

Obstacles à l'insertion socioprofessionnelle de personnes ayant des problèmes graves de santé mentale : données empiriques et repères théoriques

Marc Corbière, Monique Bordeleau, Geneviève Provost and Céline Mercier

Volume 27, Number 1, Spring 2002

Rétablissement (1) et Travail (2)

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/014547ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/014547ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Corbière, M., Bordeleau, M., Provost, G. & Mercier, C. (2002). Obstacles à l'insertion socioprofessionnelle de personnes ayant des problèmes graves de santé mentale : données empiriques et repères théoriques. *Santé mentale au Québec*, 27(1), 194–217. <https://doi.org/10.7202/014547ar>

Article abstract

Barriers to socio-professional integration of people with severe mental disorders: empirical data and theoretical points of reference

The authors describe the barriers related to socio-professional integration of people with severe mental disorders according to different perspectives of various people involved. Focus groups (22) have been conducted in almost every region in Quebec involving 87 participants in vocational rehabilitation programs, 47 non participants and 51 employers. Eighty (80) vocational program administrator completed a questionnaire. The barriers identified by these groups are compared with those described in other studies. It seems that the results are similar: the main obstacle is prejudice towards mental illness and people with mental disorders, no matter who is questioned. Barriers to socio-professional integration are reviewed according to the theories of feeling of self-efficiency (Bandura, 1977,1997), causal attribution (Weiner, 1986) and planned behavior (Ajzen, 1991, 1996). Analysis of barriers to socio-professional integration carried out in the light of these three theories, allows to suggest points of reference for new tools and integration strategies.



Obstacles à l'insertion socioprofessionnelle de personnes ayant des problèmes graves de santé mentale : données empiriques et repères théoriques

Marc Corbière*

Monique Bordeleau**

Geneviève Provost***

Céline Mercier****

Les auteurs décrivent les obstacles à l'insertion socioprofessionnelle des personnes atteintes de troubles mentaux graves selon les perspectives de divers acteurs. Des groupes thématiques (22) ont été formés dans la plupart des régions du Québec et ont réuni 87 personnes utilisatrices de services participant à une démarche d'insertion socioprofessionnelle, 47 non participants et 51 employeurs. Quatre-vingt responsables de programmes de réadaptation au travail ont répondu à un questionnaire structuré. Les obstacles identifiés par ces groupes de répondants sont comparés à ceux décrits dans d'autres études. Il s'avère que les résultats sont semblables : l'obstacle le plus saillant est relatif aux préjugés à l'endroit de la maladie mentale et des personnes qui souffrent de problèmes de santé mentale, quel que soit l'acteur interrogé. Ces obstacles sont revus en fonction des théories du sentiment d'efficacité (Bandura, 1977, 1997), de l'attribution causale (Weiner, 1986) et du comportement planifié (Ajzen, 1991, 1996). Cette analyse des obstacles à l'insertion socioprofessionnelle faite à la lumière de ces trois théories permet de proposer des points d'appui à de nouveaux outils et stratégies d'insertion.

Les problèmes de santé mentale coûtent 5,12 milliards par année au Québec en frais de santé et en perte de production (Lauzon et al., 2000). L'exercice d'un travail représente non seulement des gains économiques substantiels, mais également un point d'ancrage essentiel pour la réadaptation des personnes aux prises avec ces troubles mentaux graves (Jacobs, 1991 ; Phillips et Biller, 1993 ; Scheid et Anderson, 1995). Selon

* Ph.D., Chercheur post-doctoral au Centre de recherche de l'hôpital Douglas-Centre de recherche Fernand-Seguin de l'hôpital L-H. Lafontaine.

** M. Sc., Coordinatrice au Centre de recherche de l'hôpital Douglas.

*** M. Sc., Coordinatrice des programmes à l'Association canadienne pour la santé mentale, filiale de Montréal.

**** Ph.D., Chercheuse au Centre de recherche de l'Hôpital Douglas.

Vostanis (1990), dans la réadaptation, le travail ne devrait pas être considéré comme un facteur indépendant, mais comme un élément du processus. En faisant référence à Rowland et Perkins, il mentionne quatre cibles dans le travail : 1) le développement de processus de base comme le sens de la responsabilité, le jugement et la perception ; 2) l'amélioration de l'estime de soi ; 3) une baisse des hospitalisations et des incapacités secondaires et 4) le développement d'habiletés sociales et relationnelles.

Cet intérêt porté au travail est soutenu par une étude réalisée auprès de personnes ayant des troubles mentaux graves (McCrohan et al., 1994). À la question ouverte « Comment un emploi change votre vie ? », 207 personnes (68 %) répondent que le travail change leur vie pour le mieux, 76 (26 %), qu'il ne crée aucun changement et 21 (7 %) qu'il entraîne des changements négatifs ou mitigés. Sont positifs les changements suivants : le travail garde la personne occupée ; crée un équilibre dans sa vie ; l'aide à s'organiser ; lui permet d'assumer des responsabilités ; et lui offre une vie plus « normale ». En termes d'attitudes, ces personnes notent un sens d'accomplissement et une estime de soi plus élevés et moins de dépression.

Malgré les bénéfices reliés à l'exercice d'un travail, l'Organisation Mondiale de la Santé relève que 90 % des personnes ayant des problèmes de santé mentale sont sans emploi alors qu'elles sont prêtes à s'insérer sur le marché régulier du travail. On note cependant qu'à la sortie d'un hôpital psychiatrique, le taux d'employabilité de ces personnes se situe entre 10 % et 30 %, et seulement de 10 % à 15 % de celles-ci sont encore en emploi un à cinq ans plus tard (Jacobs et al., 1992). Quant aux personnes ayant des problèmes graves, le taux d'insertion est en deçà de 20 % (Anthony et Blanch, 1989 ; Marrone et al., 1998 ; Noble et al., 1999). Scheid et Anderson (1995) ajoutent que pour la majorité de ces personnes qui obtiennent un emploi, le travail est de type protégé ou transitionnel. Bond et ses collaborateurs (1997) soulignent des variations importantes relatives au taux d'insertion des personnes atteintes de troubles graves. Dans leur étude, 58 % des personnes inscrites à des programmes de soutien en emploi exercent un travail alors que le taux chute à 21 % lorsque les personnes reçoivent des services vocationnels de type traditionnel (programmes pré-occupationnels, stages, etc.). Quand même, les auteurs mentionnent une plus grande efficacité des programmes de soutien en emploi, et Drake et ses collaborateurs (1998) observent des variations notables selon les régions où les programmes sont implantés.

En regard de ces résultats, la question émerge : quels facteurs gênent l'insertion socioprofessionnelle des personnes ayant des problèmes graves de santé mentale ?

Cet article vise à aller au-delà de la simple énumération des obstacles telle que rapportée dans la littérature. Il s'agit de voir l'importance relative de ces divers facteurs suivant différentes catégories d'acteurs, d'après les résultats de la recherche québécoise Impact-travail (Mercier et al., 1999). L'objectif est aussi de proposer des pistes de réflexion en mettant à profit les théories du sentiment d'efficacité (Bandura, 1977, 1997), de l'attribution causale (Weiner, 1986) et du comportement planifié (Ajzen, 1991, 1996) quant à l'intervention dans le domaine de l'insertion socioprofessionnelle des personnes ayant des troubles graves.

Les obstacles à l'insertion au travail

D'un point de vue macroscopique, Bachrach (1991) le note, quel que soit le pays observé, il existe des difficultés similaires pour les personnes ayant des troubles graves qui sont en recherche d'emploi : 1) le manque d'articulation entre les organismes de réadaptation au travail et les autres services de santé mentale ; 2) une réponse pas toujours adéquate aux besoins vocationnels de la personne ; 3) un manque de soutien des personnes qui ont obtenu un emploi ; 4) une vision quelquefois irréaliste des capacités des personnes ; 5) le risque de perdre des allocations associées à la maladie et 6) les conditions politiques et économiques trop restreintes des programmes de réadaptation vocationnelle. Du point de vue de conseillers en réadaptation, May et Vieceli (1983) soulèvent également six points reliés aux programmes de réadaptation au travail : 1) les attitudes négatives des conseillers, 2) le temps alloué pour le placement, 3) les pressions administratives pour augmenter le nombre de placements, 4) le manque de formation formelle pour faire des placements efficaces, 5) la confusion des rôles et des fonctions dans le champ du placement et 6) le taux de roulement des conseillers en orientation-placement.

Ribeiro (1999) utilise la métaphore du labyrinthe pour souligner les obstacles auxquels sont confrontées les personnes ayant des problèmes graves de santé mentale qui recherchent un emploi. S'y enchevêtrent des problèmes d'ordre interne et externe (Anthony, 1994 ; Bassett et al., 2001 ; Braitman et al., 1995 ; McCrohan et al., 1994 ; Mercier et al., 1999 ; Peckham et Muller, 1999 ; Rutman, 1994). Les facteurs internes sont de diverses natures : effets de la maladie et de la médication, problèmes physiques, consommation de drogues, faible motivation, anxiété ou peurs, refus de poursuivre les objectifs fixés, peu d'antécédents de travail, indécision pour la demande d'emploi, manque d'énergie, manque d'éducation ou habiletés limitées, attitudes et aspirations inappropriées. Des facteurs externes sont aussi mentionnés : le transport,

les allocations perçues, le manque de soutien familial, le besoin d'assistance pour obtenir un travail, le marché du travail réduit, la stigmatisation des problèmes de santé mentale. Au regard de ces facteurs, quelques auteurs ciblent comme principaux prédicteurs de l'insertion : le soutien social reçu par la personne (Lewis, 1990), ses antécédents de travail (Midgley, 1990) ou encore ses capacités cognitives, plus que son diagnostic psychiatrique (Goldman et al., 1993 ; Haegger et al., 1993 ; Jaeger et Douglas, 1992 ; McGurk et Meltzer, 2000).

Ces résultats révèlent la disparité des raisons évoquées pour expliquer ces difficultés d'insertion au travail. Ils proviennent d'études transversales, longitudinales ou sont le fruit de l'expérience dans ce processus d'insertion. La perspective des différents groupes d'acteurs n'est généralement pas distinguée. Enfin, les données ne sont pas appuyées par des éléments théoriques et ne peuvent rendre compte de la façon dont ces facteurs de différents types peuvent jouer de manière dynamique dans un parcours d'insertion au travail.

Les données québécoises

Au Québec, la recherche-action Impact Travail (Mercier et al., 1999) sur l'insertion socioprofessionnelle des personnes vivant des problèmes de santé mentale visait notamment la mise en relief des difficultés rencontrées lors de l'insertion en emploi. Des groupes thématiques composés soit de personnes (participant ou non à une démarche d'insertion), soit d'employeurs provenant de différents milieux, ont permis de dégager des perceptions quant aux obstacles à l'insertion au travail des personnes aux prises avec des troubles graves. De plus, des questionnaires ont été administrés à des responsables de programmes en réadaptation au travail pour évaluer leur opinion sur la même question.

Méthodologie

Les groupes thématiques

Les 22 groupes thématiques ont été animés par des membres de l'équipe de la recherche-action dans les régions suivantes : Bas-St-Laurent, Chaudière-Appalaches, Estrie-Montérégie, Mauricie-Bois-Francs, Montréal et Québec. Neuf groupes (de 6 à 12 personnes) ont été formés de personnes utilisatrices participant à une démarche d'insertion au travail¹, sept avec des personnes ne participant pas à une telle démarche² (6 à 8 personnes par groupe) et six avec des employeurs³ (6 à 12 personnes par groupe) de différents milieux (petite et moyenne entreprise, organisme sans but lucratif, entreprise d'insertion et société d'État). Au total, les groupes ont réuni 87 participants, 47 non partici-

pants et 51 employeurs. D'une durée moyenne de deux heures, la constitution de ces groupes a permis, grâce à un guide d'entrevue semi-structurée, de documenter les obstacles à l'insertion.

Une analyse de contenu a pu mettre en relief des catégories d'obstacles à l'insertion au travail de personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Les données rapportées sont inhérentes au nombre et au pourcentage de groupes qui ont discuté de l'un ou l'autre obstacle.

L'enquête par questionnaire

Pour réaliser l'enquête par questionnaire auprès des responsables de programmes d'insertion en emploi, il a d'abord fallu procéder au recensement des organismes québécois œuvrant dans le domaine de la santé mentale et de l'insertion socioprofessionnelle. Des 114 organismes identifiés puis sollicités, 80 ont retourné le questionnaire, pour un taux de réponse de 70 %. À l'exception de l'Abitibi-Témiscamingue, de l'Estrie et du Nord-du-Québec, toutes les régions sont représentées par plus de 50 % des organismes actifs sur leur territoire.

Le questionnaire (Vincelette, 1995) est divisé en deux parties, la première décrit les programmes et la seconde s'intéresse à l'opinion des responsables. Cette dernière partie comprend 36 énoncés regroupés en cinq catégories d'obstacles, suivant qu'ils sont reliés à la personne (12), au programme (6), au milieu de travail (6), à la communauté, l'entourage, la famille (5) ou à la conjoncture (6). Après avoir pris connaissance de ces obstacles potentiels, les responsables de programmes relèvent les cinq obstacles jugés les plus importants.

Résultats

Les groupes thématiques

Pour les 22 groupes thématiques pris ensemble, six obstacles à l'insertion au travail ont été mentionnés par plus de 45 % des groupes. Par ordre décroissant, il s'agit des préjugés (90,9 %), de la conjoncture socio-économique (75 %), des modalités et des structures des programmes et services (63,6 %), de la médication (54,5 %), des pressions et du stress reliés au milieu de travail (50 %) et des caractéristiques de la personne (45,5 %).

Les *préjugés* sont uniformément reconnus comme le principal obstacle à l'insertion. Ils ont été mentionnés par l'ensemble des groupes de participants, six de non participants et cinq d'employeurs (Figure 1). Ces préjugés se traduisent par la discrimination et l'exclusion, une non-reconnaissance des compétences, l'incompréhension, l'étiquetage (on

ne voit que le malade et non la personne) et le peu d'ouverture des employeurs. Ces préjugés sont surtout attribuables à une méconnaissance de la problématique de la personne.

Le second obstacle est relié à la *conjuncture socio-économique*, c'est-à-dire au taux de chômage et au mode d'organisation du travail essentiellement orienté vers la productivité. Toute proportion gardée, les groupes d'employeurs (5/6 soit 83 %) et de non-participants (5/7 soit 71 %) sont plus sensibles à cet obstacle que les groupes de participants (5/9 soit 56 %).

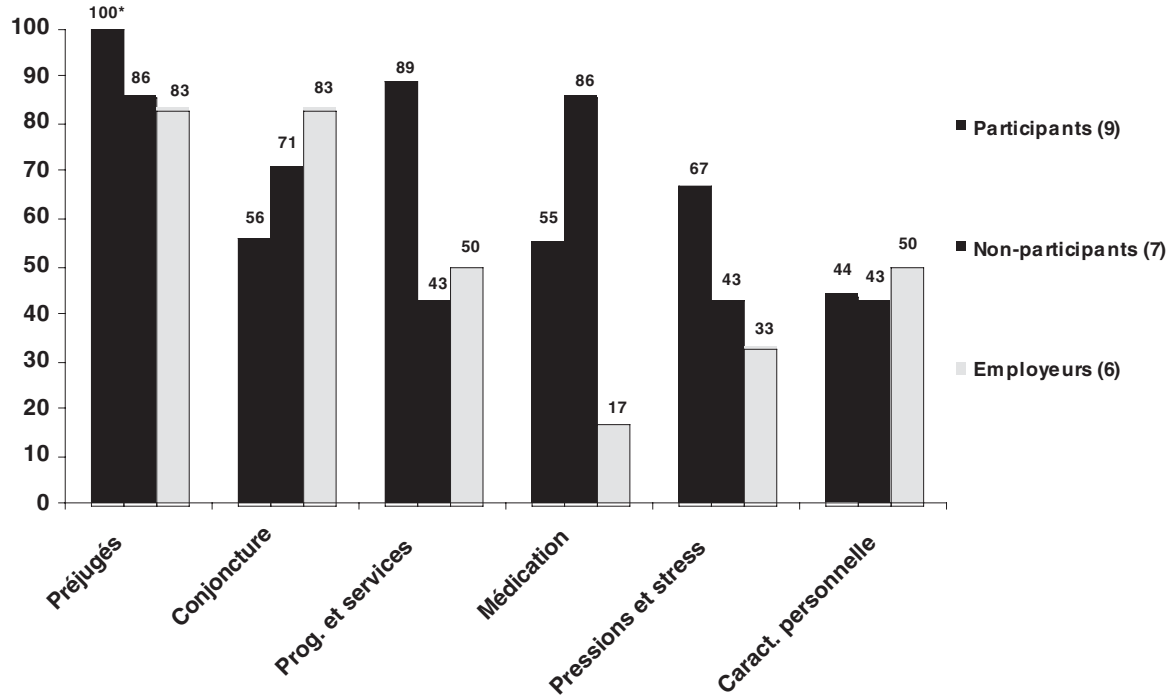
Les personnes utilisatrices non participantes ont souligné que les exigences (compétitivité et productivité) sont trop élevées en regard des salaires offerts. Pour les groupes de personnes utilisatrices participantes, le second obstacle en importance (8/9) est relié aux *modalités et structures des programmes gouvernementaux et de réadaptation*. En ce qui concerne les programmes gouvernementaux, on déplore la durée limitée des mesures d'insertion socioprofessionnelle (en 1997: EXTRA et PAIE), l'insécurité face à la perte du revenu, la lourdeur administrative et la rigidité des lois, les règlements et les modalités d'application des programmes de développement de l'employabilité. Pour ce qui est des programmes, on constate leur manque de coordination, la difficulté d'accès et une capacité d'accueil trop faible, un financement insuffisant et le fait qu'ils ne soient pas toujours adaptés aux besoins de la clientèle.

Presque tous les groupes non participants (6/7) ont mentionné la *médication* (effets secondaires et coût) comme un obstacle à l'insertion socioprofessionnelle, alors que seulement la moitié des participants (5/9) et un seul groupe d'employeurs en ont parlé.

La pression et le stress liés au milieu de travail sont mentionnés plus fréquemment comme un obstacle par les participants (6/9) et les non-participants (3/7) que par les employeurs (2/6). La semaine de 35 heures, les exigences de rentabilité trop élevées et la compétition représentent les sources de stress qui affectent la stabilité émotionnelle de la personne. La personne doit s'adapter au milieu de travail, alors que, selon les participants, il vaudrait mieux adapter le milieu à la personne. Enfin, les possibilités d'emploi offertes ne répondent pas aux intérêts de la personne et sont souvent en deçà de ses compétences et aspirations.

Un certain nombre d'obstacles reliés aux *caractéristiques de la personne* ont été soulevés par près de la moitié des groupes, quel que soit le type de participants. Ils peuvent être reliés aux comportements (conduites étranges, problèmes de ponctualité et d'assiduité, manque d'autonomie), aux limites personnelles (image de soi négative, instabi-

Figure 1
Obstacles à l'insertion au travail suivant les 22 groupes thématiques (%)



*Les pourcentages ont été calculés en fonction du nombre de groupes par catégorie de répondants

lité émotionnelle, angoisse, anxiété, manque de constance) et aux rapports au milieu (difficultés d'adaptation à de nouvelles tâches, problèmes relationnels avec des collègues, sensibilité au bruit et à la proximité des autres travailleurs). Seul le groupe des personnes utilisatrices participants et non participants relève le fait d'être trop âgé comme un obstacle.

Quant aux autres obstacles mentionnés (taux de réponses inférieur à un quart des 22 groupes), les groupes de personnes utilisatrices ont été les seuls à mettre en cause le manque de reconnaissance (5/22) et de soutien (5/22) – des proches, des intervenants et des milieux de vie – et l'isolement social (3/22). Le manque de reconnaissance est relié aux compétences et au potentiel de la personne. Il entraîne un non-respect de ses droits et des biais à la confidentialité. La personne se sent ainsi dévalorisée, se démobilise ; ce qui entraîne avec le temps un isolement accru. Par effet de dominos, cet isolement social entraîne à son tour, l'exclusion, la marginalisation et la pauvreté des personnes aux prises avec des troubles graves. Les « trous » dans le C.V. (difficiles à justifier) et les attitudes de surprotection ont été évoqués seulement chez les groupes de personnes participant déjà à des programmes. La surprotection est perçue comme la non-reconnaissance de la part de proches et d'intervenants de leur capacité de gérer leur vie et de prendre leurs propres décisions.

Moins d'un cinquième (4/22) des groupes fait référence à une série d'obstacles reliés aux programmes de réadaptation ou au milieu. Ces groupes soulèvent le manque 1) de coordination entre programmes et entre intervenants, 2) de collaboration entre les organismes et 3) de continuité en général. Trop de spécialisation va de pair avec une approche réductrice.

Deux groupes de personnes utilisatrices et un groupe d'employeurs ont fait référence au manque de diffusion d'informations sur les programmes de développement des compétences et d'insertion dans le marché du travail.

L'organisation de la société elle-même a été mise en cause par deux groupes non participants et un groupe d'employeurs. Les inégalités sociales, l'exploitation, la pauvreté chronique sont considérées comme autant de facteurs qui restreignent l'accès au marché du travail.

Deux obstacles sont mentionnés uniquement par les employeurs. L'un est inhérent aux règles de confidentialité empêchant l'accès au dossier de la personne, ce qui entraîne de la part des employeurs une méconnaissance et des questionnements vis-à-vis de la maladie et des effets secondaires de la médication sur les comportements des person-

nes. Ils considèrent que s'ils étaient davantage informés du dossier de la personne, ils seraient plus en mesure d'offrir des postes ou des tâches qui correspondent plus adéquatement à ses besoins et à ses compétences. Un groupe d'employeurs relève aussi que la productivité moindre, en raison de l'adaptation plus lente à un nouvel emploi et du ralentissement causé par la médication, constitue un obstacle.

L'enquête par questionnaire auprès des responsables de programmes

Les responsables de programmes ont relevé cinq principaux obstacles à l'insertion au travail des personnes aux prises avec des troubles graves : 1) les préjugés défavorables à l'égard des personnes vivant des problèmes de santé mentale (41 %), 2) les attitudes de la personne comme la dévalorisation et la faible estime de soi ainsi qu'une faible motivation (41 %), 3) l'instabilité émotionnelle de la personne (35 %), 4) le manque d'adaptation du programme aux besoins de la clientèle (31 %) et 5) le manque de reconnaissance par le milieu des capacités de la personne (24 %).

Discussion

Convergences et divergences

Si on compare les résultats de cette étude réalisée au Québec avec celles d'autres pays (Bachrach, 1991 ; Bassett et al., 2001 ; Braitman et al., 1995 ; Hill et al., 1998 ; May et Vieceli, 1983 ; McCrohan et al., 1994 ; Rutman, 1994), on constate que les obstacles rencontrés lors de l'insertion professionnelle de la personne atteinte de troubles graves sont similaires d'un pays à l'autre. Les principaux obstacles sont la stigmatisation des personnes, la conjoncture socio-économique du marché du travail et les modalités et structures des programmes gouvernementaux et de réadaptation.

Pour élargir le champ des connaissances quant aux obstacles rencontrés à l'insertion au travail, cette étude s'est attardée à la vision de divers groupes de personnes impliquées ou pouvant l'être dans le processus d'insertion. Quelles que soient les personnes consultées, c'est-à-dire participants ou non-participants à un programme de réadaptation, employeurs (PME, OSBL ou entreprise d'insertion) ou responsables de programmes, tous s'entendent pour dire que l'obstacle majeur se situe au niveau des préjugés à l'égard des problèmes de santé mentale et des personnes qui en souffrent. Comme le mentionne Fabian (1999), ces préjugés, une fois « internalisés » par les personnes concernées, peuvent nuire à leur sentiment d'efficacité dans une démarche d'insertion ou influencer à mauvais escient la prise de décision professionnelle. La

plupart des 22 groupes, avec une prédominance des employeurs, soulignent également que la conjoncture socio-économique est un obstacle important.

Il est intéressant de noter que ces deux derniers obstacles font référence à des aspects externes à la personne. Par conséquent il est urgent d'intervenir à ce niveau dans le processus d'insertion socioprofessionnelle, en démystifiant les difficultés appréhendées auprès des employeurs tout en considérant la réalité du marché du travail.

Presque 90 % (8/9) des participants aux programmes de réadaptation mentionnent que les modalités et les structures des programmes gouvernementaux et des services de réadaptation au travail peuvent compromettre leur insertion. Il faut donc considérer l'étude des interstices organisationnels entre programmes et entre les programmes et le marché du travail afin de remédier à ce manque d'articulation. Pour de nombreux auteurs (Bustillo et al., 2001 ; Crowther et al., 2001 ; Drake et al., 1999 ; Silverstein, 2000), les programmes de soutien en emploi de type *Individual Placement Support* (IPS) pour personnes présentant des problèmes graves offrent l'approche la plus efficace pour aider à obtenir et à conserver un emploi. La force du programme IPS réside dans ses principes de base : recherche rapide d'un emploi compétitif, articulation avec les autres services de santé mentale et de réadaptation (comme les programmes de suivi intensif dans la communauté), attention particulière accordée aux préférences professionnelles des personnes, évaluation continue et soutien indéterminé de la part des intervenants pour répondre aux besoins de la personne. Malgré les composantes solides des programmes de soutien en emploi, les auteurs mentionnent que les participants maintiennent leur dernier emploi pendant une durée moyenne de 70 jours (Xie et al., 1997) et que plus de la moitié des personnes ayant quitté leur emploi l'ont fait sans avoir planifié d'autres voies professionnelles (Becker et al., 1998). En l'occurrence, malgré l'efficacité des programmes de type IPS, il semblerait que les difficultés rencontrées par les personnes dans leur insertion socioprofessionnelle soient différées lors de l'obtention de l'emploi ou encore qu'une adaptation à l'environnement (travail/personne) n'a pu être établie adéquatement (p. ex., pressions, stress, insatisfaction).

Ces dernières hypothèses abondent dans le sens des résultats de notre étude où un peu plus des deux tiers des participants, comparative-ment à seulement le tiers des employeurs, précisent que la pression et le stress reliés au travail sont également des obstacles à l'insertion. Les personnes concernées considèrent que les exigences du marché du travail ne tiennent pas compte de leur réalité et que peu d'employeurs en

sont conscients alors que des accommodations personne/environnement de travail sont préconisées pour l'optimalisation du maintien en emploi (Szymanski et Hershenson, 1998). Sur la base d'entrevues semi-structurées avec des personnes aux prises avec des troubles graves lors de leur insertion, Peckham (1999) a fait émerger quelques solutions pour gérer le stress au travail. Elle suggère une ouverture de la personne avec son employeur pour exprimer les difficultés rencontrées, l'exécution des tâches une après l'autre et la formulation d'autosuggestions qui ciblent les éléments positifs reliés aux tâches. Aux employeurs, qui ont également un rôle actif dans la diminution du stress, le guide pour gestionnaires *Surmonter un problème de santé mentale au travail* (MSSS, 2000) offre des stratégies et des mesures d'accommodation comme la modification des horaires, le soutien, l'ajustement des règles à la personne, etc.

Chez les non-participants aux programmes de réadaptation, 86 % (contre 55 % chez les participants et 17 % chez les employeurs), font référence à la médication (conséquences et coûts) comme un obstacle majeur à leur insertion, ce qui peut expliquer leur hésitation à entreprendre une démarche. Hill et ses collaborateurs (1998) soulèvent d'ailleurs la question du manque de coordination entre la législation du travail et les programmes de réadaptation au sens où les personnes se voient forcées de choisir entre les bénéfices obtenus pour leur incapacité (p. ex. des soins médicaux gratuits) ou l'acquisition de leur autonomie en occupant un emploi. Ces *perverse incentives*, pour reprendre les termes des auteurs, posent parfois un trop grand défi pour une personne en situation précaire. Se pose aussi la question des effets de la médication : sont-ils plus importants chez les non-participants que chez les participants ? Le type et le dosage des médicaments varient-ils selon les deux groupes ? Par ailleurs, au regard des résultats, il appert que les groupes d'employeurs (1/6) sont peu informés des effets de la médication chez les personnes aux prises avec des troubles graves. Il serait donc fortement conseillé de les informer des coûts et des effets secondaires de la prise de médication. Les groupes d'employeurs se disent ouverts à ces séances d'informations.

Eu égard à l'ensemble de ces résultats, nous pouvons noter que les aspects personnels et contextuels sont essentiels dans une démarche d'insertion socioprofessionnelle. Les orientations québécoises, quant à elles, mettent l'accent sur « l'autonomisation » et l'autodétermination des personnes ayant des problèmes graves de santé mentale (Tessier et Clément, 1992 ; Kovess et al., 2001). Il devient donc intéressant de saisir le processus d'insertion socioprofessionnelle de ces personnes en

s'appuyant sur des bases théoriques sociocognitives et professionnelles.

Les parcours d'insertion socioprofessionnelle : repères théoriques

L'insertion socioprofessionnelle constitue une démarche commune à tous les citoyens. Elle s'inscrit dans des processus de prise de décisions et de planification de ses actions. Chez les personnes ayant des problèmes graves de santé mentale, ces actions peuvent être altérées par le manque de confiance dans leurs habiletés pour atteindre des buts personnels et professionnels (Bassett et al., 2001). La démarche des personnes qui souhaitent intégrer le milieu du travail est inhérente à des processus plus généraux dont certaines théories rendent compte. Les théories du sentiment d'efficacité (Bandura, 1997, 1997), de l'attribution causale (Weiner, 1986) et celle du comportement planifié (Ajzen, 1991, 1996) s'articulent entre elles et offrent un éclairage à l'insertion des personnes atteintes de troubles graves.

La théorie du sentiment d'efficacité (Bandura; 1977, 1997) est fondée sur les croyances de la personne quant à ses habiletés pour accomplir un comportement ou une tâche spécifique. Quatre types d'informations sont à la source d'une attitude d'approche ou d'évitement du comportement, de la performance d'exécution et de la persévérance face aux obstacles : 1) des expériences de succès antérieures, 2) des apprentissages vicariants (par observation), 3) de l'encouragement et du soutien autour de soi pour accomplir ce comportement et 4) des sources émotives reliées au comportement (p. ex., de l'anxiété).

Intégrée aux théories professionnelles (Betz et Hackett, 1981; Betz, 2001), la théorie du sentiment d'efficacité prend tout son sens. Par exemple, lorsqu'une personne perçoit chez elle un faible sentiment d'efficacité pour rechercher un emploi parce qu'elle est trop longtemps restée à l'écart du marché du travail, elle pourra présenter une tendance à éviter ce processus de recherche, à abandonner à la moindre difficulté et par conséquent se convaincre que ses capacités perçues sont faibles. Dans le but d'opérationnaliser ce concept, Solberg et ses collaborateurs (1994, 1995) ont conçu un questionnaire autoadministré, intitulé *Career Search Efficacy Scale* (CSES), afin d'évaluer comment la personne se sent capable d'accomplir certaines tâches pour entrer sur le marché régulier du travail ou y retourner.

Albert et Luzzo (1999) étayaient cette approche en soulignant qu'il est important non seulement de tenir compte du sentiment d'efficacité dans la recherche d'emploi, mais aussi de considérer les obstacles perçus et l'attribution causale de ces derniers. En effet, une personne

atteinte de troubles graves peut renoncer à contacter un employeur potentiel craignant qu'il ait des préjugés négatifs vis-à-vis de la maladie mentale. Cette personne peut s'empêcher d'envisager un emploi si elle pense qu'elle ne peut pas toujours contrôler ses réactions au stress. Ces deux types d'obstacles sont attribuables l'un à une cause externe et l'autre à une cause interne.

Ces derniers éléments font partie intégrante de la théorie de l'attribution causale de Weiner (1986), qui comporte trois notions : la localisation de l'attribution (externe ou interne), la stabilité (constant ou variant) et la « contrôlabilité » (contrôle ou non de l'événement). Ces trois notions interviennent à différents degrés sur la motivation de la personne à agir ou à réagir dans une situation donnée. Si on reprend l'exemple de la personne qui ne contacte pas un employeur potentiel par crainte de préjugés négatifs, ce comportement peut être attribuable à une cause soit externe soit interne (localisation). De plus, les préjugés peuvent différer (constant ou variant) d'un employeur à un autre et par conséquent, être plus ou moins contrôlables (contrôlabilité) selon que la personne en recherche d'emploi a des outils, des moyens d'action (p. ex. l'aide d'un conseiller en emploi) pour surmonter cet éventuel obstacle lors de la rencontre avec l'employeur.

Finalement, la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1996) reprend les notions ci-haut mentionnées, c'est-à-dire le sentiment d'efficacité et les obstacles perçus, en y intégrant les aspects motivationnels de la personne représentés par l'intention de mettre en action un comportement spécifique. Cette théorie mentionne que les personnes confrontées à la nécessité de prendre une décision en vue d'une action telle que trouver un emploi, considèrent les conséquences probables de diverses alternatives. Elles évaluent, d'une part, les attentes normatives d'individus ou de groupes qui leur sont significatifs et, d'autre part, les ressources exigées et les obstacles potentiels. Il est présumé que les personnes élaborent des intentions « comportementales » à partir de leurs attitudes, de la pression sociale ressentie, de leur perception de contrôle « comportemental » et du sentiment d'efficacité qu'elles éprouvent. Finalement, les intentions sont les déterminants immédiats du comportement, en l'occurrence, l'obtention d'un emploi.

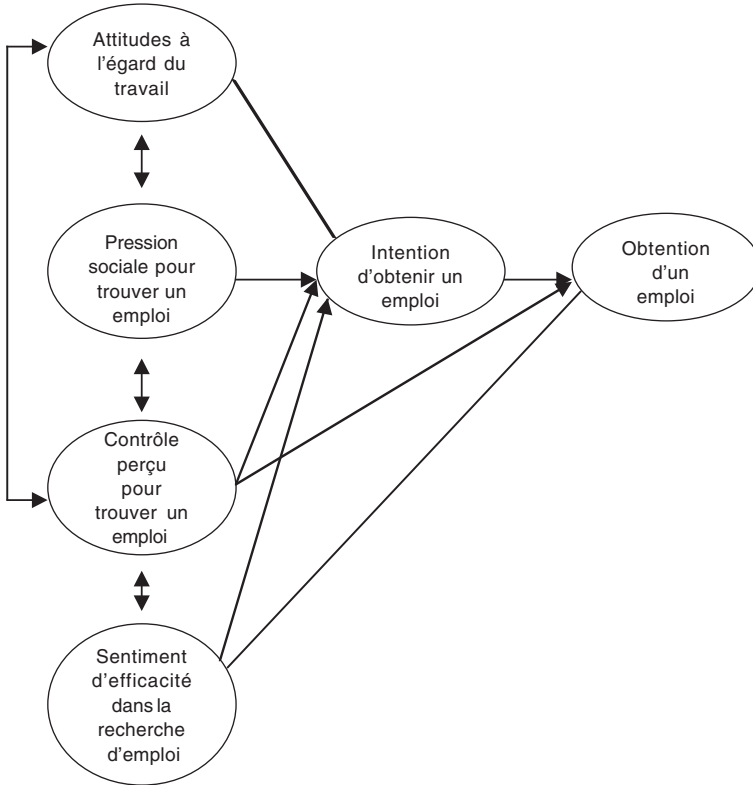
En adaptant les concepts de la théorie du comportement planifié à la situation de processus d'insertion au travail pour des personnes atteintes de troubles graves (Figure 2), Corbière (2000) a conçu une batterie de questionnaires relatifs à chacun des sous-concepts de la théorie. Les obstacles sont intégrés dans la notion de contrôle perçu. Recensés par divers auteurs et par divers acteurs intéressés à la thématique (Braitman

et al., 1995 ; McCrohan et al., 1994 ; Mercier et al., 1999 ; Peckam et Muller, 1999 ; Rutman, 1994), les obstacles perçus ou vécus par les personnes ont été repris pour constituer le questionnaire *Obstacles et Contrôle perçu*, divisé en deux parties. La première, *Obstacles à l'obtention d'un emploi*, comprend tous les obstacles potentiels que peuvent rencontrer les personnes ayant des troubles graves. La consigne se lit comme suit : « Parmi les raisons suivantes, lesquelles pourraient, selon vous, représenter des obstacles à l'obtention d'un emploi dans le marché régulier du travail ? » La deuxième partie, *Contrôle perçu pour trouver un emploi*, comprend les mêmes obstacles que la précédente et a pour consigne : « Pouvez-vous à présent évaluer comment vous vous sentez capable de surmonter ces obstacles ? » Quant au *Sentiment d'efficacité dans la recherche d'emploi*, le questionnaire *Career Search Efficacy Scale* de Solberg et de ses collaborateurs (1994) a été traduit en français selon la méthode rigoureuse de traduction renversée. Quatre dimensions composent ce questionnaire : efficacité en recherche d'emploi, efficacité à passer une entrevue, efficacité du réseau et efficacité de la connaissance de soi et de l'introspection.

Ce modèle d'insertion, présenté à la Figure 2, fait l'objet d'une évaluation empirique auprès des personnes ayant des problèmes graves de santé mentale et inscrites à des programmes d'intégration ou d'insertion au travail ; ces programmes sont implantés dans des organismes de réadaptation au travail de la région de Montréal et de sa banlieue (Mercier et al., 2001).

En terme d'interventions auprès de la personne ayant un problème grave de santé mentale qui est en recherche d'emploi, la transposition des modèles de Weiner et d'Ajzen à la pratique est directe. À titre d'illustration, le conseiller en réadaptation-réintégration en emploi peut demander à la personne de mentionner à partir d'une liste systématique d'obstacles potentiels à son insertion, la probabilité de leur occurrence. Ensuite, le conseiller et le client explorent ensemble quels obstacles sont internes ou externes (localisation), constants ou variants (stabilité) et contrôlables ou incontrôlables (contrôlabilité). Dans ce dernier cas, le conseiller interroge la personne sur sa capacité à surmonter les obstacles qu'elle a relevés, en utilisant la partie du questionnaire *Obstacles et Contrôle perçu*. Prenant en compte au préalable les capacités cognitives de la personne, sa prise de médication et les effets secondaires qui lui sont associés, ses antécédents de travail (expériences ou non, type d'emploi, etc.) et ses préférences et intérêts professionnels ainsi que les ouvertures possibles dans le domaine ciblé, le conseiller peut évaluer les perceptions de son client, sa marge de manœuvre et ses moyens d'action dans

Figure 2
Modèle du comportement planifié (Ajzen, 1991)
adapté à l'insertion au travail



la recherche d'emploi. Ce faisant, il se donne la possibilité, d'une part, d'ajuster adéquatement les perceptions de la personne à la réalité du marché du travail et, d'autre part, d'identifier avec son client des stratégies qui pourraient éclairer son choix professionnel et faciliter son insertion. En parallèle, le questionnaire de sentiment d'efficacité peut présenter une ressource supplémentaire car il permet d'évaluer la capacité d'effectuer plusieurs tâches relatives à une dimension particulière du processus d'insertion, comme l'efficacité d'entrevue d'embauche. Dans ce cas-ci, le conseiller peut également offrir des outils à son client en créant des mises en situations où il peut apprendre à se comporter efficacement en entrevue.

Par l'acquisition de ces stratégies et outils, la personne va augmenter sa prise de conscience face à de potentiels obstacles en appréhendant les dimensions causales qui y sont inhérentes. Elle va aussi développer son contrôle perçu de certains obstacles possibles et son sentiment d'efficacité à l'égard de dimensions incontournables de la recherche d'emploi. Le modèle du comportement planifié permet également de tenir compte des attitudes à l'égard du travail, comme l'importance qui lui est accordée (Perron, 1986, 2001), ou de la pression sociale des personnes significatives autour de soi pour entrer ou retourner au travail. Il est essentiel, comme le soulignent Dwyre et Trach (1996), d'identifier qui fait le choix dans le processus de recherche d'emploi : la famille, le psychiatre ou médecin traitant, le conseiller en réintégration, les amis ou la personne concernée ? Les résultats du processus d'insertion socioprofessionnelle dépendront sans doute de qui fait la demande. Toutes ces dimensions représentées dans le modèle de la théorie du comportement planifié sont essentielles à l'intention d'obtenir un emploi et, par conséquent, aux aspects motivationnels reliés à cette démarche.

La théorie de l'attribution causale (Weiner, 1986) est complétée par la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1991, 1996) au sens où la première tient compte des tenants et la seconde des aboutissants. En d'autres termes, si l'on adapte ces deux théories au champ de l'insertion au travail, la théorie de l'attribution causale permet d'identifier la nature et les dimensions causales des obstacles à l'insertion. La théorie du comportement planifié, à laquelle on intègre la théorie du sentiment d'efficacité, tend, quant à elle, à expliquer la dynamique des quatre éléments moteurs (attitude, pression sociale, contrôle perçu et sentiment d'efficacité) déterminants de l'intention d'obtenir un emploi dans le marché du travail.

Conclusion

La recherche-action Impact-travail a confirmé que les obstacles à l'insertion au travail des personnes ayant des troubles mentaux sont dans le contexte québécois de même nature que ceux qui ont déjà été rapportés ailleurs. Comme quatre groupes d'acteurs concernés par la question ont été consultés à partir d'entrevues de groupe (personnes utilisatrices participant ou non à un programme de réadaptation au travail et employeurs) ou d'un questionnaire (responsables de programmes), on a pu observer que quelques obstacles sont perçus par tous les groupes, alors que certains groupes sont plus sensibles à des obstacles spécifiques.

Soulignons que les groupes thématiques ont réaffirmé la place centrale que le travail occupe dans le rétablissement des personnes ayant des troubles mentaux graves. Les groupes d'utilisateurs ont mis l'accent sur

l'importance de travailler pour la valorisation personnelle et l'insertion sociale. La valorisation est liée à la fierté de gagner son argent, au sentiment de se sentir utile, d'accomplir quelque chose, au fait de se respecter et d'être respecté par les autres. De même, le travail est un facteur d'insertion socioprofessionnelle, en ce qu'il permet d'être actif, de mener une vie comme tout le monde, de donner une structure et un sens à sa vie, de se fixer des objectifs personnels, d'acquérir l'autonomie financière et d'avoir d'autres préoccupations que la maladie. Le travail et toute autre activité significative et structurante contribuent ainsi à l'amélioration de la qualité de vie, renforcent l'estime de soi, la confiance en soi, le goût de vivre et la dignité. Les personnes pensent pouvoir travailler et se maintenir en emploi si leur travail leur procure un rôle social valorisant. Mais pour atteindre cet objectif, les personnes relèvent l'importance d'apporter des modifications aux législations jugées trop rigides et de soutenir un lobby et une action politique en vue de faire reconnaître le droit au travail.

On a voulu aussi démontrer l'intérêt des théories du sentiment d'efficacité (Bandura, 1997, 1997), de l'attribution causale (Weiner, 1986) et du comportement planifié (Ajzen, 1991, 1996) pour mieux comprendre comment ces obstacles peuvent interférer dans la décision de s'intégrer au marché du travail et dans l'actualisation de cette décision. C'est pourquoi nous suggérons que les recherches ultérieures prennent en considération les éléments de ces théories pour en comprendre les enjeux et les articulations lors de l'insertion au travail de personnes aux prises avec des troubles graves. Il nous semble aussi que la référence à ces théories permet de mieux prendre en compte les divers éléments d'ordre structurel, conjoncturel et perceptuel qui jouent dans la recherche d'emploi chez ces personnes et, ce faisant, d'optimiser pour celles qui le souhaitent leur démarche d'insertion au marché du travail.

Notes

1. Une « personne utilisatrice participant à une démarche d'insertion socioprofessionnelle » est une personne qui reconnaît avoir des problèmes de santé mentale et qui se perçoit au travail ou en démarche d'insertion ou de réinsertion au travail.
2. Une « personne utilisatrice non participante à une démarche d'insertion socioprofessionnelle » est une personne qui reconnaît avoir des problèmes de santé mentale et qui n'envisage actuellement aucune démarche d'insertion ou de réinsertion au travail.
3. Un « employeur » est une personne qui engage ou qui est susceptible

d'engager une personne aux prises avec des problèmes de santé mentale dans le cadre d'un travail ou d'une activité menant à une insertion au travail.

RÉFÉRENCES

- AJZEN, I., 1996, The directive influence of attitudes on behavior, in Gollwitzer, P. M., Bargh, J. A., eds., *The Psychology of Action : Linking Cognition at Motivation to Behavior*, Guilford Press, New York, 385-403.
- AJZEN, I., 1991, The theory of Planned Behavior, *Organizational Behavior and Human Decision Process*, 50, 179-211.
- ALBERT, K. A., LUZZO, D. A., 1999, The role of perceived barriers in career development : A social cognitive perspective, *Journal of Counseling and Development*, 77, 431-436.
- ANTHONY, W. A., 1994, Characteristics of people with psychiatric disabilities that are predictive of entry into the rehabilitation process and successful employment, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 17, 91-110.
- ANTHONY, W. A., BLANCH, A., 1989, Research on Community support services : What have we learned ? *Psychological Rehabilitation Journal*, 12, 3, 55-81.
- BACHRACH, L. L., 1991, Perspectives on work and rehabilitation, *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 9, 890-891.
- BASSETT, J., LLOYD, C., BASSETT, H., 2001, Work issues for young people with psychosis : Barriers to employment, *British Journal of Occupational Therapy*, 64, 2, 66-72.
- BANDURA, A., 1977, Self-efficacy : Toward a unifying theory of behavioral change, *Psychological Review*, 84, 2, 191-215.
- BANDURA, A., 1997, *Self-efficacy : The Exercise of Control*, Freeman and Publishers, New York.
- BECKER, D. R., DRAKE, R. E., BOND, G. R., XIE, H., DAIN, B. J., HARRISON, K., 1998, Job terminations among persons with severe mental illness participating in supported employment, *Community Mental Health Journal*, 34, 1, 71-82.
- BETZ, N., 2001, CAREER SELF EFFICACY, IN LEONG, F. T. L., BARAK, A., eds., *Contemporary Models in Vocational Psychology, A Volume in Honor of Samuel H. Osipow*, Lawrence Erlbaum Associates, New Jersey, 55-77.
- BETZ, N., HACKETT, G., 1981, The relationship of career-related self-efficacy expectations to perceived career options in college women and men,

- Journal of Counseling Psychology*, 28, 399-410.
- BOND, G. R., DRAKE, R. E., MUESER, K. T., BECKER, D. R., 1997, An update of supported employment for people with severe mental illness, *Psychiatric Services*, 48, 3, 335-346.
- BRAITMAN, A., COUNTS, P., DAVENPORT, R., ZURLINDEN, B., ROGERS, M., CLAUSS, J., KULKARNI, A., KYMLA, J., MONTGOMERY, L., 1995, Comparison of barriers to employment for unemployed and employed clients in a case management program: An exploratory study, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19, 1, 3-8.
- BUSTILLO, J. R., LAURIELLO, J., HORAN, W. P., KEITH, S.J., 2001, The psychosocial treatment of schizophrenia: An update, *American Journal of Psychiatry*, 158, 2, 163-175.
- CORBIÈRE, M., 2000, *Batterie de questionnaires relatifs à l'obtention d'un emploi: Pression sociale pour obtenir un emploi, Obstacles et contrôle perçu pour obtenir un emploi, sentiment d'efficacité dans la recherche d'emploi*, Manuscrit inédit, Centre de recherche Fernand-Seguin de l'hôpital L.-H. Lafontaine, Montréal, Québec.
- CROWTHER, R. E., MARSHALL, M., BOND, G. R., HUXLEY, P., 2001, Helping people with severe mental illness to obtain work: Systematic review, *British Medical Journal*, 322, 204-208.
- DRAKE, R. E., FOX, T. S., LEATHER, P. K., BECKER, D. R., MUSUMECI, J. S., INGRAM, W. F., MCHUGO, G. J., 1998, Regional variation in competitive employment for persons with severe mental illness, *Administration and Policy in Mental Health*, 25, 5, 493-504.
- DRAKE, R. E., BECKER, D. R., CLARK, R. E., MUESER, K. T., 1999, Research on the Individual Placement and Support model of supported employment, *Psychiatric Quarterly*, 70, 4, 289-301.
- DWYRE, A. E., TRACH, J. S., 1996, Consumer choice for people with cognitive disabilities: Who makes the choices in the job search process, *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 27, 3, 42-47.
- FABIAN, E. S., 1999, Rethinking work: The example of consumers with serious mental health disorders, *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 42, 302-316.
- GOLDMAN, R. S., AXELROD, B. N., TANDON, R., RIBEIRO, S. C. M., CRAIG, K., BERGENT, S., 1993, Neuropsychological prediction of treatment efficacy and one-year outcome in schizophrenia, *Psychopathology*, 26, 3-4, 122-126.
- HAGGER, C., BUCKLEY, P., KENNY, J. T. FREIDMAN, L., UBOGY, D., MELTZER,

- H. Y., 1993, Improvement in cognitive function and psychiatric symptoms in treatment-refractory schizophrenic patients receiving clozapine, *Biological Psychiatry*, 34, 10, 702-712.
- HILL, M. L., RUTH, D. J., HINE, M. J., CARLSON, R. M., JONES, S. W., WATTS, A. T., 1998, Navigating and improving employment related policies for people with disabilities : An emerging workworld knowledge based decision support (WW-KBDS) system, *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 29, 4, 32-37.
- JACOBS, H. E., 1991, Réhabilitation psychiatrique des malades mentaux chroniques, in Liberman R. P., ed., *Réhabilitation professionnelle*, 212-245.
- JACOBS, H. E., WISSUSIK, D., COLLIER, R., STACKMAN, D., BURKEMAN, D., 1992, Correlations between psychiatric disabilities and vocational outcome, *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 4, 365-369.
- JAEGER, J., DOUGLAS, E., 1992, Neuropsychiatric rehabilitation for persistent mental illness, *Psychiatric Quarterly*, 63, 1, 71-101.
- KOVES, V., LESAGE, A., BOISGUERIN, B., FOURNIER, L., LOPEZ, A., OUELLET, A., 2001, *Planification et évaluation des besoins en santé mentale*, Flammarion, Médecine-Sciences, France.
- LAUZON, G., CHARBONNEAU, C., 2000, *Favoriser l'intégration au travail en santé mentale : l'urgence d'agir*, Document de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP), Montréal, Québec.
- LENT, R. W., BROWN, S. D., HACKETT, G., 1996, Career development from a social cognitive perspective, in Brown, D., Brooks, L., and Associates, eds., *Career Choice and Development* (3rd ed.), Jossey-Bass, San Francisco, 373-421.
- LENT, R. W., BROWN, S. D., HACKETT, G., 1994, Toward an unifying social cognitive theory of career and academic interest, choice and performance, *Journal of Vocational Behavior*, 45, 79-122.
- LEWIS, P. K., 1990, Factors related to employment among chronically mentally-ill patients, *Dissertation Abstracts International*, 51 (3-B), 1534.
- MARRONE, J., GANDOLFO, C., GOLD, M., HOFF, D., 1998, Just doing it : Helping people with mental illness get good jobs, *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 21, 1, 37-48.
- MAY, V. R., VIECELI, L., 1983, Barriers to placement : Strategies and resolution, *Journal of Rehabilitation*, 49, 3, 43-46.
- MCCROHAN, N. M., MOWBRAY, C. T., BYBEE, D., HARRIS, S. N., 1994, Employment histories and expectations of persons with psychiatric disorders,

Rehabilitation Counseling Bulletin, 38, 1, 59-71.

MCGURK, S. R., MELTZER, H. Y., 2000, The role of cognition in vocational functioning in schizophrenia, *Schizophrenia Research*, 45, 175-184.

MERCIER, C., PROVOST, G., DENIS, G., VINCELETTE, F., 1999, *Rapport final de la recherche-action « Impact travail ». Le développement de l'employabilité et l'intégration au travail pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale*. Rapport déposé au Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Division de la recherche psychosociale de l'hôpital Douglas, Montréal.

MERCIER, C., CORBIÈRE, M., LESAGE, A. D., 2001, *Les parcours des personnes atteintes de troubles mentaux graves pendant et après un programme de réadaptation au travail : Une étude prospective*, Projet de recherche subventionné par le programme conjoint FRSQ-CQRS-MSSS pour la période 2001-2003, Québec.

MIDGLEY, G., 1990, The social context of vocational rehabilitation for ex-psychiatric patients, *British Journal of Psychiatry*, 156, 272-277.

NOBLE, J. H., HONBERG, R. S., HALL, L. L., FLYNN, L. M., 1999, NAMI executive summary, *Journal of Disability Policy Studies*, 10, 1, 10-17.

PECKHAM, J., MULLER, J., 1999, Employment and schizophrenia: Recommendations to improve employability for individuals with schizophrenia, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22, 4, 399-402.

PERRON, J., 1986, *Questionnaire de valeurs de travail: Manuel technique*, Manuscrit non publié, Université de Montréal, Montréal, Québec.

PERRON, J., 2001, *Aximages : Logiciel pour l'orientation des jeunes et des adultes*, Montréal, Québec.

PHILLIPS, J. R., BILLER, E. F., 1993, Transitional employment program for persons with long-term mental illness: A review, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 17, 2, 101-107.

RIBEIRO, K. L., 1999, The labyrinth of community mental health: In search of meaningful occupation, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23, 2, 143-152.

RUTMAN, I., 1994, How psychiatric disability expresses itself as a barrier to employment, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 17, 3, 15-35.

SCHEID, T. L., ANDERSON, C., 1995, Living with chronic mental illness: Understanding the role of work, *Community Mental Health Journal*, 31, 2, 163-175.

- SILVERSTEIN, S. M., 2000, Psychiatric rehabilitation of schizophrenia: Unresolved issues, current trends, and future directions, *Journal of Applied & Preventive Psychology*, 9, 4, 227-247.
- SOLBERG, V. S., GOOD, G. E., FISCHER, A. R., BROWN, S. E., NORD, D., 1995, Relative effects of career self-efficacy and human agency upon career development, *Journal of Counseling Psychology*, 42, 448-455.
- SOLBERG, V. S., GOOD, G. E., NORD, D., HOLM, C., HOHNER, R., MALEN, A., 1994, Assessing Career Search Expectations: Development and Validation of the Career Search Efficacy Scale, *Journal of Career Assessment*, 2, 2, 111-123.
- SZYMANSKY, E. M., HERSHENSON, D. B., 1998, Career development of people with disabilities: An ecological model, in Parker, R. M., Szymansky, E. M., eds., *Rehabilitation Counseling: Basics and Beyond*, PRO-ED, Austin, TX, 327-378.
- TESSIER, L., CLÉMENT, M., 1992, *La réadaptation psychosociale en psychiatrie: Défis des années 90*, Comité de la santé mentale au Québec, Gaëtan Morin, éd., Québec.
- VINCELETTE, F., 1995, *Processus d'élaboration d'un questionnaire pour les organismes en santé mentale qui visent l'intégration au travail*, Université de Montréal, Département de médecine sociale et préventive, Maîtrise en Santé communautaire, Québec.
- VOSTANIS, P., 1990, The role of work in psychiatric rehabilitation: A review of the literature, *British Journal of Occupational Therapy*, 53, 1, 24-28.
- WEINER, B., 1986, *An Attributional Theory of Motivation and Emotion*, Springer-Verlag, New York.
- XIE, H., DAIN, B. J., BECKER, D. R., DRAKE, R. E., 1997, Job tenure among persons with severe mental illness, *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 40, 4, 230-239.

ABSTRACT

Barriers to socio-professional integration of people with severe mental disorders: empirical data and theoretical points of reference

The authors describe the barriers related to socio-professional integration of people with severe mental disorders according to different perspectives of various people involved. Focus groups (22) have been conducted in almost every region in Quebec involving 87 participants in vocational rehabilitation programs, 47 non participants and 51 em-

ployers. Eighty (80) vocational program administrator completed a questionnaire. The barriers identified by these groups are compared with those described in other studies. It seems that the results are similar: the main obstacle is prejudice towards mental illness and people with mental disorders, no matter who is questioned. Barriers to socio-professional integration are reviewed according to the theories of feeling of self-efficiency (Bandura, 1977,1997), causal attribution (Weiner, 1986) and planned behavior (Ajzen, 1991, 1996). Analysis of barriers to socio-professional integration carried out in the light of these three theories, allows to suggest points of reference for new tools and integration strategies.

RESUMEN

Obstáculos a la inserción socioprofesional de personas con problemas graves de salud mental: datos empíricos y marcos teóricos

Los autores describen los obstáculos que se presentan a la inserción socioprofesional de personas con problemas mentales graves según las perspectivas de varios actores. Fueron formados 22 grupos temáticos en la mayoría de las regiones del Quebec y se reunieron a 87 personas usuarias que participan en un program dirigido hacia la inserción socioprofesional, 47 no participantes y 51 empleadores. 80 responsables de programas de readaptación al trabajo respondieron a un cuestionario estructurado. Los obstáculos identificados en las respuestas de estos grupos son comparados con los descritos en otras investigaciones. Se revela que los resultados son similares: el obstáculo más saliente se relaciona con los prejuicios con respecto a la enfermedad mental y de personas que sufren problemas de salud mental, cualquiera que sea el actor entrevistado. Estos obstáculos están, enmarcados en función de la teorías del sentimiento de eficacia (Bandura, 1977, 1997), de la atribución causal (Weiner, 1986) y del comportamiento planificado (Ajzen, 1991, 1996). Este análisis de los obstáculos a la inserción socioprofesional a partir de la luz aportada por estas tres teorías permite proponer ciertos puntos de apoyo a nuevos instrumentos y estrategias de inserción.

RESUMO

Obstáculos à inserção sócio-profissional de pessoas que sofrem de problemas graves de saúde mental: dados empíricos e referências

teóricas

Os autores descrevem os obstáculos à inserção sócio-profissional das pessoas atingidas por problemas mentais graves segundo a perspectiva de vários autores. 22 grupos temáticos foram formados na maior parte das regiões do Quebec e reuniram 87 pacientes que participam de um programa de inserção sócio-profissional, 47 não-participantes e 51 empregadores. 80 responsáveis por programas de readaptação ao trabalho responderam a um questionário estruturado. Os obstáculos identificados por eles foram comparados aos descritos em outros estudos. Provou-se que os resultados foram semelhantes: o obstáculo mais evidente está associado aos preconceitos com a doença mental e as pessoas que sofrem de problemas de saúde mental, pouco importa a pessoa interrogada. Estes obstáculos são examinados segundo as teorias do sentimento de eficácia (Bandura, 1977, 1997), da atribuição causal (Weiner, 1986) e do comportamento planejado (Ajzen, 1991, 1996). Esta análise dos obstáculos à inserção sócio-profissional feita à luz destas três teorias permite propor pontos de apoio a novas ferramentas e estratégias de inserção.