

**Insertion au travail et santé mentale : l'expérience  
d'Accès-Cible (S.M.T.)**

**Entrevue avec Claude Charbonneau, directeur, Accès-Cible  
(S.M.T.)**

Nancy Lemay and Anne-Marie Gaillard Richard

Volume 11, Number 1, Spring 1998

L'itinérance

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/301420ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/301420ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Les Presses de l'Université du Québec

ISSN

0843-4468 (print)

1703-9312 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this document

Lemay, N. & Gaillard Richard, A.-M. (1998). Insertion au travail et santé mentale : l'expérience d'Accès-Cible (S.M.T.) : entrevue avec Claude Charbonneau, directeur, Accès-Cible (S.M.T.). *Nouvelles pratiques sociales*, 11(1), 9–18. <https://doi.org/10.7202/301420ar>



## Insertion au travail et santé mentale : l'expérience d'Accès-Cible (S.M.T.)

*Entrevue avec Claude CHARBONNEAU*  
**Directeur**  
**Accès-Cible (S.M.T.)**

Nancy LEMAY<sup>1</sup>  
*Étudiante à la maîtrise en intervention sociale*

Anne-Marie GAILLARD RICHARD  
*Étudiante au baccalauréat en travail social*

Depuis 1988, Claude Charbonneau est directeur de l'organisme Accès-Cible (Santé mentale travail), une ressource communautaire visant à développer l'employabilité de personnes ayant des problèmes de santé mentale. C'est au début des années 1970, lors d'un emploi d'été, qu'il se familiarise avec la problématique de la santé mentale en travaillant comme préposé aux bénéficiaires à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu (maintenant Louis-H.-Lafontaine). Cet emploi lui fait prendre conscience des limites de la psychiatrie traditionnelle et, paradoxalement, lui permet aussi de suivre de près l'émergence du mouvement antipsychiatrique. Deux ans plus tard, il occupe un

---

1. Nous tenons à remercier M. Claude Charbonneau pour sa grande disponibilité et sa généreuse collaboration à la rédaction de cette entrevue.

poste de préposé aux bénéficiaires à l'Hôpital Saint-Charles-Borromé, travaillant cette fois auprès de malades chroniques. Pendant ce temps, il poursuit des études en sciences sociales à l'Université de Montréal.

Rapidement, il s'implique dans le syndicat de l'Hôpital Saint-Charles-Borromé. En peu de temps, il accède à la vice-présidence et délaisse momentanément ses études universitaires. À 24 ans, il devient président du syndicat CSN de l'Hôpital Saint-Charles-Borromé. D'autres mandats s'enchaînent, comme celui, en 1975, de la vice-présidence du Conseil central des syndicats nationaux de Montréal. Pendant un an, il travaille au sein d'un comité sur le logement dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve. L'insalubrité des habitations et le manque de cohésion sociale qui caractérisent ce territoire rappellent l'importance d'améliorer les conditions de vie et la nécessité de lutter contre l'oppression. Ces thèmes, déjà chers à Claude Charbonneau au moment où il travaillait à Saint-Jean-de-Dieu, forment maintenant la pierre angulaire de son intervention.

En 1979, Claude Charbonneau quitte le comité sur le logement pour se joindre à l'équipe de la Maison Saint-Jacques, une ressource alternative en santé mentale. La Maison Saint-Jacques cherche, par son intervention, à permettre aux usagers de reprendre du pouvoir sur leurs problèmes de santé mentale. Cette démarche participe d'une lutte plus vaste et plus profonde qui vise un changement politique et social. D'abord engagé pour ses habiletés en matière de négociation, Claude Charbonneau devient, en 1980, directeur de la Maison Saint-Jacques.

À cette époque, les démarches thérapeutiques effectuées par les usagers de la Maison Saint-Jacques sont rarement suivies d'une intervention extérieure permettant une réintégration au marché du travail. En effet, les programmes gouvernementaux d'intégration au travail alors en vigueur ne sont pas conçus pour répondre aux besoins des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. C'est devant la nécessité de créer des ressources d'insertion au marché du travail pour cette clientèle qu'en 1988 Claude Charbonneau s'engage dans la mise sur pied d'Accès-Cible (S.M.T.). Cet organisme fête cette année ses 10 ans d'existence.

Soucieux de renouveler ses connaissances et de relever de nouveaux défis, Claude Charbonneau a récemment obtenu un baccalauréat en travail social à l'Université du Québec à Montréal. Il entreprend maintenant une maîtrise en intervention sociale.

**NPS –** *Quels liens établissez-vous entre votre implication syndicale antérieure, votre expérience à la Maison Saint-Jacques et celle à Accès-Cible (S.M.T.)?*

Lorsque je travaillais à l'Hôpital Louis-Hippolyte-Lafontaine, la souffrance des personnes qui étaient là m'a frappé : les usagers avaient mon âge, ils avaient connu les mêmes conditions de vie que moi et maintenant ils étaient

emmurés, souffrants, désorganisés. Je me demandais ce qui avait influencé leur cheminement. À cette époque, plusieurs travailleurs de Louis-Hippolyte-Lafontaine s'interrogeaient sur les limites de l'hôpital, sur ce qui s'y passait et sur ce que l'on pouvait faire pour les patients. On s'interrogeait également sur d'autres façons d'intervenir.

Par la suite, j'ai travaillé à l'Hôpital Saint-Charles-Borromé. C'est à ce moment que j'ai commencé à m'impliquer au plan syndical. Le syndicat de Saint-Charles-Borromé était très militant à l'époque, affilié à la CSN et composé de militants de différentes allégeances politiques de gauche. On travaillait beaucoup sur les conditions de vie en général ; nos actions ne portaient pas uniquement sur la négociation de la convention collective, on voulait développer une conscience politique qui allait au-delà des conditions de travail. On revendiquait une transformation sociale plus globale.

Plus tard, j'ai obtenu un poste d'animateur à la Maison Saint-Jacques grâce à mon expérience syndicale, car cette ressource alternative en santé mentale connaissait beaucoup de difficultés au regard du financement et de la reconnaissance. En 1981, la Maison Saint-Jacques a obtenu une entente de financement qui assurait sa survie à long terme et elle est aujourd'hui reconnue comme une ressource déterminante dans le domaine de l'intervention en santé mentale. Pour les intervenants de l'époque, intervenir sur la santé mentale, c'était aussi intervenir sur les conditions de vie, lutter contre l'oppression et favoriser l'émergence d'une société plus juste et plus humanitaire.

**NPS** – *Dans tout cela, qu'est-ce qui vous a amené à fonder Accès-Cible (S.M.T.)?*

Dans les années 1984-1985, on s'est rendu compte qu'une fois que les gens avaient repris du pouvoir sur leur vie, qu'ils comprenaient mieux leur mal de vivre, ce qui s'était passé et comment ils avaient réussi à trouver des solutions pour survivre, plusieurs n'avançaient plus dans leur développement puisqu'il y avait peu de services d'insertion. Ils demeuraient bénéficiaires de la sécurité du revenu, dans de mauvaises conditions de vie et c'était d'autant plus souffrant, qu'ils étaient alors plus conscients de leur situation. Les personnes qui réussissaient le mieux à s'en sortir étaient celles qui intégraient le marché du travail. Pour la population en général ainsi que pour les proches, les gens qui ont eu des problèmes de santé mentale seront toujours perçus comme « malades » tant qu'ils ne travaillent pas. Lorsqu'ils accèdent à un travail, ils sont perçus comme étant réintégrés et le rapport avec l'environnement familial et social change. Chez les personnes qui parviennent à se réintégrer, la santé mentale s'améliore.

**NPS** – *Pouvez-vous expliquer brièvement le type de ressource que constitue Accès-Cible (Santé Mentale Travail)?*

Depuis 1988, Accès-Cible (S.M.T.) offre des services de formation et de développement de l'employabilité à des personnes exclues du marché du travail en raison de leurs problèmes de santé mentale. Depuis la fin du premier programme de développement de l'employabilité en 1989, plus de 600 personnes exclues du marché du travail et vivant des problèmes de santé mentale se sont engagées dans une démarche de réinsertion offerte par notre organisme.

Certaines de ces personnes, incapables de satisfaire aux exigences du marché du travail, ont abandonné le programme, accentuant ainsi leur exclusion. D'autres ont temporairement réussi à garder la tête au-dessus de la vague, mais sont aussi retournées à la marginalisation. Heureusement, une bonne proportion de ces personnes, avec force et courage, ont interféré sur la trajectoire de leur exclusion et se sont aujourd'hui réintégrées.

Le marché et l'organisation du travail de la fin des années 1990 offrent peu de havres de paix et de filets de sécurité. Ce marché exige des individus compétitifs, performants, fiables et agressifs. Nous avons réussi à en former, non pas pour les livrer au marché, mais pour qu'ils s'y intègrent, y survivent et y évoluent sainement. Des gens exclus ont réussi à se forger des outils pour se maintenir en emploi. Ils sont parvenus, avec détermination et courage, à établir une zone d'équilibre viable entre la satisfaction de leurs besoins et la réponse aux exigences et responsabilités qu'impose l'emploi.

**NPS –** *Donc Accès-Cible (S.M.T.) a été créé dans le but de permettre aux gens d'aller plus loin dans la démarche déjà entreprise ?*

Les gens qui éprouvent des difficultés considérables au plan de la santé mentale doivent faire des démarches avant de se chercher un emploi. Donc, ce que l'on fait ici s'inscrit en continuité avec les démarches entreprises. Notre mandat est d'intégrer en emploi, en l'espace de quelques mois, des gens qui vivent d'importantes difficultés. Notre intervention est intense et soutenue et amène les gens à s'immerger rapidement dans la dynamique du marché du travail.

**NPS –** *Qui vous envoie ces gens ?*

Nous admettons au cours de l'année (1998-1999), à l'intérieur d'un de nos différents programmes de formation, environ 85 participants. Ces personnes nous sont principalement envoyées par des intervenants du réseau de la santé œuvrant dans les hôpitaux, les cliniques externes, les centres de jour et les CLSC. Des intervenants des organismes communautaires, des militants des organisations syndicales et des conseillers en réadaptation travaillant pour des compagnies d'assurance nous envoient également des gens. Les usagers sont sélectionnés en fonction de leur motivation, de leur disponibilité émotive et de leur capacité à développer leur employabilité pour, éventuellement,

intégrer ou réintégrer le marché du travail au terme de leur participation dans un de nos différents programmes de formation.

**NPS – Quelles sont les principales caractéristiques des personnes utilisant les services d'Accès-Cible (S.M.T.)?**

Nous aidons des gens exclus du marché et affectés par des troubles graves de santé mentale mais non persistants (la persistance est une mesure de durée d'exclusion et d'institutionnalisation) à redevenir des citoyens responsables et « contribuables », des travailleurs rentables et fiers, des collègues fiables et collaborants, des voisins agréables, des amis sincères, des conjoints et des parents aimables, respectables et, enfin, merveilleusement ordinaires.

Accès-Cible (S.M.T.) favorise l'insertion. Mais avant tout, ce sont les personnes exclues et vivant des problèmes de santé mentale qui, elles-mêmes, conjuguent au quotidien leur réadaptation.

Les individus admis à nos formations, du point de vue de leur origine sociale et culturelle, de leur formation scolaire et professionnelle, ou encore de leurs expériences de travail, forment des groupes hétérogènes. Ils se rejoignent, par ailleurs, pour avoir vécu le même type de « catastrophe » qui les a éjectés du marché du travail, du milieu social et parfois même du milieu familial dans lesquels ils trouvaient une relative sécurité.

Nos participants ont presque tous été hospitalisés en psychiatrie (80 %), et plusieurs le furent à quelques reprises. Ils sont tous, sauf exception, sous médication et suivis par un intervenant en santé mentale (psychiatre, médecin, psychologue, travailleur social...). La plupart des usagers, absents du marché du travail depuis un certain temps, sont bénéficiaires de l'aide sociale (40 % des participants). Quelques-uns sont sans revenu (10 %), d'autres sont chômeurs ou occupent un emploi précaire (30 %) alors que certains bénéficient de prestations d'assurance salaire de courte ou de longue durée (20 %).

L'ensemble des participants ont, sauf exception, complété leurs études secondaires, certains (35 %) possèdent en plus un DEC et d'autres (10 %) détiennent un diplôme universitaire de premier ou de deuxième cycle. Ces personnes ont occupé une multitude de fonctions avant leur exclusion du travail : cols blancs, cols bleus, métiers non spécialisés et spécialisés, techniciens, professionnels, etc.

Les personnes admises à nos programmes, malgré leur disponibilité émotive et leur motivation, ont perdu l'estime d'elles-mêmes, la confiance en elles et aux autres. Leurs habiletés sociales et leurs aptitudes fonctionnelles garantissant un certain « confort » et une certaine réussite en emploi se sont aussi détériorées. Cela est encore plus frappant pour des gens qui ont été absents du marché du travail depuis plus de cinq ans : ils deviennent moins

crédibles auprès des employeurs. C'est une réalité de plus en plus observée et, malheureusement, il n'y a toujours pas de services pour aider ces gens à réintégrer le marché du travail. Des programmes comme ceux que nous utilisons à Accès-Cible (S.M.T.) ne sont pas suffisants, ces personnes ne peuvent pas tout réapprendre en 26 semaines.

Entre outre, ces personnes se perçoivent comme un fardeau social, un fardeau pour leurs proches et leur famille : leur réseau familial et affectif est en rupture. Par rapport au marché du travail, elles transportent leurs visions d'elles-mêmes et leurs écorchures. Elles y absorbent et y réinterprètent les pressions et les conflits potentiels, imperceptibles parfois, à partir de ce qu'elles connaissent.

Aux programmes d'Intégration en emploi (deux groupes de 30 participants par année) et de Formation professionnelle en bureautique (deux groupes de 25 participants par année), les personnes admises ont en moyenne 30 ans et sont exclues du marché du travail depuis généralement deux ans. Nos participants (trois groupes de 30 participants par année) au Programme de réadaptation et de maintien en emploi ont une moyenne d'âge un peu plus élevée et la majorité, quoique en arrêt de travail/maladie, conserve « en principe » un lien d'emploi.

**NPS** – *Quel est le type d'intervention privilégié à Accès-Cible (S.M.T.)?*

Notre première intervention à Accès-Cible (S.M.T.) est de dé-psychiatriser, c'est-à-dire de nous éloigner des rapports médecin-patient, psychiatre-malade, hôpital-soigné, service-consommateur, d'aidant et de passif. Il nous apparaît primordial de responsabiliser la personne admise et ce, non face à son passé, mais en fonction de son avenir de travailleuse.

Notre attention se centre donc sur l'amélioration de l'estime de soi et de la confiance personnelle. Nous examinons à la loupe le potentiel, les qualités, les acquisitions, les habiletés et les forces que l'individu possède. L'expérimentation et l'immersion en milieu de travail (étape charnière du programme) auront pour effet d'actualiser et de donner forme et saveur à l'exercice théorique de revalorisation. La confrontation avec la réalité du marché permettra aussi de réapprivoiser la gestion des pressions, des conflits, des contraintes et le fait de relever avec succès des défis appropriés augmentera la confiance.

Parallèlement, il faut bloquer les réflexes de repli et de coupure de la communication ou, à tout le moins, semer le doute face à leur recours. Il faut remettre en question les déplacements de rejets et d'échecs déjà vécus qui s'amalgament aux relations avec les collègues de travail, aux relations avec les figures d'encadrement et d'autorité et avec les autres participants. Il faut

aussi intervenir sur la peur de l'inconnu et du changement. Ce processus de révision et de questionnement fondamental crée une grande insécurité et le contact avec les souvenirs émotifs douloureux et les expériences traumatisantes vécues au travail remontent à la surface. Alors, le département de psychiatrie et les problèmes de santé mentale sont des éléments connus qui peuvent réapparaître au moment où la personne se décide à risquer. De manière paradoxale, ils représentent, face à la peur de l'inconnu, des aimants sécurisants et familiers.

Nous suivons individuellement les participants qui vivent tous une problématique particulière. Par contre, le groupe est l'outil d'intervention que nous privilégions pour recréer un microcosme social où les habiletés relationnelles se révisent et se développent, où les risques de rejets et de conflits se balisent, et où l'entraide et les solidarités prennent forme. Les activités<sup>2</sup> qui se déroulent à l'intérieur du groupe sont en fait un prétexte pour faire interagir les gens. L'expérience positive d'interrelations de groupe s'exporte aux autres groupes et, entre autres, à l'équipe du nouveau milieu de travail. La combativité et le support offert par les intervenants, par les pairs, par le superviseur et par l'entourage ainsi que la récolte et l'addition des succès concourent à faire entrevoir le retour au marché du travail comme une réalité accessible et réalisable.

**NPS** – *Est-ce qu'il y a eu un changement dans l'ouverture des employeurs face à l'intégration des personnes ayant des problèmes de santé mentale?*

On connaît mal les employeurs, les gens croient souvent qu'ils ont beaucoup de préjugés à l'égard des individus aux prises avec des problèmes de santé mentale, alors que les intervenants en santé mentale sont souvent eux-mêmes en tête de ce triste palmarès. Pour les employeurs, c'est d'abord la rentabilité de la personne qui est prise en considération. Ensuite, c'est son attitude au travail et sa personnalité. Par ailleurs, les usagers se demandent s'ils doivent parler de leurs problèmes de santé mentale à un employeur potentiel. On les amène à décider eux-mêmes s'ils en parleront ou non. Toutefois, il faut considérer que, dans 80 à 90 % des cas, les gens qui se maintiennent en emploi à long terme sont ceux qui ont informé quelqu'un dans leur environnement de travail au sujet de leurs problèmes de santé mentale. Ils n'en parleront pas nécessairement en entrevue, mais ils vont se confier par la suite à quelqu'un avec qui ils se sentent à l'aise.

---

2. L'année dernière, par exemple, un groupe a décidé de réaliser, dans le cadre d'un projet collectif, une page Web sur le site Internet d'Accès-Cible (S.M.T.). Ainsi, les participants ont composé la page sur laquelle figurent des icônes où l'on peut aller chercher, entre autres choses, l'opinion des employeurs et celle de certains usagers. On peut visiter le site à l'adresse suivante : <http://www.acces-cible-smt.qc.ca>



Beaucoup de personnes (une sur cinq) souffrent de problèmes de santé mentale au Québec. Si l'employeur est sensibilisé à cette problématique, il sait que la personne qui demande un emploi a vécu quelque chose de pénible, il sera alors touché par les efforts qu'elle fait pour s'en sortir et aura tendance à l'encourager et à l'aider.

Il est temps de percevoir les employeurs autrement. Il est primordial de les aider à embaucher des gens, à prendre soin de ces personnes et à se familiariser avec les problèmes de santé mentale. Il faut donc les encourager à intégrer des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Pour faire avancer ce mandat, en plus d'intervenir pour changer les préjugés des intervenants en santé mentale, il est nécessaire de cesser de considérer le marché du travail comme un milieu fermé qui n'offre que des conditions de précarité et des emplois au salaire minimum. Les gens qui sortent d'ici décrochent généralement de bons emplois et touchent des salaires dont les niveaux correspondent à la formation qu'ils possèdent. Ce qui est plus déterminant que les problèmes de santé mentale par rapport aux conditions d'embauche, c'est la formation.

**NPS** – *L'objectif de Accès-Cible (S.M.T.) est de redonner du pouvoir aux usagers. Vous mentionniez que pour y arriver, les travailleurs doivent, eux aussi, avoir du pouvoir. Pourriez-vous nous donner des précisions à ce sujet ?*

L'organisation ici est très collégiale. S'il y a un pépin qui dépasse le champ d'action d'un intervenant, il le ramène à l'équipe ou au directeur dont le rôle est avant tout d'aplanir les difficultés qui entravent la réalisation de nos interventions et de notre mandat. Comme équipe, on s'entend sur l'idéologie de départ, mais les moyens que les intervenants prennent pour y parvenir, c'est un aspect qui leur appartient. Ce sont les petites équipes qui déterminent le contenu des ateliers, l'horaire de travail, les stratégies et tous les aspects mécaniques. Il y a une directrice de formation qui soutient les intervenants et qui peut les aider à objectiver l'intervention mais elle ne les dirige pas. On tente d'agir entre intervenants de la même façon qu'on intervient avec les usagers ; on ne donne jamais de conseils, on ne dit jamais quoi faire, on tente plutôt d'amener les usagers à décider par eux-mêmes, même si c'est déstabilisant pour eux, car ils ont l'habitude de recevoir des conseils. Les usagers doivent reprendre leur place en respectant leurs besoins et leurs aspirations. Il serait incohérent de leur dire qu'ils doivent prendre du pouvoir, s'ils n'en ont pas ici et si les intervenants n'en exercent pas dans leur travail.

Les gens qui ont vécu des problèmes de santé mentale n'ont plus de références rationnelles, car leur raison les a trompés ; ils se fient donc davantage à leurs émotions. C'est pourquoi on mise beaucoup sur la capacité de l'intervenant d'établir une relation avec le participant. Pour aider les

participants à reprendre du pouvoir, il faut être capable d'entrer en relation ; les intervenants servent de guides dans le processus de remise en question et de conscientisation des usagers.

**NPS** – *On sait qu'Accès-Cible (S.M.T.) est une ressource qui a maintenant fait ses preuves. Au Québec, d'autres ressources se sont-elles inspirées du fonctionnement et des objectifs d'Accès-Cible (S.M.T.)?*

On ne veut pas nécessairement que d'autres ressources nous imitent et suivent à la lettre le même modèle, car les ressources communautaires naissent en fonction des particularités d'un milieu et prennent la teinte particulière de ce milieu. Par ailleurs, nous sommes des partenaires enthousiastes à encourager et à collaborer à la mise sur pied d'initiatives nouvelles dans le domaine de l'insertion en santé mentale.

**NPS** – *Selon vous, est-ce que les ressources alternatives en santé mentale sont prêtes au virage ambulatoire?*

Malheureusement, je pense qu'elles ne le sont pas tout à fait. Il y en a plusieurs qui continuent à énumérer les choses contre lesquelles elles s'insurgent. Je crois plutôt qu'il faut tenter de restructurer le système psychiatrique afin de mieux répondre aux besoins des personnes. Avec le temps et l'expérience, les ressources communautaires ont consolidé leur expertise dans plusieurs champs d'intervention en santé mentale (psychothérapie, hébergement, suivi communautaire, intervention de crise, réadaptation, insertion au marché du travail...) alors, dans le contexte où le réseau psychiatrique est en processus de restriction et de transformation, nous nous devons d'occuper le terrain que rend disponible le « virage ».

Au début des années 1980, les ressources alternatives en santé mentale se définissaient comme étant « contre » l'institution, l'hospitalocentrisme, la psychiatrie, la prise en charge, etc. Elles éprouaient de la difficulté à se définir de façon positive et proactive. Aujourd'hui, il demeure toujours aussi important d'affirmer nos critiques mais, selon moi, il est primordial d'exprimer ce que nous voulons faire, comment nous voulons le faire et par rapport à quels critères de qualité nous voulons répondre aux besoins des gens qui vivent des problèmes de santé mentale. Nous devons créer des ponts et des partenariats avec les intervenants progressistes qui sont mobilisés par le traitement et la réadaptation qui fait appel à l'*empowerment* des personnes et ce, peu importe s'ils sont du communautaire ou du réseau.

**NPS** – *Est-ce que les décideurs publics agissent de façon à aider les ressources alternatives en santé mentale à prendre une place plus importante?*

Je pense qu'il s'agit de proposer des projets pour que les décideurs publics se positionnent et appuient les ressources alternatives en santé mentale. Tout

le monde critique ce qui se passe dans le réseau de la santé mentale à l'heure actuelle. Les hôpitaux psychiatriques ne vont pas nécessairement disparaître d'ici quelques années, mais ils vont occuper de moins en moins de terrain. Je souhaite donc que les organismes communautaires et alternatifs offrent des réponses aux besoins des personnes et proposent des projets à travers lesquels ils pourront bâtir et exercer leur leadership.

**NPS –** *Quels seraient les défis pour les 10 prochaines années ?*

Je pense que les ressources communautaires seront appelées, dans l'avenir, à occuper une plus grande place et à prendre plus de pouvoir. Pour ce faire, elles devront être mieux financées, se consolider, se redéfinir. Il y a un risque qu'elles s'institutionnalisent comme certaines ont commencé à le faire en étant plus préoccupées par les intérêts de l'organisme et des travailleurs que par ceux de la clientèle.

Dans le contexte de la vague de l'économie sociale, le gouvernement exige désormais davantage des entreprises sociales : la qualité des services doit être excellente, les gens doivent être bien formés et l'entreprise doit être rentable. Les ressources qui veulent être rentables à tout prix et qui ne sont pas attentives à leur mission risquent de rejeter la clientèle lourde. Par ailleurs, certaines d'entre elles vont recourir à des moyens ingénieux pour faire de l'économie sociale un levier d'insertion, mais ce n'est pas gagné... Les enjeux sont importants, il faut mesurer les risques, mais surtout, agir et expérimenter pour bâtir.

**NPS –** *Pour terminer, avez-vous autre chose à ajouter ?*

Il est important de souligner les 10 années d'existence de Accès-Cible (S.M.T.). Pas pour l'organisme comme tel, mais pour démontrer qu'il y a des choses qui fonctionnent. Il faut profiter de l'occasion pour démontrer que des personnes confinées à l'exclusion pour avoir vécu des problèmes graves de santé mentale peuvent, avec courage et détermination, utiliser différentes formes de support afin de remédier à leur mal d'être et de vivre, pour enfin se réintégrer et redevenir comme ils souhaitent, des gens merveilleusement, ordinaires.