettement plus important que l'aide venant de groupes d'entraide ou du réseau social.**
 - **Les deux tiers des participants ne souhaitent pas prendre part à des activités qui regroupent des personnes ayant un trouble de santé mentale.**

3.3 Les parcours scolaires

Avant de présenter l'analyse du parcours scolaire des participants, il convient de mettre en évidence, aux fins de comparaison, quelques données statistiques provenant du ministère de l'Éducation du Québec (source : *Indicateurs de l'éducation 2003*, site Internet du MEQ).

Constats généraux

- Entre 1975-1976 et 2000-2001, les diplômes universitaires et secondaires affichent une croissance remarquable, à la fois pour les hommes et pour les femmes. Cette croissance s'est conjuguée à une baisse de plus de la moitié des personnes qui n'avaient aucun diplôme à la sortie des études (cette proportion passant de 43 % à 17,6 % au cours de la période).
- Des disparités entre les hommes et les femmes sont visibles, ces dernières étant 1,5 fois plus nombreuses que les hommes à détenir un diplôme d'études postsecondaires (45,7 % contre 30 %). Les femmes sans diplôme sont quant à elles deux fois moins nombreuses que les hommes (10,8 % contre 23,9 %).

Taux de diplomation (année 2000-2001)

- 81,1 % au secondaire (formation générale, formation professionnelle, jeunes et adultes confondus). Le taux de diplomation chute cependant à 68,3 % en 2001-2002 .
- 68,7 % à la formation préuniversitaire au collégial régulier, en baisse par rapport aux années précédentes.
- 67 % au baccalauréat, en hausse depuis les douze années précédentes.

Durée des études postsecondaires

- En principe, le D.E.C. préuniversitaire s'obtient en deux ans, mais seuls 42,7 % des élèves respectent ce délai tandis que la quasi-totalité (98 %) l'obtiennent à l'intérieur de cinq ans.
- Les élèves obtiennent leur D.E.C. en 2,4 ans en moyenne. Ceux qui sortent sans diplôme ont tout de même étudié 1,5 année.
- En principe, la durée des études pour l'obtention d'un D.E.C. technique est de trois ans, mais seuls 32 % des élèves respectent ce délai. Entre 85 % et 90 % des élèves obtiennent leur diplôme dans un délai de cinq ans après le début des études collégiales.
- Les élèves mettent en moyenne 3,8 années à obtenir leur D.E.C. technique.
- Les étudiants obtiennent le baccalauréat en 6,4 trimestres à temps plein en moyenne, et en 8,8 trimestres si on fait abstraction du régime d'études.
- Ceux qui sortent sans diplôme ont en moyenne étudié pendant 2,6 trimestres à temps plein, soit un peu plus d'une année normale.
- Pour toutes les sorties, la durée des études est en moyenne de 7,3 trimestres, dont 5,1 trimestres à temps plein.

Les premières difficultés et les études (période 1)

- Douze participants ont connu leurs premières difficultés durant leurs études secondaires. De ce nombre, 6 consomment drogues et alcool ; aucun d'eux n'a obtenu son diplôme d'études secondaires. Quant aux 6 participants dont les problèmes sont attribuables uniquement au trouble de santé mentale, ils terminent leur secondaire et 5 passent au collégial.
- Ceux dont les problèmes apparaissent au collégial ou au baccalauréat sont arrêtés généralement à ces niveaux d'études, sauf deux qui obtiennent un D.E.C. malgré le problème de santé mentale et, pour l'un des deux, la consommation de drogues.

Les tentatives scolaires

Une tentative est une période continue de temps dans un programme donné qui se termine par un diplôme ou une interruption d'études.

- Sur toute la durée de leur trajectoire, les 20 participants totalisent 91 tentatives scolaires, soit 4,5 par personne. Cependant, un écart important sépare les deux extrêmes : à un pôle, une personne arrive au collégial en n'ayant pratiquement jamais interrompu ses études tandis qu'à l'autre, deux personnes cumulent 7 tentatives scolaires, dont 6 au même niveau d'études.

Tableau 4. Les tentatives scolaires selon les périodes

Total des tentatives : 91	Période 1 (3,2 ans)	Période 2 (3,6 ans)	Période 3 (1,5 an)	Trajectoire complète (8,3 ans)
Nombre moyen de tentatives par personne	2,2	1,3	1,0	4,5
Durée moyenne des tentatives	8,3 mois	6,3 mois	10,3 mois	8,1 mois
Pourcentage du temps total de la période	48 %	19,5 %	57,2 %	37 %

- **La moitié des tentatives sont effectuées dans la période d'apparition des problèmes, alors que le trouble de santé mentale n'est pas détecté et que les participants interrompent fréquemment leurs études.**
- **Le nombre de tentatives diminue entre la période 1 et la période 3, mais leur durée moyenne s'allonge. Par ailleurs, ces tentatives se soldent par un plus grand nombre de réussites dans le cadre du projet.**
- Plus du tiers (34) de ces reprises donnent lieu à une réorientation avec, dans les deux tiers des cas (22), un changement d'établissement scolaire.
- La majorité de ces tentatives sont effectuées au niveau atteint lorsque les problèmes apparaissent, à l'exception des personnes ayant obtenu leur DES.
- L'interruption des études est provoquée en grande partie, selon les témoignages des participants, par les problèmes de santé mentale ou une consommation importante de drogues ou d'alcool.

Tableau 5. Le taux d'abandons et d'échecs scolaires (20 participants)

Période 1 71 inscriptions	Période 2 47 inscriptions	Période 3 47 inscriptions	Toutes périodes confondues 165 inscriptions
53,5 %	48,9 %	27,7 %	44,8 %

Tableau 6. Les principales causes des abandons ou échecs scolaires selon les participants

Causes invoquées pour les abandons/échecs (A/E)	Période 1 38 A/E sur 71 inscriptions	Période 2 23 A/E sur 47 inscriptions	Période 3 13 A/E sur 47 inscriptions	Trajectoire complète 74 A/E sur 165 inscriptions
Problème de santé mentale	35,1 %	69,6 %	61,5 %	50,7 %
Problème de santé mentale ou consommation importante de drogues ou d'alcool	62,2 %*	21,7 %	30,8 %	43,8 %
Autres (difficultés scolaires ou problèmes de santé physique)	2,7 %	8,7 %	7,7 %	5,5 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %

* Dans la période 1, les deux tiers de ces 62,2 % sont en fait attribués à une forte consommation de drogues ou d'alcool.

- **Selon les participants eux-mêmes, la consommation de drogues ou d'alcool joue un rôle important dans les abandons et les échecs scolaires.**
- La majorité des abandons restent inscrits au dossier de l'étudiant. Cependant, des parents entreprennent des démarches pour annuler les échecs de leurs enfants, généralement lorsque ceux-ci sont à l'université.
 - **Les dossiers des étudiants demeurent souvent entachés par les échecs passés liés au trouble de santé mentale, ce qui peut limiter l'accès aux programmes de leur choix.**
 - **De plus, le fait que peu de participants annulent leurs échecs scolaires contribue à rendre « invisible » la part du problème de santé mentale dans le décrochage scolaire.**
- Huit participants semblent s'être relevés des échecs et abandons passés tandis que pour 4 autres, les échecs s'accumulent, avec sur les personnes des effets dévastateurs. Huit autres participants se situent plutôt à une position intermédiaire.
 - **À l'heure actuelle, des auteurs tendent à considérer l'échec comme partie prenante du processus de rétablissement. Cette lecture, fort pertinente pour une partie des participants, contribue en revanche à minimiser l'effet dévastateur qu'ont les échecs sur d'autres participants.**

Les conditions et stratégies d'études

- Sur le plan scolaire, les participants ont su trouver, pour contrer les symptômes positifs qui les affectent presque tous, des moyens apparemment efficaces : la concentration sur un travail et l'écoute attentive du professeur, par exemple. Les

symptômes négatifs¹, comme l'apathie ou la difficulté à se lever le matin pour se rendre aux cours, semblent plus difficiles à contrecarrer.

- Tous les participants ont éprouvé des difficultés scolaires à un moment ou l'autre de leur trajectoire. Cependant, à l'époque des entrevues, 2 personnes estiment être dans une situation scolaire meilleure que celle précédant l'apparition des problèmes et deux autres considèrent avoir recouvré toutes leurs facultés. Deux, encore, constatent une amélioration progressive de leurs capacités scolaires depuis les épisodes psychotiques et 3 ont du mal à composer avec leurs difficultés scolaires. Les autres éprouvent encore d'importantes difficultés qui peuvent conduire à l'abandon des cours.
- Les difficultés scolaires les plus fréquentes ont trait à la gestion du stress, au souci de performance, aux pertes cognitives, aux problèmes de concentration, de compréhension et de mémoire, à l'organisation du travail et à la gestion du temps (facteurs d'ordre personnel); aux exposés oraux, aux travaux d'équipe et à la compréhension de la matière; aux lieux physiques, au transport en autobus et à l'environnement social (facteurs environnementaux).
- Les mesures d'accommodement visent à pallier les difficultés engendrées par le trouble de santé mentale, et nullement à diminuer les exigences scolaires. Les accommodements utilisés dans le cadre du projet sont diversifiés: mention « incomplet » en cas d'abandon pour raisons de santé, reprise d'examen, modification de la forme d'examen, salle d'examen privée, changement d'horaire, enregistrement des cours, prise de notes par un condisciple à l'occasion d'une hospitalisation.
- Plusieurs participants sont d'emblée réticents à solliciter des mesures d'accommodement, qu'ils perçoivent comme un traitement préférentiel. Dans les situations concrètes cependant, ils acceptent les mesures proposées.
 - **Une gamme d'accommodements raisonnables, qui ne diminue en rien les exigences des programmes, permet de pallier des difficultés scolaires liées au problème de santé mentale. La plupart du temps, ces accommodements sont peu coûteux, ou même ne coûtent rien.**

Les participants visent tous d'aller au maximum de leurs capacités, mais se trouvent contraints par les normes des divers programmes dont ils dépendent financièrement: Programme de prêts et bourses du ministère de l'Éducation, assistance-emploi ou mesure de formation d'Emploi-Québec.

- **Le rythme d'études est une stratégie essentielle du retour aux études qui varie considérablement selon la période traversée et le processus de rétablissement des personnes. À l'heure actuelle, il est fortement assujéti à des considérations d'ordre financier.**

2. Voir les définitions des symptômes positifs et négatifs en fin de document.

- Dix-huit participants expriment le souhait d’occuper un emploi dans le futur. Un vise également cet objectif, mais en milieu protégé ou régulier. Enfin un autre encore, après de multiples essais tant aux études que sur le marché du travail, ne pense pas occuper un emploi régulier et préfère développer ses talents artistiques en demeurant inscrit à l’assistance-emploi. Ceux qui visent le marché du travail ne sont pas tous précis quant à leur avenir professionnel : 7 ont un projet professionnel très clair et 4 savent dans quelle branche ils souhaitent travailler; mais 4 en sont encore à chercher ce qu’ils souhaitent faire et quatre autres étudient dans un champ d’intérêt sans pour autant avoir de projet bien défini. Ceux qui ont un projet précis persévèrent davantage dans leurs études.

Tableau 7. Le projet professionnel et le maintien scolaire

Résultats	Avec projet professionnel	Sans projet professionnel précis
Abandon	1	6
Maintien	10	3
Total	11	9

- Les participants qui ont un projet professionnel précis évoquent peu leur problème de santé mentale et semblent se projeter dans l’avenir. Ils ont repris une confiance raisonnable dans leurs moyens, ont connu des succès, savent composer avec leurs symptômes et leur médication, etc. À l’inverse, un trouble de santé mentale très présent, des difficultés importantes et des échecs récents semblent aller de pair avec la difficulté de préciser ses projets d’avenir.
- Par des essais et erreurs, les participants peuvent préciser leurs intérêts mais aussi leurs capacités en tenant compte de leur problème de santé mentale. L’orientation professionnelle se décide dans le temps, à partir des expériences concrètes qui permettent à chacun d’évaluer ses capacités et ses préférences, et d’intégrer la part de contraintes dues au trouble de santé mentale. Elle est intimement liée au processus de rétablissement et se précise dans ce processus, pour aboutir à un projet professionnel et à une plus grande réussite scolaire.

Les participants ayant un projet professionnel bien défini peuvent recevoir une aide adéquate des conseillers en orientation qui les dirigent dans le réseau scolaire. Cette ressource est en revanche moins adaptée à ceux dont le projet reste imprécis, car elle ne prend pas en compte le cheminement qui s’effectue dans le temps, et qui permet d’intégrer les intérêts, les contraintes imposées par le problème de santé mentale et les capacités.

- **L’orientation est un processus complexe, accompli dans le temps, et étroitement lié au processus de rétablissement des personnes.**

- **Le processus d'évaluation suppose la prise en compte des contraintes liées au problème de santé mentale, des capacités des personnes quant aux études et de leurs aspirations professionnelles.**
 - **Nombre de participants effectuent ce processus à coups d'essais et d'erreurs et ne disposent pas d'une ressource adéquate qui les suit sur une longue période de temps et qui prend en compte toutes ces facettes.**
 - **Le besoin d'une ressource adaptée, apte à considérer à la fois les aspects scolaires, la santé et le choix de carrière, est manifeste.**
- La majorité des participants sont réticents à divulguer leur problème de santé mentale : ils veulent faire leur chemin comme les autres et craignent les préjugés. Trois jugent cependant préférable d'en informer le personnel de l'établissement scolaire afin de faciliter les éventuelles demandes d'accommodements. Quatorze participants n'en ont pas moins divulgué leur problème lorsqu'ils faisaient face à une difficulté ou qu'ils sentaient une ouverture chez une personne en particulier. Cependant, en ce qui concerne les pairs, presque tous les participants tiennent absolument à la discrétion, et veulent choisir à qui ils dévoilent leur situation, et jusqu'où.
 - Pour divulguer leur problème de santé mentale, les participants privilégient généralement une approche informelle, avec une personne et dans une situation précises ; ils sont réfractaires à une identification, dès la rentrée scolaire, auprès d'un service et à une information alors diffusée à l'ensemble de leurs professeurs. Leurs choix sont ainsi en contradiction avec l'approche des services d'accueil et d'intégration des personnes handicapées étudiantes, qui prônent une identification dès la rentrée et l'envoi, avec l'autorisation des personnes, d'une lettre aux professeurs.
 - Deux solutions ont été testées dans le cadre du projet. Une participante s'est conformée aux pratiques du Service au collégial, et s'est alors trouvée dans une situation inconfortable. Le Service de l'Université Laval a pour sa part accepté de s'adapter totalement au fonctionnement des participants, ce qui, dans un cas, a occasionné des problèmes à des membres de son personnel.
 - **Le suivi scolaire et les services des établissements postsecondaires demandent à être arrimés, d'une part, d'une façon qui respecte la volonté très nettement exprimée par les personnes de privilégier la discrétion, l'intervention sur demande, en cas de besoin, et la divulgation sélective, limitée à un minimum de professionnels et de condisciples, et, d'autre part, d'une façon qui tienne compte du fonctionnement des services des établissements.**
 - **Les participants au projet constituent la première génération d'étudiants à bénéficier d'un suivi scolaire et d'une gamme de mesures d'accommodement négociées presque systématiquement avec les**

établissements scolaires ou les services pour personnes handicapées. Les attitudes peuvent donc se modifier avec le temps et l'expérience. Il convient par ailleurs de rappeler que la majorité des participants sont de prime abord réticents à divulguer le problème de santé mentale ou à envisager des mesures d'accommodement, mais qu'ils se ravisent ensuite dans des situations concrètes. En outre, plusieurs d'entre eux ignorent les solutions et les accommodements possibles avant que l'agent d'intégration scolaire les leur suggère lorsque la situation l'exige.

Les motivations et les appréhensions

- Dix-neuf participants ont repris leurs études avec de fortes appréhensions, dont les plus fréquentes sont la crainte de la rechute en raison du stress inhérent aux études, des interrogations quant à la capacité de réussir, de composer avec un rythme de vie accéléré, de comprendre la matière et de satisfaire aux exigences des programmes, et la peur d'essayer de nouveaux échecs. L'intégration sociale est une autre source d'inquiétude, qui se résorbe cependant en bonne partie une fois que les participants sont engagés dans leur programme.
 - Les raisons qui motivent le retour aux études varient d'une personne à l'autre, mais surtout d'un moment à l'autre de la trajectoire. Dans un premier temps, les études peuvent relever d'une stratégie de réadaptation visant la remise en mouvement, l'intégration à un milieu régulier et le maintien ou la reprise d'habiletés. Une pression sociale diffuse, la nécessité de « faire quelque chose » sont d'autres moteurs. Cependant, la majorité des participants connaissent un tournant, provoqué par la conscience du temps qui passe et de l'âge qui avance, le besoin de préparer son avenir, l'ambition, ou encore la volonté de se dégager de l'assistance-emploi et de la précarité financière. Ces éléments donnent une impulsion nouvelle aux études, et leur traduction concrète en projet professionnel est concomitante au processus de rétablissement.
 - L'investissement dans les études fluctue considérablement selon les périodes de temps. Avant l'apparition des problèmes, les participants se divisent à peu près en nombre égal selon qu'ils sont studieux ou non (dix contre neuf respectivement). Durant la période d'apparition des problèmes, la proportion des « studieux » et des « non-studieux » se modifie considérablement, les deux tiers appartenant au second groupe. Ce rapport bascule ensuite de nouveau : dans le cadre du projet, 18 des 20 participants se définissent comme « studieux », quoique 5 aient d'importantes difficultés scolaires. Ce changement est à mettre en relation avec leur motivation renouvelée et la volonté de se « reprendre en main ».
- **Le rapport aux études des participants se modifie considérablement dans le temps pour bon nombre d'entre eux. Ces changements s'appuient sur des moments charnières que les répondants expriment par le fait de prendre de l'âge, la volonté de préparer leur avenir et de s'éloigner des périodes plus sombres de leur vie. Ils se traduisent par une motivation et un investissement**

renouvelés qui semblent porter leurs fruits au fur et à mesure que le processus de rétablissement progresse.

- **À l'autre pôle, le passé n'est jamais très loin. La crainte de la rechute ou d'essayer de nouveaux échecs ainsi que des interrogations sur leurs capacités et les difficultés sociales forment le cœur des appréhensions des participants.**

3.4 Le parcours professionnel, la situation financière et le logement

- À l'entrée dans le projet, 2 participants avaient déjà occupé un emploi qualifié; 15 étaient sans véritable expérience professionnelle mais avaient occupé des emplois non qualifiés, et 3 n'avaient jamais travaillé.
- Au fil de leur trajectoire, tous les participants, sauf 3 abandonnent toute activité rémunérée, et ce n'est que très tard dans le processus de rétablissement que 2 envisagent de reprendre progressivement un emploi, lorsqu'ils se sentiront suffisamment rétablis.
 - **Dans l'ensemble, les participants entrent dans le projet sans véritable expérience professionnelle autre que des emplois non qualifiés ou des emplois d'été, et 17 d'entre eux ont dû cesser toute activité rémunérée.**
 - **Pour la quasi-totalité, la conciliation de l'emploi et des études est impossible.**
- Si, sur le plan financier, les participants ont eu recours à diverses sources (aide parentale, emploi, Aide financière aux études du MEQ, assurance-emploi), celles-ci diminuent avec le temps, de sorte qu'à leur entrée dans le projet (donc avant l'entente avec le MESSF sur la mesure de formation d'Emploi-Québec), les participants affichent deux profils : 15 sont prestataires de l'assistance-emploi, et 5 dépendent financièrement des parents. Ceux qui recourent à l'assistance-emploi le font lorsqu'ils y sont acculés, parce qu'ils n'ont pas d'autres sources de revenus.
 - **Les sources de revenus se polarisent durant les parcours scolaires et finissent, pour les participants, à se résumer à deux options : l'assistance-emploi ou le soutien financier des parents.**
 - **La dépendance financière pèse aux participants, et davantage encore lorsqu'ils avancent en âge.**
- Les participants ont connu diverses modalités de logement, comme la plupart des étudiants, qui prennent essentiellement trois formes au terme du projet : le domicile familial avec ou sans assistance-emploi dans le cas de 5 personnes, le logement seul avec l'assistance-emploi pour 9, et les ressources de réadaptation ayant un volet hébergement pour 3. Par ailleurs, 1 personne habite avec un conjoint et 2 ont opté pour la colocation.

- **Seuls 6 participants auraient été considérés comme autonomes à l'Aide financière aux études du MEQ sur le critère du logement. L'autonomie est retardée par le trouble de santé mentale.**

4 SYNTHÈSE DES TRAJECTOIRES DES PARTICIPANTS : UNE ANALYSE TRANSVERSALE

La démarche exploratoire choisie pour le projet se vérifie jusque dans le volet recherche, qui procède de manière empirique. Dans les sections précédentes, les principales caractéristiques de la trajectoire des participants sont présentées de manière descriptive. Cependant, quelques pistes se dégagent de ces descriptions, qui se rapportent à la notion de rétablissement. Il convient de préciser que ces pistes sont le résultat de l'analyse de l'ensemble des trajectoires, et non des propos des participants, sauf avis contraire.

Suivre la trajectoire des participants sous différents angles, depuis la période de l'apparition des problèmes jusqu'au terme du projet, c'est en fait suivre des histoires de déconstruction et de reconstruction, de cheminements personnels et de transformations. Les déconstructions se produisent en grande partie durant la période 1, celle de l'apparition des problèmes non associés à un trouble de santé mentale, mais elles chevauchent également la période de recours au réseau de la santé et des services sociaux. Elles se jouent sur différents plans : la santé, les études, le travail et les réseaux sociaux et familiaux.

Pertinence d'une lecture sous l'angle du concept du rétablissement

Puisque la présente recherche est de type exploratoire, nous avons donc procédé de manière empirique et non à partir d'un appareillage conceptuel et théorique. Le concept de rétablissement s'avère néanmoins fécond pour mettre en valeur les éléments descriptifs qui se dégagent des propos des participants.

- Le concept de rétablissement renvoie à la notion d'intégration sociale des personnes ayant un problème grave de santé mentale. Comme le souligne Corin (2002 : 73), « se rétablir ne consiste pas uniquement, ou essentiellement, à supprimer un certain nombre de symptômes ou à acquérir des compétences instrumentales ; le rétablissement implique la possibilité de prendre ou de reprendre pied dans l'existence, de se sentir reconnu comme personne, de retrouver une position d'acteur et de sujet ».

C'est ce que vise le projet par le soutien scolaire. La formation constitue un moyen de reprendre pied, d'intégrer des milieux réguliers en tant que personne (ici comme étudiant).

- Selon Lauzon et Lecomte (2002 : 10), le rétablissement dépasse le plan clinique et a trait à la possibilité de poursuivre « une vie gratifiante, en dépit de la maladie », sur les plans personnel, professionnel et social.

Le projet ne s'est donc pas limité aux difficultés scolaires et aux mesures d'accommodement raisonnable. Il aborde les trajectoires des participants sous plusieurs angles : scolaire certes, mais aussi social, familial, professionnel et financier, sans oublier la santé et le logement ; il tend vers une lecture globale des trajectoires et des différents aspects de cette « vie gratifiante » évoquée.

- Le rétablissement renvoie à un processus, dans la mesure où il consiste en « un cheminement profondément personnel de changement et de travail sur soi, sur ses attitudes, ses valeurs, ses sentiments, ses buts, ses compétences, ses rôles et ses projets de vie » (Anthony 2002 : 103).

Le projet étant axé sur les trajectoires des participants, des récits de cheminements personnels et de changements, justement, de processus de définition et de redéfinition de soi ont été recueillis dans le cadre du volet recherche.

- La littérature sur le rétablissement tend à faire démarrer ce processus après le repérage du problème de santé mentale tandis que dans ce projet, les récits remontent plus loin dans le temps. La période de l'apparition des problèmes, encore non associés au trouble de santé mentale, est importante, car l'estimation que font les participants des facteurs déclencheurs de leurs problèmes influence les changements entrepris. De plus, le passé colore fortement les craintes et appréhensions présentes.

Les composantes des trajectoires liées au processus de rétablissement

La majorité des participants ont connu des moments de « prise de conscience » à partir desquels ils amorcent des changements conséquents dans le but de se « reprendre en main ». À cet égard, la section ci-dessous constitue une synthèse des commentaires des participants et non, il convient de le souligner, un mode d'emploi ou une succession d'étapes par lesquelles chacun devrait passer.

En ce qui concerne les diverses dimensions plus directement rattachées au problème de santé mentale, les cheminements des participants se concrétisent dans les étapes suivantes :

- le parcours dans le réseau de la santé et des services sociaux, celui-ci impliquant des hospitalisations, des ajustements de médication, des convalescences et des périodes d'arrêt, le recours aux professionnels du réseau public et communautaire ainsi que la mise au point de stratégies pour contrer les symptômes et les effets secondaires de la médication ;
- des changements de mode de vie, que ceux-ci se rapportent à la gestion du stress et de la fatigue, au rythme de vie, à la forme physique ou à la consommation de drogues et d'alcool ;
- l'attribution d'un sens à la maladie : les personnes mettent ainsi l'accent sur ses composantes biologique ou psychologique, s'approprient le discours médical, font valoir leur perception d'autres dimensions de la réalité, ou encore nient la maladie ;

- une distanciation par rapport au problème de santé mentale ;
- le soutien de la famille, et plus particulièrement des parents ;
- la reconstruction du réseau social.

Le parcours scolaire commande également des ajustements et un cheminement qui suppose :

- de composer avec les échecs passés et les multiples appréhensions qui en découlent, dont la crainte de la rechute et les inquiétudes quant aux aptitudes scolaires ;
- de trouver ou retrouver des motivations pour entreprendre et poursuivre des études ;
- de repérer les difficultés dues au trouble de santé mentale et de chercher les moyens d’y remédier ;
- de trouver le rythme d’études adéquat et de l’ajuster au besoin ;
- de s’astreindre à une démarche complexe pour définir les choix professionnels, tout en tenant compte des contraintes inhérentes au problème de santé mentale ;
- de changer, ou de retrouver son rapport aux études et l’investissement qui leur est consacré.

Quant aux autres aspects de la trajectoire des participants (financier, professionnel et logement) :

- sur le plan financier, la grande majorité des participants expriment la volonté de ne plus dépendre de l’assistance-emploi ou de leurs parents, mais le projet ne permet pas de vérifier dans quelle mesure ils concrétisent ou concrétiseront ces espoirs ;
- le parcours professionnel demeure fortement inconnu au moment du projet. Les participants veulent occuper un emploi, mais seuls quelques-uns effectuent un retour progressif sur le marché du travail, par l’entremise d’un emploi d’étudiant ou d’été ;
- en ce qui concerne le logement, le cheminement se réalise par le départ du domicile familial pour un appartement avec, dans le cas de plusieurs personnes, le passage par des ressources de réadaptation ayant un volet hébergement.

Les participants recherchent en premier lieu une autonomie financière, professionnelle et en matière de logement. Au moment du projet, certains participants ont acquis leur autonomie en ce qui concerne le logement, mais cet objectif demeure abstrait pour les aspects financier et professionnel, ce qui est on ne peut plus logique.

- **Dans les diverses sphères de leur trajectoire, les participants font le récit de cheminements qui pourraient être congruents avec ceux en œuvre dans le processus de rétablissement.**

Possibilités d'analyse sous l'angle du processus de rétablissement

Les éléments mentionnés ci-dessus sont des composantes d'un processus, et non les passages obligés et systématiques d'une reconstruction. Au moment du projet, les participants en sont à des moments divers de ce cheminement :

- neuf considèrent être en bonne forme et rétablis, malgré une fragilité. Le problème de santé mentale occupe une place moins grande dans leur vie et ils se projettent dans d'autres sphères telles que les études, la carrière professionnelle, les relations sociales et amoureuses, etc. ;
 - sept estiment que leur situation s'est améliorée, mais continuent d'éprouver d'importantes difficultés et oscillent entre découragement et espoir ;
 - quatre ne donnent pas d'appréciation précise, mais ils paraissent submergés par leur problème.
- **Au moment du projet, la situation des participants sur le plan du rétablissement est un instantané dans leur vie, et ne laisse présager en rien ce qu'ils deviendront. Ainsi à un autre moment de leur histoire, ceux qui semblent submergés par le problème de santé mentale pourraient avoir repris pied.**

La littérature sur le rétablissement traite essentiellement de ce processus et de ce qui le soutient. Il en ressort que la poursuite des études favorise le rétablissement, ce qui semble le cas pour les participants qui persévèrent dans leurs études. Cependant, le projet vise d'abord à favoriser la persévérance et la réussite scolaires, ce qui nous amène en quelque sorte à une question inversée : existe-t-il ce que l'on pourrait appeler provisoirement un « seuil ou un degré de rétablissement » qui se traduise par de bonnes chances de réussite ? Les résultats du projet nous incitent à répondre par l'affirmative, bien que ce « seuil » ou ce « degré » soit impossible à mesurer de façon précise.

Tableau 8. Les maintiens et abandons scolaires en fonction du degré de rétablissement des participants

Degré de rétablissement / résultats scolaires	Reprennent pied	Améliorations mais difficultés importantes	Submergés par le trouble de santé mentale
Maintien aux études	8	4	1
Abandon	1	3	3
Total	9	7	4

- **Des convergences se dessinent entre le degré de rétablissement des participants et la persévérance et la réussite scolaires.**

Ces résultats soulèvent un problème épineux : celui de la place des échecs dans la trajectoire des participants, et les différences dans les missions et orientations des secteurs en cause. La littérature tend à considérer les échecs comme une part intégrante du processus de rétablissement. De fait, les participants qui reprennent pied semblent avoir « digéré » leurs échecs passés et avoir su en tirer parti. Cependant d'autres, plus vulnérables, sont dévastés par leurs échecs. Or, le cumul des échecs entache le dossier scolaire des étudiants et compromet leurs chances d'obtenir des mesures financières d'Emploi-Québec.

En matière de formation, les différents secteurs dont relèvent les participants affichent des vues et des orientations fondamentalement divergentes. Pour le secteur de la santé et des services sociaux, la formation constitue autant un facteur de rétablissement que d'insertion sociale des personnes. Dans ce contexte, le retour aux études constitue un projet de vie à encourager pour soutenir la motivation des personnes et leur rétablissement, et les échecs font partie de ce processus. Les secteurs de l'éducation et de l'emploi (MESSF) sont quant à eux plutôt axés sur la persévérance et la réussite scolaires d'une part, et sur la formation comme facteur d'intégration à l'emploi d'autre part ; ils n'ont pas d'orientations particulières relativement à l'état de santé des personnes et à ses répercussions sur les études. Cet enjeu devrait être clairement pris en compte, et se refléter de façon concrète dans les critères pour les services de soutien scolaire, les mesures adaptées d'Emploi-Québec et la collaboration des établissements scolaires.

Des pistes de recherches futures

- Ce projet pilote a permis de défricher l'espace des trajectoires scolaires de personnes ayant un problème grave de santé mentale au moyen d'une exploration très empirique des différents aspects de leurs parcours.
 - **À partir du canevas des entrevues, de la méthode d'analyse utilisée et des questions soulevées, une recherche future pourrait systématiser l'étude des trajectoires.**
 - **Il serait pertinent de compléter cette étude par l'ajout d'éléments peu abordés dans la présente recherche, par exemple l'engagement des parents. En effet, ces derniers sont manifestement très présents dans les trajectoires de leurs enfants et leur point de vue s'avère essentiel.**
 - **Certains aspects devraient faire l'objet d'une attention particulière, par exemple les conséquences des échecs dans les trajectoires des participants, tant sur le plan de la santé et de la scolarité que de l'accès aux mesures et programmes existants, comme la mesure de formation d'Emploi-Québec.**

Le processus de rétablissement semble une piste féconde pour englober les diverses dimensions des trajectoires et repérer les liens qu'elles entretiennent entre elles, particulièrement ceux entre la santé et les études.

- **Une étude subséquente pourrait être réalisée afin de vérifier ces liens. La démarche consisterait alors à systématiser l'appréciation du processus de rétablissement des personnes et à mesurer ses répercussions sur les parcours scolaire, financier et professionnel.**