Document généré le 23 avr. 2024 21:51

Santé mentale au Québec

Perspective critique en intégration au travail des individus vivant des troubles mentaux graves et persitants

Serge Vézina

Volume 27, numéro 1, printemps 2002

Rétablissement (1) et Travail (2)

URI : https://id.erudit.org/iderudit/014551ar
DOI : https://doi.org/10.7202/014551ar

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

Vézina, S. (2002). Perspective critique en intégration au travail des individus vivant des troubles mentaux graves et persitants. *Santé mentale au Québec*, *27*(1), 286–302. https://doi.org/10.7202/014551ar

Résumé de l'article

Cet article constitue une réflexion critique du discours scientifique portant sur l'intégration au travail des individus vivant des troubles mentaux graves et persistants. À l'aide d'observations terrain, l'auteur tente de mettre en perspective les limites du discours actuel portant sur les bienfaits du travail pour cette clientèle. Les modèles du « soutien en emploi » et du « club social » y sont présentés brièvement. Les notions d'habiletés sociales et de support psychosocial issues du modèle de réadaptation, ne suffisent pas à alimenter une intervention pouvant contrer les facteurs qui maintiennent ces personnes dans l'exclusion. Selon l'auteur, la réalité vécue par les personnes souffrant de troubles mentaux commande une intervention structurelle et solidaire telle que le présuppose le modèle de la coopérative sociale.

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec, 2001

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

Santé mentale au Québec, 2002, XXVII, 1, 286-302

Perspective critique en intégration au travail des individus vivant des troubles mentaux graves et persistants

Serge Vézina*

Cet article constitue une réflexion critique du discours scientifique portant sur l'intégration au travail des individus vivant des troubles mentaux graves et persistants. À l'aide d'observations terrain, l'auteur tente de mettre en perspective les limites du discours actuel portant sur les bienfaits du travail pour cette clientèle. Les modèles du « soutien en emploi » et du « club social » y sont présentés brièvement. Les notions d'habiletés sociales et de support psychosocial issues du modèle de réadaptation, ne suffisent pas à alimenter une intervention pouvant contrer les facteurs qui maintiennent ces personnes dans l'exclusion. Selon l'auteur, la réalité vécue par les personnes souffrant de troubles mentaux commande une intervention structurelle et solidaire telle que le présuppose le modèle de la coopérative sociale.

Cet article porte sur un domaine qui fait l'actualité en réadaptation psychosociale au Québec : l'intégration au travail de personnes vivant des troubles mentaux graves et persistants. Mon intention est de vous faire part de mes réflexions comme observateur terrain, intervenant social et lecteur assidu du discours scientifique portant sur la question du travail. Actuellement, je travaille auprès de ces personnes qu'on dit aux prises avec des troubles mentaux. J'ai travaillé plusieurs années pour un organisme de suivi communautaire du centre-ville de Montréal. Notre clientèle avait vécu plusieurs années de services en santé mentale de toutes sortes. Nous nous considérions comme en bout de ligne dans le continuum de services en terme de support dans la communauté. C'est sans doute pour cela, qu'outre les problématiques clairement organiques, les notions de difficultés graves et de récurrence constituaient nos seuls critères pour évaluer la pertinence d'une référence. Aujourd'hui, je fais partie d'une équipe de suivi intensif dans le milieu au service d'une clientèle fort semblable. Quotidiennement, je suis témoin des questions et des inquiétudes suscitées par le travail dans leur vie.

* L'auteur est travailleur social et intervenant en suivi intensif dans le milieu au Centre hospitalier régional de Lanaudière.

Il remercie ses collègues du Fil pour les heures de discussions formatrices et Pauline Morissette de l'UDM pour ses encouragements et sa rigueur chaleureuse.

Comme intervenant, même en postulant qu'il y ait une réponse adéquate et rassurante à ces inquiétudes, nous sommes peu préparés à répondre à des enjeux aussi concrets et fondamentaux. Les programmes d'intégration au travail qui sont spécifiquement destinés aux gens ayant vécu des troubles mentaux, établissent des critères de participation ressentis la plupart du temps comme difficiles à atteindre par ces gens. Le monde de l'intervention a-t-il su bâtir un processus facilitant l'intégration sociale et professionnelle des individus vivant des troubles mentaux ? Nous verrons quelles sont les dimensions mises de l'avant par le discours en intégration au travail et leurs limites dans le contexte socio-économique actuel. Ce contexte doublé des difficultés psychosociales majeures liées aux troubles mentaux nécessitent une intervention systémique et structurante dont la mission serait de « compenser » les impacts de l'exclusion sociale et professionnelle touchant pratiquement la totalité de la population qui nous intéresse.

La notion de « trouble mental grave et persistant »

La notion de « trouble mental grave et persistant » fait référence généralement à une symptomatologie désorganisante et instable pour la personne. On parle de troubles aigus et récurrents qui compromettent le fonctionnement de l'individu (Dorvil et al., 1997). Les difficultés se généraliseraient à tous les niveaux : travail, santé, relations interpersonnelles ou capacité à gérer le stress (Lecomte et al., 1997). Ces troubles récurrents sont rattachés à des difficultés plus subtiles (faible estime de soi, anxiété, dépression) minant le quotidien même après le retour de la stabilité. Sur le plan psychologique, ces difficultés constituent le prix à payer pour cette douloureuse expérience de la maladie.

La situation suivante illustre ce propos. Claude avait vécu une hospitalisation presque à chaque fois qu'il a tenté de retourner sur le marché de l'emploi. Cette situation a duré des années, marquant profondément sa perception du retour au travail. Aujourd'hui, l'anxiété éprouvée à l'idée de « retomber malade » demeure sans doute le symptôme le plus apparent de son passé psychiatrique puisque les symptômes plus actifs (hallucinations auditives, paranoïa) ont pratiquement disparu. Cet exemple illustre la « sévérité et la persistance » des troubles qui ne se résument pas uniquement au caractère parfois spectaculaire de certains symptômes mais aussi à cette contamination des difficultés à l'ensemble du fonctionnement et de la vie sociale de la personne. Après plusieurs années, on retrouve ces individus isolés socialement, vivant seuls de prestations d'aide sociale dans des appartements souvent minuscules. On se doit donc de dépasser le cadre traditionnel de la « maladie men-

tale » et d'aborder de front la question des conditions de vie. C'est fondamental si l'on veut décrire et construire un processus d'intégration « sensé » pour cette clientèle.

L'intégration au travail, la panacée ?

Au Québec, un document produit par l'AQRP (Association québécoise de réadaptation psychosociale) en 2002 affirme que 80 % des individus aptes à travailler et atteints de troubles mentaux sont toujours exclus du marché du travail (Charbonneau et al., 2000). Selon l'AQRP, le travail constitue un outil idéal pour l'intégration de ces personnes dans la communauté. C'est donc un outil d'intégration dont semble être privée la grande majorité. Malgré cette statistique inquiétante, on trouve un consensus sans équivoque dans la littérature pour décrire les bienfaits de l'intégration au travail. Travailler ou simplement effectuer une activité productive dans le cadre d'un programme serait corrélé positivement à la réduction du taux de réhospitalisation (Tessier et Clément, 1992 ; Dorvil et al., 1997). Des auteurs abordent aussi la nature foncièrement « adaptative » du rôle de travailleur. On parle de processus qui influence positivement l'identité d'une personne. Il s'agirait d'une opportunité pour le client d'être « focussé » sur la réalité et d'étendre cet état d'esprit à d'autres dimensions de sa vie. D'un point de vue psychosocial, travailler tendrait à réduire l'anxiété et accroître le sentiment de compétence des personnes vivant des troubles mentaux. De ce fait, le réseau de soutien s'en trouverait amélioré. Ce serait aussi une occasion « significative » de maintenir un contact et de développer un sentiment d'appartenance avec la communauté (Lehman, 1995 ; Bell et Lysaker, 1993 ; Clément et Jobidon, 1997). La littérature dresse donc un portrait très positif des avantages qu'il y aurait, pour les personnes vivant ou ayant vécu des troubles mentaux, à être sur le marché du travail. Étonnamment, on parle assez peu de ce que devrait « offrir » le travail en termes de caractéristiques pour répondre aux attentes du milieu de l'intervention. C'est comme si on le postulait a priori « adaptatif » et de nature à favoriser l'équilibre psychologique de l'individu peu importe sa nature ou ses caractéristiques. Pourtant, bien qu'important, le travail n'est pas toujours une panacée pour la santé mentale. Ainsi, on a observé que certaines conditions (bruit, travail monotone) peuvent mener à l'apparition de symptômes de stress chez les gens (Maranda, 2000). Le manque de contrôle sur les décisions, l'incapacité de savoir ce qui va se passer, en particulier en milieu de travail, seraient aussi des facteurs reliés au stress. La notion de travail « pathogène » existe et réfère à l'existence d'emplois dont la nature et l'organisation entraîneraient des conséquences néfastes sur la santé physique et mentale du travailleur (Maranda,

2000 ; Robichaud et al., 1994). Un utilisateur de services souligne d'ailleurs le côté trop souvent « ennuyeux » et « déshumanisant » des emplois proposés au sein des programmes (Howie the Arp, 1994). Les emplois nécessitant peu de concentration et d'habiletés sont souvent ceux considérés comme souhaitables pour les gens vivant ou ayant vécu des troubles mentaux. Ils sont aussi la plupart du temps sans statut véritable, mal payés et dévalorisés socialement. Ce sont aussi ces derniers que les différents programmes de formation visent (aide cuisinier, commis de bureau ou d'épicerie, stage dans des commerces au détail, etc). On discute peu de la précarité des conditions de travail qu'on retrouve souvent liées à ces emplois (restauration, épicerie). Travailler devrait se traduire par une amélioration des conditions de vie. Mes observations sur le terrain m'amènent à conclure que les tâches routinières, les mauvaises conditions salariales et l'insécurité d'emploi ne constituent évidemment pas des facteurs favorables au maintien de la « santé » mentale des individus. C'est dans des milieux offrant des conditions de travail similaires qu'on risque de retrouver les personnes aux prises avec des troubles mentaux graves et persistants semblables.

Une pratique axée sur l'individu

La pratique d'insertion professionnelle est décrite abondamment dans la littérature. Essentiellement, les intervenants s'assurent que l'individu est « préparé » à vivre cette nouvelle expérience et l'on se questionne davantage sur les conditions « stratégiques » du « placement » de la personne dans son nouveau rôle de travailleur que sur les caractéristiques objectives du milieu de travail. Par exemple, on tentera de tenir compte des préférences de l'individu dans le choix d'un type de travail. On lui permettra de faire ses choix après une période plus ou moins longue de stabilité émotive et psychologique. Le milieu et le travail sont considérés favorables en soi pour la santé mentale de l'individu. On ne retrouve donc, à peu de choses près, aucune analyse critique quant aux variables « environnementales » en jeu dans le processus d'intégration de la personne dans son nouveau milieu. « L'adaptation » est clairement un processus à sens unique de l'individu à son environnement. On prône l'idée qu'exposer la personne à une variété de milieux de travail l'aiderait à développer des habitudes de travailleur. Le succès en emploi ou dans un programme de préparation à l'emploi serait lié au respect des préférences du client, au développement des habiletés sociales de la personne favorisant l'accès à un réseau de support à long terme dans son environnement naturel et aussi au simple fait d'offrir à la personne une occasion d'être payée pour le travail qu'elle effectue (Bond, 1996). On ne peut que se réjouir du respect des préférences de la per-

sonne, mais lui offre-t-on des choix valables en qualité et en quantité ? Est-il question de salaires, sont-ils compétitifs, ou s'agit-il plutôt de salaire minimum et de programmes spéciaux subventionnés par l'État ? Ces aspects ne sont généralement pas abordés par la littérature.

Voici une brève description des modèles du « Soutien en emploi » et des clubs sociaux qui sont intéressants en ce qu'ils renvoient à plusieurs des dimensions mentionnées auparavant et largement mises de l'avant par la pratique en intégration au travail.

Le « soutien en emploi »

Le postulat de base du soutien en emploi est le suivant : les personnes aux prises avec des troubles mentaux peuvent occuper un emploi si on leur en donne l'opportunité et le support nécessaire. Ce support implique des ressources de suivi professionnel (psychosocial et médical). Par exemple, un intervenant peut rencontrer une personne participant au programme sur une base régulière pour traiter avec elle des difficultés entourant son intégration dans son nouveau milieu de travail. Le réseau naturel peut aussi être mis à contribution. De plus, on préconise des milieux de travail mixtes ou l'individu est censé pouvoir faire appel au support de ses pairs travailleurs. Enfin, les placements en milieu de travail sont rapides et teintés des préférences préalables des participants (Bond, 1996). Ces dimensions seraient corrélées positivement au maintien en emploi. On présume que le milieu « est » supportant et qu'il favorise chez l'individu une gestion optimale du stress environnemental (Becker et al., 1996).

Le club social

Le club social se distingue du « soutien en emploi » en prévoyant les structures de support dont aurait besoin l'individu dans son parcours vers l'emploi. L'intervention est individualisée mais se pratique au sein d'un collectif d'employés et d'utilisateurs du programme. Dès son arrivée, l'individu peut exercer un rôle significatif dans son milieu en occupant un emploi issu du programme. C'est un milieu « protégé » de certains obstacles rencontrés en milieu ouvert. Par exemple, l'usager peut débuter un emploi de transition sans que l'on ne tienne compte de sa performance en entrevue ou de son passage en psychiatrie. Une certaine diversité au niveau des programmes d'employabilité à l'intérieur du club vise le développement des compétences individuelles chez les membres. Mais on s'assure de la présence d'un soutien modulant les facteurs de stress rencontrés par la personne dans son environnement (Jobidon et Clément, 1997).

Les modèles d'intégration et la conjoncture

Le modèle du club social par sa structure, offre la possibilité d'accéder à une « reconnaissance » sociale relative certes mais souvent rare en milieu ouvert. Le club offre la sécurité qu'il y a d'appartenir à un groupe structuré, avec ses principes et ses valeurs. Dans un article portant sur l'estime de soi chez les personnes schizophrènes, Lecomte et al. (1997) mentionnent l'importance du sentiment de « sécurité » dans un lieu de socialisation. Ils le définissent comme suit : le « sentiment d'être protégé, d'être capable de faire confiance aux autres, de pouvoir prédire ou anticiper des événements à partir d'expériences antérieures, de connaître ses limites et savoir comment agir dans son environnement ». C'est une condition fondamentale au maintien ou à l'établissement de la « croyance qu'il est possible d'atteindre ses buts, (de surmonter les problèmes rencontrés ». Toutefois, le club n'a pas réussi à faire la preuve que ses participants pouvaient prétendre être en mesure d'accéder à l'emploi ou d'exercer un rôle de citoyen à part entière à l'extérieur de ses structures. C'est en regard des objectifs précis de l'intégration au travail dans un milieu mixte qu'il semble y avoir un problème.

Les à priori du discours en intégration au travail

L'accès à un emploi est perçu comme positif à plus d'un point de vue par la littérature. Pourtant à ce jour, peu de programmes auraient démontré une efficacité significative du point de vue de l'intégration sur le marché du travail. Une étude classique de Bond et al. (1993) portant sur 21 recherches avec groupes expérimentaux et témoins, aurait démontré que l'effet des programmes évalués est faible sur la probabilité d'accéder à un emploi rémunéré et ce, quelle qu'en soit la structure. Au mieux, ils favorisent une meilleure « productivité » générale chez les personnes participantes. L'étude démontre aussi que les individus ayant un placement rapide en milieu naturel de travail demeurent plus longtemps dans le programme que ceux dont les délais d'attente sont plus longs. Il semble donc que les facteurs en jeu en intégration ne soient pas tout à fait de même nature que les dimensions visées par les interventions que l'on tente de mettre en place pour améliorer la situation. Par exemple, la plupart des programmes s'adressant à cette population endosse la notion de « trouble grave et persistant » comme catégorie cible. Cette large catégorie se rétrécit dramatiquement lorsqu'on y inclut les attentes des différents organismes quant aux comportements de la clientèle à son arrivée dans le programme. De plus, les notions d'habiletés sociales et de support psychosocial, largement diffusées dans la littérature, semblent insuffisantes lorsque

l'on veut comprendre un peu mieux la dynamique du processus d'intégration.

« L'accessibilité » : trouble et comportement….

La notion de « trouble mental » renvoie à un ensemble de problématiques et de comportements fort diversifiés vécus à des degrés d'intensité variant à l'infini. J'ai maintes fois constaté à quel point il était difficile de trouver des programmes aux critères assez souples pour même seulement tenter d'y intégrer les gens que nous desservons au suivi communautaire. Il semble qu'outre la question de la « clientèle spécifique » associée aux mandats de ces organismes, ce sont les « attentes » vis-à-vis la capacité du participant à fonctionner avec la structure du programme qui constituent souvent le facteur dominant. Par exemple, le participant doit souvent être en mesure de rencontrer un ensemble de règles plus ou moins souples et un certain code de comportement prérequis au bon déroulement du parcours d'intégration (politesse, ponctualité, prise de médication sur une base régulière, hygiène). À titre d'illustration, voici l'histoire de Marc :

Marc avait été accepté dans un programme réputé d'intégration au travail pour les personnes ayant vécu des troubles mentaux. C'est moi qui l'avais référé à ce programme. Il obtient une première rencontre avec la personne responsable. Après la rencontre, je reçois un coup de téléphone de l'intervenant m'affirmant que Marc semble avoir des problèmes au niveau de l'hygiène, qu'il « sentait » très fort et qu'il n'était pas certain de pouvoir l'accepter dans ces conditions. Je suis étonné. Je n'avais rien remarqué. Je me questionne un peu sur mes propres normes d'hygiène et j'accepte de tenter d'en discuter avec Marc. Lorsque je le rencontre, il m'explique que quand il est stressé il sue énormément. Nous convenons d'une stratégie « fort élaborée » qui consiste à ne pas oublier de mettre du désodorisant et d'amener un « T-shirt » de rechange les premiers jours.

Par une intervention aussi banale, l'hygiène était passée d'une norme implicite pouvant exclure un candidat à une dimension fort relative d'un individu à un autre et qui pouvait faire l'objet d'une discussion plutôt éducative pour tout le monde. En fait, peu de programmes ont comme seul critère d'entrée le simple fait d'avoir vécu de façon prolongée des problèmes psychiatriques, généralement c'est la nature des comportements de la personne qui fait la différence. Les notions de « sévérité et de persistance » laissent une marge de manoeuvre considérable au niveau de l'interprétation. Elles incluent à la fois un individu ayant vécu quelques épisodes de dépression depuis un certain nombre d'années et une personne aux émotions et aux comportements explosifs lorsque con-

frontée à une situation de stress. Ces comportements observables et parfois dérangeants devraient constituer un enjeu éducatif inhérent aux objectifs d'intégration sociale de tout programme. Ils deviennent souvent autant de critères d'exclusion. Dans le contexte actuel, le succès d'un programme témoigne non seulement de l'efficacité des interventions d'intégration, mais aussi, parfois, purement et simplement de l'état de santé mentale de ses participants à leur arrivée dans le programme.

« Habiletés sociales et support » : le rappel des conventions

Tessier et Clément (1992) définissent les habiletés sociales comme les comportements cognitifs, verbaux et non verbaux qui doivent être utilisés dans les rapports interpersonnels pour survivre dans la communauté et atteindre une certaine qualité de vie. Elles permettent d'établir des relations personnelles de soutien. Les gens vivant des problèmes de santé mentale graves éprouveraient des difficultés à exprimer leurs sentiments de façon efficace et « appropriée ». Ces difficultés causeraient en partie l'échec de leur intégration dans la communauté. Il faut se souvenir que ces « relations » sont colorées d'un ensemble de facteurs (statut, intérêt, famille) fort complexes. L'isolement est un phénomène social en pleine croissance et comme nous l'avait si bien dit un collègue : « C'est bien beau les habiletés sociales, mais encore faut-il avoir quelqu'un à qui parler… » (Marc Therrien).

La notion d'habiletés sociales nous renvoie donc au normatif et aux conventions sociales. On s'attend à certains comportements chez les gens que l'on croise dans notre quotidien. La vie en société demande à tout individu, la capacité d'en comprendre les règles implicites, les codes, les préjugés. Le milieu de travail est un concentré de cette réalité. Un des effets à long terme du trouble mental et de l'isolement est de réduire la confiance que la personne possède dans ses perceptions de la réalité qui l'entoure. Cela peut devenir un handicap social important selon le milieu où l'on se trouve.

Percevant sa capacité à trouver « des petits contrats au noir » comme une force démontrant sa motivation à travailler, Thomas en témoigne lors d'une entrevue d'emploi. L'entreprise qui l'avait convoqué détenait un mandat dont la mission était entre autres de lutter contre le travail « au noir ». Bien évidemment, on ne proclame pas notre fierté d'avoir « réussi à travailler sous la table » quand le discours officiel en fait un acte « criminel » et cela, même dans un organisme se réclamant de l'économie sociale.

La grande « habileté » consiste alors à être en mesure de saisir l'écart qui existe parfois entre l'expérience vécue et sentie et ce qui nous

permet d'exprimer nos conventions sociales (de classe entre autres). Thomas a vécu ce paradoxe, ce qui pouvait le valoriser et même lui procurer un certain prestige dans son milieu pouvait créer l'effet contraire dans un autre milieu. La capacité « d'analyser » les contingences du contexte social où l'on se trouve se développe généralement « in vivo », par l'expérience. Le milieu de travail est précisément cet endroit où l'on « vit » à l'âge adulte les règles implicites de notre organisation sociale. C'est par cet apprentissage que l'on apprend à s'exprimer socialement de façon adéquate, en résonance avec ce que commande le contexte en termes d'interactions sociales. C'est aussi de cet univers, qui constitue un long processus de maturation sociale, que les personnes vivant des troubles mentaux sont exclues. Elles sont ainsi privées de l'un des principaux lieux de socialisation et de support que notre société peut offrir.

De façon générale, et le modèle du Soutien en emploi en est un bel exemple, les écrits postulent l'existence d'une communauté vivante qui détient la volonté de prendre en charge ses membres les plus vulnérables et d'entretenir avec eux des rapports d'acceptation. Paradoxalement, cette promotion du support psychosocial côtoie l'augmentation de l'isolement social dans toutes les catégories de la population (Gagné, 1996). La précarisation des conditions de travail, la transformation de la famille traditionnelle et la détérioration générale des conditions d'existence liées à l'appauvrissement constitueraient certains des facteurs de ce phénomène. Les individus que nous desservons vivent en plus une précarité financière extrême. Dans ce contexte, les relations avec l'autre sont teintées aussi des difficultés dont cet autre est lui-même porteur. Elles peuvent représenter une source de stress supplémentaire et entraîner le repli sur soi (Robichaud et al., 1994). On n'a qu'à penser à l'atmosphère mouvementée de certaines maisons de chambres du centre-ville de Montréal qui constituent souvent les logements les plus abordables. C'est souvent cet univers qui constitue le premier bassin de relations sociales de la personne aux prises avec un trouble mental grave.

S'adapter : comment et à quoi

Les notions d'habiletés sociales et de support social comprises dans un processus trop linéaire traduisent mal la réalité des individus vivant ou ayant vécu des troubles mentaux. Bâtir une intervention autour de ces idées, c'est faire porter à ces personnes la responsabilité de leur projet d'intégration. Cette façon de voir provient historiquement des développements théoriques entourant l'adaptation au stress en psychiatrie. L'adaptation est souvent définie comme le fruit d'une interaction individu et environnement où l'on présume que les situations ne sont pas

stressantes en soi. C'est la perception de la situation modulée par l'histoire de vie de l'individu qui peut ou non générer du stress (White, 1995 ; Maranda, 2000 ; Leclerc, 1997). Mais s'ils sont interprétables, ces événements ou conjonctures ne peuvent l'être qu'à partir des univers socioculturels ou ils sont éprouvés. La culture pourvoit à un certain nombre de réponses. Aujourd'hui, des individus ont été bien préparés à s'adapter à certaines conditions d'existence mais ont été confrontés à des changements économiques et historiques qui ont rendu caduques leurs stratégies de survie. Certains auteurs affirment que la plus grande part du stress dans la vie proviendrait non pas d'événements particuliers mais des contraintes permanentes vécues au quotidien, des conditions d'extrême pauvreté par exemple (Robichaud et al., 1994.). La précarité génère des situations difficiles très intenses et qui durent (manque d'argent, de sécurité d'emploi, de pouvoir décisionnel). L'utilisation de stratégies individuelles pour amoindrir l'impact de ces événements se bute à la persistance de la situation de précarité et d'insécurité. Les stratégies apprises par la personne pour agir dans ces situations ne semblent pas fonctionner, entraînant un sentiment d'incompétence. Cette dissonance entre les capacités individuelles et les contingences environnementales et historiques constitue en soi une condition objective de stress. Les personnes vivant des troubles mentaux vivent déjà un choc d'identité du fait d'avoir été des individus « normaux » avec des attentes imprégnées de leur univers culturel et d'être devenues soudainement « malades » et de devoir vivre quotidiennement les contraintes liées aux années de maladie. Un second choc pourrait provenir du fait qu'elles en soient venues à croire qu'une simple amélioration de leurs rapports sociaux les remettent en position de décrocher un emploi. Nous sommes d'accord qu'il faille nourrir cet espoir et qu'il y a une place pour eux sur le marché, mais ne leur faisons pas porter le poids d'en faire la démonstration. Le marché du travail est un espace social complexe où les stratégies de survie individuelles, bien qu'importantes, peuvent atteindre rapidement leurs limites. Notre client comme tout citoyen, n'a qu'un « tout petit » pouvoir d'action dans le processus social et économique qui attribue une « valeur » marchande aux compétences d'un individu à une période donnée. De plus, les conditions liées à la pauvreté engendrent un sentiment d'impuissance chez les individus qui se sentent justement sans ce pouvoir d'action sur leurs conditions de vie objectives. Le sentiment de détenir le pouvoir d'agir sur les événements serait directement lié à ce que Wresinski (Robichaud et al., 1994) appelle des « conditions d'existence satisfaisantes » (éducation, ressources matérielles). Sans leur présence, l'auteur affirme que la capacité d'exercer un contrôle sur son environnement, d'assumer pleinement ses responsabili-

tés et ses engagements ou d'accéder au statut de citoyen est à toute fin pratique impossible. Un individu qui voudrait participer à un programme doit posséder des vêtements propres et « adéquats ». Il doit trouver un moyen de transport que son budget pourra absorber. Il doit se nourrir sur une base régulière et détenir ce qu'il faut pour organiser tout ça (frigo, poêle, contenants). Il faut avoir vu quel genre d'équipement on retrouve dans les « meublés » du centre-ville pour douter d'une telle possibilité. Être compétitif tient de l'art dans un contexte de survie économique comme celui dans lequel vivent la très grande majorité de nos clients.

Une précarisation croissante

La question de l'intégration au travail nécessite donc une mise en contexte. Sa pratique inclut le champ traditionnel de l'intervention psychosociale mais aussi tout le contexte socio-économique dans lequel elle se déroule. Le marché local et national, le phénomène de la mondialisation, les opportunités réelles d'emploi, les attentes des employeurs (compétitivité, rentabilité, normes comportementales, etc.) et des syndicats sont autant d'éléments de contexte modulant les effets des interventions sur le terrain et annihilant parfois les efforts individuels les plus motivés.

Danielle faisait un stage pour un organisme de réinsertion dans une cuisine d'une de nos grandes institutions. Elle en était très satisfaite et avait l'impression d'apprendre beaucoup de choses. Elle semblait s'entendre très bien avec le responsable de la cuisine. Un jour, son intervenant lui a appris que le syndicat de l'établissement où se trouvait la cuisine avait exercé des pressions et qu'elle ne pouvait plus retourner à cet endroit. C'était une question de « sauvegarde d'emploi ». Elle a été exclue sans préavis et sans avoir évidemment eu l'occasion de saluer ses pairs.

Pourquoi des pratiques aussi défensives ? Une des raisons provient sans doute en partie de l'insécurité engendrée par une précarisation généralisée des conditions de travail au pays. Une étude du Conseil économique du Canada effectuée entre 1980 et 1988 affirmait que les emplois temporaires, de courte durée ou à temps partiel, ne constituaient pas moins de 50 % de tous les postes créés au Canada pendant cette période. En 1989, on rapportait que le taux réel de sous-emploi au Québec était de plus de 28,6 % [1]. Cette fragilisation de l'emploi et la récession de 1990-1991 a engendré une hausse record du nombre d'assistés sociaux, soit plus de 8,5 % de la population active en 1991 (Robichaud et al., 1994 ; Boismenu et Benoit, 1998). De plus, Boismenu et Benoit

nous rappellent que l'efficacité des mesures d'employabilité du ministère de la Solidarité sociale auprès des bénéficiaires « aptes » au travail est à peu près nulle. D'ailleurs, 55 % d'entre eux seraient d'anciennes victimes de mises à pied, donc des individus avec une certaine expérience de travail. De plus, la participation à ces programmes se ferait souvent au prix de l'acceptation de conditions de travail hors normes. Rien ne nous indique que les individus vivant des troubles mentaux qui ont été jugés médicalement inaptes à travailler pourraient trouver davantage de support dans les mesures du ministère.

Un phénomène multidimensionnel

Dans un document publié dernièrement, l'AQRP mentionne un ensemble de facteurs interférant avec l'intégration au travail. La longue liste des dimensions identifiées comme des obstacles a de quoi faire réfléchir. La voici : « les politiques sociales et les mesures législatives et réglementaires, le fonctionnement des programmes et des organisations, les liens inter et intra réseaux, la méconnaissance de la réalité et des besoins des clientèles en santé mentale et travail, les milieux de travail, les particularités territoriales et la société en général » (Charbonneau et al., 2000).

Si l'accès à l'emploi permet à la personne d'« être en position d'exercer son pouvoir d'agir » et de « participer librement à la société » ou encore de reconquérir sa citoyenneté, la route y menant nous semble pour le moins, truffée d'embûches. Nous avons tenté de démontrer que des actions visant à préparer la personne à une soi-disant réalité de travailleur ne peuvent à elles seules orienter nos stratégies d'intervention. La capacité d'agir met en jeu l'accès aux ressources sociétales et matérielles (logement, éducation, revenu). Ces constats appellent une intervention multidimensionnelle où l'on tient compte des obstacles structurels, sociaux et culturels réduisant l'accès à l'exercice du rôle de travailleur. De plus, ils renvoient à un fait maintes fois observé par les travailleurs sociaux, l'inégalité des chances dans l'accès à de meilleures conditions de vie.

Agir structurellement et localement

Il est urgent d'agir localement dans la création de structures indépendantes qui seront vouées à l'intégration sociale. La coopérative sociale constitue une alternative à l'absence de services garantissant l'accès à l'emploi pour la population qui nous intéresse. Elle met en jeu un ensemble d'acteurs impliqués dans la question de l'emploi (ministère de la Solidarité sociale, des Ressources humaines) et dépasse le champ traditionnel de la santé et des services sociaux. Elles visent à fournir un

emploi rémunéré dans un milieu intégré socialement. Ainsi, la coopérative de solidarité sociale peut être définie « comme une coopérative qui, constituée librement par un groupe de citoyens sensibilisés par des besoins sociaux particuliers, cherche à fournir les services nécessaires pour répondre à ces besoins » (Laville, 1999). On parle d'une « production sociale » stimulée par des interventions d'embauche d'individus provenant des milieux défavorisés. On favorise des coops à taille humaine reliées à un territoire géographique (communauté). Les individus en sont membres et sont encouragés à jouer un rôle actif au niveau décisionnel. C'est un modèle qui renvoie à plusieurs des dimensions importantes soulevées par le champ de l'intervention psychosociale. La coopérative permet l'intégration dans un milieu « mixte » comme le défend le modèle du « soutien en emploi ». Sa mission sociale permet certains des avantages (lieu d'appartenance, milieu relativement protégé des enjeux de la compétition) du club social en évitant l'effet « ghettoïsant » et stigmatisant d'une clientèle unique. Elle prend en considération le contexte social actuel en tenant compte que les grands mouvements économiques ne vont pas dans le sens de l'intégration des plus démunis mais davantage dans celui de la compétition individuelle et de la précarisation de l'emploi (Chossudovsky, 1998). Elles constituent des entreprises « capables de fonctionner avec les règles du marché mais orientées vers une démarche solidaire » (Laville, 1999). Elles créent de vrais emplois rémunérés mais permettent aussi une participation bénévole et volontaire. Cette souplesse peut être fort utile avec cette clientèle. De plus, la coopérative peut offrir des services à ses membres. C'est une question de plus en plus explorée en intervention. Comment créer de l'emploi pour cette clientèle à partir des dépenses qu'elle effectue ? (hébergement, médication, service d'entraide) (Warner et Polak, 1995). Plusieurs coopératives en Italie et en Suisse constituent de véritables consortiums employant une population mixte psychiatrisée ou non.

Les individus aux prises avec des troubles mentaux pourraient bénéficier de l'engagement social du modèle coopératif. Aussi, la présence d'un lien privilégié avec un membre ou un intervenant demeure une pratique utile favorisant l'adaptation individuelle et ce, même dans un univers faisant la promotion de la solidarité.

Conclusion

Les notions mises de l'avant par le discours en intégration au travail sont peut-être insuffisantes si l'on souhaite comprendre les enjeux entourant le phénomène de l'exclusion du marché du travail des individus aux prises avec des troubles mentaux graves et persistants.

Inspirées du domaine de la réadaptation psychosociale, les notions d'habiletés sociales et de support doivent être remises dans leur contexte social, culturel et économique. Nous devrons comprendre davantage la dynamique d'inclusion sociale des individus notamment au niveau de nos conventions sociales dictant nos règles de « tolérance ». Il existe un fort consensus sur les bienfaits engendrés par l'accès à un travail pour ces personnes ayant fait longuement l'expérience de la psychiatrie. Mais la « nature » du travail et ses conditions demeurent des dimensions importantes si on recherche un bienfait au niveau de la santé mentale. Tout travail n'est pas « sain » en soi. De plus, le contexte socio-économique rend difficile le projet d'intégration au travail de ces individus. Nous croyons qu'il doit s'effectuer à l'intérieur d'une structure « solidaire » permettant de compenser en partie les courants du marché du travail qui malheureusement ne semblent pas aller dans le sens du soutien collectif des personnes «fragilisées ». On assiste davantage à la précarisation de l'emploi et à la valorisation des notions de compétitivité et de productivité. Dans ce contexte, la coopérative sociale détient plusieurs des avantages mentionnés par la littérature en intervention, en plus d'offrir un modèle mieux intégré économiquement. Les travailleurs sociaux oeuvrant en réinsertion au travail auprès de cette population ont le devoir de faire la promotion de ces projets davantage « structurants » pour la communauté. D'une certaine façon, c'est de renvoyer cette dernière à ses devoirs en matière d'intégration sociale des individus vulnérables.

Toutefois, certains principes issus des modèles du soutien en emploi et du club social nous semblent incontournables. Le premier, est la présence d'un intervenant avec qui la personne entretient un lien privilégié et avec lequel elle peut questionner les événements de sa vie, dont certains paradoxes entretenus par le groupe social qu'elle cherche à intégrer. Le second est l'importance de la « mixité » des contextes si l'on veut agir sur la capacité des individus et des communautés à « vivre ensemble ». Actuellement, nous pouvons difficilement nous passer de ces espaces « protégés » inhérents au milieu de l'intervention sociale où la mission primordiale demeure l'intégration des plus vulnérables. Pour le moment, ce sont ces milieux qui constituent les alternatives les plus « sûres » à la réalité de l'isolement social.

Note

1. Personnes qui ne cherchent plus de travail, temps partiels précaires, etc.

Références

BELL, M. D. MILSTEIN R. M., LYSAKER, P. H., 1993, Pay as an incentive in work participation by patients with severe mental illness, *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 7, 684-686.

BOISMENU, G., BENOIT, H., 1998, L'action publique visant les sans emploi : similarité et complémentarité de l'assurance chômage et de l'assistance sociale au Canada, *Nouvelles Pratiques sociales*, 11, I, 132.

BOND, G. R., 1996, *Outcomes from Supported Employment Programs for People with Severe Mental Illness*, World Association for Psychosocial Rehabilitation, 1-13.

CHARBONNEAU, C., LAUZON, G., 2000, *Favoriser l'intégration au travail en santé mentale : l'urgence d'agir*, Document de l'Association québécoise de la réadaptation psychosociale.

DORVIL, H., GUTTMAN, H. A., RICARD, N., VILLENEUVE, A., 1997, *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec.

GAGNÉ, J., 1996, Le virage ambulatoire en santé mentale au Québec : un détour qui évite l'alternative ?, *Santé mentale au Québec*, 21, 1, 15-26.

HOWIE THE ARP, 1994, Empowerment of mental heath consumers in vocational rehabilitation, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 17, 3, 84-89.

JOBIDON V., CLÉMENT, M., 1997, Le cercle positif de la réadaptation psychosociale : le cas du modèle club de type Fountain house, *Le Partenaire*, 5, 4, 2-11, 1-7.

LAVILLE J.-L., 1999, Les coopératives sociales italiennes, *Nouvelles Pratiques sociales*, 11, 2, 63-83.

LECLERC, C., 1997, La pertinence du paradigme stress-coping dans l'élaboration d'un modèle de gestion du stress pour personnes atteintes de schizophrénie, *Santé mentale au Québec*, XXII, 2, 233-257.

LECOMTE, T., LESAGE, A., CYR, M., 1997, Le rôle de l'estime de soi dans l'adaptation psychosociale de personnes schizophrènes, *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 16, 1, 23-37.

LEHMAN, A. F., 1995, Vocational rehabilitation in schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 21, 4, 645-657.

MARANDA, M.-F., COMEAU, Y., 2000, *Some Contributions of Sociology to the Understanding of Career*, soumis pour publication.

ROBICHAUD, J.-B., GUAY, L., COLIN, C., POTHIER, M., 1994, *Les liens entre la pauvreté et la santé mentale : de l'exclusion à l'équité*, Gaétan Morin, Montréal.

TESSIER, L., CLÉMENT M., 1992, *Réadaptation psychosociale en psychiatrie ; le défi des années '90*, Gaétan Morin.

WARNER R., POLAK, P., 1995, The economic advancement of the mentally ill in the community, Economic opportunities, *Community Mental Health Journal*, 31, 4, 381-397.

WHITE, D., MERCIER, C., 1995, La politique de santé mentale et la communautérisation des services, *Santé mentale au Québec*, 20, 1, 33-55.

ABSTRACT

Employment integration of people with severe mental disorders : a critical perspective

This article constitutes a critical reflection of the scientific discourse on the issue of employment integration of people with severe mental illness. With first-hand observations, the author puts into perspective the limits of the current discourse on the benefits of work for this clientele. The « employment support » and « social club » models are briefly presented. Notions pertaining to social skills and psychosocial support based on the rehabilitation model no longer suffice to sustain an intervention able to counter factors maintaining these people excluded. According to the author, the reality of people suffering of severe mental disorders commands a structural intervention such as the one proposed by the social cooperative model.

RESUMEN

Perspectiva critica en integración al trabajo de individuos viviendo turbios mentales graves y persistentes

Este artículo constituye una reflexión critica del discurso cientifico de la integración al trabajo de individuos viviendo turbios mentales graves y persistentes. Apoyandose de observación terreno el autor trata de poner en perspectiva las límites del discurso actual sobre los beneficios del trabajo para esta clientela. Los modelos del "apoyo al empleo" y del "club social" estan brevemente presentados. Las nociones de capacidades sociales y de apoyo psicosocial nacidas del modelo de readaptatión no son suficiente por una intervención que puede contrar los factores que mantienen estas personas en la exclusión. Para el autor la realidad vivida por la personas que padecen turbios mentales necesita

una intervención estructural y solidaria como esta propuesto en el modelo de la cooperativa social.

RESUMO

Reflexão crítica sobre a integração ao trabalho de pessoas que sofrem de problemas mentais graves e persistentes

Este artigo é uma reflexão crítica do discurso científico que trata da integração ao trabalho de pessoas que sofrem de problemas mentais graves e persistentes. Apoiando-se na observação de situações reais, o autor tenta ilustrar os limites do discurso atual sobre as vantagens do trabalho para estes pacientes. Os modelos de "apoio em emprego" e de "clube social" são apresentados brevemente neste artigo. As noções de habilidades sociais e de apoio psicossocial, advindos do modelo de readaptação, não bastam para sustentar uma intervenção que possa se opor aos fatores que mantêm estes pacientes excluídos da sociedade. Segundo o autor, a realidade vivenciada pelas pessoas que sofrem de problemas mentais exige uma intervenção estrutural e solidária como pressupõe o modelo da cooperativa social.