

Développer l'intégration au travail en santé mentale, une longue marche à travers des obstacles sociopolitiques

Claude Charbonneau

Volume 27, numéro 1, printemps 2002

Rétablissement (1) et Travail (2)

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/014545ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/014545ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Charbonneau, C. (2002). Développer l'intégration au travail en santé mentale, une longue marche à travers des obstacles sociopolitiques. *Santé mentale au Québec*, 27(1), 158–176. <https://doi.org/10.7202/014545ar>

Résumé de l'article

Mettant en lumière quelques faits qui ont marqué l'histoire récente de l'intégration au travail des personnes vivant des problèmes de santé mentale, cet article propose une analyse des enjeux sociologiques et politiques liés aux obstacles et aux polémiques entourant ce champ d'importance de la réadaptation psychosociale au Québec. L'auteur propose un éclairage pragmatique du contexte dans lequel se réalisent et évoluent les projets d'intégration au travail se présentant comme stratégie de recouvrement de la santé et du bien-être.



Développer l'intégration au travail en santé mentale, une longue marche à travers des obstacles sociopolitiques

Claude Charbonneau*

Mettant en lumière quelques faits qui ont marqué l'histoire récente de l'intégration au travail des personnes vivant des problèmes de santé mentale, cet article propose une analyse des enjeux sociologiques et politiques liés aux obstacles et aux polémiques entourant ce champ d'importance de la réadaptation psychosociale au Québec. L'auteur propose un éclairage pragmatique du contexte dans lequel se réalisent et évoluent les projets d'intégration au travail se présentant comme stratégie de recouvrement de la santé et du bien-être.

Pour bien mesurer les enjeux sociopolitiques actuels entourant les travaux de transformation des services de santé mentale et en particulier l'importance relative accordée à l'intégration au travail au sein des priorités de cette réorganisation, il peut être judicieux de reculer dans le temps. Cette brève incursion dans l'histoire récente de l'organisation des services de santé mentale au Québec, nous aidera à mieux comprendre la dynamique actuelle de la réadaptation psychosociale et de l'intégration au travail en particulier.

Dans son célèbre pamphlet publié il y a une quarantaine d'années et qui a produit une certaine onde de choc sur le plan social tout en initiant une sérieuse sismothérapie à la structure organisationnelle des services de santé mentale de l'époque, Jean-Charles Pagé nous confiait que l'obtention du congé définitif de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu n'allait pas de soi. Contrairement à nos références contemporaines, on entrait à l'asile beaucoup plus facilement qu'on en sortait.

Le postulant qui prenait l'initiative de demander son congé devait adresser sa requête à « l'assemblée » où siégeait le surintendant médical

* L'auteur, travailleur social, est directeur-général d'Accès-Cible SMT (Santé mentale travail). Il est président du Comité national santé mentale et travail (comité appuyé par l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale). Il siège entre autres aux conseils d'administration de deux entreprises d'insertion et travaille à la finalisation de son mémoire de maîtrise en intervention sociale à l'UQÀM, dont le titre est : « L'intégration au travail des personnes vivant des problèmes de santé mentale : un défi pour l'économie marchande, des perspectives pour l'économie sociale » (document à paraître à l'automne 2002).

de l'hôpital ainsi que deux autres psychiatres chargés de l'évaluation de l'état de la santé mentale du demandeur. Ce genre de tribunal administratif et clinique analysait l'évolution du postulant depuis son admission. Lorsque le rétablissement de la santé et du bien-être était jugé insatisfaisant, la requête était simplement rejetée et le traitement se poursuivait. Par ailleurs, lorsque le candidat à la libération démontrait qu'il avait bien réagi aux traitements et que ces traitements avaient contribué de façon significative à l'amélioration de son état de santé, il recevait alors une sanction médicale qui officialisant sa guérison, ne prescrivait pas pour autant son congé définitif de l'hôpital.

Statuer sur le rétablissement et la guérison de la maladie mentale d'un individu ne lui procurait donc pas automatiquement un passeport vers la sortie. Le patient une fois guéri demeurait interné à l'hôpital, où en entendant de sortir il travaillait. Le travail étant perçu à la fois comme une activité thérapeutique cardinale et comme un facteur essentiel au rétablissement, le patient guéri poursuivait donc son « traitement » en travaillant. Celui-ci était alors occasionnellement libéré de son travail à l'interne pour être placé en congé journalier temporaire. Ces jours de libération conditionnelle lui étaient consentis afin qu'il réalise des démarches visant l'obtention d'un emploi régulier auprès d'un employeur du marché compétitif et marchand. Bien que guéri, ce n'est qu'à la condition formelle de détenir un contrat ferme d'embauche que « l'assemblée » autorisait alors le congé temporaire et conditionnel au maintien en emploi et à l'intégration sociale (Pagé, 1961).

Pour les instances médicales et administratives de l'époque, l'établissement et la garantie d'un lien d'emploi comptaient donc parmi les déterminants de la santé et du bien-être. Le travail était alors perçu comme un facteur essentiel de l'intégration sociale, de la normalisation, du recouvrement, du maintien et de la consolidation de la santé mentale.

Malheureusement, pour le candidat à « l'extradition » vers la liberté, qui après un certain temps ne réussissait pas à obtenir un contrat de travail sur le marché compétitif et marchand ou qui ne pouvait compter sur la prise en charge d'un tuteur (un membre de la famille proche, parent, conjoint, frère, sœur) se portant responsable et garant de son insertion économique et sociale, l'avenir était plus sombre. Ce dernier voyait alors sa demande de congé tout simplement déboutée.

Considéré relativement en bonne santé mentale, voire guéri, sans tuteur ou encore sans lien d'emploi, *l'ex-malade* demeurera alors interné. Sa capacité et sa force de travail non intégrées par l'économie marchande seront rapidement recyclées par l'institution. La mise à profit du potentiel deviendra alors pour certains l'activité d'ergothérapie et

pour les plus performants, l'évolution de la thérapie par le travail¹. Avec le temps qui passe, les *malades* guéris mais non réintégrés dans la société civile, à défaut de s'être trouvé un emploi ou d'être pris en charge par un membre de leur famille, consolideront leur défaite à l'intérieur des murs de l'hôpital où ils grossiront les rangs des personnes développant des troubles mentaux « graves » et qui deviendront « persistants » selon certains.

Les plus chanceux, les mieux entourés et les plus compétitifs, bénéficiant d'un tutorat rencontrant les exigences de « l'assemblée » ou ayant obtenu une garantie d'embauche leur procurant un passeport vers la sortie seront alors libérés de l'enfermement, de la consolidation de la sévérité et des attributs de la persistance.

Le virage ambulatoire de l'enfermement

Les contestataires, les combattifs, les compétitifs et les Jean-Charles Pagé, ne déambulent plus de leur salle à leur lieu de travail à l'intérieur de l'hôpital. Ils ont depuis belle lurette, reçu leur congé et ils ont été congédiés de leur travail à l'interne. Ces personnes vivaient des troubles qui sont aujourd'hui perçus comme étant transitoires, voire secondaires, malgré l'intensité et l'importance de ces problèmes qui s'enracinent souvent à long terme dans leur vie (Lesage, 2001)².

Ces battants, au tendon d'Achille fragilisé par un épisode psychotique ou par une dépression sévère sont aujourd'hui négligés par les politiques, les programmes et les services de santé mentale (RRSSS Montréal-Centre, 2001). Le vaste mouvement de désinstitutionnalisation a produit des contreforts qui tiennent heureusement ces personnes à l'écart de l'hôpital. Par ailleurs, ce même mouvement néglige toutefois leur traitement et leur réinsertion sociale. Ces personnes ne sont plus hospitalisées. Elles utilisent peu ou pas les services de traitement et conséquemment, encore moins les services de réadaptation. Elles sont rapidement entraînées dans un processus de désinsertion où les points d'ancrage avec leur milieu de proximité s'affaiblissent jusqu'à la fracture. Isolées et laissées à leur souffrance, la distanciation avec les réseaux sociaux s'installe et la déculturation avec le monde et l'identité du travail laissent toute la place à la maladie et à l'exclusion.

Presque trente ans après l'appel de Jean-Charles Pagé, la Politique de santé mentale du Québec (MSSS, 1989) nous révélait qu'une personne sur cinq connaît des problèmes de santé mentale au cours de sa vie et que seulement 20 % de ces problèmes seraient dépistés et traités. Concernant l'identification des besoins des personnes, la Politique comptait intervenir auprès de quatre types de clientèle prioritaires : les

personnes vivant des troubles mentaux graves et généralement persistants (les malades mentaux chroniques, selon son appellation), les personnes vivant des troubles mentaux transitoires « qu'une aide appropriée... peut ramener à leur niveau de fonctionnement psychologique et social antérieur », les personnes dont la santé mentale est menacée parce qu'elles vivent des situations ou affrontent des conditions de vie intolérables, et finalement, certains groupes de personnes susceptibles de développer des problèmes de santé mentale en raison de leurs conditions de vie sociale, culturelle ou économique ou parce qu'elles sont exposées à des phénomènes comme la violence, le suicide, l'alcoolisme et les toxicomanies.

Une grande proportion des ressources et des énergies ayant été investie à la désinstitutionnalisation depuis près de quarante ans, on a constamment rapproché la loupe à travers laquelle on identifie les clientèles prioritaires, des personnes vivant des troubles de plus en plus « graves et persistants », c'est à dire, du premier groupe de personnes ciblées par la Politique de Santé mentale. Leurs besoins de services étant évidents, nombreux et coûteux, ces personnes sont devenues la clientèle prioritaire et quasi unique des hôpitaux et du réseau des services psychiatriques. Elles représentent par ailleurs, une très faible proportion de l'ensemble de la population vivant des troubles graves de santé mentale. Aussi, étant donné que l'essentiel des ressources est concentré sur la clientèle traditionnelle des hôpitaux et du réseau des services psychiatriques, il reste bien peu de moyen pour la grande majorité des personnes qui n'étant pas dans le « zoom » de l'institution, sont considérées comme vivant des problèmes moins graves de santé mentale. Ces personnes doivent donc se contenter d'un contrôle de leurs symptômes les plus urgents par leur médecin de famille pour éventuellement quérir des services dans le privé, ou se priver de services de traitement et de réadaptation.

Bien que les intentions de la Politique de santé mentale soient d'intervenir auprès de l'ensemble des personnes vivant des problèmes de santé mentale, les orientations actuelles du ministère de la Santé et des Services sociaux suivent une autre logique. Les institutions et le réseau des services psychiatriques ciblent de façon prioritaire et souvent exclusive, les personnes pour qui les troubles de santé mentale et les obstacles d'intégration sont devenus avec le temps, plus difficilement surmontables. Aussi, les intervenants fondent peu d'espoir dans le potentiel de réadaptation de ces personnes.

Aujourd'hui, au chapitre de l'intégration au travail, environ 4000 personnes profitent de mesures d'employabilité³ qui en fait, offrent peu

de passerelles vers un emploi rémunéré sur le marché compétitif, alors qu'environ 200 000 personnes vivent des troubles graves qui les tiennent à l'écart du marché du travail (Lauzon et al., 2001).

Utilisant peu les ressources, discrètes quant à leur souffrance, dans l'anonymat et l'oubli, ces personnes consolideront lentement des obstacles qui tout en demeurant invisibles deviendront de plus en plus sévères et indélébiles. Citées par les politiques gouvernementales mais oubliées par les programmes et les services, incapables d'avoir accès à des services de traitement et de réadaptation efficaces⁴, elles initieront quelques tentatives désespérées d'intégrer ou de réintégrer le marché du travail et de s'insérer socialement.

Pour les proches et les personnes concernées, le travail demeure souvent la panacée au recouvrement de la santé. Toutefois, les tentatives au succès mitigé et les échecs redondants finissent par user. Alors, les battants jettent la serviette et s'enferment. Sans même qu'on ne leur demande, certains s'enferment dehors⁵ et hantent les centres-villes. D'autres, beaucoup plus nombreux et discrets, honteux et désespérés, s'emmurent chez eux et consomment la rupture. Au fil des mois et des années, ces personnes partageront alors leur exclusion avec un diagnostic confondant, quelques prescriptions renouvelables et un chèque d'aide de dernier recours les condamnant à la pauvreté. Le marasme et la lourdeur de leur souffrance feront disparaître leur conjoint, leur famille et leurs amis. Leur catastrophe tiendra à distance leurs enfants et attaquera leur raison d'être. La consolidation de l'exclusion les entraînera dans l'anonymat où elles subiront leur mal de vivre dans l'attente d'un éventuel miracle improbable.

Ces personnes seront ainsi oubliées puisqu'on n'enferme plus. Elles deviendront invisibles. Aujourd'hui, l'organisation de services de santé mentale, avec sa « rectitude politique », laisse les personnes fragilisées par leur exposition aux déterminants de l'exclusion, s'enfermer elles-mêmes.

Quarante ans de redondance dans le renouvellement de politiques innovatrices

Pour revenir encore une fois sur le coup de sonde lancé par Jean-Charles Pagé au début des années soixante, on se rappellera que la commission d'enquête (qui a produit le Rapport Bédard, du nom du président de la commission) donna naissance à la Direction des services psychiatriques. Cet organisme réorganisa dès lors, le système de santé mentale en poursuivant trois objectifs principaux. Premièrement, favoriser l'accessibilité à des services psychiatriques diversifiés en proximité

du milieu de vie des patients en vue de diminuer le nombre de lits des hôpitaux psychiatriques et d'amorcer le mouvement de désinstitutionnalisation en créant des ressources hors de l'institution. Deuxièmement, assurer le suivi des patients au sortir de l'hôpital et ainsi établir des programmes visant leur réadaptation et leur réinsertion sociale dans la communauté. Et finalement, dans la perspective d'assurer la réadaptation et la réinsertion sociale des personnes, mettre sur pied des foyers d'hébergement et de réhabilitation, développer des ateliers protégés et créer des services spécialisés de placement sur le marché du travail (Dorvil, 1997 ; Wallot, 1998).

Aujourd'hui, plus de quarante ans après l'appel de Jean-Charles Pagé, presque quinze ans après la Politique de santé mentale et dix ans après la Politique de santé et de bien-être, nous sommes malheureusement contraints de constater que plusieurs de ces recommandations figurent encore à l'agenda des gestionnaires de programmes et d'organisation de services comme étant toujours des chantiers à entreprendre.

Parmi l'ensemble des mesures prioritaires retenues par le Groupe d'appui à la transformation des services de santé mentale⁶ en 2001, on retrouve entre autres, le suivi dans la communauté. L'identification de cette mesure faisait écho à la commission Bédard qui dès 1962 recommandait d'*assurer le suivi des patients au sortir de l'hôpital*, et aussi à l'un des éléments du plan d'action de la Politique de santé mentale qui en 1989 proposait d'*assurer un plan de service individualisé*. Autre priorité identifiée par le Groupe d'appui : les services résidentiels. La commission Bédard recommandait de *mettre sur pied des foyers d'hébergement et de réhabilitation*, alors que la Politique de santé mentale intégrait à son plan d'action, *la réadaptation dont le logement*. Finalement, le Groupe d'appui fait de l'intégration au travail une de ses priorités d'intervention alors qu'encore une fois la commission Bédard avait déjà pris l'initiative de proposer *la création de services spécialisés de placement sur le marché du travail*, tandis que la Politique de santé mentale soulignait parmi ses mesures de réadaptation privilégiées, *l'accès au travail*. Pour sa part, la Politique de la santé et du bien-être constatait en 1992, que *parmi les efforts d'intégration dans le milieu, les moyens de réadaptation demeurent insuffisants, particulièrement dans le domaine du travail*.

L'intégration au travail identifiée comme mesure prioritaire en 2001, un moyen de réadaptation privilégié en 1992, un élément structurant du plan d'action visant la réadaptation en 1989, puis comme un outil essentiel de la désinstitutionnalisation amorcée en 1962, demeure malgré les appuis consensuels renouvelés au fil des décennies, une étoile éphémère au palmarès des priorités du MSSS.

Lors du XI^e colloque de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP) en avril 2002, le sous-ministre en titre est venu rappeler aux quelques 900 personnes présentes que malgré un certain laxisme avoué, l'intégration au travail allait une fois de plus être repositionnée à l'intérieur des priorités ministérielles. Sensible aux besoins des personnes, il a par ailleurs réaffirmé (madame la ministre Pauline Marois l'avait annoncé à la conclusion du Forum sur la santé mentale en septembre 2000) que son ministère acquiesçant à la revendication principale du Comité national santé mentale et travail, assumerait le leadership à l'égard des autres ministères concernés par l'intégration au travail, dans la perspective de faire avancer cette priorité.

Il est légitime de se demander pourquoi encore aujourd'hui l'intégration au travail qui compte parmi les outils de réadaptation privilégiés et qui est aussi reconnue comme un déterminant fondamental de la santé et du bien-être, se retrouve encore au cœur des discussions et des débats politiques.

Ces hésitations lancinantes, ces avancées laborieuses, ces crises d'amnésie chroniques, ces égarements et ces remises en question incessantes sont profondément influencés par deux controverses d'importance.

Une première polémique : les zones d'influence et de responsabilités inter-ministérielles

Cette première polémique bien connue des intervenants de la réadaptation et des différents intervenants des réseaux de la santé et de l'emploi, concerne l'arbitrage des juridictions et le partage des responsabilités entre le ministère responsable de la santé et celui responsable de l'emploi.

En regard de la situation des personnes vivant des problèmes de santé mentale et désirant intégrer le marché du travail, certains se demandent jusqu'où le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) doit intervenir alors que d'autres se demandent à quel moment le ministère de l'Emploi doit se sentir concerné et prendre le relais.

Au MSSS, plusieurs croient qu'au moment où une personne vivant des problèmes de santé mentale songe à intégrer le marché du travail, celle-ci doit dès lors, quérir ses services auprès du ministère de l'Emploi. Certains estiment que la personne qui envisage de s'inscrire dans un processus d'intégration au travail est rétablie. Le mandat du traitement arrive donc à terme puisque cette dernière démontre une certaine stabilité et un désir d'autonomie qui l'aide à passer à une autre étape se situant sous une autre juridiction.

Au ministère de l'Emploi, nombreux sont ceux qui considèrent qu'une personne vivant des problèmes de santé mentale et désirant intégrer le marché du travail, demeure en premier lieu quelqu'un qui est atteint d'un problème psychiatrique complexe et « persistant ». Les informations à la disposition de ces intervenants, les amènent à considérer que les personnes « atteintes de ces maladies » ont peu de chance de réussir un parcours normal vers le marché du travail compétitif. Leurs réactions de prudence, de crainte et parfois de surprotection, les incitent à considérer souhaitable que ces personnes s'inscrivent dans de vagues démarches de développement psychosocial en marge des parcours offerts aux autres demandeurs d'emploi. Considérant ces personnes trop fragiles au stress qu'impose le marché du travail régulier, ces intervenants redirigent ces personnes vers les services sociaux et de santé en leur souhaitant de continuer à évoluer dans des programmes occupationnels de pré-employabilité qui les maintiendront en bonne santé relative, mais en marge du marché du travail.

Par analogie avec un sport bien connu, ces échanges de rondelles qui visent à dégager son territoire en lançant dans la zone adverse, est une pratique courante des gestionnaires de programmes et même, des « instructeurs ». Nous assistons ainsi depuis des décennies à un interminable match, où de la chambre des joueurs, les ministres responsables de la santé et de l'emploi élaborent entre chacune des périodes de l'histoire de la transformation des services de santé mentale, des caucus de sourds sur la stratégie de renvoi de mandat et de facture des offres de services et de programmes.

Un bel exemple d'embrouilles, de querelles de juridiction et de failles de concertation se déroule depuis le printemps 2001. Le MSSS a transféré au ministère de l'Emploi des mesures d'employabilité⁷ offrant des parcours de longue durée destinées aux personnes vivant des obstacles sévères à l'emploi. Ces mesures étaient jusqu'au printemps 2001, gérées par des organismes mandatés par le MSSS. Elles sont dorénavant gérées par Emploi-Québec via les Centres locaux d'emploi (CLE) qui déterminent régionalement et localement leurs propres priorités.

Ainsi, tout en économisant sur ses frais de gestion, le MSSS transfère les budgets liés à ces mesures. Par ailleurs en obtenant ces budgets destinés aux personnes qu'il considère plus ou moins inaptes à intégrer le marché du travail, le ministère de l'Emploi est tenté de faire transiter progressivement ces fonds d'intégration vers ses clientèles plus performantes.

Pour les personnes vivant des problèmes de santé mentale et des obstacles sévères, l'accès aux mesures pourrait être de plus en plus restreint.

Les deux ministères ayant convenu de stratégies gagnantes, ils y trouvent leur compte. Les personnes concernées risquent d'y perdre le leur.

Face aux résistances et aux pressions, les ministères conviennent de la mise sur pied de tables de concertation chargées de surveiller l'adéquation des transferts de budgets destinés aux personnes vivant des obstacles sévères à l'emploi. Nous pouvons déjà prévoir qu'on nous dira bientôt que ces budgets ont été adéquatement et légitimement transformés en mesures actives. Nous pouvons aussi prévoir qu'on se montrera avare de détails concernant l'analyse des obstacles à l'emploi des personnes ayant bénéficié de ces mesures.

Prévenant les objections, le MSSS commande des études qui démontrent les complexités du partenariat intersectoriel tout en légitimant ses défauts de leadership. Le ministère de l'Emploi pour sa part, affirme sa préoccupation envers les personnes vivant des problèmes de santé mentale tout en soulignant qu'il ne privilégie pas une « approche clientéliste ». Il délègue ses priorités d'intervention aux quelques 150 Centres locaux d'emploi (CLE) qui chacun sur son territoire, élabore un plan d'action particulier. Les types et les zones d'intervention propices à répondre aux besoins des employeurs de la région en terme de formation et de préparation de la main-d'œuvre sont élaborés. À notre connaissance, aucun CLE n'a développé de plan d'actions visant à répondre aux besoins des personnes vivant des problèmes de santé mentale, ni à faire la promotion de l'intégration des personnes vivant cette problématique auprès des employeurs du territoire.

Les défauts de collaboration et de concertation sont identifiés comme des obstacles structurels difficiles à éradiquer. Il serait peut-être préférable de négliger les entraves et de déterminer des objectifs précis d'intégration. Assumer le leadership au chapitre de l'intégration au travail des personnes vivant des problèmes de santé mentale, c'est avant tout avoir des convictions et une vision. C'est aussi convaincre et inciter à une obligation de résultats donnant un sens aux synergies et aux différents partenariats à bâtir.

Une deuxième polémique : la perception du potentiel des personnes

La deuxième polémique plus insidieuse et difficile à cerner est celle qui nourrit le scepticisme et le doute concernant la vraisemblance de l'intégration et du maintien en emploi des personnes vivant des problèmes graves de santé mentale.

Selon certains professionnels, experts et intervenants du réseau de

la santé mentale, l'intégration au travail de ces personnes est tellement complexe et difficile à concrétiser que cette intervention apparaît comme un vaste chantier virtuel et périlleux, voire irréalisable. Même leur capacité de travailler et de produire est mise en doute.

L'impact de ce point de vue est tellement important qu'il vaut la peine de s'y attarder et de le circonscrire comme obstacle à l'intégration de ces personnes étant donné qu'il affecte l'espoir, altère la motivation et consolide leur exclusion.

Témoins privilégiés sinon désespérés des difficultés et des échecs de réadaptation d'un certain nombre de personnes qui fréquentent le réseau psychiatrique (plus de 70 % des admissions sont en fait des réadmissions), certains intervenants démontrent plus de réticence et de pessimisme que le grand public quant aux possibilités de réinsertion des personnes vivant des troubles mentaux (Côté et al., 1993 ; Dorvil, 1997). Le syndrome des portes tournantes entre autres, pèse lourd sur le sentiment d'impuissance des intervenants (Renaud, 1994) qui transfèrent alors la responsabilité de l'échec du traitement sur la personne aux prises avec des troubles graves (Dorvil, 1997).

Les personnes qui n'arrivent pas à se réadapter ont aussi naturellement de la difficulté à se tenir loin du réseau psychiatrique. Vivant des problèmes de santé mentale qui se consolident au fil des mois, des années et des réadmissions, elles sont perçues comme « réfractaires » au traitement et incapables de se sortir de la « maladie ». Leur potentiel de réadaptation et d'intégration au travail est alors affublé d'un sombre pronostic.

Témoins involontaires des échecs répétés, les intervenants deviennent eux aussi désespérés. Formés et investis dans la dispensation d'interventions qui visent le recouvrement de la santé, la multiplication des fiascos entraîne chez plusieurs le désabusement et le défaitisme.

Ces intervenants qui tentent d'éviter les échecs, apprennent alors l'art de la prudence à alimenter l'espoir. Inconsciemment, ils fragilisent ainsi les timides élans des personnes inscrites dans des parcours de réadaptation. Leurs implacables prédictions et leurs réserves s'incrustent insidieusement dans leurs relations d'aide freinant la combativité et assassinant les rêves. Leurs perceptions se répandent dans le milieu d'intervention et aussi dans leur réseau d'influence comme autant de mirages inoculant le potentiel de l'ensemble des personnes vivant des problèmes de santé mentale et ce, même si la majorité d'entre elles n'utilise pas les services.

Ces perceptions défaitistes irradiant l'ensemble de leur milieu. Pire

encore, ces impressions apparentées parfois à des prophéties, contaminent les acteurs interpellés par la réalisation des parcours d'intégration vers l'emploi. C'est ainsi que les « non-initiés » au monde de la santé mentale — les gestionnaires et intervenants de programmes de formation professionnelle et de mesures d'employabilité (entre autres, les intervenants de première ligne dans les CLE), les pédagogues scolaires et formateurs, les militants syndicaux et les employeurs —, tout en se référant aux analyses et conseils des spécialistes de la santé mentale, intègrent ces biais et développent ce que certains identifient et dénoncent comme étant des préjugés.

Ces biais sont enracinés chez nombreux intervenants du réseau impliqués au niveau du traitement. Ils trouvent leurs racines dans l'analyse des échecs récurrents d'une infime portion des personnes vivant des troubles graves et récurrents de santé mentale. C'est sur le désespoir de ces personnes et sur leurs parcours qui paraissent sans issues que s'enracinent les visions pessimistes et les préjugés. Sans immunité aucune, tant dans le réseau institutionnel que dans le milieu communautaire, ces biais sont aussi bien vivants chez des intervenants impliqués au sein d'organismes voués à la réadaptation et à l'intégration au travail.

Ce défaitisme est d'autant plus perfide que la récente enquête menée par la Direction de la Santé publique de Montréal-Centre sur la santé mentale Montréalais (RRSSS Montréal-Centre, 2002), affirme que la majorité des personnes vivant des troubles graves de santé mentale utilise peu ou pas les services psychiatriques publics. Ces personnes ne se retrouvent donc pas dans l'horizon où s'appuient les analyses des intervenants de la santé mentale. Ces dernières tombées dans l'oubli parce qu'elles vivent des troubles graves et transitoires pendant des années, sont alors stigmatisées par procuration.

L'effet Pygmalion⁸ par lequel se transfèrent le scepticisme, le doute et le désespoir de s'en sortir, est le premier obstacle d'importance dont il faut tenir compte dans la mise en place de tout processus d'élaboration de l'employabilité et de parcours vers l'emploi. Il s'avère donc primordial de revoir nos analyses et nos perceptions entourant cette problématique, car il y a péril en la demeure.

L'intervention sur le terrain

Les organismes voués à l'intégration évoluent au quotidien à travers les polémiques liées aux conflits générés par les arbitrages de juridictions interministérielles. Ils naviguent dans les controverses continues entourant le potentiel d'intégration des personnes. Ces organismes ont développé une certaine diplomatie de la délinquance qui multiplie

les exceptions aux normes des programmes d'employabilité. Ainsi, ils intègrent au travail des personnes considérées comme non intégrables, qui une fois intégrées et consolidées en emploi, sont aussi considérées comme des exceptions aux pronostics sombres du DSM IV.

Ces organismes s'organisent parfois de façon non pas à confronter les oppositions, mais à conjuguer avec les obstacles afin de créer des dynamiques innovatrices et inusitées. Ainsi, de nombreux organismes communautaires gèrent le financement de leurs programmes en puisant à même des fonds provenant du MSSS et utilisant les différents programmes et mesures des ministères de l'Emploi et de la Solidarité sociale, des Régions, de l'Éducation, du Tourisme des Sports et du Loisirs, du Transport, etc. Malgré les conflits de juridiction et de responsabilités interministérielles, un certain nombre d'organismes déterminés⁹ ont ainsi réussi à créer et à donner vie à des dynamiques intersectorielles en interpellant différents partenaires pour s'ajuster aux besoins des personnes et ainsi donner un sens et une finalité à leur raison d'être.

Aussi, tout en maintenant des partenariats quotidiens avec les intervenants du réseau psychiatrique, plusieurs organismes communautaires se tiennent à revers de l'analyse, de l'influence et de la culture du réseau psychiatrique.

Sans distinction de clientèle et privilégiant une intervention qui mise sur l'espoir, la détermination, les habiletés, les qualités transférables et le potentiel de travail des personnes, certains organismes opteront pour un cadre de référence qui respecte, responsabilise et redonne du pouvoir à la personne. Dans la même logique, plusieurs considéreront la démedicalisation et la dépsychiatriation des processus d'intégration au travail comme essentielle et incontournable à l'atteinte de résultats et au maintien durable en emploi (Noble et Collignon, 1987; Accès-Cible SMT, 1998).

Des rives de l'Outaouais aux Îles-de-la-Madeleine, de l'Estrie à l'Abitibi en passant par le Saguenay et la Côte-Nord, partout des projets d'intégration au travail sont en gestation. Les organismes existants et qui ont développé des interventions au niveau du développement de l'employabilité (Atelier d'Artisanat du Centre-Ville à Montréal, Croissance-Travail à Québec, Atelier d'Arts de Laval), de la formation professionnelle (L'envol à Hull, Cadre à Montréal), de l'intégration dans des stages pré-emploi (Le Pavois à Québec, Perspectives à Montréal), de la création d'emplois et de la gestion d'entreprises sociales (Projets Part et Innova à Montréal, Consentra à Trois-Rivières, Défi-SM à Sherbrooke), de l'intégration au marché compétitif et du maintien en emploi (Accès-Cible SMT et Arrimage à Montréal, l'Arbre à Québec) transfèrent leurs

expertises et mettent en commun leur savoir faire à l'intérieur de différents Comités Santé Mentale Travail régionaux et au Comité national santé mentale travail¹⁰.

En plus de rendre publiques les revendications des personnes et d'interpeller les décideurs politiques, le Comité national se propose comme lieu de concertation pour les comités régionaux et les organismes d'intégration au travail. Ses travaux actuels portent notamment sur la réalisation de diagnostics régionaux qui visent à la fois à évaluer les besoins des personnes, à recenser les obstacles territoriaux particuliers, à identifier les initiatives régionales et leur potentiel, et finalement, à élaborer des plans d'actions régionaux ainsi qu'un plan d'action national visant le développement du vaste mandat de l'intégration au travail des personnes vivant des problèmes de santé mentale.

Conclusion

Selon Morin (1996), une spécialiste de la gestion des organisations à l'École des Hautes Études Commerciales, le travail donne aux individus le sentiment d'appartenance à la société et le sentiment de pouvoir y apporter une contribution utile. Le travail donne l'occasion de créer des liens d'attachement avec d'autres. Le travail est un moyen d'obtenir un statut valorisé dans une société et de gagner le respect des autres. Le travail offre la possibilité de définir son identité sociale. Par sa régularité et son horaire contraignant, le travail permet de structurer le temps, de rythmer les activités de la vie quotidienne. Le travail est un moyen de surmonter les problèmes existentiels de l'être humain, par exemple la solitude et la mort. Le travail permet aux individus de s'accomplir en leur donnant des occasions de relever des défis ou de poursuivre leurs idéaux. Le travail est aussi un moyen de transcender l'existence humaine, dans la mesure où les individus se consacrent à une cause importante et significative

Mercier et al. (1999) estiment que le travail procure aux personnes vivant des problèmes de santé mentale des avantages d'importance sur le plan psychologique par la multiplication des contacts sociaux et de la consolidation de l'estime de soi. Le travail procure aussi des avantages fondamentaux sur le plan clinique en favorisant la structuration du temps, la normalisation, l'autogestion des symptômes et la prévention des décompensations et des hospitalisations. Finalement, ces travaux révèlent que le travail donne accès à l'identité, à la sécurité, aux relations humaines et à la socialisation.

Enfin, Dorvil (1997) considère que le travail donne accès à

l'identité et au rang social. Le travail est un outil d'autonomie qui donne aussi accès à la richesse et à la consommation. Le travail est un facteur de la maîtrise sur son environnement relationnel et social (empowerment). Le travail est le véhicule principal de l'inclusion dans la société.

Ainsi, les dénonciations de Jean-Charles Pagé à l'égard de l'exploitation de la force de travail des internés des années soixante, nous rappellent du même coup, des références aux travaux de certains chercheurs concernant l'importance du travail dans la réhabilitation des personnes, le processus d'insertion sociale, le recouvrement et la consolidation de la santé mentale.

Les désirs et les besoins des personnes vivant des problèmes de santé mentale et souhaitant intégrer ou réintégrer le marché du travail et se maintenir en emploi, ne cessent depuis de nombreuses années d'être réaffirmés.

Éloquemment énoncés dans l'appel à l'aide de Jean-Charles Pagé au début des années soixante, exprimés par la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques (1962), analysés lors d'un premier colloque tenu en pleine «révolution tranquille» à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu et qui donna naissance quelques dix années plus tard au premier service externe de main-d'œuvre spécialisé en santé mentale¹¹, mis de l'avant lors de la création d'initiatives d'intégration au travail au milieu des années quatre-vingt, renouvelés lors de l'enquête «Impact-Travail» (Mercier et al., 1999) et repris par quelques 600 participants au colloque «Impact-Travail : de la réflexion à l'action» à Trois-Rivières en 1999, et tout récemment recyclés par le Groupe d'appui à la transformation des services de santé mentale, les désirs et les besoins des personnes concernant leur rapport au travail, commencent à trouver des véhicules porteurs de projets et de réalisations.

Ainsi, malgré certaines contraintes et difficultés, l'intégration au travail est un domaine de la réadaptation psychosociale qui connaît un certain développement. Quoique encore insuffisant et trop modeste, la mobilisation des personnes influencera l'accélération de ce développement. Nous souhaitons donc que l'ensemble des personnes vivant des problèmes graves de santé mentale soit pris en compte par les politiques et la réorganisation des services de santé mentale afin qu'elles puissent avoir accès à des mesures, des programmes, du support et des interventions capables de répondre efficacement à leurs besoins de traitement et de réadaptation. En favorisant leur inclusion citoyenne, nous pourrons donc travailler à réaliser un simple souhait de ces personnes, soit celui

de redevenir des citoyens, des travailleurs, des collègues, des voisins, des amis, des conjoints et des parents, «merveilleusement ordinaires».

Notes

1. Jean-Charles Pagé au cours d'un témoignage livré à l'intérieur du documentaire «La Maison des grands fous». (BARETTE, S., 2000) parlera plutôt d'exploitation de main-d'œuvre à bon marché, et de «cheap labor». Il avait déjà utilisé dans ses écrits l'exemple d'un de ses collègues d'internement qui travaillait à temps plein comme peintre en bâtiment tout en gagnant 50 sous par semaine alors que les autres peintres non internés gagnaient entre 50 et 60 dollars pour la même somme de travail.
2. «La dépression sévère, les troubles graves de la personnalité et même la psychose maniaco-dépressive peuvent être perçues par des intervenants et des gestionnaires de programmes de santé mentale comme étant des troubles transitoires, alors que ceux-ci peuvent s'enraciner dans la vie des individus durant des années, voire des dizaines d'années» (Notes manuscrites prises au cours de la présentation) (Lesage, 2001).
3. Même pour les personnes désignées comme vivant des troubles «graves et persistants», les offres de services demeurent largement insuffisantes au point de vue de leur diversité, de leur nombre et de leur facilité d'accès.
4. Une enquête récente de la Direction de la santé publique indique qu'à peine 50 % des personnes ayant besoin d'une intervention clinique reçoivent des services et que parmi ces dernières, 60 % ne reçoivent pas les services requis (RSSS de Montréal-Centre, 2002).
5. Pour des images percutantes de l'exclusion, voir Durocher, J., Jones, G., (1999).
6. Le groupe d'appui constitué à la demande de la ministre de la Santé et des Services sociaux est composé d'une vingtaine de personnes dont des utilisateur(trice)s de services provenant de différents secteurs du domaine de la santé mentale et des différentes régions du Québec.
7. Ces mesures sont : Insertion sociale (INSO) autrefois connue sous l'appellation de mesure Extra et antérieurement gérée par les Régies régionales et, Contrat d'intégration au travail (CIT) antérieurement gérée par l'Office des Personnes Handicapées du Québec.
8. Effet psychologique analysé entre autres par Rosenthal et Jacobson (1968) qui démontre que la personne en situation d'apprentissage a tendance à s'organiser de façon à répondre aux attentes de son maître.
9. Deux exemples de détermination nous viennent de Trois-Rivières et de

Sherbrooke. Consentra (Trois-Rivières) vient récemment de finaliser une entente de financement « hors normes et expérimentale » impliquant entre autres : le ministère de la Santé et des Services sociaux, le ministère de l'Emploi et de la Solidarité, le ministère de l'Industrie et du Commerce, et le ministère responsable du Développement régional. Cette dynamique intersectorielle créera quelques centaines d'emploi dans des entreprises d'économie sociale. Défi-SM (Sherbrooke) vit depuis quelques années dans le « hors normes » des règles exceptionnelles concernant les Centres de Travail Adapté (CTA) et « réadapté » avec l'accord de l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) en fonction des besoins de sa clientèle. Près d'une centaine de personnes y sont salariées dans une entreprise d'économie sociale qui comme les autres entreprises du même type, évolue sur le libre marché compétitif.

10. Le Comité national santé mentale travail est structurellement et financièrement appuyé par l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP) et compte près d'une quarantaine de membres. La délégation est composée de deux représentants par région qui sont désignés par leurs pairs, dans leur milieu. Cette délégation régionale doit nécessairement être constituée d'une personne utilisatrice de service et d'un intervenant.
11. Répondant ainsi tardivement à la revendication de Jean-Charles Pagé, Arrimage a été fondé en 1976 suite à de multiples négociations initiées par les dirigeants de l'Hôpital Louis-Hyppolite-Lafontaine et de l'Hôpital Rivières-des-Prairies avec les ministères concernés par l'emploi et la santé mentale. Ce fut une première « exception intersectorielle ».

RÉFÉRENCES

- ACCÈS-CIBLE SMT, 1998, *Rapport annuel 1997-1998*, Montréal.
- BARETTE, S., 2000, *La Maison des grands fous*, Documentaire télévisuel de la série Les grandes institutions du Québec, réalisation Simon Barette, scénarisation Rachel Cardillo, Production du Groupe Sagittaire, Canal Historia.
- BOND, G. R., 1998, Principles of the individual placement and support model : Empirical support, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22, 1, 11-23.
- CÔTÉ, J., OUELLET, L., CARON, M., 1993, *Maladie mentale et réinsertion sociale, Attitudes et opinions des membres et intervenants du réseau de la santé et des services communautaires*, Centre de recherche Université Laval — Robert Giffard, Québec.
- DORVIL, H., GUTTMAN, H. A., RICARD, N., VILLENEUVE, A., 1997, *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale*, Le Comité de la santé mentale du Québec, Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et

des Services sociaux.

- DUROCHER, J., JONES, G., 1999, *Enfermés dehors*, Stanké, Montréal.
- HÉBERT, A., 1985, La réinsertion sociale des ex-patients psychiatriques : un profil professionnel et psychiatrique, *Sociologie et Sociétés*, XVII, I, Montréal.
- LAUZON, G., CHARBONNEAU, C., avec la collaboration de PROVOST, G., 2001, *Favoriser l'intégration au travail : l'urgence d'agir*, Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, Québec.
- LESAGE, A., 2001, Présentation du rapport franco-québécois sur la mesure des besoins à des fins de planification des services de santé mentale, *Journées annuelles de Santé publique 2001*, Montréal.
- MERCIER, C., PROVOST, G., DENIS, G., VINCELETTE, F., 1999, *Le développement de l'employabilité et l'intégration au travail pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale*, Rapport final de la recherche-action « Impact-Travail », Verdun, Centre de recherche de l'hôpital Douglas.
- MORIN, E., 1996, *Psychologies au travail*, Gaëtan Morin éditeur, Montréal.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE LA PROVINCE DE QUÉBEC, 1962, *Rapport de la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques*, Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS), 1989, *La Politique de santé mentale*, Gouvernement du Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS), 1992, *La politique de la santé et du bien-être du Québec*, Éditeur officiel du Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS), 2001a, *Transformation des services de santé mentale : État d'avancement du plan d'action de décembre 1998*, Gouvernement du Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS), 2001b, *Transformation des services de santé mentale : Cibles prioritaires adoptées au Forum sur la santé mentale de septembre 2000*, Gouvernement du Québec.
- NOBLE, J. H. J., COLLIGNON, F.C., 1987, Systems barriers to supported employment for persons with chronic mental illness, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11, 2, 25-44.
- PAGÉ J. C., 1961, *Les fous crient au secours, témoignage d'un ex-patient de Saint-Jean-de-Dieu*, 2e édition, Montréal, Éditions du Jour.
- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE, 2001, *Rapport annuel 2001 sur la santé de la population : Gar-*

der notre monde en santé, un nouvel éclairage sur la santé mentale des adultes montréalais, Direction de la Santé publique, Montréal.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE, 2002, *Enquête sur la santé mentale des adultes montréalais, volume 1, La santé mentale et les besoins de soins des adultes*, Direction de la Santé publique, Montréal.

RENAUD, M., 1994, Expliquer l'inexpliqué : l'environnement social comme facteur clé de la santé, *Interface*, 15, mars-avril.

WALLOT, H., 1998, *La danse autour du fou : histoire de la prise en charge de la folie au Québec*, Publication MNH, Beauport.

ABSTRACT

Developing employment integration in mental health : a long path throughout social and political hurdles

In light of certain facts that marked the recent history of employment integration of people with mental health problems, this article proposes an analysis of social and political stakes linked to obstacles and polemics around this important field of psychosocial integration in Québec. The author proposes a pragmatic view of the context in which integration projects as strategies of recovery, are developed and evolve.

RESUMEN

Desarrollar la integración al trabajo en salud mental, una marcha larga a través obstáculos sociopolíticos

El artículo pone en evidencia algunos hechos cuales han marcado la historia reciente de la integración al trabajo de personas con problemas de salud mental. Propone una análisis de cuestiones sociológicas y políticas liadas a los obstáculos y a las polémicas cuales rodean este campo de importancia de la readaptación psicosocial en Québec. El autor propone un alumbrado pragmático del contexto en el cual se realisen y evolucionen los proyectos de integración al trabajo presentandose como estrategia de recuperación de la salud y del bienestar.

RESUMO

Desenvolver a integração ao trabalho em saúde mental, um longo caminho através de obstáculos sócio-políticos

Evidenciando alguns fatos que marcaram a história recente da

integração ao trabalho das pessoas que vivem com problemas de saúde mental, este artigo propõe uma análise das questões sociológicas e políticas relacionadas aos obstáculos e às polêmicas que envolvem este campo importante da readaptação psicossocial no Quebec. O autor propõe uma abordagem pragmática do contexto no qual se realizam e evoluem os projetos de integração ao trabalho, apresentando-se como estratégia de recuperação da saúde e do bem-estar.