

UQÀM

Université du Québec à Montréal

No 04-01

**TRAVAIL ET SANTÉ MENTALE :
perspectives et défis**

par
Claude Charbonneau

UNE COPUBLICATION

DE LA



**FONDATION
TRAVAIL
& SANTÉ
MENTALE**

ET DU

LAREPPS

**Laboratoire de recherche
sur les pratiques et les
politiques sociales**

**Fondation Travail et santé mentale
Cahiers de la Fondation**

**Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales
Cahiers du LAREPPS**

No 04-01

**TRAVAIL ET SANTÉ MENTALE :
perspectives et défis**

par
Claude Charbonneau

École de travail social
Université du Québec à Montréal

© Fondation Travail et Santé mentale et
LAREPPS / UQÀM

Janvier 2004

Dépôt légal –Bibliothèque nationale du Québec, 2004

Dépôt légal –Bibliothèque nationale du Canada, 2004

ISSN 1490-8069

AVANT-PROPOS

D'abord rédigée pour un mémoire de maîtrise en intervention sociale en 2003, Claude Charbonneau publie son étude sur « L'intégration au travail des personnes vivant des problèmes de santé mentale : Un défi pour l'économie marchande, des perspectives pour l'économie sociale » pour une plus large diffusion.

L'auteur parle du travail comme déterminant de la santé et comme facteur de rétablissement et de réadaptation. Mais d'un autre côté, il parle aussi des côtés sombres du marché de l'emploi et de l'organisation du travail, et il ne cache pas l'existence des milieux de travail pathogènes. De la sorte, travail et emploi sont, dans son analyse, deux concepts distincts. Cela le positionne mieux pour faire une relecture judicieuse de la dynamique du travail et de ses effets sur la santé mentale et le bien-être.

Il souhaite que ses conclusions s'insèrent dans le « coffre d'outils » des décideurs politiques, gestionnaires et intervenants. Cette ambition est plus que celle d'un étudiant à la maîtrise en intervention sociale de l'UQÀM. Elle vient d'un artisan de l'intervention communautaire et alternative en santé mentale, du directeur général et fondateur d'Accès-Cible SMT, du président du Comité national Santé mentale Travail et membre du conseil exécutif de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP).

Claude Charbonneau vient de créer la Fondation Travail et santé mentale (TSM) afin de consolider, par la promotion, la formation et la recherche, la prévention de la santé mentale en milieu de travail, l'intégration et le maintien en emploi des personnes souffrant de troubles mentaux. Il collabore depuis plusieurs années avec le monde de la recherche, notamment le Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales (LAREPPS) que dirige le professeur Yves Vaillancourt. Ce cahier conjoint de la Fondation TSM et du LAREPPS inaugure donc une nouvelle étape dans ce partenariat.

La publication actuelle conserve en substance les citations originales tirées des entrevues qu'a menées Charbonneau avec des psychiatres, des personnes utilisant les services et des gestionnaires d'entreprises privées et de l'économie sociale. La démonstration et le style d'écriture sont aussi restés les mêmes, ceux de l'homme d'action. La révision du manuscrit et sa mise en page ont été faites par Lucie Dumais et Geneviève Shields du LAREPPS.

RÉSUMÉ

Dans le cadre d'une recherche exploratoire, la présente étude porte sur l'analyse du phénomène de l'intégration au travail des personnes vivant des problèmes de santé mentale et des interfaces de ce phénomène avec l'organisation du travail et le potentiel d'intégration des organisations issues de l'économie marchande et de l'économie sociale. Onze entrevues ont été réalisées (rejoignant au total douze participants) auprès de personnes interpellées à différents niveaux par la problématique de l'intégration au travail en santé mentale. Ainsi, deux médecins psychiatres, trois personnes utilisant les services, quatre gestionnaires d'entreprises de l'économie sociale, deux gestionnaires d'entreprises de l'économie marchande, ainsi qu'un conseiller syndical affecté à la santé et à la sécurité du travail ont été rencontrés. L'auteur étudie les différents aspects conceptuels entourant le phénomène de la santé mentale, de la réadaptation, de la psychodynamique du travail et les interfaces associant ou distinguant les organisations du travail que l'on retrouve au sein des entreprises de l'économie sociale et de l'économie marchande. Les résultats de cette recherche mettront en évidence les différents obstacles à l'intégration au travail en regard des tendances actuelles de l'organisation du travail ainsi que ceux à caractères sociopolitiques. L'auteur conclura son étude par l'élaboration d'une synthèse des recommandations issues des entrevues réalisées et de la littérature récente visant le renouvellement des politiques sociales associées à l'intégration au travail des personnes vivant des problèmes de santé mentale.

Remerciements

Il y a trois grandes femmes dans ma vie. D'abord, ma belle et ma complice, avec qui je partage ma vie depuis plus d'un quart de siècle, qui se solidarise à mes coups de cœur et à mes passions et qui en représente une bonne partie. Elle m'a appuyé tout au long de ma démarche. Au-delà de notre connivence d'étudiants (elle s'est aussi investie dans des études universitaires qu'elle a complétées récemment avec grand succès), elle fut sollicitée régulièrement pour la révision linguistique de mes envolées littéraires et je l'en remercie amoureusement.

Comptant parmi ces trois grandes femmes, il y a mes deux filles encore aux études, et qui viennent de s'affranchir de l'adolescence pour devenir de jeunes adultes. La situation des jeunes m'interpelle donc personnellement. Gérald Larose, un vieux complice de luttes, déclarait à l'occasion du Sommet du Québec et de la Jeunesse en février 2000, que nos jeunes du début du millénaire seront de la première génération de Québécois à ne pouvoir aspirer à une vie plus confortable économiquement que celle de leurs parents et à être exposés davantage au travail à statut précaire, au chômage, à la pauvreté et à l'exclusion sociale. Demeurant inquiet, je souhaite en tant que père, que ma profonde implication dans le travail et dans la vie les inspirent. J'espère aussi que mon humble démarche de retour aux études (comme celle de leur mère), prises un peu sur le tard les mobilisent afin qu'elles vivent une vie aussi passionnante, sinon meilleure que la mienne.

Yves Vaillancourt, mon directeur de maîtrise, mon inspirateur, celui qui m'a patiemment guidé vers le retour aux études, celui qui m'a *coaché* avec la passion ardente, gratuite et généreuse du professeur qui marque à jamais ses étudiants, je te remercie.

Je remercie les douze personnes qui m'ont donné accès à leurs expériences de travail et de vie et qui m'ont confié, lors d'entrevues, dans le cadre de cette étude, leurs réflexions, leurs inquiétudes et leurs espoirs en regard de la problématique de l'intégration au travail des personnes vivant des problèmes de santé mentale. Je remercie madame Marie-Luce Quintal, messieurs Gaston Harnois, Alain Levasseur, Claude Blais, Pierre Nantel, Réjean Côtes, Michel Demers, Raynald Jutras et Yves Sicotte, ainsi que les trois personnes concernées directement par cette problématique.

Au millier de personnes qui se sont mobilisées au fil des ans, à l'intérieur des programmes d'intégration au travail offerts par l'organisme où je m'investis et dont le courage et la détermination m'inspirent, m'oxygènent et m'imposent l'humilité, je transmets mon merci.

Enfin je remercie les François, les Diane B., les grands Robert, les Sylvie, les Chantal et les Philippe qui m'ont fait partager autant leur espoir que les *Abîmes du rêve* et qui m'ont accompagné dans l'apprivoisement de la condition humaine.

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|-----|
| Avant-propos | i |
| Résumé | ii |
| Remerciements | iii |
| Introduction | 1 |
| 1. Les objets de la recherche et la méthode | 2 |
| 1.1 La portée de la recherche..... | 2 |
| 1.2 Le plan de la recherche..... | 2 |
| 1.3 La méthode | 3 |
| 2. Les ancrages et les sources de mobilisation de l’auteur | 7 |
| 3. L’intégration au travail des personnes vivant des problèmes de santé mentale : une perspective historique | 15 |
| 3.1 Travailler pour acheter la gratuité de la charité..... | 15 |
| 3.2 Travailler pour financer l’asile | 17 |
| 3.3 Travailler pour sa guérison et sa libération | 21 |
| 3.4 La reconfiguration des services sous un nouveau leadership..... | 24 |
| 3.5 La désinstitutionnalisation des personnes et du travail | 25 |
| 4. Santé mentale, réadaptation psychosociale, intégration au travail : entre les débats et les besoins | 27 |
| 4.1 Définir la santé mentale | 27 |
| 4.2 Définir la réadaptation | 30 |
| 4.3 Les personnes visées par les politiques et celles négligées par l’organisation de services..... | 33 |
| 4.4 Les personnes mises à la marge des services, du travail et de la communauté..... | 36 |
| 5. Santé mentale, réadaptation psychosociale, intégration au travail : le regard critique de nos experts, psychiatres | 39 |
| 5.1 L’entrevue avec madame Luce Quintal..... | 39 |
| 5.2 L’entrevue avec monsieur Gaston Harnois | 41 |
| 6. La psychodynamique du travail et la dynamique de l’intégration | 49 |
| 6.1 Un survol de la théorie de la psychodynamique du travail | 49 |
| 6.2 Le travail, un risque pour la santé | 52 |
| 6.3 Le travail, un déterminant de la santé..... | 54 |
| 6.4 Les personnes et les stratégies d’intervention | 55 |

| | |
|---|------------|
| 7. La psychodynamique du travail et la dynamique de l'intégration, à travers le regard des personnes concernées | 58 |
| 8. L'intégration au travail : paradoxes et interfaces au niveau de l'économie marchande et de l'économie sociale | 68 |
| 8.1 Regard sur l'histoire économique..... | 68 |
| 8.2 Les interfaces et les stratégies d'influence | 72 |
| 8.3 Commentaires d'entrevue..... | 73 |
| 9. L'intégration au travail : le regard critique des gestionnaires des entreprises d'économie sociale, de l'économie marchande et des syndicats..... | 75 |
| 9.1 Le regard critique des gestionnaires des entreprises de l'économie sociale | 75 |
| 9.2 Le regard critique des gestionnaires des entreprises de l'économie marchande..... | 82 |
| 9.3 Le regard critique d'un conseiller syndical | 87 |
| 10. Les conclusions..... | 91 |
| 10.1 De la redondance dans le renouvellement de politiques innovatrices..... | 91 |
| 10.2 Une première polémique : les zones d'influence et les responsabilités inter-ministérielles..... | 92 |
| 10.3 Une deuxième polémique : la perception du potentiel des personnes | 94 |
| 10.4 Les réalités du terrain | 96 |
| 10.5 Les recommandations des personnes interviewées | 98 |
| 10.6 Des obstacles d'importance | 100 |
| 10.7 Nos recommandations | 102 |
| 10.8 Quelques mots pour conclure et pour poursuivre..... | 104 |
| Bibliographie..... | 105 |

INTRODUCTION

Le mot travail tire ses origines du mot latin *trepalium*, qui signifie instrument de torture. Par extension, dans nos sociétés occidentales, le travail fut associé à l'état d'une personne qui souffre, à une activité pénible, et entre autres, à la période de l'accouchement précédant la délivrance et la naissance pendant laquelle se produisent les douloureuses contractions utérines. L'être humain puise donc sa vie de la douleur et du travail maternel, et en vertu de la prescription de Dieu, depuis l'expulsion d'Adam et Ève du paradis terrestre ; il doit la gagner à la sueur de son front.

Le mot travail a lentement évolué pour devenir un concept décrivant l'ensemble des activités humaines coordonnées en vue de produire quelque chose. Ou encore, l'ensemble des activités économiques des hommes et des femmes (aidés ou non par les machines), organisées en vue de produire des biens et des services répondant aux besoins individuels et collectifs.

Le travail compte de nombreux synonymes : activité, labeur, étude, devoir, ouvrage, boulot, corvée, emploi, fonction, gagne-pain, métier, profession... référant ainsi à différents aspects de l'activité humaine. Conjugué à d'autres mots : heure de travail, travail à domicile, travail d'équipe, travail social, vêtement de travail, code du travail, accident de travail, médecine du travail, permis de travail, contrat de travail, travail au noir, camp de travail, monde du travail... il crée de nouveaux concepts et désigne différentes réalités.

Autant le mot travail est riche de sens, autant cette activité humaine agit de façon complexe sur l'amélioration ou la détérioration de la santé et du bien-être des hommes et des femmes qui y participent ou en sont privés.

Ainsi, que nous soyons actif ou inactif, trop jeune ou trop vieux, ou encore, dans la « force de l'âge » et au sommet de notre potentiel de productivité, que cette activité prenne un énorme espace dans notre vie ou encore, qu'elle en soit totalement absente depuis nombre d'années, le travail, activité complexe par excellence, exerce une influence déterminante sur notre bien-être.

Autant le travail peut nous infliger de profondes blessures et nous détruire ; autant il peut nous procurer de la joie, du plaisir et nous rapprocher du bonheur.

1. Les objets de la recherche et la méthode

1.1 La portée de la recherche

Le mémoire de recherche à l'origine de la présente publication portait un titre long, certes, mais évoquant bien sa portée : « L'intégration au travail des personnes vivant des problèmes de santé mentale : un défi pour l'économie marchande, des perspectives pour l'économie sociale ». La présente étude nous invite en effet à explorer certains concepts utiles pour apprivoiser et comprendre les nouvelles réalités associées à la santé mentale et au travail. Elle examinera certains problèmes sociaux et tentera de porter notre réflexion vers des pistes d'actions propices sinon à les résoudre, à tout le moins, opportunes à les circonscrire. Les politiques sociales seront donc interpellées, dans la perspective de leur renouvellement, à la lumière de notre contribution à l'avancement des connaissances.

Cette étude tentera donc d'offrir de nouvelles dimensions aux analyses entourant entre autres la problématique de la santé mentale, la réadaptation, l'intégration au travail, l'impact du travail sur la santé mentale, l'organisation du travail, les limites et les perspectives offertes par les emplois générés par l'économie marchande et par la nouvelle économie sociale. Conséquemment, les politiques sociales et les orientations gouvernementales ayant trait à la santé mentale et à l'organisation de services en ce domaine, et celles encadrant les modalités et les avenues d'intégration et de maintien au travail des personnes vivant des problèmes de santé mentale, seront donc prises en compte.

1.2 Le plan de la recherche

Dans un premier temps, nous ferons une brève incursion dans l'histoire récente afin de se rendre compte comment notre rapport sociétal avec la folie et comment le rôle et la valeur du travail ont évolué au cours des siècles et plus particulièrement au cours des dernières décennies, au sein de la société québécoise.

En deuxième lieu, nous élaborerons une synthèse des analyses ayant trait aux conditions et aux facteurs influant sur la dynamique complexe de la problématique de la santé mentale et de la réadaptation psychosociale. Nous nous attarderons aux débats qui ont cours actuellement autour de ces concepts et nous examinerons de façon attentive les offres de services en matière de traitement, de réadaptation et en particulier d'intégration au travail, à la lumière des besoins des personnes.

Notre attention se portera aussi sur la psychodynamique du travail où nous tenterons de mieux comprendre comment le travail, qui est un déterminant d'importance, peut agir dans certaines conditions sur le recouvrement et la consolidation de la santé mentale, et dans d'autres, sur la dégénérescence entraînant la souffrance et la folie. À la lumière de ces analyses, nous serons alors en mesure d'apprécier les principes et les processus offrant des perspectives prometteuses sur le plan des stratégies d'intégration et de maintien au travail.

Nous nous intéresserons par la suite aux conditions, aux modes de gestion et à la culture du travail sur le marché régulier de l'emploi créé par l'économie marchande et sur le marché alternatif de l'emploi créé par l'économie sociale. Ces analyses tenteront de mettre en lumière les impacts favorisant et protégeant la santé, ainsi que les limites et les perspectives de ces deux voies d'intégration au travail.

Nous concluons enfin ce mémoire en élaborant une analyse critique des phénomènes sociopolitiques et de l'évolution récente des politiques sociales entourant l'intégration et le maintien au travail des personnes vivant des problèmes de santé mentale. À la lumière des connaissances nouvelles que générera notre travail, nous nous efforcerons alors humblement de formuler quelques recommandations visant ces politiques.

1.3 La méthode

Afin de mener à bien ce travail de recension, d'observation, de cueillette d'informations, de prospection, d'analyse et de synthèse, nous procéderons de la façon suivante.

Premièrement l'expérience et les connaissances personnelles et professionnelles de l'auteur vis-à-vis de la problématique de la santé mentale, de la réadaptation et, en particulier, de l'intégration au travail seront mises à contribution pour servir de piste d'envoi au mémoire et seront utilisées en appui à certaines analyses.

Deuxièmement, l'histoire de l'intégration au travail des personnes vivant des problèmes de santé mentale sera scrutée afin d'analyser l'évolution de ce phénomène et de mieux circonscrire les enjeux actuels s'y rattachant.

De façon transversale à l'ensemble du mémoire, nous élaborerons une analyse de l'état de situation de l'intégration au travail des personnes vivant des problèmes de santé mentale en explorant les différentes sources de littérature concernant cette problématique qui se déploie à partir de différents angles de prise, à savoir : la phénoménologie de la santé mentale, les processus de réadaptation, les processus d'intégration au travail, les mécanismes d'exclusion et d'inclusion, la psychodynamique et la psychopathologie du travail, l'organisation du travail, les liens entre le travail et la santé mentale, les contraintes et les apports de l'économie marchande, les réalisations et les perspectives de l'économie sociale.

À propos des sources de littérature, il nous apparaît important de signaler certaines contraintes. Le domaine de l'intégration au travail des personnes vivant des problèmes de santé mentale est un champ d'intérêt peu prospecté. Ce domaine de la recherche scientifique et sociale souffre actuellement d'une certaine anémie, ne s'alimentant trop souvent que de travaux qui se contentent d'étudier des épiphénomènes et des cohortes très fragmentaires de la population vivant cette problématique et manifestant ce type de besoins.

Beaulieu et al. (2002) affirment en ce sens que « la littérature québécoise se limite quant à elle, et le plus souvent, à des études isolées portant sur l'évaluation de programmes-maison ». Dorvil et al. (1997) considèrent pour leur part que « malgré son importance dans la vie de tous les jours, le travail demeure encore méconnu en tant que déterminant de la santé (...) d'où la nécessité de susciter des

connaissances nouvelles sur cette thématique si on veut rompre le cycle infernal de la porte tournante ». Et finalement, le Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale considère qu'il faut augmenter les efforts de recherche afin d'accroître les connaissances en ce domaine (MSSS, 1998).

Dans ce contexte, nous avons donc convenu de créer une banque de connaissances nouvelles. Pour ce faire, nous avons réalisé, au cours de janvier et de février 2002, une série d'entrevues auprès de différentes personnes directement concernées par ce phénomène dynamique et complexe. Douze personnes ont été ainsi rencontrées en entrevues pour nous offrir un accès privilégié à leurs réflexions personnelles tout en nous partageant généreusement la richesse de leurs multiples expériences de vie, de militantisme, d'implications bénévoles, de travail, et d'intégration au travail.

Trois personnes utilisant des services de santé mentale et intégrées dans des postes rémunérés à temps plein, ont été rencontrées en entrevue. Ces personnes se sont montrées particulièrement enthousiastes de mettre à profit leurs expériences d'intégration et de réadaptation, dans la perspective possible de nourrir l'espoir de celles qui s'enlisent dans leur mal de vivre. Ces trois personnes, travaillant à Montréal, à Laval et à Shawinigan (des noms fictifs les désigneront), ont fait preuve d'une grande générosité en nous donnant accès à quelques repaires de leur intimité d'où elles poursuivent de façon acharnée et rigoureuse l'immense travail qu'exigent leur réadaptation, leur maintien en emploi, la consolidation de leur santé et de leur bien-être, et le libre exercice de leur pleine citoyenneté.

Deux médecins-psychiatres ont été rencontrés en entrevue. D'abord, madame Marie-Luce Quintal qui, en plus d'être médecin-responsable d'un centre de traitement et de réadaptation dans la communauté lié à l'Hôpital Robert-Giffard, est l'actuelle Présidente de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP). Monsieur Gaston Harnois, médecin-psychiatre émérite, Directeur du Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé dont le siège social canadien est localisé à l'Hôpital Douglas, s'est aussi généreusement livré à l'exercice de nous confier ses réflexions et de nous faire part de ses multiples expériences. Monsieur Gaston Harnois fut Directeur général de ce même hôpital de 1971 à 1988. Il a marqué l'histoire de la santé mentale du Québec en présidant, à la fin des années 1980, le Comité de la politique de santé mentale dont le rapport portant son nom a conduit à l'adoption par le gouvernement du Québec de la Politique de santé mentale, en 1989.

Quatre gestionnaires d'entreprises sociales oeuvrant au niveau de l'intégration au travail en santé mentale ont été rencontrés. D'abord, monsieur Pierre Nantel, qui fut durant de nombreuses années Chef du service des centres de réadaptation à l'Hôpital Louis-Hippolyte Lafontaine et qui occupe actuellement, parmi d'autres fonctions, celle de Président du conseil d'administration des Entreprises Sociales en Santé mentale de Montréal et celle de Vice-président du conseil d'administration de Innova (entreprise d'insertion liée opérationnellement à la première corporation). Ensuite, ont été rencontrés lors de la même entrevue, en Mauricie, monsieur Alain Levasseur, Président Directeur général et fondateur de Concentra à Trois-Rivières, qui est un regroupement d'entreprises sociales d'intégration au travail de personnes handicapées dont bon nombre vivent des problèmes de santé mentale, ainsi que monsieur Claude Blais, Directeur du Service d'Intégration au Travail de Shawinigan. Finalement, monsieur Réjean Côtes, Coordonnateur à la Maison Saint-Georges de Sherbrooke (Centre d'hébergement et de réadaptation en santé mentale) et membre fondateur siégeant au conseil d'administration de Défi-SM (Centre de travail adapté accueillant exclusivement des personnes vivant des problèmes de santé mentale), a été rencontré en Estrie.

Monsieur Yves Sicotte, Conseiller syndical et Coordonnateur du Service de santé sécurité et environnement à la Confédération des Syndicats Nationaux (CSN) nous a fait part de son expertise et de ses préoccupations concernant la problématique du maintien et de la rétention en emploi des personnes vivant des problèmes de santé mentale, en regard des lois et de la réglementation actuelle encadrant le monde du travail. Monsieur Michel Demers, Directeur des finances chez Cognicase (entreprise d'informatique de la nouvelle économie, ayant pignon sur rue dans le Vieux-Montréal) et monsieur Raynald Jutras, Directeur de la production chez Relizon inc. (imprimerie d'importance et de pointe localisée à Drummondville) nous ont, quant à eux, fait part de leur confiance et de leurs intérêts, mais aussi de leurs appréhensions et de leurs inquiétudes en regard de l'intégration au travail des personnes vivant des problèmes de santé mentale dans le contexte de l'évolution récente de la culture et de l'organisation du travail.

Les entrevues ont été enregistrées sur bandes sonores et retranscrites mot à mot. Ces retranscriptions ont été révisées et sanctionnées par les personnes concernées. Les retranscriptions mot à mot constituant des textes difficiles d'accès, des synthèses fidèles au contenu seront donc formulées pour la majorité des interviewés. Cependant, les extraits d'entrevues livrés par les utilisateurs de services seront retranscrites mot à mot pour des raisons dont nous ferons mention dans le chapitre qui leur est consacré. Ces trois extraits sont dénominalisés (les prénoms sont fictifs), ce qui préserve l'anonymat des répondants.

La réalisation de ces entrevues a créé un riche gisement de connaissances dont nous tirerons profit en vue d'offrir un second regard aux différents contenus des chapitres où seront traités les thèmes mentionnés précédemment.

Les réflexions et les recommandations visant le renouvellement des politiques sociales et certaines reconfigurations de la culture et de l'organisation du travail feront office de conclusion à l'ensemble de ce travail de recherche.

Nous souhaitons donc naturellement que notre étude contribue à faire reculer les limites de l'intégration au travail des personnes vivant des problèmes de santé mentale.

Nous souhaitons qu'elle migre du réseau des intellectuels universitaires vers les décideurs de politiques et de programmes, vers les gestionnaires des entreprises du secteur marchand et de l'économie sociale, vers les entrepreneurs sociaux, vers les intervenants du réseau institutionnel et communautaire, et vers les personnes elles-mêmes concernées, pour contribuer à faire germer des idées, à encourager des actions audacieuses et progressistes, à provoquer l'étincelle qui crée parfois l'innovation.

Nous formulons le vœu qu'elle contribue à favoriser dans un très proche avenir et pour une très grande majorité de personnes encore exclues l'accession à une pleine et entière fonction inclusive et citoyenne.

2. Les ancrages et les sources de mobilisation de l'auteur

Travaillant sur un chapitre de mon étude concernant l'histoire de la réadaptation et de l'intégration au travail en santé mentale et en révisant particulièrement la période effervescente des années soixante et soixante-dix, j'en suis venu spontanément à me remémorer mes souvenirs concernant l'histoire et les origines de mes propres relations avec la folie.

Comme ces premiers contacts avec cet univers ont orienté de façon fondamentale et déterminante mon cheminement d'intervenant et comme la rigueur scientifique des travaux de recherches et des mémoires demeure toujours un peu soumise aux convictions et aux passions des auteurs, je crois qu'il peut être utile, d'entrée de jeu, de livrer au lecteur quelques confidences. Voici donc, sans prétention, un bref récit de ces souvenirs qui en plus d'illustrer les motifs de mes premiers « appels » d'intervention, enracine mes coups de coeur et se propose comme introduction à cette étude.

Nous sommes au début des années soixante, les derniers jours de classe sont enfin derrière nous et, en ce début juillet, l'été que nous passerons à la campagne déborde de promesses. J'ai dix ans et autant de compagnons d'aventures. Parmi ceux-ci, il y a François, mon meilleur ami, qui habite pour l'été un chalet voisin du nôtre.

Retournant dans mes souvenirs, presque quarante ans derrière, je me revois après avoir passé une longue journée à faire reculer les forêts vierges et à réviser la toponymie de notre coin de « pays sauvage où jamais l'homme blanc n'a mis le pied », être contraint à un incontournable temps d'arrêt, le souper. J'avalais alors avec appétit et diligence le repas préparé avec soin par ma mère, pour ensuite exécuter à la vitesse de l'éclair une toilette superficielle afin de retourner le plus rapidement possible auprès de mes amis qui, comme moi, s'empiffraient et se débarbouillaient à toute vitesse dans la crainte de rater la prochaine mise au jeu d'une autre grande aventure !

Après avoir obtenu la note de passage au sévère examen que ma mère imposait à ma toilette vivement exécutée, ce qui m'accordait encore une bonne heure d'activités « calmes » avant le coucher, vêtu de mon pyjama, je me précipitais dehors dans le bien-être suave d'un soir d'été. Au profit d'un début d'obscurité, sur la pointe de mes mocassins, tout en produisant moins de bruit que nos frères de sang les Iroquois, je me rendais chez mon ami qui, lui aussi, devait avoir réalisé ces pénibles obligations de débarbouillage qu'imposaient les mères, même durant les vacances.

Malgré le temps qui passe, la trace laissée par le souvenir de ce soir particulier me fait entendre encore le filet de voix de la mère de François qui lui chantait : « le Roi, sa femme et le petit prince ». Me rapprochant de chez lui, j'entendais chanter « à l'étouffée » à l'intérieur du chalet. Plus je me rapprochais et plus j'avais l'impression qu'il était trop tard pour que la mère de mon ami lui permette de venir jouer dehors.

La mère de François était plus couveuse que les mères de mes autres amis, et le soleil, étirant déjà les ombres, nous faisait signe qu'il se préparait lui aussi à aller se coucher.

Je ne frappai donc pas à la porte afin de quérir mon ami. Mais, toujours rusé et agile comme l'Iroquois, je jetai un œil indiscret à travers les minces ouvertures du rideau tiré sur la fenêtre de la cuisine dans la perspective d'évaluer s'il valait la peine éventuellement d'aller me présenter.

Tout en chantant de sa faible voix peut-être un peu lancinante, la mère de François le savonnait énergiquement à l'aide d'une sorte de grosse débarbouillette rugueuse. Bizarrement, alors que chez moi l'intimité de la salle de bain, c'était sacré - mon grand-père qui vivait avec nous n'aurait même pas toléré qu'on frappe à la porte lorsqu'il y était - à travers les minces ouvertures du rideau, je voyais mon ami se tenant debout et nu, savonné des pieds à la tête, sur la table au milieu de la cuisine du chalet. Chantonnant approximativement en harmonie et à peu près à l'unisson les airs que lui fredonnait faiblement sa mère, François avait l'air inquiet et nerveux. Son père, assis dans sa berceuse dans le coin le plus éloigné de la cuisine, jetait sporadiquement un coup d'œil furtif par-dessus son journal. Son regard était décontenancé et anxieux.

Surpris, voire apeuré, je laissai abruptement tomber mon rôle d'Indien pour retourner à grands pas chez moi. J'étais dérouté car je savais mon ami d'un naturel gêné et pudique à l'excès. Contrairement aux autres « braves » de notre tribu, alors que sous le soleil de juillet, nous décidions de plonger dans la fraîcheur de la rivière lorsque le poisson ne mordait pas, mon ami ne prenait jamais le temps d'enfiler, comme les autres, son maillot de bain. Il sautait toujours en lançant son grand cri de guerre, tout habillé, dans le rapide de la rivière.

La mère de François était réservée et timide. Elle était aussi la femme du dentiste à propos duquel les adultes insinuaient qu'il fréquentait en secret une amante. La rumeur laissait courir aussi que le père de mon ami avait ses entrées à l'asile pour se débarrasser éventuellement de sa femme. Je sentais chez ma mère, de même que chez les mères de mes autres amis, de la solidarité et de l'empathie envers la mère de François. Je sentais aussi de la froideur et de la désapprobation envers son père.

Moi, même si personne ne me demandait mon avis, j'étais ambivalent. Je ressentais, avec ma sensibilité naturelle d'enfant, le malaise, la tension et la souffrance. Je trouvais la mère de François un peu bizarre, mais attentionnée aux enfants que nous étions, et attachante. Quant à son père, il comptait parmi les héros de mon enfance. Il était expert de la pêche à la truite grise et il nous amenait parfois, François et moi, passer une journée de privilège dans le chalet rustique qu'un de ses collègues avait fait bâtir sur une île d'un lac sauvage. Nous harponnions la carpe sur les battures, pendant qu'il partait seul, pêcher dans les profondeurs devenues les siennes. À son retour au quai, à la fin de la journée, il avait les yeux rouges de celui qui a bu pour oublier ou de celui qui a pleuré son malheur. Le père de François ne buvait pas.

Contrairement aux mères de mes autres amis, on ne voyait jamais la mère de François près du lac. Et on ne l'apercevait que très rarement à l'extérieur du chalet. Aussitôt qu'elle se sentait observée, elle rentrait. Elle disait craindre le soleil.

Ce n'est que quelques années plus tard que je compris qu'elle avait un secret. Elle prenait un nouveau médicament : le Largatil. Cet antipsychotique, nouvellement arrivé à l'époque dans la trousse du médecin-psychiatre, a entre autres effets secondaires de décupler l'effet des rayons ultraviolets provoquant une hyper-photosensibilité, favorisant ainsi les insulations. La mère de mon ami passait ses journées retirée, à lire à l'intérieur, malgré la chaleur torride des belles journées d'été. Les enfants de

mon âge la savait « malade », mais atteinte d'une drôle de maladie qui à la fois la rendait triste et attachante, mais étrange.

Lorsque, tôt le matin ou après le dîner furtif, j'allais chercher mon ami pour l'inviter à se joindre aux aventures de notre tribu mobilisée à explorer et à sécuriser contre l'ennemi l'ensemble des forêts vierges et sauvages entourant nos chalets, le scénario était régulièrement le même et je l'anticipais.

Alors que je frappais à la porte du chalet de François, sa mère, sans se déplacer, de sa faible voix, me disait d'entrer. L'odeur de détergents et de javellisants qui embaumait, le parquet brillant sur lequel s'enlignaient des meubles sombres aux allures sévères, et une lumière voilée par d'imposants rideaux lourds aux fenêtres mi-closes imposaient le respect. Timidement je me glissais à l'intérieur. Je me tenais, impressionné sur le seuil de la porte moustiquaire où j'attendais longuement mon ami, toujours lent à se réveiller de ses cauchemars et lambin à se préparer.

Sa mère me regardait, elle m'adressait toujours les mêmes questions de détails concernant mes résultats scolaires, puis elle s'enfermait dans son silence. Pendant que mon ami François prenait une éternité à s'habiller, elle se tenait debout, à moitié cachée, derrière l'imposant poêle à bois éteint qu'elle astiquait négligemment d'une guenille blanche dont elle ne se séparait jamais. Des paumes de ses deux mains, déposant pour une seconde sa guenille, elle lissait de façon systématique et répétée ses cheveux trop courts pour couvrir ses tempes. Des deux côtés de la tête, on lui avait appliqué du bleu de méthylène pour favoriser la guérison des brûlures que lui avait laissés les chocs électriques administrés au cours de son dernier séjour au tout nouvel asile de Joliette. Elle me semblait crier silencieusement sa honte.

Son regard inquiet et apeuré me fixait tout en exprimant le malaise et la souffrance de sa vie d'adulte devant la naïveté de l'enfant que j'étais. Je ressentais un étrange mélange de tourmente et de désespoir. Je devinais et ressentais aussi la peine de François, mon ami.

À dix ans on ne parle pas des peurs et des problèmes incompréhensibles de nos parents. On manque de mots pour exprimer les malaises que l'on ressent. Mais les « feelings » et les questions qui demeurent trop longtemps sans réponses occupent des espaces troublants qui encombrant notre insouciance et notre innocence d'enfant.

Le temps et l'enfance passent. Quelques années plus tard, au début des années soixante-dix, à dix-huit ans, collégien à la recherche d'un travail d'été, je posai ma candidature à des postes de préposés aux malades dans quelques hôpitaux montréalais. Ce type d'emploi était relativement lucratif à l'époque et offrait des possibilités de poursuivre le travail à temps partiel en cours d'année scolaire. Ayant à choisir parmi quelques offres d'emploi (c'était l'âge d'or), je penchai finalement pour un poste à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu, le plus important hôpital psychiatrique du Canada.

L'offre, les conditions et l'horaire de travail proposés par les responsables des ressources humaines de l'hôpital me convenaient bien sûr ; mais bien plus que le poste, le monde de la folie m'attirait de plusieurs façons. Les drames de la mère de mon meilleur ami, internée alors depuis presque une dizaine d'années, m'étaient demeurés mystérieux et incompréhensibles. François était très réservé à ce sujet. Triste et n'ayant pas le bonheur facile, il était économe de nouvelles concernant sa mère. Les élucubrations et les écorchures de certains artistes rocks d'alors, et les parcours de certains poètes

maudits me questionnaient. Je considérais alors naïvement que le poste qui m'était offert à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu m'amènerait à comprendre l'univers de la folie et me proposerait ainsi des solutions à mes questions demeurées sans réponses.

Dès mes premières heures de présence dans « une salle », le contact brutal avec la souffrance m'a confronté à mon impuissance à comprendre et surtout à aider. Cet impact a été d'autant plus fracassant et déstabilisant que personne parmi les préposés, les infirmières et même la sœur officière¹ ne semblait ni touché, ni interpellé et encore moins chaviré, comme moi je pouvais l'être, par les drames que ces gens vivaient derrière les portes closes et les barreaux des cellules. Malgré les appels au secours lancés par Jean-Charles Pagé quelques années auparavant (Pagé, 1961), le travail de préposé s'apparentait encore davantage à celui de gardien plutôt qu'à celui d'aidant.

« Ti-cul » d'à peine dix huit ans, mon « intégration au travail » comme préposé fut brutale. Comme on avait rapidement détecté chez moi que « j'avais le tour » avec les patients, après à peine quelques semaines de travail, les infirmières dont la responsable de la salle (la sœur officière n'était jamais en service les fins de semaine, une laïque la remplaçait) et les préposés réguliers me laissaient seul « en charge » au cours de leurs dîners prolongés et copieusement arrosés des fins de semaine, qu'ils allaient prendre au nouveau Centre d'Achat voisin.

Je me retrouvais donc seul, petit nouveau et inexpérimenté, responsable pour quelques heures de la sécurité d'une soixantaine de personnes recluses dans une salle à sécurité maximum dont une dizaine, parmi les plus agressifs et imprévisibles, étaient placées sous la bonne garde de leur cellule.

Sans jamais faire appel à l'équipe de fiers-à-bras de la sécurité que je pouvais rejoindre au bout du fil (il fallait prévoir 10 minutes d'attente), j'ai appris à gérer des crises, à faire de l'intervention de groupe, à m'exposer pour entrer en relation, et à construire des relations de confiance.

Seul dans « ma salle » à sécurité maximum, guidé par mon insécurité et l'inquiétude, j'ai aussi appris à trafiquer les serrures des classeurs contenant les précieux dossiers des « patients » dont on interdisait l'accès aux simples préposés dont j'étais. Mes lectures furtives et diagonales me révélaient rapidement des parcours de vie et de catastrophes que cachaient les diagnostics dont on informait, par contre, avec une certaine condescendance, les ignares préposés.

Les psychopathes et les schizoïdes dont j'avais la garde avaient soudainement des histoires qui, comme les pièces d'un puzzle assemblées les unes aux autres, me construisaient des ponts avec la souffrance à partir desquels je pouvais établir un contact et, éventuellement, tenter de bâtir une relation.

Reconnu pour son bouleversant « call de l'original » exigé à répétition et avec une « très ferme » insistance par les préposés qui s'amusaient à provoquer ses éclats pour les réprimer violemment par la suite, le grand Robert, ancien mineur de Val d'Or, m'a un jour « montré la porte ».

Laissé seul pour quelques heures, un dimanche midi, comme le personnel régulier de ma salle en avait pris l'habitude, tranquillement assis en compagnie de la cinquantaine « de patients » libres de ma salle qui sont à organiser leur après-midi (les choix étant assez limités), j'aperçois le grand Robert au fond

¹ La fonction d'hospitalière n'existait pas à Saint-Jean-de-Dieu. La nuance dans la désignation de la fonction reflète la nuance dans le rôle de la responsable s'apparentant davantage au commandement d'une brigade de travail qu'au soin des personnes.

du corridor opposé, en sueur et en transe. Il marche d'un pas lourd vers « le poste de garde » où, normalement, je devais me trouver. Il tient à bout de bras au dessus de sa tête l'imposante porte de sa cellule qu'il vient d'arracher. Du sang coule de ses mains. Spontanément, je vais vers lui. Je lui dis calmement, mais avec un certain trémolo dans la voix, que son père n'est pas là et qu'il peut compter sur moi s'il a besoin d'aide. Le grand Robert ralentit son pas, puis, après une hésitation qui me semble une éternité, avec fracas, il dépose finalement sa porte par terre. Il s'assoit, s'adosse à la porte qu'il a appuyée sur le mur, met sa tête entre ses genoux et se met lentement à pleurer. Je m'assois tout près de lui, passe mon bras par-dessus son épaule, et le grand Robert me laisse partager sa souffrance.

La lecture proscrite de son dossier m'avait appris que Robert, à l'adolescence, avait été abusé sexuellement par son père qui dormait avec un fusil de chasse sous son lit. Son père le prévenait régulièrement qu'une bonne nuit, il se lèverait pour le tuer. Devenu adulte, Robert avait finalement pris l'habitude de « s'automédicamenter » à l'alcool jusqu'à ce que sa recherche de « black-out » répétitifs provoque le *delirium tremens*. Alors un soir, du fond de son abîme, il avait tiré du « 12 » vers des hommes circulant devant la taverne qu'il avait l'habitude de fréquenter quotidiennement à Val d'Or.

Pour entrer en relation avec cet homme malgré son état de crise, la délinquante lecture de son histoire m'avait été plus utile que la vague connaissance de son diagnostic.

Mon incursion dans le monde de la folie et de l'institution fut violente et éprouvante. Elle le fut d'autant plus qu'un de mes amis, apprenant que je travaillais à Saint-Jean-de-Dieu depuis quelques mois, me confiait avec un certain malaise qu'une amie commune, Diane B., avait vécu des problèmes majeurs après avoir quitté ses parents et que son père l'avait fait interner à l'hôpital où je travaillais, selon lui, comme « gardien ».

Bouleversé par cette révélation, le lendemain, à ma pause du midi, je me rendis au service des admissions pour recueillir des informations au sujet de Diane B. M'attribuant de la qualité d'un vague cousin, ce qui me donnait accès de façon privilégiée et indécente à l'information, on m'indiqua dans quelle salle elle était et pourquoi elle y était. Les informations obtenues me confirmèrent que c'était sûrement la Diane B. que je connaissais. Elle était internée en cure fermée, donc sans permission de sortie, dans une salle dont je ne me souviens plus le nom². Elle y était enfermée depuis quelques dix mois en raison d'une décompensation grave.

Mère célibataire à dix-huit ans au début des années soixante-dix, rejetée et frappée d'ostracisme par sa famille, délaissée par son « pusher » qui avait remplacé son père au lit, elle avait tué son fils âgé d'une dizaine de semaines en l'emprisonnant dans un sac à poubelle pour lui éviter d'être dévoré par la vermine qu'elle voyait sortir d'elle-même.

Hésitant et inquiet, je me décidai à lui rendre visite après la fin de ma journée de travail. Parcourir les kilomètres de corridors de Saint-Jean-de-Dieu à travers le « trafic » humain m'offrait le temps de réfléchir et de repenser à Diane B.

² Sainte Cécile ou Sainte-Odile... les salles portaient alors le nom de saintes ou de saints (salle des femmes ou salles des hommes) qui les patronnaient et qu'on priait.

Diane B. était la plus belle fille de notre gang d'adolescents. Tous les gars la convoitaient. Mais, comme son « chum » officiel était un de la gang, une règle d'honneur nous interdisait toute initiative de séduction.

Diane B. était douce, gentille et réservée. Elle avait un regard déterminé et tendre, « les cheveux longs et la taille fine » au goût de l'époque. Elle ressemblait à Françoise Hardy ou encore à la Miss Robinson du film à la mode³. L'esprit vif, toujours première de sa classe, elle était belle, intelligente et charmante. Elle était l'idole secrète de plusieurs, dont j'étais.

Aux dernières nouvelles recueillies quelques mois avant le drame, bien qu'elle avait coupé les relations avec tout le monde, sa sœur nous informa qu'elle avait subitement abandonné le collège et qu'elle travaillait à temps partiel dans un bar, ce qui était curieux parce qu'elle était d'un naturel réservé et timide. Elle partageait depuis peu un appartement avec un copain que personne de la « gang » ne connaissait.

Enfin arrivé à sa salle, presque à l'autre extrémité du corridor de « l'aile des femmes », je demandai, à la religieuse qui m'accueillit au bureau de réception de la salle, la permission de voir Diane B.

La bonne sœur me regarda froidement, avec suffisance. M'identifiant comme le cousin lointain de mon amie et, surtout, portant encore mon uniforme de préposé de l'hôpital, mon trousseau de clefs bien à la vue (garantie de ma bonne santé mentale !), elle fit venir Diane B. et m'autorisa à la voir dix minutes dans le parloir, sous sa surveillance.

C'est alors que Diane B. arrive et malgré qu'elle titube et que son pas est hésitant, je crois la reconnaître. Elle marche avec difficultés. Elle a pris au moins 75 livres. Elle porte une chemise et une robe de toile blanche tachées des repas de la journée. Ses beaux cheveux longs qu'elle portait fièrement jusqu'à la taille, ont été coupés négligemment pour lui dégager la nuque, les oreilles et particulièrement les tempes, marquées par les traces de la sismothérapie. Elle a le visage enflé, rougi et tuméfié. Elle est méconnaissable. Ses yeux sont éteints et vitreux, comme si un surplus de larmes les avaient noyés. Bien qu'articulant péniblement, son timbre et la chaleur de sa voix n'ont pas changé. Cette voix est celle de Diane B., l'amie que j'ai connue, avant la décente aux enfers.

Après quelques hésitations, elle finit par me reconnaître et elle en pleure. Pris d'assaut dans le désespoir de l'étreinte de ses bras, j'essuie ses larmes et elle, les miennes.

Elle pleure et me lance à travers un torrent un vibrant appel à l'aide. Malgré la présence de la religieuse qui observe la scène, Diane B. me supplie de devenir complice de son évasion et de l'accompagner dans sa fuite. Elle crie qu'elle n'est pas folle, qu'on la torture en lui brûlant l'âme et qu'elle veut mourir plutôt que de demeurer internée.

Elle demeura durant des mois internée. Profitant de son premier week-end de congé temporaire, dès la première la nuit, elle échappa à la surveillance de ses parents, contraints de l'héberger, pour aller prendre son dernier envol à partir du tablier du pont Jacques-Cartier.

³ « Le Lauréat » (The Graduate) É-U. 1967. Film réalisé par Mike Nichols avec Dustin Hoffman, Anne Bancroft et Katherine Ross dont la chanson-thème « Miss Robinson » popularisée par le groupe Simon and Garfunkel s'est maintenue longtemps dans le haut du palmarès des goûts des adolescents de la fin des années 1960.

Ce constat d'impuissance s'ajoutera à de nombreux autres qui m'amèneront à m'éloigner de l'univers de l'institution, où les folies les plus meurtrières et destructrices, où les souffrances les plus dévastatrices et profondes, imposent l'inquiétude et le vertige devant l'incapacité et la paralysie à agir pour soulager et aider.

Je quitterai donc définitivement l'institution, et de façon temporaire, ce monde de la souffrance et de la folie pour y revenir quelques années plus tard, hors les murs, parmi les artisans de l'alternative.

Le « feeling » laissé par mon contact avec la souffrance de la mère de mon meilleur ami, le sentiment d'absorber le malaise profond et les écorchures de François, l'expérience de partager l'angoisse et la tristesse de son père me marqueront.

De la même manière et à un niveau encore plus direct et intime puisqu'il fut vécu au niveau des relations avec les pairs et dans l'univers de l'adolescence et de la séduction, le désarroi et la peine que j'ai accusés au contact de la détresse tragique et fatale d'une de mes copines internées pour qui j'avais une grande admiration et une grande affection ont laissé des traces indélébiles.

Malgré la culture et le cadre institutionnel, je ne pouvais me résoudre, comme on me l'enseignait, à considérer les « patients », les « fous », les « malades » et les « internés » placés sous ma surveillance comme des sous-êtres et des étrangers différents de moi. Ces personnes avec qui j'entrais en relation étaient donc pour moi des gens ordinaires qui avaient connu des expériences de vie tragiques et des parcours affectifs dévastateurs et cauchemardesques. Derrière l'hermétisme des diagnostics médicaux, je faisais la rencontre de personnes qui avaient une vie avant la décompensation, une histoire où s'était organisé et où s'expliquait leur malheur. J'entrais en relation avec des personnes qui évoluaient dans des univers assimilables à ceux dans lesquels vivaient la mère de mon ami François et ma tendre amie Diane B.

Ces personnes méritaient mon respect et mon dévouement. Plusieurs avaient mon âge. Ces jeunes partageaient la même culture et portaient les mêmes idéaux que je défendais. Ils avaient été frappés de plein fouet par des tornades qui m'étaient inconnues mais qui avaient fracturé leur vie. Ces personnes méritaient mon dévouement, mon implication et ma solidarité.

Ces valeurs, que mon expérience consolidait, me positionnaient en porte-à-faux avec la culture institutionnelle dominante. L'empathie, la sensibilité et la solidarité qui se dégageaient de mes rapports avec les « fous » créaient un malaise parmi mes collègues et mes supérieurs institutionnalisés. J'ai donc rompu avec l'institution où la prise en compte des besoins qu'exprimaient les personnes et l'établissement d'une relation d'aide solidaire étaient considérés comme une menace, voire une hérésie.

Aujourd'hui, encore intervenant en santé mentale et ayant emprunté d'autres véhicules que ceux proposés par l'institution psychiatrique pour traiter et rétablir, je suis toujours profondément passionné et mobilisé par la réadaptation et je suis toujours autant impressionné par le courage des personnes qui, ayant fait des aller-retour au pays de la folie, prennent le risque de se mesurer aux déterminants de leur malheur et de se reconstruire une vie.

La démarche des personnes qui mobilisent leurs énergies à se battre contre l'exclusion et la folie dévastatrice, tout en s'impliquant dans des luttes souvent quotidiennes dans la recherche de sens et de bonheur, m'interpelle et me mobilise encore aujourd'hui, et ce, depuis un certain été de mes dix ans.

3. L'intégration au travail des personnes vivant des problèmes de santé mentale : une perspective historique

Avant la commission Bédard de 1962 qui marque un passage déterminant de notre rapport sociétal avec le monde de la folie qui évolue d'un état hérité de la volonté de Dieu, à une maladie comme les autres et guérissable (Boudreau, 1984), les personnes vivant des problèmes de santé mentale étaient reconnues comme ayant le potentiel et la capacité naturelle de travailler. Après le rapport Bédard, la réadaptation, la réinsertion sociale et l'intégration au travail connaîtront une évolution marquée par les ratés de la désinstitutionnalisation, par la dominance de la médicalisation et de la pharmacologie, et par les défauts d'application des politiques.

Depuis ses origines et tout au long de son évolution, la société québécoise partage une perception du potentiel de la capacité de travail des personnes vivant des problèmes de santé mentale semblable à celle des autres sociétés occidentales. Par contre, en regard de l'évolution de sa relation avec la folie et l'institutionnalisation, le Québec constitue, encore une fois, une société distincte.

Pour être en mesure d'apprécier les particularités de la société québécoise en regard de sa cohabitation avec la problématique de la folie, il nous sera utile de procéder à une révision de notre histoire qui fut peu prospectée sous cet angle particulier.

3.1 Travailler pour acheter la gratuité de la charité

Sous le régime français, les premiers colons transportent avec eux leurs coutumes et leurs représentations sociales. Ils tolèrent, comme c'était la tradition dans leur pays d'origine, vagabonds, mendiants, handicapés et fous (Foucault, 1972).

Comme le quêteux qui avait son banc dans presque toutes les maisons de campagne⁴, le fou auquel on peut souvent l'associer est respecté et intégré dans la communauté dans la mesure où sans être menaçant, il offre un accès à l'aventure du voyage et de l'errance, au mystère du contact avec l'au-delà, avec le sacré et l'hérésie (Foucault, 1972 ; Demers, 2001).

Les agressifs et les violents, pour leur part, sont enfermés et enchaînés, souvent jusqu'à leur mort, dans les loges des hôpitaux de l'époque (l'espérance et les conditions de vie y étant anémiques). Les caducs, les estropiés, les invalides et les fous, ni agressifs ni violents, mais inaptes à la besogne et « incapables de travailler au défrichage des terres ou autrement inutiles au pays » sont rapidement retournés à la mère patrie (Cellard, 1991). La colonie naissante a besoin de forces productives.

Les fous, les indigents, comme les insensés, sont donc tenus de travailler en échange d'une certaine charité et d'une prise en charge communautaire. Dès 1694, à Ville-Marie, François Charon de la Barre, inspiré des maisons de charité de France, des *workhouses* d'Angleterre et des *zuchthouses* d'Allemagne, fonde une Maison de charité pour les hommes en vue de remédier à la pauvreté et au vagabondage. Les lettres patentes du Roi ordonnent que les orphelins, les nécessiteux, les vieillards, les

⁴ Le quêteux en échange du gîte et d'un repas, devait s'acquitter de certaines besognes comme fendre, corder et entrer le bois, soigner les animaux, livrer le courrier (Demers, 2001).

estropiés et les « infirmes d'esprit » y soient logés, nourris, secourus dans leurs besoins et occupés dans des ouvrages qui leur seront convenables. Il y est aussi recommandé d'apprendre des métiers aux orphelins (Boucher, 2001). La communauté des Frères Hospitaliers fondée par Charon (appelés par la population les Frères Charon) a ainsi exploité durant une cinquantaine d'années, en utilisant la force de travail de ses hébergés, une brasserie, un moulin et un magasin (Cellard, 1991 ; Wallot, 1998). Ces entreprises sociales d'insertion précédaient de loin nos *innovations* contemporaines.

Pendant que les Frères Charon gèrent des entreprises sociales afin d'améliorer la santé et le bien-être des personnes marginalisées, ou, à tout le moins, de maintenir leur intégration communautaire, de l'autre côté de l'Atlantique on pense et on agit autrement. La France et l'Angleterre entreprennent dès le milieu du 17^{ième} siècle l'enfermement des nécessiteux, des infirmes, des insensés, des fous dangereux et des délinquants. La population y étant plus dense que dans les colonies, les « poches » de pauvreté y prennent des formes plus visibles et dérangeante. La révolution industrielle latente force la réorganisation des bourgs et des villes, où une nouvelle configuration économique politique et sociale est en émergence. Les délinquants, les dépravés et les fous surtout, portent préjudice à la nouvelle donne où l'industrialisation et l'urbanisation naissantes ont besoin d'ordre, de contrôle et de sécurité. Dorénavant, ces marginaux seront pris en charge pour être emprisonnés et enchaînés dans les unités carcérales des hôpitaux de l'époque.

Cédant aux directives de la Mère Patrie, la Maison des Frères Charon sera reprise par Marguerite d'Youville qui l'intègre à son Hôpital général. L'Édit de fondation du nouvel Hôpital traduit cependant une certaine réticence à l'enfermement pur et dur en se donnant comme perspective la mise à profit de la main-d'œuvre des reclus. Le travail des internés est essentielle à l'autosuffisance et à l'équilibre financier de l'institution. Contrairement à la Mère Patrie, la colonie dispose de peu de moyens et ne peut donc se priver de la productivité de ses protégés. Par ailleurs, l'Édit relègue charitablement aux intérêts de la communauté, les pensionnaires les plus productifs (une pré-désinstitutionnalisation?). Ce texte exprime précisément que :

Nous voulons et ordonnons que les pauvres mendiants, valides et invalides, de l'un ou de l'autre sexe y soient enfermés, pour y être employés aux ouvrages et travaux que les directeurs du dit Hôpital jugeront à propos, sans toutefois que ceux qui seront aptes à travailler à la culture des terres puissent y être enfermés (Boucher, 2001).

Influencés par les idées humanistes et républicaines issues de la récente Révolution française ayant porté à l'avant-scène les valeurs associées à la liberté, à l'égalité et à la fraternité, quelques décennies plus tard, Esquirol et Pinel en France, de même que Tuke en Angleterre, soutiennent une analyse qui fait migrer les châtiés de la volonté divine à un statut de victimes de maladie. La médecine s'approprie donc un nouveau champ d'intervention, libère le « malade mental » de ses chaînes et de la prison ou des loges des Hôpitaux généraux, pour le transférer à l'asile où les drogues, l'isolement, l'hygiène physique, le travail, et par-dessus tout, l'action du médecin le guérirait (Clément, 1990).

Pinel, le leader des médecins aliénistes (médecins psychiatres d'aujourd'hui), prescrit les conditions asilaires. Il détermine les balises du traitement dont, entre autres, les sports en plein air et, surtout, « ce qui est salutaire contre les divagations des insensés, le travail, et le travail pénible même, surtout aux champs ». Cellard (1991) rapporte que Pinel, en bon républicain, considérait que « l'aliénation des nobles est presque toujours incurable » puisqu'il affirmait que « ... malheureusement, cette classe sociale n'est pas très familière avec le travail pénible ».

Dans l'esprit des aliénistes :

Il s'agit de fournir une occupation au malade pour le sortir de son isolement et dans le but de lui montrer que ses actions peuvent avoir des effets, qu'il a le pouvoir d'agir sur la nature. Le traitement moral vise également à rendre à l'aliéné une compréhension rationnelle du monde et à lui imposer un ordre moral. Bref : faire appel à la partie raisonnable qui reste de son esprit pour rendre le malade à lui-même et à la société (Longin, 1991 cité par Ward, 2002).

Influencée par les administrations européennes, une des toutes premières lois promulguée par l'Assemblée du Bas-Canada est relative « au soulagement des personnes dérangées dans leur esprit ». Cette loi créera un comité chargé d'enquêter sur la situation des insensés et des aliénés pour recommander la création d'un lieu spécifique au traitement du fou; et ce lieu, c'est l'asile (Boucher, 2001).

Contrairement au Haut-Canada, à la France, à l'Angleterre et aux États-Unis qui, dès 1815 sous l'influence des aliénistes républicains et libéraux, développent un réseau asilaire sur leur territoire, au Québec, les personnes vivant des problèmes de santé mentale entrent tardivement à l'asile. Il y a de la résistance. Le Montréal Lunatic Asylum ouvre ses portes en 1839 pour les refermer en 1845. La naissance de l'asile au Bas-Canada est alors perçue par les élites religieuses, nationalistes et conservatrices, comme s'inscrivant dans une série de mesures envisagées par les occupants britanniques et protestants afin d'assainir le climat social porteur des troubles de 1837-1838.

Les Canadiens-français résistent donc pour des raisons politiques, ethniques et religieuses à cette forme de contrôle social en prenant en charge, à l'intérieur de leur communauté, les personnes qui présentent des troubles mentaux (Cellard et Nadon, 1986). Les bancs de quêtueux font dorénavant partie du mobilier traditionnel de l'époque.

Au Canada français, l'urbanisation en était encore à ses balbutiements au 19^{ième} siècle. Ruraux, pour la grande majorité (80% de la population), les catholiques Canadiens-français exploitent la terre où, à l'ombre du clocher de l'église qui défend la religion, la langue et la nation, les solidarités familiales, paroissiales et de voisinage prennent efficacement en charge toutes sortes d'indigence dont la pauvreté, l'incapacité physique ou intellectuelle, et la folie (Dorvil, 1997 ; Wallot, 1998).

3.2 Travailler pour financer l'asile

Les Canadiens-français consentent à envoyer leurs insensés à l'asile (trois quarts de siècle après les Français, les Anglais, les Canadiens-anglais et les Américains) lorsqu'ils commencent à s'urbaniser et lorsque les communautés religieuses catholiques, tout en conservant leur leadership, s'entendent avec l'État pour héberger et sauver l'âme de ces nécessiteux moyennant une rétribution financière *per diem* et par individu.

Les subsides provenant de l'État étant modestes voire insuffisants pour couvrir l'ensemble des frais associés à l'institutionnalisation des fous, des insensés, des lunatiques, des mélancoliques, des arriérés et des débiles, la viabilité ou, à tout le moins, la santé financière de l'asile sera conditionnelle à l'exploitation par l'État et l'Église de deux sources de « cheap labor ». Afin d'assurer son

autosuffisance, l'asile doit pouvoir compter sur le travail bénévole des religieuses qui assurent la gestion de l'institution ainsi que les soins aux personnes et, d'autre part, elle doit héberger une certaine masse critique d'internés dont la force de travail est mise à profit afin d'assurer la production de biens et de services à l'ensemble des résidants et au personnel demeurant sur le site de l'hôpital.

L'hôpital Saint-Jean-de-Dieu est fondé en 1873, initiant un « boum » d'institutionnalisation. Avant la fin de ce siècle, cinq autres asiles de grande importance voient le jour. Jusqu'au moment des audiences de la commission Bédard en 1961 et 1962, on construit et on ouvre des asiles. Transcendant ses hésitations et déboutant les objections qu'il avait acquises au milieu du dix-neuvième siècle, le Québec fait un virage à 180 degrés. Il devient au début des années 1960, après un peu moins de cent ans de développement asilaire, le champion canadien de l'enfermement. Sans oser penser que l'entreprise est lucrative, on peut supposer que *les affaires* marchent bien.

Le Québec de la grande noirceur compte, à la veille de la commission Bédard au début des années soixante, plus de 20 000 lits en psychiatrie, soit presque autant de lits que comptait alors l'ensemble des hôpitaux généraux, soit environ 24 000 (Boudreau, 1984).

Avant la profonde reconfiguration de l'asile amorcée dès le début des années 1960, et contrairement au milieu anglophone où les médecins-psychiatres exercent un véritable leadership sur l'institution et où les internés sont considérés comme des malades en traitement devant éventuellement être réintégrés à leur communauté, les francophones quant à eux, fortement influencés par l'Église, conçoivent la folie comme étant un mal incurable commandé par Dieu pour nous punir et nous éprouver. Le fou était donc placé à l'asile sous la protection d'un saint⁵, et les religieuses, du fait de leur esprit d'abnégation et de leur engagement à mener une vie de chasteté, de pauvreté et d'obéissance, étaient considérées comme étant les mieux qualifiées pour prendre soin des affligés et sauver leur âme (Boudreau, 1984).

L'asile vit en comptant sur un modeste financement de l'État, mais surtout il se développe en s'appuyant sur la force de travail et la productivité de la majorité des hébergés. Le travail est alors prescrit comme une activité thérapeutique, les biens et les services produits gratuitement par les internés deviennent rapidement essentiels au fonctionnement et à l'équilibre financier de l'asile. Le travail devient donc une activité thérapeutique privilégiée, voire obligatoire qui adapte ses exigences aux capacités des personnes, à leurs obstacles et à leurs besoins de réadaptation et de formation.

Jusqu'à la Révolution Tranquille, où l'État modernise et révisé le financement de ses institutions pour éventuellement offrir une assurance assumant les frais de santé de sa population, l'équilibre financier de l'asile, quoique sain, demeure précaire. Les internés doivent être en nombre suffisant et assez productifs pour faire rouler « la machine » et financer leur asile.

Un chercheur britannique (Butler, 1993 cité par Dorvil, 1997) exprime clairement que la perte de productivité des patients vieillissants a eu un impact déterminant sur la désinstitutionnalisation en Grande-Bretagne. L'enfermement asilaire traditionnel devenant une activité économiquement déficitaire, les internés étant de moins en moins productifs, on a dû se contraindre à fermer des hôpitaux psychiatriques.

⁵ Du côté francophone, Saint-Jean-de-Dieu, Saint-Michel-Archange, St-Ferdinand-d'Halifax, Sainte-Anne de Charlevoix, du côté anglophone : Douglas, Allan Memorial.

Dans la même veine, en revenant un peu en arrière, dès la mise en œuvre du tout premier hôpital psychiatrique, l'asile de Beauport⁶ fondé en 1845 par le docteur Douglas, il fut entendu lors des négociations entourant le financement que l'État garderait à sa charge (en maison de correction ou dans ses hôpitaux) les insensés incapables de travailler. Ainsi, seuls les aptes au travail et les productifs étaient admis au tout nouvel asile moderne qui poursuivait l'objectif d'être viable, à défaut d'être rentable (Wallot, 1998).

De façon plus subtile, le texte du contrat signé entre l'État et la communauté des Sœurs de la Providence en regard de l'hébergement des insensés à leur maison de Longue-Pointe (l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu) précise que le travail est un moyen privilégié de guérison. Cette activité dorénavant liée au recouvrement de la santé est tellement généralisée que le docteur Vallée, responsable médical à l'époque, constate dès 1894, que plus de 75% des hommes sont occupés par des travaux de construction et de réparations majeures aux bâtiments de l'asile. La majorité des femmes elles, en soutien aux forces productives, préparent les repas, confectionnent des vêtements, cousent, tricotent, et tissent.

L'entrepreneurship des religieuses, misant toujours sur le potentiel, les habiletés et la capacité de production de leurs hébergés à l'asile d'aliénés, donne naissance en 1897, à deux ateliers de fabrication de brosses et de balais. Mais très rapidement, ces ateliers (entreprises d'économie sociale avant la lettre, on invente rarement) s'attirent les foudres des entrepreneurs concurrents et privés qui, devant le rapport qualité/prix des produits, en appellent à une réglementation gouvernementale concernant la concurrence déloyale de l'institution (Wallot, 1998).

Ouvrons ici une parenthèse pour apprécier les chassés-croisés de l'histoire. Une entrevue réalisée avec un gestionnaire d'une entreprise d'économie sociale nous rapporte deux exemples de confrontation entre des entreprises sociales et les compétiteurs de l'économie marchande. Il nous apprend que :

J'ai siégé durant quelques années au conseil d'administration du Sextant. C'était vers la fin des années soixante-dix et le début des années quatre-vingt. Un des produits qui fut mis en marché par le centre de travail adapté (CTA) était la chemise suspendue. Aussitôt, Oxford, qui est la grosse compagnie des chemises suspendues, a déposé une plainte de concurrence déloyale au fédéral. Alors, le tout petit CTA qui vivait avec 200 000\$ à l'époque, et qui était installé dans un local minuscule où une dizaine de personnes travaillaient, a dû aller parader devant un tribunal administratif à Ottawa. Il a fallu qu'il se défende de faire de la concurrence déloyale à une multinationale. Ça joue dur. Un autre exemple. Alors que je travaillais à Louis-H Lafontaine, on a rapatrié l'imprimerie à l'intérieur des centres de réadaptation pour l'utiliser comme plateau de travail en offrant nos services à l'extérieur de l'institution. Très rapidement, j'ai eu à répondre aux questions de la ministre Diane Lemieux qui était responsable du ministère du Travail à l'époque. Son attaché politique était venu faire une enquête parce qu'il y avait des imprimeurs d'Hochelaga-Maisonneuve qui s'étaient plaints qu'on leur faisait une concurrence déloyale. Alors il a fallu expliquer la mission de l'imprimerie et comment on utilisait ce médium dans le processus de réadaptation et de formation des clients qui avaient des problèmes psychiatriques (Entrevue avec monsieur Pierre Nantel, un gestionnaire d'une entreprise sociale).

⁶ L'asile de Beauport deviendra l'Hôpital Saint-Michel Archange.

Mais revenons à notre histoire. Au tournant du siècle, dans les campagnes à l'Est de Montréal et à l'Est de Québec, la grande majorité des hommes internés à l'asile travaillent aux champs et les femmes, elles, à la conserverie de légumes ou aux cuisines. Un document interne de l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu soulignant avec enthousiasme son centenaire, nous indique que :

La variété des fruits est immense : pieds de fraisiers, de groseilliers, de gadelliers, de cassis, de framboisiers par milliers; plusieurs treilles de vignes et beaucoup de pommiers. En 1891, on fabrique quelque 9 000 livres de confitures et quantité de vins de gadelle. Ces jardins sont cultivés par les patients. Les pensionnaires tranquilles sont employés au sarclage, semis, cueillette, arrosage, bêchage, travaux de la ferme, labours, semailles, moissons et transport des engrais. Ce travail exige une très grande surveillance et « ne laisse pas que d'entraîner de grands mécomptes et parfois des retards préjudiciables » (Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, 1975).

Mais la plupart des aliénistes de l'époque recommandent la cure par le travail qui, dit-on, diminue la surexcitation nerveuse et est favorable au bon fonctionnement des organes.

Selon Wallot (1998), la ferme devint un élément d'une importance cruciale parmi les activités de l'hôpital lui assurant presque la totale autosuffisance⁷. Non seulement le travail représente pour les soignants et les malades, une source d'occupations saines, utiles et en harmonie avec les principes thérapeutiques de l'époque; il constitue de plus pour les gestionnaires, une source d'approvisionnement économique essentielle.

À la même époque, dans les asiles de France, Ward (2002) développant une analyse plus sévère nous révèle que :

Ce système asilaire de mise au travail correspond par bien des points à une économie de type féodal. On y relève la prédominance des travaux agricoles, l'arbitraire de l'affectation aux emplois à l'asile uniquement basée sur l'appréciation d'une autorité unique (le médecin), le fait que le produit du travail ne soit pas vendu, mais utilisé par le producteur. Le pécule consenti au travailleur relève d'un principe décidé en haut lieu et non d'un calcul de la valeur d'échange au travail dans un rapport salarial. À l'asservissement produit par l'aliénation mentale on substitue la soumission à une autorité médicale suprême et à une communauté vivant en autarcie. L'utilité sociale du travail de l'aliéné est mise au service de la reproduction du système asilaire dans lequel il est enfermé.

De la naissance des asiles jusqu'au début des années 1960, au Québec, il n'était pas question de considérer la prescription et l'utilisation du travail quasi obligatoire des « patients » comme l'exploitation d'esclaves, de serfs ou encore d'une main-d'œuvre à bon marché. Les revenus naturellement tirés des surplus des produits de la ferme contribuaient, dans l'ordre normal des choses, à diminuer le soi-disant omniprésent déficit.

Dans cet univers asilaire, on hébergeait énormément et on guérissait très peu. « La guérison était un luxe que les sœurs ne pouvaient se payer » (Boudreau, 1984). Les psychiatres traditionalistes de l'époque, influencés par les vieux courants européens de médecine physique, s'appuyaient sur une approche et une compréhension neurologiques des maladies mentales, ce qui leur procurait bien peu de

⁷ À Saint-Jean-de-Dieu, jusqu'à la fin des années 1950, soit avant la vente des terrains qui seront utilisés pour la construction d'une voie d'accès au Tunnel Louis-H Lafontaine, on exploite une ferme maraîchère, une ferme laitière, un abattoir et des champs de culture de céréales sur les immenses terrains de la cité de Gamelin qui s'étendent du fleuve à la Rivière-des-Prairies, soit d'une rive à l'autre de l'Île de Montréal (Barette, 2000).

moyens d'intervention. Ils considéraient donc la plupart des maladies mentales comme étant incurables.

Une nouvelle vague de psychiatres « modernistes » formés aux nouvelles universités françaises (influencées par la psychanalyse) et américaines (mettant en valeur la réadaptation et la pharmacologie) considéraient, pour leur part, que grâce à l'avancée des nouveaux médicaments, entre autres, la maladie mentale devenait une maladie comme les autres. Elle devenait curable (Boudreau, 1984). L'avancée de la science faisait reculer l'obscurantisme et menaçait le contrôle de l'Église dans la gestion du phénomène de la folie.

En 1961, encouragé par la nouvelle vague des psychiatres « modernistes » (dont Camille Laurin et Denis Lazure entre autres, qui deviendront tour à tour ministres de la santé au cours des deux premiers mandats du gouvernement Lévesque), un ex-patient de Saint-Jean-de-Dieu publie un pamphlet : *Les fous crient au secours, témoignage d'un ex-patient de Saint-Jean-de-Dieu* (Pagé, 1961), qui, comme un raz de marée, transformera de façon radicale le système asilaire québécois.

3.3 Travailler pour sa guérison et sa libération

Quelques vingt-cinq ans plus tard, le psychiatre Camille Laurin confiera publiquement les motivations qui l'ont mené à signer la postface du livre de Pagé.

Le Québec était alors en pleine Révolution tranquille. On annonçait des réformes majeures dans des secteurs fondamentaux (...) mais la situation lamentable des malades enfermés depuis des années dans ces asiles encombrés et carcéraux ne retenait guère l'attention. C'est pourquoi il me parut essentiel (...) de cautionner le témoignage de cet ex-malade qui faisait état d'une souffrance profonde, méconnue et aiguisée par un système inadapté, inhumain et antithérapeutique. Cette fois l'opinion publique fut remuée dans ses profondeurs (Laurin, 1986).

En particulier, par rapport à l'utilisation de la force de travail des internés, Jean-Charles Pagé dénonce la prépondérance de l'exploitation du travail sur le traitement, citant à titre d'exemple le congédiement d'un collègue effectuant des travaux de peinture pour l'institution. Le motif du congédiement était un retard imposé par la distribution tardive des médicaments dans la salle où il était hébergé. Sans emploi, alors consenti comme un privilège accordé par la religieuse responsable des activités de travail, cet interné perdait ses congés de fins de semaine. Il supplia donc l'officière responsable de sa salle pour qu'elle intercède en sa faveur afin d'inciter sa collègue à réviser sa décision. Suite aux laborieux pourparlers entre les deux religieuses qui conviennent finalement d'une dérogation exceptionnelle à l'horaire de la prise des médicaments et aux multiples excuses du concerné, il reprit avec joie son travail à temps plein. En plus de lui donner accès aux congés de fin de semaine, ce travail lui rapportait une faramineuse allocation hebdomadaire de 50 cents. «Il remplaçait des ouvriers normalement payés entre \$50 et \$60 par semaine pour la même somme et la même qualité d'ouvrage» nous confiera Jean-Charles Pagé (Pagé, 1961).

Pagé démontrera aussi que l'obtention du congé définitif de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu n'allait pas de soi. Contrairement à nos références contemporaines, on entrait à l'asile beaucoup plus facilement qu'on en sortait.

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

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

Pour les instances médicales et administratives de l'époque, l'établissement et la garantie d'un lien d'emploi comptait donc parmi les déterminants de la santé et du bien-être. Le travail était alors perçu comme un facteur essentiel de l'intégration sociale, de la normalisation, du recouvrement, du maintien et de la consolidation de la santé mentale. Ce qui apparaît à plusieurs avec moins d'évidence aujourd'hui.

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

Considéré relativement en bonne santé mentale, voire guéri, sans tuteur ou encore sans lien d'emploi, *l'ex-malade* demeurera alors interné. Sa capacité et sa force de travail non intégrées par l'économie marchande seront rapidement recyclées par l'institution. La mise à profit du potentiel deviendra alors pour certains l'activité d'ergothérapie et pour les plus performants, l'évolution de la thérapie par le travail. Avec le temps qui passe, les « malades » guéris mais non réintégrés dans la société civile, à défaut de s'être trouvé un emploi ou d'être pris en charge par un membre de leur famille, consolideront leur défaite à l'intérieur des murs de l'hôpital où ils grossiront les rangs des personnes développant des troubles mentaux « sévères » et qui deviendront « persistants » selon certains.

Seul et inutile dans la société civile, à l'intérieur des murs de l'hôpital psychiatrique, le malade guéri mais non libéré, est entouré et privilégié. En plus d'être nourri et logé, il a un certain statut dans sa salle. Comptant parmi « les moins fous » et même parmi les plus normaux du groupe, on lui délègue quelques responsabilités. Il est commissionnaire. Il parraine les nouveaux admis. Il assiste les surveillants. Il peut même faire rouler son propre petit commerce au noir en vendant ou en réparant de petits articles comme, entre autres des montres et des briquets. Il a parfois une chambre à lui seul, à l'extérieur du dortoir. Il obtient donc des privilèges et une certaine reconnaissance de l'équipe soignante. En échange de tous ces « avantages », et pour quelques sous par semaine, il travaille⁸. Même si un jour on l'a considéré guéri, il deviendra au fil du temps qui passe quelqu'un qui est très fonctionnel dans l'institution mais qui est très difficilement intégrable dans la communauté puisqu'il sera devenu, selon la définition de la Politique de santé mentale, un « malade mental chronique » (MSSS, 1989).

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

Ainsi, comme l'histoire nous le démontre, les religieuses ne doutaient pas du potentiel et de la capacité de travail des malades. Grâce à certaines accommodations dans l'organisation du travail, elles tiraient le maximum de ce gisement de main-d'œuvre et au bénéfice de leur mission, dans une perspective de viabilité économique nécessaire et dans le contexte social et culturel de l'époque, avec raison, elles l'exploitaient.

Au nom des siens, Jean-Charles Pagé lança un appel au secours. De l'antichambre du changement de garde, les médecins lui répondirent.

⁸ Toujours tiré du document interne de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu: «...plusieurs services deviennent ainsi et assez rapidement une école d'apprentissage pour les malades (...) En 1956, beaucoup de travaux y sont devenus nécessaires. Il faut entretenir et réparer le mobilier, tenir un inventaire perpétuel, faire les livraisons et les vérifications d'usage; la plupart de ces besognes sont confiées aux malades qui deviennent secrétaires, caissiers ou commis; une véritable thérapie industrielle qui doit favoriser la réadaptation sociale selon l'idée que préconisent de plus en plus les autorités médicales » (Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, 1975).

3.4 La reconfiguration des services sous un nouveau leadership

Les artisans de la commission Bédard reçurent de façon inusitée le mandat du gouvernement d'appliquer leurs propres recommandations à travers la nouvelle Division des services psychiatriques. Ces jeunes psychiatres modernistes ont ainsi délogé les autorités en place liées à l'ancienne vision du traitement de la folie et de l'organisation du réseau de la psychiatrie. Dorénavant, le traitement du trouble mental échappera au contrôle du clergé ayant juridiction sur les âmes, étant considéré par la commission comme incompetent à traiter la maladie. Ce mandat sera donc rapatrié par les véritables spécialistes et experts de la maladie mentale, soit les médecins psychiatres qui obtiendront conséquemment une juridiction privilégiée sur le réseau devenu psychiatrique (Boudreau, 1984 ; Dorvil, 1997).

Ce changement de garde a aussi eu comme conséquence de chasser les femmes des postes de direction et des postes supérieurs dans l'organisation du réseau de la santé mentale. Le même phénomène s'est aussi produit dans l'ensemble du réseau hospitalier avec l'arrivée des technocrates et des bâtisseurs de la nouvelle fonction publique du Québec, portés par la Révolution tranquille des années 1960. Les hommes ayant à l'époque un statut social privilégié, ils avaient accès plus directement aux études supérieures. On rencontrait peu de femmes dans les séminaires où se donnait le cours classique.

L'avancée magistrale sur la gestion des symptômes et sur l'analgésie de la souffrance des personnes, amenée par les nouvelles molécules rendues disponibles dans les années 1950 et 1960, consacre le leadership des médecins psychiatres dans l'organisation des services de santé mentale et dans le traitement des troubles mentaux. L'exercice de ce leadership a eu comme effet, entre autres, de confier des lettres de noblesse à l'interprétation bio-médicale des problèmes de santé mentale, et de privilégier comme outil primordial et quasi unique d'intervention la pharmacologie aux dépens de la réadaptation psychosociale.

Poirier, Gagné et Dorvil (1989) considèrent que la pharmacologie, et les neuroleptiques en particulier, ont contribué grandement à la sortie des patients des asiles et que ces médicaments ont grandement concouru à faire disparaître l'agitation, l'agressivité et la violence. Cependant, selon ces auteurs, il aurait fallu investir également du côté social afin de combattre les symptômes passifs (retrait social, isolement, non-communication) qui empêchent toute réelle intégration.

Dans la même perspective, la perte de confiance dans la capacité et le potentiel des personnes vivant des troubles mentaux à s'intégrer au marché du travail est en partie liée aux vilaines traces laissées par quelques décennies de médicalisation de la santé mentale où la pharmacologie fut, et est encore souvent, le principal sinon le seul, outil de traitement :

La médication constitue une barrière presque infranchissable pour la réinsertion : elle diminue souvent les facultés cognitives des sujets et leurs capacités motrices, elles les rend moins communicatifs, plus distants, souvent endormis. Dans de telles conditions, il est bien difficile de rebâtir un réseau social, de chercher du boulot, de participer à des activités communautaires en dehors des milieux psychiatriques (Poirier et Gagné, 1988).

De façon complémentaire à ces considérations, Corin et Lauzon (1986) observent que la plus grande partie de la recherche se concentre sur les mécanismes biochimiques dans la perspective de consolider les thérapies médicamenteuses au détriment de la mise en valeur des dimensions sociales, psychologiques et relationnelles; au détriment donc de la réadaptation et de la réinsertion sociale des personnes.

3.5 La désinstitutionnalisation des personnes et du travail

S'inscrivant dans le même mouvement que les autres sociétés occidentales, depuis les années soixante le Québec désinstitutionnalise. À l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu, on prend la pole position de ce mouvement.

Le médecin-psychiatre Denis Lazure, avant d'accéder au poste de Ministre de la Santé et des Services sociaux suite à l'élection du Parti Québécois en 1976, ancien Directeur-général du Mont-Providence, accède au poste de Directeur-général de l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu en 1974. Il remplace Sœur Villeneuve qui était en place depuis 25 ans. Homme de convictions, il ne craint pas l'audace et administre avec vigueur la modernisation de l'institution.

Sous son mandat, les religieuses sont remerciées de leurs services et remplacées par des infirmières laïques soutenues par des éducateurs spécialisés. Les Saints patrons des salles sont aussi remerciés pour être remplacés par des numéros. La salle Saint-Augustin devient ainsi la 406. Même le Saint patron suprême de l'institution se voit démis de ses fonctions pour être remplacé par un politicien nationaliste ayant fait sa marque au 19^{ième} siècle. Depuis 1976, Louis-Hippolyte Lafontaine prête son nom à la désignation de l'hôpital.

On ouvre les portes, on ferme les guérites de garde aux entrées où des agents de sécurité venaient depuis peu de remplacer les policiers armés. On enlève les clôtures et les grillages aux fenêtres. On donne massivement des congés définitifs aux *malades* guéris et à ceux qui sont stabilisés par la médication. On transfère dans des pavillons externes, dans des familles d'accueil et dans des foyers de groupe ceux qui connaissent des contraintes lourdes. Sont donc gardées en institution les personnes ayant les contraintes et les obstacles les plus sévères.

Alors que durant les travaux de la commission Bédard l'institution comptait près de 6 000 personnes internées, aujourd'hui à peine 600 personnes sont encore confinées à l'intérieur des murs. Au début des années soixante, alors que l'institution comptait près de 6 000 employés soit un nombre équivalent aux personnes internées, aujourd'hui elle en compte encore environ 3 500. La désinstitutionnalisation du personnel semble plus difficile à réaliser que celle des *malades*.

Mais revenons à notre champ d'intérêt. Entrant en dissidence profonde avec l'ancienne organisation de l'asile qui assurait sa viabilité en s'appuyant entre autres sur l'exploitation de la force de travail de ses internés, les réformateurs de l'institution s'imposent une nouvelle éthique réfutant ces abus. L'intégration au travail, perçue comme un des éléments relevant de la réadaptation et non du traitement, qui est l'apanage de l'institution, sera rapidement confiée à des intervenants externes disposant de bien peu de moyens.

La préoccupation de l'intégration au travail, dorénavant reléguée à des intervenants en réadaptation à l'extérieur des murs de l'hôpital, disparaît peu à peu du champ d'intérêt et de l'horizon étroit du réseau psychiatrique qui se concentre toujours plus avant sur la seule fenêtre du traitement.

En l'espace d'une quinzaine d'années, les *malades* guéris, exploités et productifs ayant disparu, la préoccupation du travail étant confiée à de vagues organismes de réadaptation hors réseau, les constats appuyés par des décennies et des siècles de pratique confirmant le bienfait, l'utilité, l'impact thérapeutique, la portée d'action au niveau de l'intégration sociale et du recouvrement de la santé que peut produire le travail, sont rapidement tombés dans l'oubli.

Centrés sur l'élaboration de cocktails de nouvelles molécules agissant sur les échanges chimiques du cerveau, de nombreux intervenants du réseau psychiatrique négligent sciemment la réadaptation qui leur apparaît comme un domaine d'interventions secondaires et de moindre importance.

Les vagues de désinstitutionnalisation qui ont déferlé au cours des années soixante-dix et quatre-vingt, où les efforts consentis à la réadaptation ont été plutôt modestes en regard de ceux investis dans le traitement, ont produit des ratés d'importance (MSSS, 2000)⁹. Le cafouillis et l'improvisation qui ont souvent présidé à ces initiatives de délestage ont entraîné des dénonciations, des objections et des résistances exprimées par les personnes concernées, par les familles et les proches de ces personnes, par les intervenants des ressources alternatives et communautaires, et même par certains intervenants du réseau psychiatrique. Les oppositions à cet état de situation et les propositions visant la réorganisation des services de santé mentale ont été d'abord le sujet d'un avis du Comité de la Santé Mentale du Québec (MSSS, 1986), puis, dans la même foulée, sont devenues l'objet des travaux précédant une action gouvernementale innovatrice.

Société distincte encore une fois en regard de sa gestion de l'organisation de services en santé mentale, le Québec par son gouvernement adopte, en 1989, la Politique de Santé Mentale et ouvre une ère nouvelle et prometteuse en regard du traitement, de la réadaptation et de l'inclusion de l'ensemble de ses citoyens.

⁹ Encore récemment, la ministre Pauline Marois, dans son discours d'ouverture du Forum sur la santé mentale tenu à Trois-Rivières en septembre 2000, annonçait son intention d'intensifier ses efforts en vue d'inverser les investissements financiers du MSSS qui étaient toujours, à ce moment, répartis à 60% dans les budgets des hôpitaux psychiatriques et à 40% dans les services dans la communauté (où il y a une grande proportion des services dispensés sous la juridiction des institutions), et ce, malgré que les hôpitaux psychiatriques comptent de moins en moins d'hébergés.

4. Santé mentale, réadaptation psychosociale, intégration au travail : entre les débats et les besoins

4.1 Définir la santé mentale

Ramenée à une série de symptômes et traitée comme telle, la personne malade se voit trop fréquemment isolée, coupée de ses liens, de son passé et de son environnement. C'est sa condition de malade qui prime. Peu engagée dans les décisions qui la concernent, elle est souvent peu informée, privée de l'exercice de ses rôles sociaux fondamentaux ou même lésée dans ses droits (MSSS, 1989).

Lors des travaux de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux présidée par Jean Rochon¹⁰ en 1987 (MSSS, 1988), le « père » de la Politique de santé mentale du Québec, le Docteur Gaston Harnois, se fait l'émissaire d'un cri du cœur lancé par les « malades » et les usagers des services psychiatriques : « Je suis une personne, pas une maladie. »

Cette déclaration récemment reprise dans le document servant de référence à la campagne « À vos trousseaux » (Plante et Vigneault, 2001) menée par le Comité d'adaptation de la main-d'œuvre (CAMO) pour personnes handicapées, et qui souhaite amener sa contribution en vue d'endiguer les préjugés et les obstacles envers l'intégration et le maintien au travail des personnes vivant des problèmes de santé mentale, fait ressurgir les débats autour des concepts de maladie et de santé mentale.

Dans la perspective de cerner la complexité de la dynamique entourant l'éventail de ces deux concepts qui s'opposent à tous les niveaux du traitement et de la réadaptation en « santé ou en maladie » mentale, il sera utile de nous référer aux travaux, aux analyses et aux discussions qu'ont menées différents organismes préoccupés à cerner la nature même de ce phénomène humain.

Depuis la déclaration d'Alma-Ata énoncée par l'Organisation mondiale de la santé (O.M.S., 1978) le concept de santé prend le pas sur celui de maladie. Ainsi, alors que l'O.M.S. définit la santé non pas comme l'absence de maladie mais « comme un état complet de bien-être physique, mental et social », la réflexion sur la santé mentale prendra alors compte des différentes dimensions de la vie humaine. De façon déterminante, puisque cette déclaration influencera les orientations en matière de santé de l'ensemble des pays industrialisés; les dimensions biologiques, psychologiques et sociales de la santé mentale seront depuis, mises en corrélation.

Malgré les débats qui persistent toujours à propos de l'importance relative de ces dimensions l'une par rapport aux autres, au Québec, un certain consensus prendra forme autour des travaux qui ont conduit à l'élaboration de la Politique de santé mentale et qui ont défini le concept de santé mentale comme suit :

C'est l'aspect du psycho-développement qui caractérise le mieux la santé mentale. Ainsi, la santé mentale d'une personne s'apprécie à sa capacité d'utiliser ses émotions de façon appropriée dans les actions qu'elle pose (affectif), d'établir des raisonnements qui lui permettent d'adapter ses gestes aux circonstances (cognitif), et de composer de façon significative avec son environnement

¹⁰ Le Docteur Jean Rochon deviendra Ministre de la Santé et des Services sociaux dans les gouvernements Parizeau et Bouchard au milieu des années quatre-vingt dix où il marquera de façon déterminante la réforme de l'organisation des services de santé.

(relationnel). Tout en reconnaissant cette spécificité, il demeure fondamental d'agir à la fois sur les dimensions biologique, psychologique, sociale et ainsi d'élargir l'action en santé mentale (MSSS, 1986).

Dans la même foulée, et précédant de peu la conclusion des travaux qui se déroulent au Québec autour de la Politique de santé mentale, Santé et Bien-Être Canada soumet sa définition en y enchâssant une dimension politique:

La santé mentale est la capacité de l'individu, du groupe et de l'environnement d'avoir des interactions qui contribuent au bien-être subjectif, au développement et à l'emploi optimum des capacités mentales (cognitives, affectives et relationnelles), à la réalisation de buts individuels et collectifs justes et à la création de conditions d'égalité fondamentale (Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1988).

L'Association canadienne des travailleuses et des travailleurs sociaux s'inspirant de cette définition élabore sur les interfaces politiques et sociales de la santé mentale en précisant au préalable que les tentatives passées de définir la santé mentale se sont concentrées sur les caractéristiques psychologiques et comportementales des individus plutôt que sous un angle tenant compte des dynamiques sociales et politiques de la collectivité. L'ACTS affirme que la plupart des services, programmes, lois et professions qui interfèrent dans le domaine de la santé mentale sont axés essentiellement sur le traitement du trouble mental et que, conséquemment, nos institutions et la société en général perçoivent la santé mentale simplement comme l'absence de symptômes psychiatriques ou de troubles mentaux. Précisant son analyse, cette association affirme que :

La vie mentale englobe à la fois l'expérience interpersonnelle interne et l'expérience interpersonnelle en groupe. Nos interactions avec d'autres ont lieu dans le cadre de valeurs sociétales; par conséquent, toute définition de la santé mentale doit nécessairement tenir compte du genre de personne que nous pensons devoir être, des buts que nous considérons comme souhaitables et du type de société où nous aspirons vivre. (...) les travailleurs sociaux n'isolent pas les idées sur la santé mentale des valeurs sociales plus vastes comme le désir d'égalité entre les personnes, la poursuite en toute liberté de buts légitimes individuels et collectifs et la répartition équitable et l'exercice du pouvoir (ACTS, 2001).

Enfin, l'Association, tout en élaborant sur sa compréhension de la dynamique sociale de la santé mentale, identifie la pauvreté, les préjugés, la discrimination, le préjudice, la marginalité, la gestion médiocre des ressources et le manque d'accès aux ressources comme autant d'obstacles et de menaces à la santé mentale.

Pour sa part, plus influent dans l'organisation des services et des ressources en santé mentale sur le territoire du Québec, le Comité de la santé mentale du Québec, au cours de ses travaux visant à réviser et à enrichir la Politique de santé mentale bonifie la définition émise en 1989 ainsi :

La santé mentale, définie comme l'état d'équilibre psychique d'une personne à un moment donné, s'apprécie entre autres à l'aide des éléments suivants : le niveau de bien-être subjectif, l'exercice des capacités mentales et la qualité des relations avec le milieu. Elle résulte d'interactions entre les facteurs de trois ordres : biologiques relatifs aux caractéristiques génétiques et physiologiques des personnes, des facteurs psychologiques liés aux aspects cognitifs, relationnels et affectifs et des facteurs contextuels qui ont trait aux relations entre la personne et son environnement. Ces facteurs

sont en évolution constante et s'intègrent de façon dynamique chez la personne. La santé mentale est liée tant aux valeurs collectives d'un milieu donné qu'aux valeurs propres à chaque personne. Elle est influencée par des conditions multiples et interdépendantes telles que les conditions économiques, sociales, culturelles, environnementales et politiques (C.S.M.Q., 1994).

Toujours en lien avec son mandat de développer et d'enrichir la Politique de santé mentale, le Comité de la santé mentale du Québec menait récemment des travaux conjoints avec la Direction générale de la santé de France, portant sur la planification et l'évaluation des besoins en santé mentale. D'entrée de jeu, les auteurs de l'avis (Kovess et coll., 2001) rendant compte de l'évolution du débat entourant la définition de la santé mentale nous apprennent que chez nos cousins d'Outre-Atlantique, il n'existe pas de définition officielle de la santé mentale. Cependant, le ministère français de la Santé décrit les principaux objectifs et orientations de la politique concernant la santé mentale de la façon suivante :

On doit envisager les problèmes de santé mentale sous un angle élargi et selon une conception positive et dynamique de la santé : en cherchant à promouvoir des facteurs de santé, en s'intéressant davantage aux aptitudes des individus et des groupes vis à vis de leur santé. Pour ce faire, trois niveaux sont à considérer : l'individu, la famille et le groupe social ou communauté (Kovess et coll., 2001).

Toujours selon les mêmes auteurs, en Angleterre, les Britanniques, peut-être plus pragmatiques, définissent la santé mentale comme la capacité à gérer les changements, à reconnaître et à communiquer des sentiments tant négatifs que positifs, à établir et à maintenir des relations, à réagir aux stress et/ou à modifier les environnements ou les relations qui causent ces stress. La santé mentale est un équilibre, mais c'est aussi la capacité de ressentir des sentiments extrêmes, d'être heureux et malheureux, plein d'espoir et désespérés.

En lien avec ses travaux portant sur la topologie d'indicateurs de la santé mentale de la population, le Britannique Mac Donald considère que la santé mentale implique le sentiment et la conviction que l'on a des droits, de la valeur, du pouvoir et un certain degré de contrôle et d'influence sur ce qui nous arrive. Elle implique aussi la compréhension et l'acceptation que des problèmes psychologiques peuvent nous arriver et arriver aux autres et qu'ils arrivent à tout le monde à certaines périodes de la vie. La santé mentale implique des sentiments positifs sur soi et les autres, le sentiment d'être heureux, joyeux et aimé (Mac Donald, 1991, cité par Kovess et coll., 2001).

Être en mesure d'apprécier vivre à nouveau ces sentiments simples constituent les aspirations élémentaires et fondamentales des personnes vivant dans la tempête des problèmes de santé mentale. Ces hommes et ces femmes affirmeront ainsi qu'ils veulent redevenir « quelqu'un, quelque part »¹¹ et ne plus être une maladie. Ils confieront leurs intentions de redevenir simplement ordinaires, confondus dans leur milieu de travail parmi les autres travailleurs et anonymes dans leur milieu de vie parmi les autres citoyens de leur village, de leur ville et de leur quartier. Ils souhaiteront ainsi retrouver une vie active et normale grâce à laquelle ils se sentiront utiles, reconnus et aimés.

¹¹ Titre d'un atelier du 8^{ième} Colloque de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP) tenu à Sherbrooke en 1998 et portant sur le logement social.

4.2 Définir la réadaptation

L'intervention en santé mentale gravite constamment autour de deux pôles d'attractions interdépendants l'un de l'autre, soit celui du traitement ou du soin, et celui de la réadaptation psychosociale. La symbiose ou la dichotomie de ces champs d'intervention nourrissent les discussions et les polémiques autant que l'ordre d'importance des phénomènes influençant la santé mentale suscite des débats. Les délibérations à ces deux niveaux s'entrecroisent et s'entrechoquent réciproquement. Bachrach, spécialiste américaine renommée de la réadaptation psychosociale, propose d'associer intimement, dans chacune des interventions réalisées dans le domaine de la santé mentale, le « cure » (l'action de guérir) relevant principalement du champ médical et le « care » (l'action de prendre soin) sous l'apanage du social (Bachrach, 1996). Sa proposition rencontre quelques écueils à se matérialiser.

Comme nous l'avons déjà soulevé dans la conclusion du chapitre analysant l'intégration au travail dans une perspective historique, pour certains intervenants du monde médical, le « cure » a une action plus fondamentale et déterminante dans le domaine de la santé mentale que le « care » qui est une activité associée à la vie mondaine se déroulant dans les salons de thé¹².

La suprématie du traitement sur la réadaptation a longtemps été encouragée et protégée par l'institution et l'organisation des services en santé mentale. Orienter l'intervention du traitement médical vers la réadaptation, c'est un peu comme dans une course à relais, passer le témoin à un autre coureur, spécialiste d'une autre étape de la course mais tout aussi compétent que soi, qui continuera à relever le « challenge » pour franchir le but en portant le dossard de notre équipe. Mais certains joueurs ont peu de propension au travail d'équipe. L'hôpital et l'institution, chefs-lieux du traitement, ont longtemps considéré qu'ils étaient imbus de la mission d'exercer le leadership sur l'ensemble du domaine de la santé mentale. Certains continuent de l'affirmer, à travers des enjeux qui ont des ascendants politiques et économiques, où l'asile s'affirmant « réformé », lutte féroce pour sa survie.¹³

Le psychiatre et historien Hubert Wallot, puisant dans un gisement d'arguments illustrant les revendications et les récriminations des intervenants défendant la suprématie du traitement, nous fait la grâce de rapporter les affirmations publiées dans le journal *Le Soleil* (11 avril 1997. B-9) du Docteur Michel Maziade (Directeur du département de psychiatrie de l'Université Laval et également directeur du très important et très subventionné (les superlatifs sont de Wallot) Centre de recherche Laval-Robert-Giffard) :

Le concept de santé mentale est l'art d'éviter l'essentiel (...) et il devient pernicieux dans la façon dont le lobby psychosocial (comprendre la réadaptation psychosociale) et certaines instances du ministère de la Santé et des Services sociaux l'utilisent. Six mythes ou scotomisations de la réalité en découlent, la négation des maladies mentales ou maladies du cerveau à incidence psychiatrique, la négation du fait que le virage ambulatoire en psychiatrie a commencé il y a 30 ans, la négation

¹² Le réputé Docteur Yves Lamontagne, qui aime bien provoquer l'adversaire, comme il se plaît à le dire, et qui était à la fin des années quatre-vingt dix Président de l'Association des médecins psychiatres, se targuait de comparer les groupes d'entraide de personnes vivant des problèmes de santé mentale à des salons de thé.

¹³ En lien avec une des recommandations du plan d'action du Groupe d'appui à la transformation des services de santé mentale de créer un Institut de la santé mentale (MSSS, 2001b), récemment les trois plus importants hôpitaux psychiatriques du Québec, Louis-H Lafontaine, Robert-Giffard et Douglas (2001) ont signé en présence de journalistes, une entente de collaboration en vue de devenir des Instituts universitaires de santé mentale. Cette stratégie concertée (selon leur appellation) vise aussi à redorer l'image de l'institution, à élargir sa vocation et à recycler des budgets sujets à être rapatriés dans la communauté.

du fait que 20 pour 100 des patients souffrant de maladies du cerveau à incidence psychiatrique ont un parcours déficitaire et résistant aux traitements, la négation du fait qu'il est impossible de prévenir les maladies du cerveau à incidence psychiatrique, la négation du fait qu'il existe en santé mentale, des maladies aussi graves que le cancer, la négation par le concept de « santé mentale » de la nécessité de cibler des priorités tangibles et quantifiables, et aussi pertinentes. (...) de mettre en veilleuse l'objectif noble mais intangible de développer de nouveaux indicateurs comme la détresse psychologique dans la population (Wallot in Kovess et coll., 2001).

À l'autre extrémité de la lunette, chez les organismes de défense de droits en santé mentale et chez certaines ressources alternatives, le concept de réadaptation provoque aussi une levée de boucliers.

S'inspirant d'une interprétation de la théorie du processus de production du handicap (PPH)¹⁴ mis de l'avant par les associations de personnes handicapées qui revendiquent des accommodations sociétales et environnementales garantes de l'éradication des handicaps, l'Association des groupes d'intervention en défense de droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ), inspirée par les associations de groupes de *Survivors* américains¹⁵, met de l'avant que ce ne sont pas les personnes vivant des problèmes de santé mentale qui sont inadaptées, mais que c'est plutôt l'organisation des services psychiatriques qui les ostracise et la société en général qui crée des obstacles et exclut les personnes différentes. Selon cette analyse, la réadaptation apparaît donc comme un exercice de récupération proposant de réhabiliter les personnes pour les rendre conformes aux exigences et aux contraintes sociales.

Partenaire des associations québécoises de personnes handicapées dans la critique du concept de la réadaptation, l'AGIDD-SMQ se différencie par ailleurs de ce mouvement qui, tout en revendiquant des transformations sociales et politiques transcendant la simple réadaptation, ne met pas en doute le bien-fondé du traitement, ni ne critique la culture de l'organisation des soins. À la différence du milieu associatif des personnes handicapées, qui a tendance à percevoir le monde médical comme un allié, en santé mentale, ce-dernier est vivement contesté par plusieurs.

Ainsi, l'AGIDD-SMQ se donne pour mission, en plus de défendre les droits des personnes vivant des problèmes de santé mentale, de dénoncer les abus de la psychiatrie et d'établir un rapport de force entre les personnes vivant un problème de santé mentale et les professionnels de la santé (AGIDD-SMQ, 2002).

De son côté, le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ) dénonce la trilogie du modèle largement dominant en psychiatrie : hégémonie du psychiatre, médication, hospitalisations à répétition. Le RRASMQ affirme aussi que l'alternative doit constamment remettre en question le pouvoir psychiatrique et toutes formes de domination et d'aliénation en permettant la contestation, par les personnes, individuellement et collectivement, du pouvoir psychiatrique et en s'engageant à soutenir concrètement le droit à la gestion autonome de la médication. Par rapport au concept de la réadaptation, le Regroupement est moins incisif. Sans élaborer sur la valeur du concept, il déclare que l'alternative respecte et encourage le pouvoir décisionnel de la personne qui demande de l'aide... et elle vise de plus à créer les conditions

¹⁴ Reprise par l'OPHQ, le CAMO pour personnes handicapées et par la COPHAN (Confédération des organismes de personnes handicapées), la théorie du processus de production du handicap a été élaborée par l'OMS en 1980 (Boucher, 2001).

¹⁵ Mouvement radical, consacré à la défense des droits des personnes se définissant comme ayant survécu à la psychiatrie, s'étant constitué à la fin des années soixante-dix aux États-Unis. Cette appellation est reprise au Canada-anglais pour désigner les associations de personnes qui, traduite en français, devient survivantes psychiatriques (Church, 1997).

nécessaires permettant à la personne de s'approprier le pouvoir sur sa propre vie, sur sa situation et sur son environnement (RRASMQ, 1999).

Le « cure » et le « care », souvent associés l'un à l'autre, se retrouvent régulièrement confondus sur la ligne de tir des associations faisant la promotion des droits des personnes. Ce discours laisse bien peu de place à la formulation de propositions initiant des stratégies visant le recouvrement de la santé et du bien-être et l'inclusion citoyenne.

Le débat opposant certains militants extrémistes du camp médical et du camp de la défense des droits et de l'alternative, qui contestent chacun à leur façon le concept et l'action même de la réadaptation psychosociale, laissent (stratégiquement pour les uns et maladroitement pour les autres) une large place au traitement que les tenants de l'institution et les défenseurs de l'approche bio-médicale se chargent d'occuper.

L'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP), pour sa part, réussit à regrouper parmi ses membres corporatifs des organismes de défense de droits, des ressources alternatives, des organismes communautaires autonomes, des associations de parents et de proches et des organismes du réseau, dont des hôpitaux psychiatriques. Sans favoriser la confrontation des convictions, des cultures et des différences, cette association tend plutôt à faire la promotion des pratiques, des interventions et des principes favorisant le rétablissement des personnes à la lumière de sa définition de la réadaptation psychosociale qui est de: « favoriser l'épanouissement des personnes aux prises avec des troubles graves de santé mentale au sein même de la communauté à laquelle elles appartiennent de droit, dans toute la mesure de leurs possibilités et en respectant leur libre arbitre (AQRP, 1990) ».

Dans la même voie, le Comité de la santé mentale, dans un avis émis en 1992, propose une définition de la réadaptation psychosociale tout en précisant quelques mises en garde destinées à éviter de transférer le modèle de la réadaptation physique à la santé mentale et mettant en relief les différentes interprétations et les différentes mises en pratique que l'on peut faire de cette définition :

La réadaptation est le processus qui facilite le retour d'un individu à un niveau optimal de fonctionnement autonome dans la communauté. Alors que la nature du processus et les méthodes utilisées peuvent varier selon les différents programmes, la réadaptation encourage invariablement les personnes à participer activement avec d'autres à l'atteinte des buts concernant la santé mentale ou la compétence sociétale ...le processus met l'accent sur l'intégrité et les forces de l'individu et cherche une approche globale à travers des services professionnels, résidentiels, de loisirs sociaux, éducationnels et d'adaptation personnelle (Tessier et coll., 1992).

Les auteurs de cette définition identifient des principes guidant les pratiques de réadaptation, entre autres: développer les habiletés, favoriser l'autodétermination des individus, permettre aux individus de vivre dans les lieux les moins restrictifs possibles, individualiser les processus de réadaptation, déprofessionnaliser les services, changer l'environnement au sens de ce qui, dans la société, peut nuire à la réadaptation, donner la priorité au social par rapport au médical. Selon cette proposition, la réadaptation doit se réaliser en deux étapes : d'abord, l'amélioration du fonctionnement social de la personne par des traitements psychologiques et des programmes d'entraînement aux habiletés sociales et de travail, et, deuxièmement, la création et le maintien d'un système de soutien à long terme permettant de préserver le fonctionnement de la personne dans la communauté et de minimiser sa détérioration.

Dans une perspective plus globale, Kovess et coll. (2001) ajoutent que la réadaptation psychosociale s'appuie sur un principe fondamental, celui de redonner aux personnes le plus de pouvoir possible, soit de favoriser leur « empowerment »¹⁶. Et enfin, comme finalité de la réadaptation, les personnes vivant des problèmes de santé mentale doivent trouver une place pleine et entière au sein de la société et non dans des lieux qui les accueillent en marge du réseau social; la société doit aussi se préoccuper des besoins propres des individus dans leur diversité pour assurer de façon adaptée sa mission de solidarité et permettre à chaque individu d'exercer sa citoyenneté.

4.3 Les personnes visées par les politiques et celles négligées par l'organisation de services

La Politique de santé mentale adoptée en 1989 formulait deux objectifs et orientations : premièrement, permettre à toute personne dont la santé mentale est perturbée ou qui risque de voir son équilibre psychique compromise d'obtenir une réponse adaptée à ses besoins et une attention appropriée à sa situation; deuxièmement, favoriser le maintien et le développement optimal de la santé mentale de la population.

La Politique de Santé mentale du Québec nous révélait qu'une personne sur cinq connaîtra des problèmes de santé mentale au cours de sa vie et que seulement 20 pour cent de ces problèmes seraient dépistés et traités. Concernant l'identification des besoins des personnes, la Politique comptait intervenir auprès de quatre types de clientèle prioritaires :

Les personnes vivant des troubles mentaux sévères et généralement persistants (les malades mentaux chroniques, selon son appellation), les personnes vivant des troubles mentaux transitoires « qu'une aide appropriée (...) peut ramener à leur niveau de fonctionnement psychologique et social antérieur », les personnes dont la santé mentale est menacée parce qu'elles vivent des situations ou affrontent des conditions de vie intolérables, et finalement, certains groupes de personnes susceptibles de développer des problèmes de santé mentale en raison de leurs conditions de vie sociale, culturelle ou économique ou parce qu'elles sont exposées à des phénomènes comme la violence, le suicide, l'alcoolisme et les toxicomanies (MSSS, 1989).

La Politique de santé mentale nous mettait aussi en garde en regard d'un obstacle d'importance :

Ainsi, le manque de consensus sur la nature, l'objet et l'étendue de la santé mentale fait qu'il est parfois difficile de déterminer quelles personnes pourront bénéficier des services, de s'entendre sur la nature de leurs problèmes et sur les efforts à consentir. La qualité des services, l'engagement des intervenants et les résultats des efforts consentis en sont affectés. Cette situation constitue un obstacle à la cohérence dans l'organisation des services (MSSS, 1989).

Une grande proportion des ressources et des énergies ayant été investie à la désinstitutionnalisation depuis près de quarante ans, on a constamment rapproché la loupe à travers laquelle on identifie les clientèles prioritaires, des personnes vivant des troubles de plus en plus « sévères et persistants », c'est à dire, du premier groupe de personnes ciblées par la Politique de santé mentale. Leurs besoins de services étant évidents, nombreux et coûteux, ces personnes sont devenues la clientèle prioritaire et

¹⁶ Le concept d' « empowerment », emprunté aux Américains, a été porté à l'avant-scène de la réadaptation psychosociale en santé mentale par l'AQRP au début des années 1990.

quasi unique des hôpitaux et du réseau des services psychiatriques. Elles représentent, par ailleurs, une très faible proportion de l'ensemble de la population vivant des troubles graves de santé mentale. Aussi, étant donné que l'essentiel des ressources est concentré sur la clientèle traditionnelle des hôpitaux et du réseau des services psychiatriques, il reste bien peu de moyens pour la grande majorité des personnes qui, n'étant pas dans le « zoom » de l'institution, sont considérées comme vivant des problèmes moins graves de santé mentale. Ces personnes doivent donc se contenter d'un contrôle de leurs symptômes les plus urgents par leur médecin de famille pour éventuellement quérir des services dans le privé, ou soit encore se priver de services de traitement et de réadaptation.

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

Récemment, la publication du Rapport annuel de la Direction de la Santé publique de Montréal-Centre portant sur la santé mentale des Montréalais (RRSSS Montréal-Centre, 2001), ramenait à l'avant-scène de l'actualité l'inadéquation de l'organisation des services psychiatriques à l'égard des besoins de la population. Mais l'onde de choc produit par ce rapport, qui rappelait l'importance des besoins de la majorité des clientèles ciblées dans l'énoncé de la Politique de 1989 et qui dénonçait le laxisme avec lequel le réseau psychiatrique se préoccupe de ces personnes, a été de courte durée. Les vagues se sont rapidement calmées sous la pression du lobby médical et institutionnel réclamant une fois de plus de nouveaux investissements financiers en criant à la pénurie de médecins-psychiatres et à la disette de services à la grandeur du Québec¹⁷, comme si l'un et l'autre étaient nécessairement liés.

Dans la conjoncture du suivi journalistique concernant l'impact du Rapport annuel de la Direction de la Santé publique de Montréal-Centre, le chef de service clinique de psychiatrie de l'hôpital Robert-Giffard, le psychiatre Michel Larose, dans une entrevue accordée au journal La Presse nous fait part de ses préoccupations tout en alimentant nos inquiétudes. Ainsi il affirme que :

Les psychiatres ne suffisant plus à la tâche, les urgences débordent et « laissent échapper » des personnes vivant des dépressions majeures et qui sont hantées par des idées suicidaires. Le docteur Larose se retrouve au front où sont majoritairement traitées des personnes vivant des troubles identifiés comme étant sévères et persistants et qui vivent le syndrome des portes tournantes. Il s'interroge sur le fait que comme ces personnes occupent la grande majorité des services et qu'elles sont insuffisamment suivies et traitées, alors quel triste sort est réservé aux autres? Il nous informe que : « ceux qui dérangent le plus en société sont vite pris en charge. Les plus à risque sont en fait ceux qui perdent leur emploi, leur femme et leur santé tout d'un coup. De ces déprimés-là, on n'entend parler qu'une fois, lorsqu'ils crèvent (Leduc, 2002).¹⁸

Le Rapport annuel de la Direction de la Santé publique de Montréal-Centre nous soumet des données tout aussi inquiétantes. Le rapport nous apprend qu'à Montréal les 380 millions investis dans la santé mentale sont presque exclusivement consacrés aux 2% de personnes vivant des maladies mentales graves et chroniques, alors que parmi les 18% des Montréalais présentant des troubles mentaux

¹⁷ Il y a un peu plus de 1 000 médecins-psychiatres au Québec, dont plus de 700 pratiquent à Montréal et près de 200 à Québec.

¹⁸ Au Québec, au cours des 30 dernières années, le taux de suicide a presque doublé. Le problème antérieurement plus aigu chez les jeunes hommes est en train de se répandre chez les plus de quarante ans.

transitoires importants, bien peu trouvent un soulagement à leur détresse dans le réseau de la santé. En fait, 50% n'ont recours à aucun service, et de l'autre moitié 60% recevraient des soins inadéquats.

Reprenant les données rendues publiques par l'OMS, le même rapport nous informe que partout en Occident, où 50% des consultations médicales sont attribuables à des problèmes de santé mentale et où une personne sur 5 vivra ce type de problèmes au cours de sa vie, les troubles mentaux sont appelés à devenir, devant le cancer et les problèmes cardio-vasculaires, le premier facteur de morbidité.

Les personnes vivant des troubles désignés comme étant transitoires et constituant pourtant la très grande majorité des personnes vivant des problèmes de santé mentale continuent d'être négligées par l'organisation des services. Malheureusement leur nombre est en croissance. Mis à la marge des offres de services, l'intensité et l'importance des problèmes qu'ils vivent s'enracinent alors dans leur vie parfois durant des années (Lesage, 2001)¹⁹. Ces problèmes persistent ainsi à transiter.

¹⁹ « La dépression sévère, les troubles graves de la personnalité et même la psychose maniaco-dépressive peuvent être perçues par des intervenants et des gestionnaires de programmes de santé mentale comme étant des troubles transitoires, alors que ceux-ci peuvent s'enraciner dans la vie des individus durant des années, voire des dizaines d'années » (Notes prises au cours de la présentation) (Lesage, 2001).

4.4 Les personnes mises à la marge des services, du travail et de la communauté

L'importance des problèmes de santé mentale des personnes négligées par l'organisation de services, en plus d'irradier et d'intoxiquer les différentes sphères de leur vie, entraîne des conséquences qui ont des portées collectives majeures. Notamment dans les milieux de travail, le nombre de journées d'absence en raison de problèmes reliés à la santé mentale a triplé entre 1992 et 1998. Au cours de la même période, les prestations versées par la CSST pour des absences reliées à la santé mentale ont bondi de 1.5 millions à 5 millions de dollars par année (RRSSS Montréal-Centre, 2001).

Les travaux de Lauzon et Charbonneau (2001) nous apprennent aussi que :

La situation des personnes affectées par un problème grave de santé mentale entraîne un fardeau financier dont on commence à peine à saisir l'ampleur. L'Organisation mondiale de la santé (OMS, 1995) faisait ressortir que les problèmes de santé mentale dans le monde constituent 8,1% (12% chez les 15-44 ans) de la charge de morbidité globale, ce qui réfère à l'ensemble des pertes attribuables à la maladie dans une société donnée. Murray et Lopez (1996) indiquent de plus que la maladie mentale représente près de 11% du poids économique total des maladies dans les pays industrialisés. De même, le Comité de la santé mentale du Québec extrapolait qu'en 1992, il en aurait coûté 4 milliards de dollars à la société québécoise pour les problèmes reliés au stress au travail (Vézina et coll., 1992). Une étude récente, conduite au Royaume-Uni (Lancaster et coll., 1998), a permis de calculer que près de 40% des journées de travail perdues pour cause de santé sont causées par des désordres mentaux ou émotionnels (Lauzon, Charbonneau, 2001).²⁰

Au sujet des programmes et politiques qui en découlent, les experts diront que :

Fortement influencés et parfois soumis aux orientations données à l'organisation de service en santé mentale, au niveau des services de réadaptation et d'intégration au travail, les politiques et les programmes ciblent de la même façon prioritaire et parfois exclusive, les personnes pour qui les troubles de santé mentale et les obstacles d'intégration sont devenus avec l'usure du temps, difficilement surmontables. Dans cette conjoncture, aujourd'hui, au chapitre de l'intégration au travail, environ 4000 personnes profitent de mesures d'employabilité qui en fait, offrent peu de passerelles vers un emploi rémunéré sur le marché compétitif, alors qu'environ 200 000 personnes vivent des troubles graves qui les tiennent proscrites du marché du travail (Lauzon, Charbonneau, 2001).²¹

À ce propos, la Politique de la Santé et du Bien-être du Québec (MSSS, 1992) nous précise qu'en référence aux données de son enquête sur la santé mentale des Québécois :

L'échelle de détresse psychologique ne témoigne pas d'un diagnostic précis ; elle permet toutefois d'estimer la proportion de gens dans la population qui ont des symptômes suffisamment nombreux ou intenses pour avoir besoin d'une intervention. (...) La compréhension des exigences liées à la réadaptation des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale demeure également imparfaite. En plus, l'éventail des moyens de réadaptation reste insuffisant, particulièrement dans le domaine du travail. (MSSS, 1992).

²⁰ Les assureurs confirment que les maladies mentales et les dépressions situationnelles représentent aujourd'hui la plus grande cause des réclamations d'invalidité à long terme; pour certaines compagnies, ces réclamations sont de l'ordre de 45% (St-Georges, CSN, www.csn.qc.ca).

²¹ Même pour les personnes désignées comme vivant des troubles « sévères et persistants », les offres de services demeurent largement insuffisantes au point de vue de leur diversité, de leur nombre et de leur facilité d'accès.

L'exclusion du marché du travail relié à des problèmes de santé mentale est un phénomène qui connaît une croissance inquiétante dans l'ensemble des sociétés occidentales. Au Québec, les statistiques précises sur les personnes affectées par des troubles mentaux et celles qui concernent plus particulièrement la santé mentale et le travail sont fort difficiles à obtenir. Malgré cela, l'on sait que plus de 80% des personnes qui vivent de problèmes graves de santé mentale et qui sont aptes, disponibles et motivées à réintégrer le marché, en demeurent exclues. Plus du tiers des personnes qui ont un emploi et qui sont contraintes de s'en absenter à cause de maladie, ont reçu un diagnostic médical associé à un problème de santé mentale (Lauzon, Charbonneau, 2001).

Les mêmes auteurs nous apprennent que pour les seuls épisodes dépressifs majeurs, près de 300 000 Québécois ont été affectés en 1996-1997 (Statistique Canada, 1999a). Dans une large mesure, ces problèmes sont à ce point graves qu'ils empêchent 200 000 personnes adultes au Québec de bien remplir les rôles qu'elles se sont donnés dans la vie dont celui d'exercer leur métier ou leur profession (Vincelette, 1995a ; Dorvil et coll., 1997).

Sachant par ailleurs que des milliers de personnes reçoivent des prestations d'assurance-emploi en raison de maladie (39 000 en 1999 selon Statistique Canada, 1999b) et qu'au Québec, près de 14 000 ont quitté volontairement un travail pour cause de maladie ou d'incapacité (Institut de la statistique du Québec, 1999), on peut déduire qu'un autre fort contingent de personnes quittent ou perdent leur emploi en raison de problèmes de santé mentale (Lauzon, Charbonneau, 2001).²²

Déjà en 1979, le Bureau international du travail attirait l'attention sur le fait que la maladie mentale touchait plus de vies humaines et entraînait un plus grand gaspillage de ressources humaines que toute autre forme d'incapacité dans le monde. Anthony, Cohen et Farkas (1990) puis Noble (1998) rapportaient le chiffre révélateur que moins de 10% à 15% des personnes présentant des problèmes de santé mentale et qui seraient aptes à travailler avaient accès à un emploi rémunéré (ACSM-filiale de Montréal, 1995 ; Lauzon, Charbonneau, 2001).

Ces hommes et ces femmes négligés par les politiques et les programmes, vivant des troubles graves de santé mentale qui les ont exclus du marché du travail, sont aujourd'hui de toute évidence hors les murs des hôpitaux et des asiles, ils sont même en distance du réseau des services psychiatriques. Utilisant peu les services où elles ne se reconnaissent pas et où elles se sentent mal accueillies, discrètes quant à leur souffrance, dans l'anonymat et l'oubli, ces personnes consolideront lentement des obstacles qui tout en demeurant invisibles deviendront de plus en plus sévères et indélébiles. Citées par les politiques gouvernementales mais oubliées par les programmes et les services, incapables d'avoir accès à des services de traitement et de réadaptation efficaces, elles initieront quelques tentatives désespérées d'intégrer ou de réintégrer le marché du travail et de s'insérer socialement.

Pour les proches et les personnes concernées, le travail demeure souvent la panacée au recouvrement de la santé. Toutefois, les tentatives au succès mitigé et les échecs redondants finissent par user les plus combattifs et déterminés. Alors ces battants jettent la serviette et s'enferment. Sans même qu'on ne leur demande, certains s'enferment dehors²³ et hantent les centres-villes. D'autres, plus nombreux et plus

²² Une telle situation inquiète car une majorité de ces personnes verront s'épuiser leur assurance invalidité au bout d'environ deux ans et seront laissées à leur sort. Les entreprises du secteur privé qui offrent des programmes de réinsertion auprès des personnes qui ont quitté leur travail suite à un problème de santé mentale et qui sont en situation d'invalidité prolongée affichent des taux de succès d'au mieux 20% (Accès-cible SMT, 1998a).

²³ Pour des images percutantes de l'exclusion, voir Durocher et Jones, 1999.

discrets, honteux et désespérés, s'emmurent chez eux et consomment la rupture. Au fil des mois et des années, ils partageront alors leur exclusion, avec un diagnostic confondant, quelques prescriptions renouvelables et un chèque d'aide de dernier recours les condamnant à la pauvreté. Le marasme et la lourdeur de leur souffrance feront disparaître leur conjoint, leur famille et leurs amis. Leur catastrophe tiendra à distance leurs enfants et attaquera leur raison d'être. La consolidation de l'exclusion les entraînera dans l'anonymat où ils subiront leur mal de vivre dans l'attente d'un éventuel miracle improbable.

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

5. Santé mentale, réadaptation psychosociale, intégration au travail : le regard critique de nos experts, psychiatres

Afin de produire un croisement fertile sur le plan de l'avancement de nos connaissances, des extraits des entrevues réalisées avec les deux médecins-psychiatres, madame Marie-Luce Quintal et monsieur Gaston Harnois, seront mis à contribution pour nous offrir un éclairage des thèmes abordés au chapitre 4. Ces extraits d'entrevues nous donneront accès à une autre interprétation et à une autre dimension entourant cette matière. Nos préoccupations entourant les thèmes dont nous venons de traiter nous apparaîtront ainsi sous un nouveau spectre inédit de lumière générée par leurs riches expériences professionnelles sur le terrain, par leurs profondes réflexions issues de leurs pratiques au niveau du traitement et de la réadaptation, ainsi que par leur expertise au niveau de la gestion d'équipes de travail, de programmes, de services et d'établissements du réseau public de la santé.

5.1 L'entrevue avec madame Marie-Luce Quintal

D'entrée de jeu, madame Marie-Luce Quintal nous confiera les motifs qui l'ont amenée à s'investir dans le domaine de la santé mentale et de la psychiatrie :

Je pense que j'ai un intérêt depuis longtemps pour les personnes défavorisées. A l'adolescence, je me suis impliquée dans un mouvement de jeunes qui s'intéressaient à la pauvreté dans le tiers monde. Je suis allée en Haïti un été. Donc les gens qui avaient des difficultés et qui vivaient dans la misère c'était déjà quelque chose qui me préoccupait. Peut-être un peu parce que moi, je n'ai pas vécu de misère. Alors des fois, quand on ne l'a pas vécu et qu'on entre en contact avec la misère, on se sent interpellée pour essayer d'y faire quelque chose.

Pour la santé mentale (...) je pense que ça a commencé au cours de ma formation en médecine, lors de mon stage en psychiatrie. J'ai beaucoup aimé ce stage-là, alors par la suite, quand j'ai eu fini ma médecine, j'ai fait un an en psychiatrie au CH Rolland-Saucier de Chicoutimi comme médecin généraliste. Et comme j'aimais beaucoup le travail en psychiatrie, alors, j'ai fait ma résidence dans ce domaine.

Les gens en psychiatrie, ce sont des gens qui sont souvent démunis à multiples niveaux, probablement que c'est venu me chercher (...) Ces gens-là sont souvent très simples. On a souvent accès à ce qu'ils vivent assez rapidement et ils font confiance assez facilement (...) J'ai développé un bon lien avec ces gens-là. Je pense que ça rentrait dans ce que j'étais moi, comme personne, de vouloir aider des gens qui vivent des difficultés importantes.

Interrogée par rapport aux débats entourant les liens entre le traitement et la réadaptation et sur l'importance relative concernant ces deux champs d'actions, elle répond :

Moi personnellement, avec le temps, je finis par penser que la réadaptation, c'est le but ultime (...) la réintégration sociale, c'est permettre à la personne de prendre sa place dans la communauté, quelque soit son handicap. Ici, on parle de santé mentale, mais c'est la même chose pour quelqu'un qui a un handicap physique. Le but c'est de permettre à la personne de prendre sa place. Alors pour moi, la réadaptation, c'est quelque chose à long terme. C'est une préoccupation qui devrait toujours être là.

Par ailleurs, c'est sûr que dans les périodes où il y a un problème majeur, une crise, une décompensation psychotique, c'est sûr que là on va mettre l'accent sur le traitement, c'est à dire,

aider la personne à être plus stable mentalement pour pouvoir réaliser le projet à long terme, dont le but final est la réintégration sociale ou le rétablissement.

À mon avis, on devrait commencer la réadaptation dès que quelqu'un commence à être en dehors de son fonctionnement social, dès le début de la maladie.

Alors, en ce sens, je pense que la mesure de la réadaptation, c'est l'intégration sociale. Alors que la mesure d'un traitement, c'est la disparition optimale des symptômes. Pour moi ce n'est pas la même chose. Quelqu'un peut donc vivre avec la manifestation de certains symptômes et être bien intégré socialement.

En regard de l'importance du travail dans le processus de réadaptation, elle nous signale que :

D'abord ça donne un objectif. Pourquoi on se lèverait le matin, si on a rien. C'est une organisation du temps, une organisation de sa vie quotidienne. Alors ça, je pense que c'est important. C'est aussi d'avoir une activité valorisante et valorisée socialement.

Il y a des gens qui vont nous dire : « Comme activité d'intégration sociale, je peux faire du bénévolat mais, ce n'est pas ça qui est valorisé dans la société ». Quand on écoute ce que les jeunes nous disent : « Je veux avoir une job, je veux avoir une blonde, je veux me marier, je veux avoir des enfants, je veux avoir » (...) ce que la société valorise en fin de compte.

Ce qui est valorisé dans la société, c'est d'avoir un travail. Alors le fait d'être capable d'aider la personne à ce niveau-là, même si la personne a besoin de support pour le faire, ça devient très valorisant, très important. Ça permet à la personne d'évoluer vers son rétablissement, de lui redonner un sens. La personne malgré les limites, a accès à un rôle social valorisé. Alors je pense qu'en ce sens, ça aide beaucoup.

Madame Quintal nous fait part de ses préoccupations en regard des difficultés d'intégration sur le marché régulier du travail et de certaines de ses réserves concernant les entreprises sociales d'intégration au travail :

Ici, on parle de problèmes de santé mentale sévères, mais même pour les gens qui font une dépression, c'est difficile de retourner dans leur milieu régulier. Souvent les gens nous disent: « les gens ne me regardent plus de la même manière. C'est pas la même chose avec mon employeur. J'ai de la difficulté à me réintégrer » (...) et on ne parle pas de schizophrénie et de ceux qui ont des problèmes à long terme. (...) Alors je pense qu'il y a beaucoup de travail à faire auprès des employeurs pour aider à l'intégration dans les milieux de travail. Je pense que nos milieux doivent devenir plus tolérants et plus accueillants.

Quelqu'un qui a un problème de santé mentale et qui est prêt à intégrer le marché régulier, on ne lui offre aucune adaptation, alors qu'on devrait avoir la même attitude envers cette personne qu'avec une autre personne vivant des limitations. Il faut adapter. Ça peut être d'avoir des heures plus flexibles et de pouvoir avoir accès à une personne ressource, si la personne en intégration ressent beaucoup de stress. Parce qu'on sait que certaines personnes ont de la difficulté à s'adapter à des situations nouvelles. Ça peut être d'avoir quelqu'un rapidement, qui puisse pouvoir aider à composer avec la difficulté que la personne vient de rencontrer, ou d'avoir un endroit où cette personne puisse se retirer(...) Donc, de mettre en place certaines adaptations en fonction des besoins raisonnables de la personne pour qu'elle puisse fonctionner sur le marché régulier, comme n'importe quelle autre personne qui vit des limitations.

Bien que je n'ai pas une connaissance approfondie des entreprises sociales d'insertion, je pense qu'il faut faire attention (...) Qu'il y ait des lieux de travail où la main-d'œuvre est principalement composée de gens qui vivent des problèmes de santé mentale, je pense que ça peut être utile pour certaines personnes qui connaissent des obstacles plus lourds, mais pour moi, ça ne peut pas être le but final. Dans ces entreprises, les gens ont un statut de travailleur, reçoivent une paye et non

seulement de l'aide sociale majorée. Ça je pense que ça peut être intéressant, mais je pense qu'il faut aussi qu'il y ait une passerelle pour pouvoir aller vers un milieu régulier et avec d'autres gens qui n'ont pas de problèmes de santé mentale.

Au moment de la réalisation de l'entrevue, le Rapport annuel de la Direction de la Santé publique de la Régie Régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre (2001), dont il a été fait mention à plusieurs reprises à l'intérieur du chapitre 4, venait d'être rendu public. C'est donc en regard des débats ramenés à l'avant-scène de l'actualité de la problématique de l'organisation de services en santé mentale par la publication de ce document que madame Quintal nous fait part de ses réflexions et nous livre ses opinions :

C'est vrai que les personnes qui vivent des troubles mentaux graves drainent beaucoup d'argent, mais ce n'est pas un phénomène isolé au Québec, c'est partout en Occident. Je pense qu'il manque de ressources financières au niveau des besoins des gens qui vivent des troubles transitoires. Mais c'est comme si on me disait que quelqu'un qui est paraplégique représente un plus grand coût de services que quelqu'un qui s'est cassé une jambe (...) oui, probablement. Et à long terme, l'écart va aller en s'amplifiant.

Mais je pense aussi qu'il y a une mauvaise organisation de services. Dans la région de Québec, que je connais mieux, il y a un problème. Il y a des services qui ne se rendent pas à la bonne place parce qu'il y a un manque d'arrimage entre les différentes ressources, entre les établissements, les ressources communautaires et les CLSC.

Je pense qu'il va y avoir un travail à faire pour arrimer les services entre la psychiatrie et les services d'intégration sociale et communautaire.

Je pense que le travail de prévention, qui était dévolu aux CLSC, a été mis de côté. C'est sûr que si on intervient rapidement auprès des jeunes (...) auprès des personnes qui travaillent (...) alors on va éviter la perte d'emploi et tous les problèmes qui s'en suivent.

Peut-être qu'en réorganisant nos services, nous serons capables d'acheminer certains fonds vers les personnes vivant des troubles transitoires. Mais par définition, les troubles transitoires, si on travaille rapidement avec la personne, on risque qu'elle n'ait pas besoin de services à long terme. Alors on peut desservir beaucoup plus de personnes avec moins d'argent, parce que normalement, ils ne devraient pas passer dix ans dans les services.

Enfin, en rapport aux problèmes d'accès aux services, je pense que les psychiatres vont devoir sortir des départements des hôpitaux, et des hôpitaux psychiatriques pour mieux s'arrimer aux autres ressources. Je pense que ça aiderait.

5.2 L'entrevue avec monsieur Gaston Harnois

Tout d'abord, monsieur Gaston Harnois nous confiera les motifs qui l'ont amené à s'investir dans le domaine de la santé mentale et de la psychiatrie :

Comme psychiatre, ça va chercher loin dans le temps (...) Mon Dieu, rapidement, j'ai fait mon cours classique au séminaire de Trois-Rivières. C'était au cours d'une période difficile de l'histoire sociale du Québec où la seule façon d'avoir accès à une formation universitaire, c'était de passer par un collège classique (...) Alors, étant donné que dans ma ville, à Shawinigan, il n'y en avait pas, il fallait donc me rendre au séminaire de Trois-Rivières, où le clergé régnait avec une férule à cette époque, sous l'autorité du père titulaire qui n'était nul autre que Maurice Duplessis, « Prince de Trois-Rivières » et député du comté.

Il venait assez souvent au séminaire, pour y haranguer la foule. Et devant lui, était prostré le clergé avec beaucoup plus d'ardeur qu'il ne le faisait devant le Saint-Sacrement lors de la procession de la Fête-Dieu. Mais, enfin...

Au séminaire, j'ai développé une fascination pour le fonctionnement de l'esprit humain. Qu'est-ce qui pouvait guider l'être humain ? Qu'est-ce qu'on en connaissait ? Comment l'esprit fonctionne ? Comment notre esprit est-il constitué ? Alors, j'ai lu des livres sur la psychologie. Les quelques livres qui pouvaient passer au crible de l'évaluation des curés. Tout était censuré évidemment, mais était disponible, une série écrite par un psychologue sans doute Québécois dont j'oublie le nom et qui a quand même stimuler ma réflexion et ma pensée.

D'autres questions philosophiques me fascinaient : comme celle entourant les concepts du libre arbitre versus la prédestination. Ces questions m'ont toujours fasciné. À la fin de mes études classiques, je me suis donc retrouvé devant le choix à faire entre m'inscrire à l'université pour devenir psychologue, ou encore de faire les choses de façon un peu plus élaborée et beaucoup plus longue. Alors, j'ai décidé de faire ma médecine pour aller ensuite vers la psychiatrie. J'ai donc fini mon cours classique à l'Université d'Ottawa. J'ai fait ma médecine à Ottawa et ma spécialité en psychiatrie aux États-Unis. Ce qui m'a amené un peu plus à me pencher à ce moment-là, non pas encore sur le travail et la réadaptation, mais sur la notion du libre arbitre.

Interpellé par ces questions, j'ai fait deux années de droit pour essayer de comprendre un peu (...) C'était dans la contexte de la mort de Kennedy. Tous les États-Unis étaient fascinés par cette actualité qui soulevait plusieurs questions en regard de l'esprit humain et des droits. Est-ce que les gens qui avaient commis ce crime et qui allaient en être accusés étaient fous et est-ce qu'il fallait les déclarer non coupables à cause de leur aliénation mentale, ou ces gens dans le fond, savaient exactement ce qu'ils faisaient. Quelle est l'interface entre la justice, le droit pénal et la psychiatrie ? Et sur quel terrain la justice et la psychiatrie peuvent-elles se rejoindre étant donné que ces deux disciplines n'ont pas du tout le même langage. Ce qui constitue un argument convaincant pour un psychiatre, peut tout à fait ne pas en constituer un pour un avocat. Il y avait toute cette partie de la philosophie du droit qui m'intéressait beaucoup. J'ai donc eu beaucoup de plaisir à faire un peu de droit tout en continuant mes études en psychiatrie, tout en demeurant passionné par les mêmes sujets, mais en les abordant de façon carrément différentes : un, sous l'angle de la responsabilité légale et l'autre, sous l'angle de la maladie.

En regard des particularités de la problématique de la santé mentale, il nous confie :

Le traitement en psychiatrie, contrairement à un bon nombre de maladies physiques, où il y a un début à la maladie à partir de laquelle on établit un diagnostic et on prescrit un traitement, et puis, c'est fini, on retourne chez soi (...) En psychiatrie, on se rend bien compte qu'il y a un début, qu'il y a aussi diagnostic et prescription, qu'il y a une évolution, mais la fin est souvent moins évidente et beaucoup plus incertaine. Une des raisons de ça, c'est que la maladie mentale, pour l'appeler de ce nom-là, a tendance à s'infiltrer à travers l'ensemble des sphères de la vie de l'individu. La sphère familiale, la sphère sociale et certainement celle du travail, sont perturbées. Alors, comme médecin-psychiatre, en charge du traitement de cette personne, ce serait une grave erreur de ne pas envisager les perspectives de réadaptation de cette personne après le traitement.

Or, dans ma carrière de clinicien, et ma carrière de clinicien n'a pas été très longue, ma carrière d'administrateur fut beaucoup plus importante, très rares on été les cas qui se sont résolus simplement, un peu de la façon suivante : une personne dépressive vient te voir, tu poses un diagnostic en tentant de t'approprier d'une bonne compréhension du contexte, tu prescrites une médication avec une psychothérapie en conséquence et puis la personne retourne chez elle pour continuer de vaquer à ses occupations habituelles.

Interrogé lui aussi par rapport aux débats entourant les liens entre le traitement et la réadaptation et sur l'importance relative concernant ces deux champs d'actions, il nous expose son point de vue :

Il y a des maladies, la schizophrénie étant sans doute le meilleur ou le pire exemple, dépendant de notre bout de lorgnette, il y des maladies qui laissent des séquelles. Au moment où ça arrive, il faut faire face à la maladie et à l'impact de la maladie sur le développement de l'individu en considérant quel serait le développement normal de ce même individu s'il n'était pas malade.

La schizophrénie on peut prendre ça comme exemple, on connaît bien... Chez les garçons, ça peut commencer vers dix-huit, dix-neuf ans, et ça a un impact immédiat qui est pire que chez les filles où ça commence un peu plus tard.

Quand on a dix-huit ans, tous les processus de maturation de la personnalité ne sont pas complétés, et le fait qu'à dix-huit ans on devient schizophrène, cela a un impact énorme sur l'adulte qu'on va devenir à trente-cinq ans. Alors que si on devient schizophrène à vingt-cinq ans, l'impact serait moindre au niveau du développement de la vie adulte.

Moi je pense qu'aujourd'hui, en l'an deux mille deux, avec tout ce que l'on sait sur la maladie mentale et sur les problèmes de santé mentale, il est presque indécent, si on est un psychiatre ordinaire, de se limiter à l'identification des symptômes de cette maladie-là sans s'enquérir sur l'impact que ces symptômes auront sur les différentes sphères de la vie de l'individu qui se retrouve devant soi. Il faut donc se questionner sur les moyens utiles afin de rendre cette personne capable de fonctionner comme elle veut. C'est ça, la réadaptation.

Le temps fort du médecin, c'est le traitement avec ou sans hospitalisation, cette phase se déroule au cours d'une période de temps limitée. Elle est suivie d'un temps plus faible consacré au traitement et d'un temps plus fort consacré lui, à la réadaptation. Dans ce deuxième temps le médecin ne doit pas nécessairement jouer un rôle de premier plan, mais il doit être présent s'il veut faire une bonne job. Souvent les médecins vont considérer que comme ils sont les spécialistes du traitement, ils n'ont rien à faire au niveau de la réadaptation. Je pense qu'il faut contrer cette vision des choses parce qu'on a besoin de ce lien qui est essentiel entre le traitement et la réadaptation. Il n'y a pas de césure là-dedans selon moi, même s'il y a un temps fort pour le traitement et un temps fort pour la réadaptation, ce n'est pas le même temps.

Les intervenants de la réadaptation qui n'entrent pas nécessairement en jeu dès les premiers moments, doivent quand même être tenus au courant afin de savoir ce qui s'est passé au niveau du traitement de cet individu-là. Ils seront alors capables de faire une meilleure job lorsque va venir le temps d'entreprendre la réadaptation de cette personne.

Les médecins sont tellement pris et sollicités au niveau de leur temps fort et de leur plus grande expertise qui est le traitement qu'ils ne se préoccupent pas du temps faible qui est celui de la réadaptation. Le temps faible pour le médecin, le temps fort pour les autres, entendons-nous bien.

Donc, c'est ça la réalité et c'est dommage. On peut pointer du doigt entre autres, les programmes de formation qu'on destine à nos médecins. Aujourd'hui, tout le monde parle du biopsychosocial. Mais si on s'intéresse au curriculum offert à nos résidents en psychiatrie, on se rendra compte qu'il y a beaucoup de bio, qu'il y a un peu de psycho et qu'il y a bien peu de social. On utilise le concept du biopsychosocial dans la formation, on le galvaude. Dans la réalité, il n'y a pas beaucoup de social là-dedans, il n'y a pas assez de psycho non plus, mais, il y a pas mal de bio.

En regard de son analyse des interrelations entre les professionnels oeuvrant dans le champ de la santé mentale, il nous confit :

Les gens de la réadaptation ont une approche pluridisciplinaire contrairement aux médecins. Dans notre système, c'est le psychiatre qui est en charge des soins, c'est ainsi fait. Même s'il y a des psychologues, des infirmières et des travailleurs sociaux avec qui il doit travailler et certainement partager son pouvoir, ultimement, d'un point de vue légal et du point de vue de nos coutumes et du

fonctionnement du milieu hospitalier, c'est le médecin qui est le chef d'équipe, de façon un peu inconditionnelle. Il y aurait des choses à redire la-dessus, mais...

À un autre niveau, celui de la réadaptation, qu'est-ce que ça prend pour être capable de faire un bon travail en réadaptation psychosociale ? Je pense que ça prend de la formation, ça prend des connaissances et ça prend beaucoup d'attitudes et d'aptitudes personnelles pour être capable de faire ce genre de travail-là. Et ça, ce n'est pas donné à tout le monde et ça n'appartient pas en soi au fait d'être travailleur social ou psychologue ou infirmière ou ergothérapeute. La qualité de ces intervenants tient au fait qu'ils sont préoccupés et mobilisés à aider de diverses façons et avec différents moyens, donc de façon pluridimensionnelle les personnes en processus de réhabilitation.

De la même façon que pour madame Marie-Luce Quintal, au moment de la réalisation de l'entrevue, le Rapport annuel de la Direction de la Santé publique de la Régie Régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre (2001), dont il a été fait mention à plusieurs reprises à l'intérieur du chapitre 4, venait d'être rendu public. C'est donc en regard des débats ramenés à l'avant-scène de l'actualité de la problématique de l'organisation de services en santé mentale par la publication de ce document que monsieur Harnois nous fait part de ses réflexions et nous livre ses opinions. Ses analyses rejoignent à plusieurs niveaux, nos préoccupations.

Premièrement, au niveau des enquêtes statistiques il nous informe que :

Je pense que les statistiques du Rapport annuel de la Régie régionale font du sens. Chacun arrive avec ses statistiques. Celles dont je me sers entre autres, ce sont celles issues des grandes enquêtes épidémiologiques. On finit par y identifier sensiblement les mêmes phénomènes. Une enquête américaine, qu'on appelle ECA (Epidemiology Catchment Area) menée à Baltimore, à New-York et à New-Haven au Connecticut, si mon souvenir est exact, s'est réalisée en utilisant un test assez standard, le BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) en vue d'évaluer l'état de la santé mentale des individus. Les chercheurs ont fait passer ce test à plusieurs milliers de personnes, pour se rendre compte qu'entre vingt et vingt-cinq pour cent de la population scoraient positif. C'est-à-dire, qu'à partir de cet instrument basé sur des outils diagnostics développés par la psychiatrie, on pouvait donc poser un diagnostic associé à la maladie mentale à une importante partie la population. Les résultats de cette enquête ont eu tout un impact quand ils sont sortis. Ils démontraient qu'aux différents moments où l'enquête avait été menée, dans l'ensemble de ces villes-là, une personne sur quatre vivait une problématique de santé mentale. Jusqu'à quel point cette problématique-là touchait les personnes dans leur fonctionnement, c'est une autre affaire.

Donc, c'est certain que l'incidence de la maladie mentale est très élevée. Dans le même sens, l'OMS prédit, à partir d'extrapolations relativement conservatrices, qu'en 2020, la dépression va représenter un impact plus grand qu'à peu près toutes les maladies de l'être humain. L'OMS prend en considération de nouvelles mesures qui s'intéressent non seulement, comme c'était le cas avant, à la mortalité, mais qui tiennent compte de la morbidité et aussi du fardeau qu'impose la maladie sur la personne, sur son entourage et sur la société en général. Ces concepts ont été développés par la Banque mondiale et ont été repris par l'OMS qui a eu recours à de grands échantillonnages. Le rapport Harvard de l'OMS, réalisé en 1995, met en lumière que la maladie mentale et le fardeau qu'elle impose chez la population adulte est énorme et va en grandissant. Il apparaît donc qu'avec les changements de la société et les changements intervenus au niveau du travail, on se retrouve avec des taux plus élevés de dépression. La dépression étant encore sans doute, la maladie mentale la plus commune (...)

Deuxièmement, au niveau des répartitions budgétaires et des clientèles visées par les offres de services en santé mentale, il affirme :

C'est sûr que si on regarde le budget consenti à la santé mentale dans une ville comme Montréal, la clientèle vivant des troubles transitoires n'a pas la quote-part associée au fardeau que représente la maladie. Si on répartissait les fonds en fonction du fardeau qu'imposent les problématiques, peut-être que les allocations budgétaires versées seraient différentes. Mais dans la mesure où n'a pas très bien réussi notre désinstitutionnalisation, j'ai l'impression que comme société, on continue à se sentir encore un peu coupable, alors on continue à mettre de l'argent dans l'institution et à viser les clientèles qui vivent des problèmes sévères et persistants, et ce, avec plus ou moins de succès.

Quelqu'un me disait récemment, on a de beaux textes, on a une belle politique de santé mentale, on a un bon groupe d'appui... mais, entre ce qui s'écrit et ce qui se fait, souvent l'écart est grand. Si on demandait l'opinion des gens qui ont besoin de services, ils ne se gêneraient pas pour nous le dire. L'accessibilité et la rapidité des soins sont questionnables.

Dans la même veine, quand les gens qui vivent des problèmes de santé mentale adressent une demande de services dans un CLSC et dans une clinique privée, quelles réponses reçoivent-ils ? Ça mériterait d'être étudié. J'ai l'impression que ça varie beaucoup selon l'intérêt que porte le CLSC. Apparemment ça varie beaucoup aussi selon la localisation du CLSC. Ils s'en tireraient mieux à la campagne, qu'on s'en tire en ville où on a une pléthore de services.

Troisièmement, il nous fait partager ses réflexions sur la crise de confiance qui transcende la population, à l'égard du réseau de la santé mentale :

Il y a une autre chose que je n'ai pas abordée, et c'est un sujet qui m'a toujours beaucoup intéressé. C'est la notion des filtres ou de ce que les Américains appellent les gates-keepers. Je me suis intéressé à cette question à New-York, alors que Bruce Dohrenwend, qui était un éminent professeur de psychiatrie sociale, nous démontra comment le schème de référence des individus influence de façon importante le fait qu'ils vont s'adresser ou non, au réseau de services psychiatriques quand ils vivent une problématique de santé mentale. Différentes études nous démontrent qu'environ seulement 25% des personnes qui vivent des problèmes de santé mentale s'adressent au réseau psychiatrique. Les autres, soit 75% des personnes, vont ailleurs. Ailleurs, c'est chez l'omnipraticien, chez des éducateurs, chez des politiciens, chez des religieux, chez des groupes alternatifs, etc. Ceci étant la réalité, si on ne s'en préoccupe pas, il y a quelque chose qui ne marche pas quelque part. La population nous envoie donc le message que même si dans le réseau de la santé mentale on considère posséder la science, la grande majorité des gens n'ont pas confiance en ce qu'on fait.

Il faut tenir compte de ce phénomène lorsqu'on est planificateur de services de santé mentale. Cette perception est la même partout à travers la population et chez ceux qui ont des pouvoirs décisionnels dans la société.

Si une enquête était menée afin d'analyser le schème de référence des sous-ministres de la province de Québec en regard de la maladie mentale, on aurait des surprises. On se rendrait compte, j'imagine, que c'est un peu comme chez la population en général. Il est légitime de craindre alors que dans le processus décisionnel affectant l'organisation des services de santé mentale, on retrouve des fondés de pouvoir qui ne croient pas en ce qu'on fait.

Par rapport à l'impact, à la place et aux valeurs du travail, monsieur Harnois nous adresse ces commentaires :

Une des personnes pour qui j'ai le plus de respect dans ce bas monde, c'est Normand Satorius, qui est l'ancien directeur de la santé mentale à Genève et qui est un grand penseur et un grand psychiatre. Je me rappelle avoir eu l'occasion de discuter avec lui de la réadaptation. Lui, il est tout à fait en faveur de la réadaptation mais il considérerait qu'on mettait trop l'accent sur le travail et pas

assez sur la capacité que devraient avoir les individus à gérer leur temps non-productif dans le contexte de fin de siècle. Il prédisait qu'en 2025, les gens vont travailler beaucoup moins, qu'ils vont avoir plus de temps de loisir et qu'ils vont avoir assez de ressources financières pour être capables de vivre de cette façon. Donc, dans cette perspective, il faut s'attendre à ce que ces individus soient capables de vivre pleinement une vie où le travail aura moins d'importance qu'il en avait, il y a quelques décennies et qu'il semble hélas, en avoir aujourd'hui.

Moi, je lui disais que je n'étais pas tout à fait d'accord avec lui car les gens se définissent encore largement aujourd'hui, par le travail. On a juste à leur poser la question, « qu'est-ce que vous faites dans la vie ? » (...) Ils te disent ce qu'ils font comme travail. On continue à valoriser énormément le travail malgré tous les changements que le monde du travail a subi au cours des dernières années et qu'il continue à subir. Pour les gens, ça demeure très important. Par exemple, dans mon lieu de travail, un individu hautement placé dans notre société vient poliment d'être forcé, à soixante-deux ans, de prendre sa retraite. Il me disait récemment : « Je m'ennuie énormément, le travail me manque beaucoup, je me définissais par mon travail et j'ai drôlement de la difficulté à me définir autrement maintenant que je ne travaille plus ». Il est confortable financièrement, il pourrait faire plein de choses. Il n'a pas été capable dans le fond d'effectuer ce changement, d'évoluer d'un monde où le travail était la partie centrale de son existence, en un monde où le travail n'est plus.

Alors, chez la population adulte où la norme est encore le travail, moi, j'ai l'impression que les individus sont foncièrement convaincus qu'il doivent travailler, car ils considèrent avoir une certaine valeur à la seule condition de travailler. Le travail demeure à mon sens très important pour le fonctionnement humain et donc pour la santé mentale des individus.

On disait autrefois que les gens passent le tiers de leur temps à travailler, le tiers à dormir, et l'autre tiers à essayer de vivre un peu. Aujourd'hui, les gens à qui je parle, ont l'impression que le tiers du travail va sans cesse en augmentant. Les gens affirment travailler toujours plus. Le travail c'est un monde, c'est un microcosme où on est en relation avec d'autres et où on est sans doute à la recherche de buts à atteindre. Parmi les grands besoins de l'être humain, il y a celui d'être reconnu et accepté pour ce qu'on est, de bien faire et d'être aimé. Le travail contribue à tout ça. À l'inverse, on peut facilement s'imaginer que si ça va mal au travail, si on n'a pas de reconnaissance, si on est pas accepté, si les gens nous montent sur le dos et nous font savoir qu'on ne veut pas de nous, si on est l'objet de phénomènes de discrimination comme le stigma (...) on peut très facilement imaginer que le travail aura alors un impact négatif sur l'individu, sur son fonctionnement et sur sa santé mentale.

Pour conclure ce chapitre, nous ferons l'exercice de retirer l'essentiel des propos de nos deux experts psychiatres et d'en commenter certains.

Tout d'abord au niveau de leur motivation à s'impliquer dans le domaine de la santé mentale, monsieur Harnois nous fait part de sa passion juvénile à analyser la complexité de l'esprit de l'être humain et à mesurer les interfaces entre la psychiatrie et la justice. Madame Quintal nous a par ailleurs confié qu'elle aussi, dès sa tendre jeunesse, les personnes socialement démunies et exclues l'interpellent et particulièrement celles vivant des difficultés majeures de santé mentale.

Les deux médecins psychiatres énoncent la même mise en garde concernant le rapport dialectique entre le traitement et la réadaptation. Selon eux, il est primordial d'enchâsser la perspective de la réadaptation de l'individu à l'amorce du processus de traitement. À leur sens, la réadaptation c'est « permettre à la personne de prendre sa place dans la communauté quel que soit son handicap » et c'est « prendre les moyens utiles afin de rendre cette personne capable de fonctionner comme elle le veut » malgré les impacts que peut imposer la maladie sur le fonctionnement normal de l'individu.

Monsieur Harnois souligne la difficulté des médecins psychiatres à partager leur leadership pour travailler davantage en collaboration avec les intervenants de la réadaptation. Il déplore aussi que la formation des médecins psychiatres, centrée principalement sur les aspects biologiques de la santé mentale, relègue trop souvent au second plan les aspects psychologiques et sociaux liés à cette problématique. Nous considérons ces remarques fort pertinentes et, en ce sens, il nous apparaît fortement souhaitable que les médecins psychiatres, à titre de partenaires du réseau de services de santé mentale, entretiennent la préoccupation de rendre leur expertise disponible à l'ensemble des intervenants impliqués dans les processus de rétablissement des personnes. Nous croyons qu'ils ont le potentiel pour devenir au sein de ces équipes des collaborateurs tout aussi importants que les autres.

En regard de l'organisation des services de santé mentale et de l'évolution des besoins de la population, nos deux experts considèrent que les CLSC doivent jouer un rôle plus déterminant dans l'offre de services de première ligne. Nous partageons leur point de vue qui affirme, de plus, qu'une organisation plus efficiente des services de santé mentale n'entraîne pas nécessairement une augmentation des ressources financières, mais une meilleure répartition de celles-ci.

Monsieur Harnois nous met sur une piste intéressante, nous aidant à mieux comprendre les « hésitations diplomatiques » des décideurs politiques lorsqu'il relate les conclusions de certaines enquêtes américaines portant sur le niveau de confiance exprimé par la population en regard des services psychiatriques. Ces enquêtes précisent que la grande majorité de la population doute de l'efficacité et de la pertinence des services psychiatriques.

Ces conclusions nous obligent donc à prendre en compte avec une certaine humilité le manque de confiance de la population en regard des interventions traditionnelles en santé mentale et en particulier, en regard des services offerts par le réseau public de la santé. Nous devons donc tenir compte de cette sensibilité de la population dans la révision de nos stratégies de prévention, de promotion et d'offre de services, où le leadership médical doit, à notre sens, s'associer de façon collégiale à celui des intervenants de la réadaptation.

Enfin nos deux experts soulignent l'importance qu'ils accordent au travail dans le processus de rétablissement. Ils perçoivent le travail comme un outil identitaire répondant aux exigences d'utilité, de reconnaissance et d'amour, qui sont des vecteurs de recouvrement de la santé et du bien-être des personnes.

6. La psychodynamique du travail et la dynamique de l'intégration

Ouvrir un nouveau front d'investigation sur la psychodynamique du travail peut sembler hasardeux dans le cadre de la rédaction d'un simple mémoire qui pourrait se contenter d'analyser la problématique de l'intégration au travail en regard de sa finalité, de ses processus et des obstacles à sa réalisation. Par ailleurs, traiter de l'intégration au travail des personnes vivant des problèmes de santé mentale sans s'attarder à la psychodynamique du travail alors que pour plusieurs de ces personnes, le travail a justement été le lieu d'émergence et parfois même l'élément déclencheur de ces problèmes, c'est faire preuve de négligence. Favoriser l'intégration au travail des personnes vivant des problèmes de santé mentale sans user d'une prudence nécessaire à analyser dans quelle dynamique de travail nous favorisons leur intégration, c'est un peu comme demander à quelqu'un qui vient presque de se noyer et qui est échoué sur la berge opposée, de retraverser à nouveau la rivière une fois la nuit tombée, en lui offrant de le guider.

Les intervenants investis au niveau de l'intégration au travail savent bien que les personnes vivant des problèmes de santé mentale qui s'acharnent à retourner dans un milieu de travail *toxique* et assimilable à celui qui a fortement contribué à les fragiliser connaissent rarement le succès. De même, à la lumière de leurs expériences antérieures, ces intervenants amèneront les personnes en processus d'intégration à choisir des types et des organisations de travail où le stress est modéré, où le climat est détendu et semble sain, où le supérieur immédiat est humain, sensible et compréhensif à l'égard d'aménagements possibles. Ces intervenants sont à la recherche de conditions favorables grâce auxquelles un individu *fragile* pourra réussir à s'adapter. Impuissantes et incapables d'agir sur le milieu de travail, les interventions favorisant l'intégration au travail se centreront sur l'amélioration des capacités d'adaptation des individus.

La question de la santé mentale au travail est marquée par cette idéologie qui rend, en dernière instance, l'individu responsable de son bien-être psychologique dans la sphère du travail. L'individu est perçu comme relativement indépendant de son milieu de travail en ce qui touche son équilibre psychique; au mieux, quand on arrive à nommer les contraintes et les pressions organisationnelles déterminantes et stressantes, l'individu est mis en demeure soit d'y résister soit de s'y adapter en apprenant à « gérer son stress » (Carpentier-Roy et Vézina, 2000).

Afin d'éviter de procéder par essais et erreurs, de responsabiliser uniquement l'individu de son maintien en emploi, et pour éviter de faire vivre de nouveaux échecs à des personnes qui en ont déjà accusé un bon nombre, il peut être utile de s'approprier d'une brève synthèse de quelques analyses réalisées par la recherche en psychodynamique du travail.

6.1 Un survol de la théorie de la psychodynamique du travail

Sans avoir la prétention d'investir de façon rigoureuse cet édifice de la recherche dont le psychanalyste français Christophe Dejours a fortement contribué à conceptualiser l'architecture pour en inspirer, en sol québécois, quelques équipes de recherche dirigées entre autres par madame Marie-Claire Carpentier-Roy (GRASP, Université de Montréal) et monsieur Michel Vézina (Direction de la Santé publique de Québec et Université Laval), nous tenterons modestement d'en tirer des angles d'analyses qui nous seront utiles à deux niveaux. D'abord, ces analyses éclaireront notre compréhension de

l'impact de la dynamique du travail sur la santé mentale et, en second lieu, elles soutiendront notre évaluation des organisations de travail produites par l'économie marchande et celles initiées par les organismes d'intégration au travail issus de l'économie sociale. Au chapitre 8, l'évaluation de ces deux types d'organisation aux finalités économiques différentes portera un regard sur leur potentiel d'intégration des personnes et sur leurs aptitudes à consolider la santé mentale.

Le travail a des effets puissants sur la souffrance psychique. Ou bien il contribue à l'aggraver et à pousser progressivement le sujet vers la folie ; ou bien il contribue au contraire à la transformer, à la subvertir même, en plaisir, au point que dans certaines situations, le sujet qui travaille défend mieux sa santé mentale que lorsqu'il ne travaille pas. Pourquoi le travail est-il tantôt pathogène, tantôt structurant ? Le résultat n'est jamais donné d'avance (Dejours, 1995).

Le travail est une activité à multiple dimensions. Le travail peut être à la fois très simple et très complexe, mais peu importe le type et la nature de son champ d'action, sur le plan psychologique, il joue le même rôle.

Que l'on soit boulanger et qu'on interrompe sa nuit de sommeil au milieu de la nuit pour aller enfourner le pain qu'on a pétri la veille, que l'on soit intervenant en santé mentale et qu'on se lève tôt le matin encore empreint de l'intervention qui a désamorcé la crise suicidaire de la personne avec qui nous étions en relation d'aide solidaire la soirée dernière, que l'on soit directeur des finances d'une entreprise de la nouvelle économie des communications et qu'on se lève à l'aurore pour vérifier sur le WEB l'impact d'une acquisition et notre inquiétude quant à la stabilité de la cote de notre entreprise sur le marché boursier, ou encore qu'on se lève le matin en pensant au nombre de coupes de panneaux d'agglomérés qu'on a faites la semaine dernière et qu'on pèse les différentes manières possibles en vue d'augmenter notre production pour se rapprocher des exigences du contremaître de l'entreprise sociale d'insertion où on vient d'obtenir une promotion, peu importe le type, le créneau, et la valeur marchande de l'activité, sur le plan de notre santé mentale, l'action du travail agit de la même manière. L'organisation du travail et la dynamique relationnelle dans laquelle il se réalise peuvent, comme nous le verrons plus loin, soit favoriser et consolider la santé mentale, soit la détruire.

Le travail est l'action de transformer une matière qui nous résiste. Peu importe la forme de cette matière qui peut être palpable et concrète, virtuelle ou émotive, notre dessein d'agir sur celle-ci nous oblige à nous mobiliser afin d'y investir notre énergie, notre intelligence, nos habiletés, nos expériences, nos intuitions et notre créativité.

Notre action qui transforme la matière se réalise toujours entre l'énoncé du travail qui est prescrit ou attendu et la réalité où se réalise cette action. Il y a toujours un écart entre la représentation intellectuelle du travail et sa réalisation concrète, entre le *travail prescrit* et le *travail réel* (Dejours, 1993).

Pour illustrer ces propos, intéressons-nous à notre boulanger levé tôt dans la nuit et à qui on a demandé de produire 500 pains devant être livrés à cinq heures du matin. En arrivant à la boulangerie, il constate que le taux d'humidité de la canicule de juillet a mal fait lever la pâte, encore trop compacte. Il s'organisera alors pour user d'un de ses trucs. Il surchauffe intensivement la pièce pour la ventiler rapidement par la suite afin d'en chasser le surplus d'humidité. Puis, se fiant à son expérience et à son intuition, il prendra le risque de monter très progressivement la chaleur de son four en vue d'en sortir,

comme son patron et le client s'y attendent, des baguettes craquantes à souhait et dont les alvéoles de la mie sont impeccables.

Ainsi, entre le travail qui était prescrit et sa réalisation, il aura transformé la matière en conjuguant avec les éléments qui lui résistaient et qui portaient obstacles à l'accomplissement de son œuvre. Pour ce faire, il s'est mobilisé avec vivacité et énergie en mettant à contribution son intelligence, son expérience, son habileté, ses intuitions et sa créativité qui l'ont bien guidé.

En retour du travail qu'il a réalisé, il doit avoir accès à une juste appréciation de son effort. Pour donner un sens d'utilité à l'énergie qu'il a dépensé et aux sacrifices qu'il s'est imposés en vue de répondre à la prescription du travail, il doit pouvoir obtenir une double forme de *reconnaissance*. D'abord, il doit recevoir un *jugement d'utilité* rendu par son supérieur, le client ou ses subordonnés, et qui témoigne ainsi de « l'utilité économique, sociale ou technique du travail pour l'organisation compte tenu de ses finalités » (Vézina, 2000). Il doit aussi avoir accès à un *jugement de beauté* qui lui sera rendu par ses pairs, c'est-à-dire par les autres boulangers capables d'apprécier et de comprendre les secrets du métier qu'il a su utilisé pour produire une bonne fournée malgré les conditions de température et d'humidité adverses avec lesquelles *il a triché* (Dejours, 1995). Cette expression nécessaire de gratitude en provenance des pairs « rend compte du respect par le travailleur des règles de l'art ou du métier, malgré ou considérant les contraintes de la situation. » (Vézina, 2000). Ce jugement de beauté n'est pas seulement nécessaire à augmenter l'estime de soi, il agit directement sur l'identité en associant ce boulanger à une communauté formée d'autres boulangers avec qui il partage son expertise, ses secrets, son art de tricher avec les contraintes et sa satisfaction du travail bien fait. La reconnaissance d'appartenance à cette communauté produite par le *jugement de beauté* lui rend alors disponibles l'entraide et la solidarité dans le travail pour éventuellement, peut-être, développer des relations de camaraderie et d'amitié dans la sphère de la vie privée.

De la reconnaissance dépend en effet le sens de la souffrance. Lorsque la qualité de mon travail est reconnue, ce sont aussi mes efforts, mes angoisses, mes doutes, mes déceptions, mes découragements qui prennent sens. Toute cette souffrance n'a donc pas été vaine, elle a non seulement produit une contribution à l'organisation du travail mais elle a fait, en retour, de moi un sujet différent de celui que j'étais avant la reconnaissance. La reconnaissance du travail, voire de l'œuvre, le sujet peut la rapatrier ensuite dans le registre de la construction de son identité (...) Alors le travail s'inscrit dans la dynamique de l'accomplissement de soi. L'identité constitue l'armature de la santé mentale (Dejours, 1998).

Dans le même sens, mais en ouvrant des perspectives sur la notion de travail et sur la compréhension des problèmes de santé mentale qui sont liés à d'autres déterminants que « ... *la simple conséquence de l'histoire infanto-juvénile du sujet ou de son héritage transgénérationnel* :

(...) il faut ouvrir une autre porte explicative qui passe par le besoin de l'individu de s'accomplir dans le champ social. C'est ainsi que le travail, ou plus précisément, le fait de « travailler » (ce qui est différent d'occuper un emploi) constitue un champ d'action privilégié pour rejouer sur une autre scène des enjeux identitaires. Dans ce contexte, un travail structurant sera celui qui permettra à l'individu de mobiliser sa personnalité et sa subjectivité pour s'affranchir des déterminants de son histoire singulière et, ainsi, construire son identité et sa liberté (Vézina, 2000).

Le travail reconnu et soumis aux jugements d'utilité et de beauté agira donc pour valider les aptitudes et les qualités, pour sécuriser des inquiétudes qu'imposent de prendre des risques et de tricher avec la

matière, et aussi pour entériner la valeur de l'individu en consolidant son estime et sa confiance en lui-même. Le travail dans ce contexte deviendra donc un puissant déterminant de la santé.

6.2 Le travail, un risque pour la santé

Par ailleurs, à l'exemple de notre boulanger qui a su tricher avec les mauvaises conditions en s'ajustant aux contraintes, dans la réalisation du travail les gens trichent pour ajuster leur production de biens et de services en fonction des standards recherchés et des exigences convenues par le travail prescrit. Cette tricherie n'a pas de portée péjorative (Dejours, 1995); au contraire, elle est en quelque sorte une stratégie intelligente et rusée dans la perspective de composer avec les contraintes qu'impose la production afin d'obtenir un produit fini, se rapprochant le plus près possible de l'excellence. Dejours (1993) nous confiera que la tricherie est conséquente de l'implication et de la rigueur du producteur dans la réalisation de son travail où il y investit toute son intelligence et sa ruse pour transformer la matière, ou encore pour produire un service.

Cette tricherie offre aussi la possibilité au producteur d'exercer un certain contrôle sur la matière pour la transformer en fonction de ses attentes, elle lui procure aussi un certain pouvoir en regard de l'ignorance des non-initiés, c'est-à-dire, ceux pour qui est produit le bien ou le service et ceux qui commandent et gèrent la production de ces biens ou de ces services.

Cette tricherie, pour se reproduire, doit être exécutée à l'intérieur d'un certain espace créé par l'expérience et les connaissances, et elle doit être supportée par l'entente tacite des pairs et des collègues. Cet espace est occupé par le secret (Dejours, 1995). Le secret, gardien de la saine tricherie, crée une dynamique de solidarité entre les pairs et devient une caractéristique identitaire du groupe. Dans cette dynamique, il y a ceux qui savent conjuguer avec l'imprévisible et contrôler la matière ou la prestation de services, puis il y a les autres. Les autres à l'extérieur du collectif, ce sont ceux qui ne sont pas initiés aux secrets du métier et qui ne possèdent pas les connaissances et l'expertise nécessaires à l'exercice de cette fonction; ce sont aussi ceux qui ne partagent pas la même culture induite dans la valeur et le sens du travail que se partagent les travailleurs d'un même métier, d'une même équipe, d'une même entreprise ou encore d'une même unité syndicale.

Dans la mesure où l'organisation des moyens de production de biens et de services laisse le champ libre, ou encore mieux, le fertilise pour laisser se construire les secrets qui cimentent les équipes de travail, les producteurs mobilisent alors toute leur imagination, leurs efforts, leurs connaissances et leurs expériences à tricher pour se rapprocher des objectifs de production. Ils apprécient alors ensemble la satisfaction d'avoir contré l'imprévisible pour atteindre leur but. Dans ce système organisationnel, le travail est sain, rentable et productif. Lorsque l'organisation du travail investira dans l'intelligence et la responsabilité des travailleurs, ceux-ci offriront alors un juste *retour sur l'investissement*.

Par ailleurs, là où les organisations des moyens de production de biens et de services livrent un combat pour contrôler et vider l'espace du secret, en multipliant les normes, en fragmentant, en standardisant et en taylorisant²⁴ la production, alors elles interviennent du même coup sur la fragmentation des liens de solidarité et d'identité. Elles dévalorisent les connaissances, les expériences et l'imagination des

²⁴ Frederick Winslow Taylor, ingénieur et économiste américain, fut au début des années 1900, dans l'élan de la révolution industrielle américaine, le concepteur de l'organisation du travail à la chaîne. Il affirmait souhaiter enlever le cerveau de la casquette de l'ouvrier! Il prête, depuis son nom à cette forme d'organisation du travail qui fut éloquentement illustrée par Chaplin son contemporain dans le film *Les temps modernes*.

producteurs pour ne considérer que leurs efforts à produire tout en exigeant de ceux-ci, toujours davantage.

Ce type d'organisation du travail qui *défragmente* les équipes de travail, désaffilie les individus de leur réseau identitaire et dévalorise l'implication, l'intelligence et la ruse des producteurs.

Ce type d'organisation que certains qualifieront de *déshumanisante* (Shimon, 1996) deviendra *toxique* (Vézina, 1992 ; MSSS, 1992; Burnonville, 1999) car elle influera sur la santé mentale des individus en leur imposant un rapport au travail qui deviendra culpabilisant, souffrant et destructeur.

Dans une organisation où le travail prescrit ne laisse plus d'espace à la réalisation du travail réel, la tricherie que continuera à exercer naturellement le producteur deviendra malsaine. Elle ne servira plus la recherche de l'excellence de la production mais le rééquilibrage de l'injustice de la gestion. La tricherie sera alors un moyen de reprendre du pouvoir sur l'injustice, sur le temps, les cadences et les volumes imposés. La tricherie sera un moyen souvent utilisé de façon impulsive, pour se refaire justice.

Dans ce contexte, l'intelligence et la ruse, autrefois utilisées pour augmenter la qualité de la production et pour consolider le lien identitaire avec ses pairs, deviennent perverses dans la mesure où la tricherie s'exerce individuellement dans le secret des autres, et en réaction spontanée aux frustrations qu'impose un processus de déqualification et de *défragmentation* du réseau de solidarité.

La tricherie mise au service de la réaction à l'injustice plutôt qu'à l'amélioration de la qualité de sa productivité provoquera un conflit de valeur. User de la tricherie dans ce contexte entraîne l'individualisme et la compétition tout en portant atteinte à la solidarité avec les pairs. Le producteur de biens ou de services ressentira alors un conflit d'ordre moral sur la fidélité qu'il entretient en regard de son organisation, de son unité et de son équipe de travail. Mal à l'aise de vivre cet inconfort lié aux valeurs associées au travail, il désinvestira de ses fonctions en gardant pour lui-même son expertise, ses secrets de métier, sa ruse et son esprit d'initiative. C'est en recherchant un bénéfice personnel dans la trahison de ses pairs qu'il mettra à contribution son intelligence et ses trucs, et qu'il prendra le risque de tricher avec la prescription du travail. Il alimentera ainsi son conflit de loyauté, il sera de moins en moins enthousiaste et productif, il sera ambigu sur le sens et la valeur de son travail, il se sentira alors coupable de tricher.

Les personnes les plus solides, parce que leurs perspectives de se maintenir en bon état de santé mentale sont appuyées, entre autres, par un réseau stable et « nourrissant » en dehors de leur milieu de travail, compteront alors les journées qui les séparent des longs week-ends, des vacances et de la retraite. Les personnes plus fragiles, porteuses d'expériences affectives traumatiques, plus ou moins appuyées par un réseau affectif carencé, s'en tireront moins bien. Bourbonnais rapportera que « les sujets qui ont peu ou pas de soutien au travail de la part de leurs superviseurs ou collègues, ceux qui ont moins de soutien social hors du travail déclarent plus souvent de la tension au travail » (1995).

L'énergie dépensée à rationaliser et à tenter de reconverter vainement de façon positive la culpabilité d'user de la tricherie pour maintenir son niveau de productivité en perte constante de vitesse usera la confiance et l'estime de soi. Ces préoccupations contaminées par des sentiments de déception, de tristesse, d'insécurité, de peur et de colère envahiront le temps libre, l'espace familial, les nuits et les

fins de semaine. L'incapacité à produire, la souffrance à l'effort, le malaise qu'elle ressentira face au regard des collègues et des supérieurs éjecteront la personne de son milieu de travail qui la culpabilisera de sa démotivation et de sa fragilité.

Les individus développent différentes stratégies leur permettant de maintenir ou de rétablir un niveau d'équilibre acceptable dans leur vie. Quand les rapports de travail sont rendus difficiles à cause d'événements qui viennent changer les règles du jeu ou de l'ordre établi, il arrive que les tensions ainsi créées ne peuvent être réduites autrement qu'en se retirant de la situation difficile. Ces stratégies de défense peuvent conduire à un retrait définitif du milieu de travail (Vézina, 1995).

6.3 Le travail, un déterminant de la santé

Alors pourquoi réintégrer des personnes déjà fragiles dans des organisations qui risquent de les fragiliser davantage, de les « briser » et de les désaffilier à la fois du milieu du travail, du réseau social et de leur réseau affectif ?

Malgré ses avatars et ses contradictions, le travail est une activité fondamentale qui a le potentiel de donner accès à l'identité et au rang social, à la sécurité et à l'estime de soi, aux relations humaines et à la socialisation. Les gens qui en sont involontairement exclus, à cause de problèmes de santé mentale, sont privés d'une fonction sociale déterminante de la valeur et de la qualité de leurs relations avec leur communauté et leurs pairs, et qui détermine d'autant l'appréciation de leur propre valeur, de leur propre qualité et de leur simple raison d'être.

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

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

Dorvil *et al.* (1997) considèrent que le travail donne accès à l'identité et au rang social. Le travail est un outil d'autonomie qui donne aussi accès à la richesse et à la consommation. Le travail est un facteur

de la maîtrise sur son environnement relationnel et social (empowerment). Le travail est le véhicule principal de l'inclusion dans la société.

Pour Lehman (1995), les impacts positifs qui ont été observés chez les personnes vivant ou ayant vécu des problèmes de santé mentale au niveau de la baisse des symptômes et de la médication lorsqu'elles ont accès à un emploi démontrent l'aspect normalisateur que le travail peut représenter.

Bachrach (1991) rapporte que le travail offre un sentiment de réalisation personnelle et qu'aucune autre activité n'a un sens psychologique, social et matériel aussi complexe et aussi riche.

Et enfin, Dumais (2001) démontre à partir d'une enquête sur les parcours d'utilisateurs de services d'un organisme d'intégration au travail que sur une cohorte de vingt personnes toutes inactives avant leur implication dans le processus d'intégration, seulement cinq s'estimaient relativement satisfaites de leur état de santé mentale. Après que ces personnes eurent terminé le parcours d'insertion, quinze étant en emploi, c'est alors dix-neuf personnes qui se sont estimées être en bonne santé.

6.4 Les personnes et les stratégies d'intégration

Les personnes qui vivent des problèmes de santé mentale et qui ont été exclues du marché éprouvent de nombreuses difficultés à *reprendre pied*. Malgré un processus thérapeutique qui les amène à retrouver une certaine paix et un certain contrôle émotif, il leur restera à se rebâtir une identité et à se retrouver un rôle social.

L'insertion à une activité sociale productive comme le travail est en soi une démarche vers la recherche d'une identité, d'un statut, d'un rôle et finalement d'une réconciliation avec la sphère sociale qui est identifiée comme étant porteuse de certains déterminants de la santé. L'intégration au travail est une des finalités ciblées par une stratégie visant à créer une rupture avec la *maladie* et à recouvrer la santé.

Les personnes qui vivent des problèmes de santé mentale et qui sont à la recherche de services de réadaptation et d'intégration au travail souhaitent mettre en branle un processus stratégique vers le recouvrement de la santé.

Malgré leur disponibilité émotive et leur motivation, ces personnes ont perdu l'estime d'elles-mêmes, la confiance en elles et la confiance aux autres. Leurs habiletés sociales et leurs aptitudes fonctionnelles garantissant un certain confort relationnel et une certaine réussite en emploi se sont aussi détériorées.

Ces personnes se perçoivent comme un fardeau social. Elles se perçoivent comme un fardeau pour leurs proches et leur famille, leur réseau familial et affectif est en rupture. Ces personnes qui souhaitent avoir accès au marché du travail pour se sentir utiles, responsables, en relation avec d'autres et normales, transportent dans leur réseau en reconstruction et sur le marché du travail leurs visions d'elles-mêmes et leurs écorchures. Leur extraordinaire sensibilité y absorbe et y réinterprète les pressions, les tensions et les conflits potentiels, imperceptibles parfois, à partir d'une grille d'analyse que leur a imposé la souffrance de l'exclusion et la tourmente de la maladie mentale.

Les personnes ayant des problèmes de santé mentale et des troubles mentaux, ont les mêmes aspirations que la population en général face au travail. Le travail est significatif pour tous et fait partie intégrante de nos vies. Les personnes ayant des problèmes de santé mentale désirent se trouver un emploi sur le marché régulier de l'emploi. Elles veulent mener une vie normale et perçoivent le travail comme un des rôles significatifs de la vie (Vincellette, 1995).

Ces individus subissent ces pressions sans pouvoir y réagir. Ils accusent réception des stress sans combattre, sans prendre de recul, sans remettre en question, sans communiquer. Victimes des tensions qu'ils intègrent dans une mesure proportionnelle à leur perception négative d'eux-mêmes, il leur devient impossible de retrouver une certaine paix émotive. À ce moment, la dépression ou la crise s'impose pour refaire l'équilibre, et le décrochage de l'emploi survient aussi abruptement que le disjoncteur d'une boîte électrique saute, évitant ainsi l'incendie général.

Dans ce contexte, le support intensif offert à la démarche d'intégration est essentielle à sa réussite et par la suite, au maintien en emploi. La personne qui tente de se réintégrer au marché du travail, et qui essuie des échecs répétés à le faire augmentera d'autant ses difficultés à se reconnaître, à s'approprier un rôle et une fonction sociale utile. Ces échecs cumulés la convaincront de son inutilité et de son incapacité. Les solutions qu'offrent ces cumuls d'échecs sont généralement assez catastrophiques sur la santé mentale et parfois sur la vie. D'où l'importance de proposer une intervention qui, visant l'intégration et le maintien au travail, se centre sur l'atteinte de résultats.

L'intervention de support à l'insertion des personnes vivant des problèmes graves de santé mentale doit être éclairée par une volonté de responsabiliser la personne en processus d'insertion, non pas face à son passé et à sa souffrance, mais en fonction de son avenir et de son potentiel de travailleur et de travailleuse. Favoriser l'intégration au marché de l'emploi demande ainsi de s'éloigner d'une perspective médicale (Noble et Collignon, 1987 ; Accès-Cible SMT, 1998a) où priment les rapports médecin-patient, psychiatre-malade, hôpital-soigné, service-consommateur.

L'intervention doit donc se centrer sur l'amélioration de l'estime et de la confiance en soi. Elle doit passer à la loupe le potentiel, les qualités, les acquisitions, les habiletés et les forces que l'individu possède. L'expérimentation et l'immersion en milieu de travail (sous la forme de stage à durée déterminée ou encore de stage de formation pré-emploi) auront pour effet d'actualiser et de donner forme et substance à l'exercice théorique de remise en valeur. La confrontation à la réalité du marché permet d'appivoiser la gestion des pressions, des conflits et des contraintes. Elle permet le risque et la mesure à des défis qui rapportent des succès et accroissent la confiance puisque ces actions s'exposent à la reconnaissance et aux *jugements d'utilité* et de *beauté*.

Parallèlement, l'intervention doit défaire, ou à tout le moins semer le doute face à des réflexes de repli et de coupure de la communication. Elle doit remettre en question les déplacements de rejets et d'échecs déjà vécus qui s'amalgament facilement aux relations avec les collègues de travail, aux relations avec les figures d'encadrement et d'autorité. Il faut aussi intervenir au niveau de la peur de l'inconnu et du changement. Ce processus de révision et de questionnement fondamental crée une grande insécurité et le contact avec les souvenirs émotifs douloureux et les expériences traumatisantes vécues au travail remontent à la surface.

Parfois dans ce contexte, le département de psychiatrie et les problèmes de santé mentale, qui sont des univers connus peuvent alors apparaître, au dernier moment où se mesure le risque de la mise en action vers la normalisation, comme des havres sécurisants, réconfortants et familiers. La perspective de l'intégration à une équipe ou à une organisation de travail doit donc offrir des bénéfices évidents sur le plan matériel et elle doit aussi rapidement générer un impact tangible au niveau du recouvrement de la santé.

7. La psychodynamique du travail et la dynamique de l'intégration, à travers le regard des personnes concernées

Une fois cependant, ayant glissé, allongé à plat ventre dans la neige, tu renonças à te relever. Tu étais semblable au boxeur qui, vidé d'un coup de toute passion, entend les secondes tomber une à une dans un univers étranger, jusqu'à la dixième qui est sans appel. (...) Il te suffisait de fermer les yeux pour faire la paix dans le monde. Pour effacer du monde les rocs, les glaces et les neiges. À peine closes, ces paupières miraculeuses, il n'était plus ni coups, ni muscles déchirés, ni gel brûlant, ni ce poids de la vie à traîner quand on va comme un bœuf, et qu'elle se fait plus lourde qu'un char. Déjà tu le goûtais ce froid devenu passion, et qui, semblable à la morphine, t'emplissait maintenant de béatitude. Ta vie se réfugiait autour du cœur. Quelque chose de doux et de précieux se blottissait au centre de toi-même. Ta conscience peu à peu abandonnait les régions lointaines de ce corps qui, bête jusqu'alors gorgée de souffrances, participait déjà de l'indifférence du marbre (Terre des Hommes. Antoine de Saint-Exupéry, 1939).

Les personnes vivant des problèmes graves de santé mentale et qui se mobilisent dans un processus d'intégration au travail, s'inscrivent avec courage dans une *longue marche* à la conquête des sommets des montagnes, entre les précipices et les pics de leur vie. Ce processus d'intégration qui est presque toujours consécutif à une laborieuse démarche thérapeutique où se conjuguent le support psychologique, le traitement médical et le traitement pharmacologique procédant encore souvent malheureusement par tâtonnement, implique une détermination et une combativité nécessaire à s'infliger la souffrance qu'amène le changement.

Ces personnes pourraient reprendre les paroles du pilote Guillaumet qui, s'étant écrasé avec son avion à travers la tempête, ayant combattu la mort pour se sortir vivant de sa traversée des Andes *qui en hiver ne rendent point les hommes* et sortant de sa torpeur, confiait à son ami Saint-Exupéry : « *Ce que j'ai fait, je le jure, jamais aucune bête ne l'aurait fait* » (1939). Les personnes qui ont survécu aux tempêtes abattues par la folie nous livrent les mêmes confidences.

Les trois personnes utilisatrices de services de santé mentale et intégrées au marché du travail, qui ont été rencontrées en entrevues en février 2002, nous témoignent avec générosité de leur longue marche faite d'ascensions, de descentes, et de replis stratégiques obligés, où le travail et la reconnaissance, le support des pairs, de leurs proches et des intervenants de la réadaptation ont contribué à offrir l'oxygène nécessaire aux montées hasardeuses et pénibles.

À la lumière du contenu des différents thèmes traités à l'intérieur du chapitre précédant, nous élaborerons une synthèse partielle des trois entrevues réalisées avec les personnes ayant utilisé les services. Contrairement à la synthèse des entrevues réalisée avec les autres personnes qui se sont livrées à l'exercice, ici, même si la proposition peut sembler d'emblée un peu laborieuse, nous rapporterons le mot à mot de ces entrevues. Cette façon de faire, qui implique une lecture peut-être un peu plus ardue, nous procure par ailleurs un accès direct à la parole des personnes pour qui, finalement, ce travail est réalisé. Par ailleurs, cette lecture nous offre, en plus du contenu de l'entrevue, un contact privilégié avec l'émotion qui sous-tend le discours.

Les entretiens réalisés auprès de Sylvie et de Chantal (noms fictifs) qui ont occupé durant de nombreuses années des emplois sur le marché régulier du travail avant l'apparition de leurs problèmes de santé mentale (Sylvie était gestionnaire et administratrice d'une concession appartenant à une grande chaîne de la restauration; Chantal était technicienne de laboratoire dans un Centre Hospitalier de traitements ultra-spécialisés) nous feront davantage part de la dynamique reliée à la démarche de réintégration au travail. L'entrevue réalisée avec Philippe (nom fictif) qui s'est vu fauché par cette problématique alors qu'il terminait ses études collégiales, donc qui n'a pas occupé d'emploi avant la catastrophe, traitera davantage de tout le processus du traitement et de la réadaptation au terme duquel il s'est intégré et se maintient au travail.

Sylvie nous fait part qu'elle a pris conscience qu'elle vivait des problèmes de santé à un certain moment:

C'est difficile de se voir à ce moment-là, mais je pense qu'à partir du moment où tu te rends compte que t'es à côté de la vie en général, que t'es plus capable de fonctionner au quotidien donc, que t'es plus capable de gérer tes propres choses, que tu as de la difficulté à te concentrer à ce point que tu ne peux plus t'occuper de ta famille, que tu ne peux plus subvenir à tes besoins depuis plusieurs mois, et que t'es très désorganisée (...) Tu n'arrives pas à te retrouver du travail, tu n'arrives pas à te maintenir en emploi non plus, quand tu en trouves (...) que t'es dans un état de stress constant (...) et les fonctions vitales en général (...) tu ne dors pas bien, tu ne manges pas bien, etc. À un moment donné, il y a quelque chose qui déclique. Là tu te dis, il y a quelque chose qui ne va pas. Je suis en train de mourir (...) je ne suis plus capable de fonctionner tout simplement. Moi je pense que c'est à partir de ce moment-là que je me suis mise à aller de l'avant (...) Je ne pense pas que tu es dans un état qui te permette d'élaborer des stratégies, d'où le problème. C'est ça le problème avec la santé mentale, tu ne peux pas prendre le contrôle de quelque chose que tu ne comprends pas ou que tu ne vois même pas.

Pour Chantal, ce fut une expérience d'un autre genre. Ses proches ont constaté bien avant elle qu'elle vivait des problèmes graves. Ce n'est que deux ans après sa première hospitalisation qu'elle a compris ce qu'elle vivait :

Il y a sept ans, j'ai été hospitalisée parce que mon conjoint à l'époque trouvait que je ne filais pas (...) Et puis, il y a eu tout le reste (...) Ça a été très, très long parce que j'ai fait une psychose qui a été alourdie par le fait que (...) il y avait la séparation qui s'est présentée à travers tout ça. Je ne comprenais rien de ce qui arrivait (...) Le système médical, les psychiatres, c'est ça (...) Ça dépend qui tu rencontres et puis le psychiatre que j'avais à l'époque avait très, très peu d'ouverture. Je le voyais cinq minutes à tous les deux ou trois jours, à peu près. Je n'étais pas renseignée sur rien. Je ne savais rien. Je ne savais rien, ça a pris deux ans avant que je le sache (...) et même mon diagnostic il vient de changer encore.

En regard du début du processus d'intégration au travail, elles nous confieront :

À partir de là, je me suis accrochée à ça et j'ai découvert que c'était un organisme d'intégration au travail en santé mentale (...) Peut-être que je le savais instinctivement (...) mais sur le coup, ce n'est pas tout à fait comme ça que je vivais ça. Il a fallu que je m'adapte, que je fasse des choix. Et, à partir de là, j'ai dû faire des choix et des stratégies pour décider de rester. De ne pas fuir cette réalité-là, d'être en mesure de regarder ce qui m'arrivait (...) tout ça. Et c'est à partir de là que mon intégration au travail a commencé vraiment (Sylvie).

Le cheminement s'est fait malgré moi, par la vie. Premièrement, il y a eu l'intégration au travail (...) Il faut dire au départ que j'ai eu un très grand soutien de ma famille. Ils ne se sont pas imposés dans ma vie, non plus. Ils n'ont pas essayé de me couvrir, ni quoi que ce soit. Ils m'ont vraiment soutenue. Par rapport à un gros pourcentage de personnes qui ont une problématique et que leur famille abandonne (...) Elles sont dans le désarroi, elles sont désemparées, elles ne savent pas comment (...) Moi, j'ai eu un très grand soutien, ça m'a aidée énormément. Et puis, après ça, il y a eu toute la phase de comprendre la maladie (...) ça c'est avec mon intervenant que j'ai compris. Et c'est surtout avec la vie que j'ai compris (Chantal).

Aux questions posées en rapport aux objectifs que ces personnes poursuivaient au moment où elles ont commencé à considérer l'intégration au travail comme une voie possible, elles répondent :

Mon premier objectif, je pense que c'était un objectif de contrôle de la situation, de contrôle de ma vie. Je pense que le travail, c'était la seule chose que je voyais qui pouvait me remettre, me réaligner sur des habitudes de vie. Mon objectif c'était ça, de me réaligner sur le marché du travail, d'avoir à repasser à travers tout le processus de mon CV, d'aller faire des entrevues, de me réorganiser. Donc, d'accepter que j'étais autre chose que la maladie, que cette folie-là dans laquelle je vivais à ce moment-là. Je pense que l'objectif numéro un, c'est ça. Le deuxième, c'était la survie financière, parce que j'avais beaucoup de difficulté à faire vivre ma famille. J'avais besoin de manger tout simplement. C'est assez clair et c'est simple aussi. Je suis soutien de famille, j'ai deux enfants. (Je souhaitais)...que ça me sauve la vie ! Que ça m'éloigne de la maladie ! Que ça m'éloigne de cette espèce de monde complètement désorganisé dans lequel j'étais à ce moment-là. Et la souffrance (...) m'éloigner de la souffrance et me rapprocher des autres. Quand tu es dans une situation comme ça, tu ne peux plus rien faire de ça. Donc tu ne peux plus t'occuper de toi, c'est la mort que tu as devant toi. C'est pas juste la mort sur le plan psychologique-là, c'est la mort, point. Donc, le travail, en quoi ça peut contribuer à changer ça ? C'est que ça te force à reprendre des habitudes normales, c'est la première étape, et ça te donne l'occasion d'être autre chose que la maladie que tu vis à ce moment-là. Donc, te rapprocher de ce que tu as fait avant, de ce que t'étais avant (Sylvie).

C'était de me réaliser, c'était de me retrouver (...) je me disais, j'ai travaillé quinze ans, mon Dieu, je suis capable de travailler encore. Je suis capable de faire quelque chose. Et c'était de me trouver quelque chose à faire selon mes capacités. Mais, j'ai cherché longtemps (...) J'ai cherché longtemps parce que je ne savais pas ce que je voulais. Je ne connaissais pas mes talents. J'avais beaucoup de craintes, peu d'assurance, pas tellement d'estime de moi-même, manque de confiance (...) J'avais peur, j'avais peur, j'avais peur (...) c'est comme si je me lançais au bout d'un *bungie*. Quand quelqu'un se lance au bout d'un *bungie*, il y a un fil, mais pour moi, il n'y en avait pas. Je n'en voyais pas de fil (Chantal).

Vainqueurs de la lutte qu'elles ont livré avec la mort, ces personnes au quotidien poursuivent leur bataille avec la folie. Ces affrontements ont laissé leurs traces, ont saboté des rêves, ont imposé des abdications et rapproché des limites :

J'ai beaucoup de plaisir à faire le travail que je fais en ce moment et qui est très important pour moi. J'y crois et tout ça, c'est clair. Mais, je pense que je vis... je vis un petit peu de tristesse. Je fus quand même une personne qui a travaillé (...) qui a été très, très performante dans le milieu dans lequel elle était avant. C'était un milieu qui correspondait à mes expériences et bon, etc. Et j'ai de la difficulté un petit peu. Comment je pourrais expliquer ça ? J'ai un petit peu de difficulté à atteindre ça aujourd'hui. C'est différent, il faut que je travaille en collaboration. Cette problématique-là laisse des traces au niveau de la performance, en ce sens que je ne peux pas me

permettre de faire des erreurs. Donc, je n'ai pas tout à fait le même élan. Et j'ai plus de difficulté avec les erreurs. Je me bats avec moi-même pour faire des tâches que normalement je refuserais de faire et que je délèguerais à quelqu'un d'autre. Avant, c'est ça que je faisais. J'étais performante et tout ça, et je travaillais avec d'autres pour faire faire le travail (Sylvie).

Ce fut une période de renoncement. Beaucoup de renoncements avec un grand « R ». Renoncement à beaucoup de choses, beaucoup de choses (...) Renoncement à ce que je croyais (pouvoir) faire. Ça faisait quinze ans que je travaillais. J'ai travaillé comme technicienne dans un grand hôpital de la région de Montréal. J'ai un DEC. J'ai travaillé à deux ou trois autres places en région. J'ai été obligée de laisser tomber ça, parce que je n'étais plus capable. C'était beaucoup trop de pression et ça ne fonctionnait plus. Mais ce fut un mal pour un bien, avec le recul. Il a fallu que je renonce à moi-même, à mon ancienne image. À mon ancienne perception que j'avais de moi. Et encore, ce n'était pas une perception, c'était une image qui me venait des autres.

La mince ligne, mon Dieu, c'est tellement mince la ligne... entre les capacités qu'on a, qu'on développe et celles qui demeurent quand même limitées (...) et le désir de réaliser des choses, ce qu'on voudrait réaliser et ce qu'on peut réellement réaliser. Pour moi, ça c'est une perte. C'est une réalité que j'ai à vivre, mais ça ne me jette pas par terre. Des fois ça me choque. Je me dis, j'aimerais ça avoir plus d'énergie ou de capacités, en avoir plus. Parce que me faire une carapace et disparaître, ce n'est pas ça que je veux. Je préfère doser et vivre à cent pour cent ce que je suis capable de doser. J'appelle ça la mince ligne. Dans le fond c'est ça, c'est les limites. Ça me ramène toujours à ma mince ligne (...) Il faut toujours que je dose parce que je me suis rendu compte au cours de la dernière psychose que la ligne entre la folie et (la réalité) elle est mince. Dieu qu'elle est mince ! Et ça c'est une peur. La peur de refaire une psychose, la peur de perdre le contrôle (...) il faut toujours, je n'aime pas le terme, c'est un peu fort, être en état d'alerte. Disons, il faut toujours être à l'écoute. Il faut toujours... Et des fois ça vient des autres (...) Chantal ! Là, ils me font signe comme ça. « Ok, ça va, j'ai compris là ». C'est la vision qui est devenue différente de ma maladie. Je la prends, mais je la prends en dessous du bras et puis « *OK, let's go* », on y va ! Si c'est trop, et bien, fais-moi signe. Si je t'écoute pas, et bien là, tout le monde est averti de sonner la cloche et de la sonner fort. (...) Il y a eu des périodes difficiles parce qu'à l'intérieur de ça, j'ai fait trois psychoses, avec beaucoup de paranoïa. Et toujours suite à des événements émotifs assez importants. Et aussi, il faut que je fasse attention au travail. Je me suis rendu compte que je ne pouvais plus retourner dans un milieu de travail régulier. J'ai essayé, trois mois. Je suis partie. (Chantal).

Il y avait différents rêves quand même. Je me destinais à la recherche. Je me destinais à avoir une famille. Je me destinais à avoir peut-être une vie normale comme tout le monde... Je n'ai pas eu tout cela quand même, mais bon, j'ai eu un emploi. Ça, c'était un de mes gros objectifs (...) J'ai acquis la conviction que même s'il y avait des coupures, que je perdrais mon emploi, je continuerais, je me battrais et je me retrouverais un autre emploi ou je retournerais aux études (...) Je n'avais pas les mêmes facultés, avant que je décompense. J'avais une mémoire qui était quand même beaucoup plus importante. Ça me choque actuellement, parce que j'oublie des choses parfois (...) Il y a des atteintes un peu cognitives. Il y a des atteintes au niveau de la mémoire particulièrement. Et d'autres que je rencontre déplorent aussi cet aspect-là. Il y en a qui disent que ce sont les médicaments, moi je pense plutôt que c'est la maladie qui atteint. Il y aura toujours des relents, je pense. Quelle que soit ma médication, quel que soit mon état, il y aura toujours des relents peut-être de paranoïa ou des échos comme ça. Je les contrôle et je les combats. Et ce qui fait la différence avec le passé, c'est que je n'ai plus la panique que j'avais avant. La différence avec mon évolution, avec mon retour au travail, avec ma nouvelle médication, c'est justement que je suis calme, que je suis stable et que je ne prends pas panique. Et quand il me vient une idée bizarre, je la rejette et je la combats. C'est un combat qui est serein et qui n'est pas du tout dangereux, (dans le sens où) ça ne m'inquiète pas. Je sais que je vais devoir vivre avec ça (Philippe).

En regard de ce que leur rapporte le travail et des impacts que ces personnes identifient, elles nous livrent leurs commentaires :

Mais ce que le travail m'a amené, c'est justement les relations sociales particulièrement. Le fait d'avoir une place dans la vie, de structurer son quotidien, d'avoir un horaire du jour. (...) Je suis bien avec moi-même, je suis content de ce que je fais, je sens que j'ai une utilité au point de vue de la société et je me dis, enfin de compte, même si j'ai souffert atrocement, je ne regrette pas tout ce que j'ai vécu. Je suis conscient que ma vie est quand même positive de toute façon. (...) Je suis content de vivre. Et le travail pour moi, c'est la base peut-être, de mon équilibre et de ma stabilité. (...) Je pense au contraire, (que maintenant) je suis quelqu'un qui aime la vie, qui aime les gens et le travail me maintient là-dedans (Philippe).

Moi, ça m'a permis de trouver mes forces, ça m'a permis de les développer, ça m'a permis de retrouver l'estime, ça m'a permis de retrouver ma confiance, ça m'a permis de me découvrir à l'intérieur d'un milieu qui respectait ce cheminement-là (Chantal).

J'ai perdu l'angoisse de bien faire. Je le fais en me disant, moi je fais confiance en ceux qui m'ont engagée. Ils pensent que je suis capable de le faire, donc moi je le fais. Ça c'est fantastique parce que je retrouve un sentiment que j'avais perdu complètement, qui me donne énormément confiance et qui change toutes mes habitudes de vie. Ça me remet dans une perspective de créativité, de collaboration, de participation à la vie avec mes collègues et à la vie en général (Sylvie).

En ce qui a trait aux besoins au niveau de la reconnaissance du travail, du jugement d'utilité et de beauté, Sylvie nous confie :

Mais je pense que ce que j'apprécie le plus aujourd'hui c'est de partager le travail avec d'autres, de consulter les autres, de recevoir des commentaires sur ce qui ne fonctionne pas, de recevoir des commentaires sur ce qui fonctionne, d'être capable d'en faire aux autres, de faire ce qu'on fait dans la vie, quoi. (...) Ce que j'attends aujourd'hui, c'est je pense, un grande ouverture. J'ai besoin beaucoup, beaucoup de ça et heureusement, je travaille avec des gens qui sont très ouverts. Et je pense que ça m'aide, ça. Ça m'aide à enlever cette espèce de différence, cette espèce de façon de faire avec les autres (que j'avais pas). Je pense que c'est ce que j'attends de mes collègues : beaucoup d'ouverture, de la collaboration. J'aime ça sentir qu'on travaille sur les mêmes projets en même temps et que tout le monde a sa tâche. Je me sens plus à l'aise là-dedans que dans le contrôle. (...) Je m'attends à ce que cette personne-là communique avec moi, qu'elle me donne des balises sur la façon de faire, sur la façon de mieux gérer le temps, de partager le travail avec les autres et d'avoir des (références) sur ça fonctionne, ça ne fonctionne pas. C'est ce que j'attends de ma patronne. (...) avoir un feed-back de cette personne-là, sur les objectifs, sur les performances et les comportements qu'elle attend de moi dans l'entreprise (Sylvie).

Chantal nous entretient de l'importance de son lien avec le travail et avec son intervenant de l'entreprise sociale d'insertion :

Il y a un an, j'ai fait une très grosse psychose (...) Il y avait du sang partout dans cette affaire-là, c'était épouvantable. (En regard du fait qu'elle avait un lien d'emploi à l'entreprise sociale et que son intervenant l'attendait) C'était mon lien avec la réalité ça. C'est la seule réalité qu'il me restait. Et puis encore, je pensais que je m'en allais à Pinel. J'étais tellement convaincue, j'étais sûre que je ne retournerais pas dans l'entreprise, qu'ils ne me reprendraient jamais. Mais mon lien avec mon intervenant, avec (...) la souvenance en tout cas (...) les rappels qu'il me faisait des capacités que

j'avais (...) c'est comme si tout d'un coup, toutes mes capacités, fiou étaient parties ! Je les avais oubliées. J'avais oublié que j'avais fait tout un cheminement et que je pouvais passer à travers la psychose. Que j'avais la capacité de me redresser, de me reprendre en mains et de reprendre le contrôle. Je me suis rendu compte, avec le recul que durant les six ans passés à l'entreprise sociale (...) en tout cas, j'ai développé des capacités que je ne croyais pas avoir du tout, du tout (Chantal).

Leurs regards sur les organisations de travail des entreprises de l'économie marchande :

Je pense qu'un milieu de travail sain au niveau de la santé mentale, c'est un milieu de travail qui n'oublie pas que les gens qui effectuent les tâches sont des humains avec des limites, avec des hauts et des bas, avec des moments performants et des moments moins performants, que ce ne sont pas des machines finalement. C'est ça pour moi un milieu de travail où c'est sain. (...) Je pense que l'entreprise a une obligation. L'entreprise régulière du marché du travail ou l'entreprise sociale ont les mêmes obligations dans les deux mondes, si tu veux, il faut que t'aménages des espaces pour entendre les gens, pour regarder la tâche, pour regarder la performance, pour regarder l'efficacité de la personne et ses désirs d'avancer, de faire de nouvelles choses, ses désirs de prendre un break si elle en a un... Je ne parle pas d'être « flower power », moi, je parle de faire attention aux gens pour qu'ils soient performants et bien dans leur travail. Que ce soit créatif et que les gens donnent le maximum de ce qu'ils sont capables de donner au moment où ils le donnent. Moi, je pense que c'est primordial qu'il y ait un effort de fait dans les entreprises à ce niveau-là. Ce n'est pas le cas dans beaucoup de domaines. Les milieux toxiques et malsains, ce sont des milieux où l'objectif prime. Mais l'objectif de performance, moi, j'y crois à ça. Je pense qu'une entreprise, il faut que ça soit viable et rentable, et ça n'a rien à avoir avec ça. Je pense que ce n'est pas ça qui est toxique. Ce qui est toxique, c'est le faire au détriment de la santé des gens. Ça veut dire d'exagérer, de ne pas considérer que ce sont des humains, comme j'ai dit tout à l'heure. C'est ça une entreprise toxique, c'est une entreprise qui ne fait pas attention à son monde, qui ne donne pas de place à ça. Je pense qu'une entreprise qui n'a pas pensé à faire ça et qui n'accepte pas qu'on ne change pas les personnes comme on change des fusibles d'une boîte électrique, c'est une entreprise qui va avoir un *turn over* épouvantable, c'est une entreprise qui désinvestit humainement. Tu perds l'expertise et l'expérience des gens. Je pense que c'est ça une entreprise toxique, c'est une entreprise qui rend les gens malades dans un sens, parce qu'à partir du moment où la personne a besoin de support, a besoin d'un changement et que ce n'est pas offert, à partir de là, tu désinvestis. Donc ça devient toxique. La personne devient malade, tranquillement, parce qu'elle n'a pas ce qui lui faut. On peut être très performant et le faire bien, (...) tout le monde aime ça se dépasser, tout le monde aime ça faire des choses... (Sylvie).

Tu fais l'affaire, tu fais ton travail, tu fais ta production (...) tu le fais, ça finit là. Une journée, tu ne files pas, que ce soit relié au niveau de ta santé mentale, tu n'a pas de ressources. Tu n'as rien sur le marché du travail régulier. Et le monde sont à moitié en burn-out, ils sont déjà bien fêlés (...) Ça fait que là, tu n'as rien. Tu te retrouves toute seule, ce qui fait que la pression monte et monte. Là, tu te sens comme isolée dans quelque chose qui va extrêmement vite, qui va beaucoup trop vite, et ça déstabilise (Chantal).

Leurs regards sur les organisations de travail des entreprises de l'économie sociale :

Personnellement, je trouve que c'est certainement aussi important. Ça fournit des services, ça fournit des biens, ça fait travailler du monde. Moi, je ne vois pas de différence. La seule différence qui peut être positive, c'est que ça fait travailler des gens qui seraient dans une détresse chez eux à ne rien foutre. S'il y a quelque chose de positif, c'est ça. C'est la différence que je vois et c'est

plutôt en faveur de l'entreprise sociale à mon avis. Je ne pense pas qu'une entreprise sociale travaille à rendre les gens malades, ça fait une différence ça (Sylvie).

Je le réalise dans un milieu de travail qui respecte ma maladie, qui respecte mes limites. Où il y a énormément d'ouverture par rapport à la santé mentale. Ça, sur le marché du travail régulier, on ne l'a pas. C'est zéro... On ne voit pas ça dans les milieux de travail réguliers. Il y a en a de la pression, mais s'il m'arrive quelque chose d'important dans ma famille ou si quelque chose me touche, je peux le dire aux gens. L'ouverture est là, tu sais. Je leur dis, j'ai tel problème en ce moment et je suis moins efficace. Alors, on me dit : il n'y a pas de problèmes, tu prends ton temps (Chantal).

Même que j'aurais pu travailler en programmation, une job m'a été offerte à un moment donné (...) J'aurais peut-être pu gagner deux fois le salaire que je fais, mais j'ai refusé parce que je me disais, c'est trop de stress pour moi. Je suis content de ce que je vis et je suis content de ce que je fais. Le fait d'avoir des petits moments de liberté et parfois moins de travail, des fois j'ai des plus grosses semaines, des fois j'ai des moins grosses semaines. J'ai parfois des moments de répit où je peux prendre mon temps et jaser avec des collègues. L'équipe qu'on a, ça compte pour beaucoup (Philippe).

Quand on les questionne sur la valeur du travail, à savoir si elles considèrent si pour elles-mêmes et pour leurs proches, l'emploi qu'elles occupent a une même valeur que si elles occupaient un emploi sur le marché compétitif et marchand, considérant le fait qu'elles travaillent dans des entreprises à caractère communautaire inscrites dans l'économie sociale, ces personnes nous répondent :

Pour ma famille, je n'ai pas vraiment abordé la question. Je pense que pour mes parents, oui, et pour moi, oui. Ça a autant de valeur. Je considère que c'est autant une vraie job que n'importe quelle autre. J'ai quand même un bon rythme de fonctionnement et j'en abats de l'ouvrage, même plus que je l'aurais pensé il y (a quelques années). Je me maintiens. Je ne m'épuise pas. Je me fais des petits plaisirs. Je vais au cinéma. Je vais à la librairie et je m'achète des livres (...) Alors, pour moi, cela a autant de valeur que n'importe quelle job ailleurs (Philippe).

Pareil, c'est pareil... et même plus ! Ça a plus d'intérêt parce que je suis bien. Et ce que je réalise ici, dans mon travail, ça me rend tellement heureuse et j'aime tellement ça. Ça me donne tellement de satisfaction, ça m'a grandie tellement que ce n'est pas un travail pour moi, c'est un plaisir (Chantal).

Moi, je ne vois pas de différence. Je pense qu'une entreprise, c'est une entreprise. L'objectif d'une entreprise c'est soit de fournir des services ou des biens. Il y en a une peut-être, s'il y en a une, c'est que je trouve ça assez positif d'être dans une entreprise sociale d'intégration parce que, pour avoir passé par là, je trouve ça important dans la société qu'il y ait ça. Disons que je ne pense pas à ça à tous les jours. Moi, je pense qu'il n'y a pas de différence, je prends ça comme un travail (Sylvie).

Questionnés sur les rêves qu'elles entretiennent et leurs souhaits concernant leur avenir, la prudence guide leurs modestes désirs :

Je vais faire un souhait impossible, mais ce serait ça que j'espérerais : ne plus avoir de problèmes de santé mentale. Mais je pense que c'est impossible. (Cessez entre autres) d'être organisée tout le temps comme un boy-scout c'est incroyable, pour ne pas te laisser aller, pour avoir des repères, pour tout le temps vérifier si (...) et en même temps, c'est fatigant. Mais peut être que oui. J'ai le

droit d'espérer ça. J'ai le droit d'espérer que dans cinq ans, ça va aller encore mieux qu'aujourd'hui et que je vais pouvoir retrouver (...) Parce que je ne pense pas, que je sois capable de la faire à cent pour cent en ce moment, mais me retrouver et me donner au travail avec les autres et avec moi-même, dans ma vie, le plus que je peux donner avec mon expérience. Alors, avec tout ça, il y a tout le reste qui vient avec. La vie va mieux (...) Comme ça va bien, et bien tu stabilises tes finances, tout se stabilise. Moi, quand je me dis c'est ça mon souhait, et bien je vois aussi toutes sortes d'autres choses avec ça. Pouvoir reprendre le contrôle sur tout, de pouvoir vivre mieux, en général. Que ce soit n'importe quoi. Ça, je suis assez curieuse pour que ça soit n'importe quoi. C'est ça, mon souhait (Sylvie).

Mon Dieu... que ça se poursuive comme ça. Que mon évolution, que je me réalise encore plus. Que je me découvre encore plus de capacités, que je les augmente, tranquillement pas vite, à petits pas, mais que je les augmente (...) Faire sentir aux gens, qu'ils sont encore vivants, même s'ils ont un problème de santé mentale. Puis qu'on est pas des monstres. Dans cinq ans, mon Dieu, vivre avec mon amoureux et puis, un rêve que j'aimerais réaliser (...) J'écrivais beaucoup avant. J'écrivais de la poésie. J'aimerais bien dans cinq ans, personnellement, publier un petit livre de poésies (Chantal).

Mais le plus grand aboutissement je pense, ce serait d'être passé à travers les problèmes de santé mentale. Pour moi, j'ai la base, j'ai une satisfaction de vivre, je n'ai pas d'attente extraordinaire vis-à-vis de la vie, pour moi, maintenir les acquis, continuer là-dedans, c'est ça qui est mon projet principal, mais s'il peut y avoir des extras (...) peut-être bon, des petites satisfactions. Pour moi le futur, ce sont les extras (...). J'ai des petits projets de recherche en mathématiques, donc, peut-être publier là-dedans. C'est un rêve que je caresse depuis longtemps. Mais est-ce que mes travaux ont suffisamment de valeurs, est-ce que je vais arriver aux (résultats) auxquels j'espère arriver ? Ça, je vais le voir. Je ne peux pas avoir de réponses quand même à ce niveau-là. C'est une faible partie de mon temps que je consacre là-dessus. Je n'ai pas le temps à cause de mon travail. C'est un hobby, c'est quelque chose que... Ça je pense que j'aimerais ça, ce serait un aboutissement (Philippe).

Philippe a déjà témoigné de son parcours de réadaptation et d'intégration au travail à la clôture du Colloque sur la santé mentale et le travail *De la réflexion à l'action*, tenu à Trois-Rivières en avril 1999, en s'exprimant ainsi : « *Je suis de la première génération des personnes vivant des troubles sévères et persistants qui ne fut pas institutionnalisée. Aujourd'hui, avec le support de nombreux intervenants dévoués et impliqués dans différents services de réadaptation - centre de jour, logement social, suivi communautaire, insertion au travail -, j'ai réussi à m'en sortir. La preuve c'est que je vis de façon autonome en appartement et que je travaille comme tout le monde.* » (Accès-Cible SMT, 2000). Rencontré dans le cadre de nos entrevues, il a été particulièrement généreux de confidences et nous a livré un témoignage d'une richesse et d'une profondeur remarquables. Ce témoignage nous a fait part de la détresse profonde, de l'errance à travers la folie, des vertiges qu'impose la souffrance, et de la lutte de résistance à la mort.

Philippe, intégré depuis maintenant plusieurs années dans un organisme communautaire oeuvrant en santé mentale, nous fait le don d'une de ses réflexions qui fera office de conclusion à son témoignage : « Je me dis que les gens qui, comme moi et tous les gens qui travaillent en santé mentale, ont le devoir de communiquer l'espoir. Quand on s'en est sorti, il faut en témoigner pour nourrir l'espoir des autres. Car, quand du fond de ton abîme, le désespoir t'étouffe, il faut qu'il y en ait d'autres qui en aient à ta place ! »

La générosité, l'intensité et la force de ces témoignages nous laissent un aperçu de la violence de la lutte pour la survie que ces personnes ont eu à livrer. Émergeant du gouffre de la folie, elles partagent les mêmes aspirations : retrouver le contrôle de leur vie, être autre chose que la maladie et surtout s'éloigner de la souffrance.

À travers leur parcours vers le recouvrement de la santé et la normalisation, ces personnes identifient des pertes et signalent des traces laissées par les tempêtes qu'elles ont subies : atteintes cognitives, atteintes à la mémoire, atteintes au potentiel de performance, atteintes à la raison de vivre, à la dignité et à l'espoir. Elles ont chacune à leur manière appris le renoncement, c'est-à-dire, l'abandon des vieux rêves d'avant la rencontre avec la folie. En plus de chambarder leurs illusions et d'anéantir leurs aspirations, cette catastrophe les a dénaturés, les laissant sans autre identité que celle de survivant. Pour chacune des trois personnes, le traitement seul s'est démontré insuffisant au rétablissement. Le travail vient leur offrir une occasion de reprendre contact avec des zones oubliées d'elles-mêmes, masquées par les « effets collatéraux » de la catastrophe.

Ces témoignages soulignent que l'investissement d'énergie et la production d'un bien ou d'un service sont reconnus par leur milieu d'intégration au travail. Cette reconnaissance est elle-même remise en valeur par l'entourage et la famille qui confirment le sens d'utilité de la mise en action et les retombées positives de celle-ci. Ces personnes nous confient que pour elles, le rapatriement des bénéfices que génère le travail contribue à reconstruire l'identité et à nourrir l'espoir d'un avenir meilleur. Dans le même sens, ces bénéfices influençant leur espoir et leur vision de l'avenir, alimentent modestement les nouveaux rêves qu'elles ont en commun, soit de ne plus jamais vivre de problèmes de santé mentale.

Appuyées par une bonne connaissance de la culture du travail de l'économie marchande et de l'économie publique - c'est le cas de deux des trois répondants – ces personnes considèrent que le travail réalisé au sein d'initiatives de l'économie sociale s'apparente, joue le même rôle, et génère la même valeur que le travail réalisé dans le secteur marchand ou le secteur public. Ces personnes ne

voient pas d'inconvénient ou de désavantage au fait de s'être intégrées au sein d'organismes d'économie sociale. Au contraire, elles considèrent que ces initiatives offrent un plus grand potentiel d'accès aux bénéfices que génère le travail. Selon ces personnes, les organismes d'économie sociale où elles oeuvrent mettent en valeur les processus d'intégration, portent attention à la reconnaissance de l'implication et de la productivité, réservent des espaces à l'autonomie décisionnelle dans la réalisation du travail et enfin, ils cultivent l'entraide et l'appartenance au groupe de travail.

Nous souhaitons donc à ces héros de la guerre contre la folie, de réaliser leurs rêves et de redevenir des travailleurs et des citoyens évoluant dans des milieux favorables à la consolidation de leur santé et de leur bien-être. Solidairement avec eux, nous espérons que grâce aux retombées de leurs réalisations, le bonheur leur redeviendra possible.

8. L'intégration au travail : paradoxes et interfaces au niveau l'économie marchande et de l'économie sociale

8.1 Regard sur l'histoire économique

Soucieux d'éviter les raccourcis qui empruntent des chemins trop courts et qui risquent de nous priver d'éléments propices à bien comprendre la réalité, et sans prétendre servir de modèle de rigueur de l'analyse économique, nous prenons le risque nécessaire de procéder à un très bref survol de l'histoire économique récente des pays occidentaux. Ce regard sur l'histoire économique nous sera utile afin de mieux comprendre l'évolution et le contexte actuel de la cohabitation de l'économie marchande (de marché) et de la nouvelle économie sociale. Différents travaux, dont ceux entre autres de Bélanger, de Laville, de Lévesque, de Lipietz et de Vaillancourt, nous inspireront au cours de ce furtif exercice qui vise à nous amener rapidement sur les interfaces existantes entre les modes de gestion et d'organisation du travail propres à l'économie marchande et à l'économie sociale.

À la fin du dernier conflit mondial de 1939-1945, les pays industrialisés marquent du même pas leur entrée dans l'économie d'après-guerre. Le plan Marshall qui reconstruit l'Europe donne un souffle nouveau à toutes les sociétés industrielles qui se tournent vers la production des biens de consommation destinés à leur population et au marché domestique. Les doctrines économiques mises de l'avant par Ford et Keynes inspirent l'industrie et l'État. Dès les années 1920, Ford mettait de l'avant l'importance de bien rémunérer les ouvriers afin qu'ils puissent bénéficier d'un revenu suffisant pour s'acheter une des voitures qu'ils produisaient, le *fordisme*. Quant à Keynes, économiste britannique, il érigera un modèle de développement où l'État est appelé à jouer un rôle régulateur (Lipietz, 2001 ; Bélanger et Lévesque 1994) au niveau de la répartition des richesses en favorisant le plein emploi de la main-d'œuvre qui, ayant les moyens d'accéder à la consommation, accélèrera par le fait même le développement de l'économie et de l'emploi, le *keynésianisme*.

Dès la fin du conflit mondial, les gouvernements occidentaux décident de se responsabiliser en définissant des règles encadrant l'économie de marché qui a sombré dans le crash de 1929 pour finalement ne sortir de sa convalescence que grâce à l'industrie de guerre. Les États ayant assumé leur leadership sur l'économie au cours de la guerre, ils continueront donc de l'exercer au cours des trente ans suivant la signature de l'Armistice.

Plus spécifiquement au Canada et au Québec, inspiré par Keynes, l'État intervient directement dans l'économie. Il tente de maintenir un niveau de chômage résiduel en finançant directement l'industrie, en mettant sur pied des mesures de création d'emploi, en protégeant les secteurs *mous* de l'économie et en créant des sociétés d'État dans les secteurs de pointe (Duchesne, 2001).

Toujours inspiré du même modèle, au cours des Trente Glorieuses de 1945 à 1975 (Vaillancourt et Laville, 1998), l'État devient Providence et finalise la mise en place de l'ensemble des programmes de protection sociale et de santé. Les lois portant entre autres sur l'assurance-chômage, la sécurité du revenu, l'assurance-hospitalisation et l'assurance-maladie contribuent à resserrer les mailles du filet de sécurité sociale dans une société qui se veut juste et qui prône l'égalité des chances.

Cependant, avec l'avènement, entre autres, de la crise du pétrole au début des années soixante-dix, suivie de la hausse exponentielle des prix et des augmentations de salaires en rattrapage de l'inflation, l'économie surchauffe. À la fin des années soixante-dix, au Canada et au Québec, l'État endetté qui supporte une imposante fonction publique qu'il a mise en place au fil des années glorieuses tente de s'arracher de ses implications à caractère économique et se désinvestit de ses engagements au niveau des programmes sociaux. Au début des années quatre-vingt où le taux d'intérêt et le taux d'inflation atteignent des sommets se rapprochant des records franchis dans les années soixante-dix²⁵, l'État impose des coupures de postes et de salaires à sa fonction publique²⁶, se retire des programmes favorisant le plein emploi, et passe progressivement le relais du leadership économique à l'entreprise qui tente de se sortir de la crise.

L'État n'a plus les moyens de ses ambitions d'autrefois. Les gouvernements des années quatre-vingt et quatre-vingt dix imposent à la population un régime qu'ils infligent à leur organisation, ils se *serrent la ceinture*. Cette ceinture se resserre un peu plus à chacun des budgets gouvernementaux, dans la perspective de freiner l'endettement jusqu'à l'atteinte du déficit zéro, obtenu au cours des années précédant l'an deux mille.

Depuis le début des années quatre-vingt, comme au cours des *Trente Glorieuses*, les gouvernements canadiens et québécois emboîtent le pas des autres pays occidentaux. L'État freine son interventionnisme sur le plan économique, se dérobe des contraintes et des réglementations qu'il avait mises en place et il accompagne dorénavant de loin, l'entreprise marchande qui produit, à ses conditions, la richesse.

Avec la déréglementation, le développement des moyens de communication et du transport des marchandises, les entreprises se fusionnent pour s'affronter entre géants, étendent leurs marchés hors frontières, mondialisent leurs activités de production en *rationalisant* leur main-d'œuvre. Dans la perspective de produire toujours plus et mieux avec moins, dans un marché ouvert où la concurrence est aussi mondialisée, l'entreprise informatise la production, implante des procédés de gestion qui entraînent des coupes de personnel, abaisse les salaires et précarise l'emploi.

Au Québec, en particulier, dans la conjoncture du début des années quatre-vingt où une place de choix est faite à l'économie de marché, les initiatives proposant des alternatives économiques voient le jour. Les centrales syndicales encouragent les coopératives de biens et de services (magasins COOP, coopératives de travailleurs dans les secteurs de la forêt, des scieries, de l'imprimerie et du textile) et tentent des intrusions audacieuses sur le plan économique. Elles forcent la mise en chantier de logements sociaux pour relancer le secteur de la construction et se créent des leviers économiques pour soutenir l'emploi. Le Fonds de Solidarité, qui inspirera le FondAction par la suite, en sont deux exemples.

Des milieux communautaires émergent aussi des initiatives alternatives sur le plan de l'économie, des services sociaux et de santé : corporations de développement économique et communautaire (CDEC), coopératives d'habitation, d'alimentation, de santé, de services de garde, organismes communautaires intervenant au niveau du logement, de l'éducation, de la santé et des services sociaux. La nouvelle économie sociale voit le jour.

²⁵ Le taux d'inflation se maintenait autour de 6% par année, et le taux d'intérêt était supérieur à 17%.

²⁶ Le gouvernement Lévesque, au cours de son deuxième mandat, décrète en 1982, une coupure de salaire de 20% chez ses employés.

Réagissant à « ...*l'économie de marché, constituée à partir de la libre circulation des marchandises et des capitaux, dans laquelle le pouvoir dans les unités de production est lié à la détention du capital* » (Laville, 1999), et s'objectant du fait que « ... *L'État ne parvient plus, ni à assurer équitablement son rôle d'agent de la Providence, ni à encourager une grande variété de modes d'existence distincts de celui de l'homo aeconomicus* » (Beaulieu, 2002), l'économie sociale tentera d'intervenir de façon à contrer les effets jugés néfastes de l'économie marchande, dans la perspective de concilier le mode de production économique avec une plus juste répartition des richesses.

Réalisant un exercice de synthèse des *meilleurs efforts de définitions faites par des experts étrangers et québécois*, Vaillancourt et Labesse nous proposent leur définition de l'économie sociale :

Concrètement, nous nous entendons pour définir les initiatives, ou entreprises ou organismes qui appartiennent objectivement à l'économie sociale à partir des éléments suivants qui les caractérisent : 1) Ces entités poursuivent des objectifs à la fois sociaux et économiques. 2) En tant que partie prenante de l'économie, ces entités produisent des biens, des services et du support à la citoyenneté... 3) En tant que partie prenante de l'économie sociale, ces entités recherchent la rentabilité économique et non pas la maximisation des profits... 4) Ces entités sont dotées de leurs structures démocratiques propres, à partir desquelles elles prennent les décisions qui les concernent. Elles sont dotées d'un type d'organisation démocratique favorisant la jonction entre la participation des salariés, des usagers et, le cas échéant, des citoyens et citoyennes de la communauté environnante. 5) Ces entités recourent de façon importante au travail rémunéré; elles sont génératrices d'emplois. 6) Ces entités en somme, sont des lieux de cimentation de la cohésion sociale et du lien social (Vaillancourt et Labesse, 1997).

Sans prétendre à l'angélisme et considérer que les entités issues de la nouvelle économie sociale sont toutes exemplaires au niveau de la santé de leur organisation du travail, nous pouvons cependant, en tenant compte de leur nature même, considérer qu'elles demeurent des lieux plus sensibles aux besoins des personnes qui y travaillent et qui peuvent y exercer une influence déterminante en ce sens.

Ces entités ayant un fort potentiel de créativité par rapport à leur capacité à «... *bien cerner les besoins non satisfaits et d'innover en proposant des biens ou services qui ne sont pas offerts ou qui le sont à un coût trop élevé* » (Lévesque, 2002), elles représentent à un autre niveau, « ... *un laboratoire pour l'innovation démocratisante des pratiques sociales en raison de la recherche de la participation conjointe du personnel et de la clientèle* » (Vaillancourt, 2000). De plus, elles développent leurs capacités d'innover dans les procédés de fabrication et dans l'organisation du travail en laissant souvent une place centrale dans l'organisation des tâches aux équipes de travail et en favorisant la cogestion ou la gestion participative des travailleurs et des usagers tout en misant sur l'empowerment des personnes pour qui et avec qui elles existent.

Ces entités, ces organismes et ces entreprises sont par définition au service des personnes plutôt qu'au service des actionnaires et du profit. Le modèle de l'économie sociale a des tendances plutôt modestes sur le plan hégémonique. Il ne vise pas à remplacer à long terme l'économie marchande. Cependant, l'économie sociale vise à rendre l'économie davantage *plurielle* notamment dans le domaine de la santé et du bien-être (Lévesque et Mendell, 1999) et à porter sa zone d'influence au sein de l'organisation du travail des entreprises du secteur marchand (Lévesque, 2002). Son influence demeure

par ailleurs résiduelle dans l'ensemble de l'économie et elle est encore peu présente dans les nouvelles formes d'organisation du travail de l'économie de marché.

Ici, il faut souligner que les entreprises et organismes du tiers secteur d'économie sociale, malgré les représentations qu'on s'en fait parfois, font partie du marché du travail « régulier » tout autant que les organismes et les entreprises du secteur public et du secteur marchand. Cette clarification doit être faite parce certains spécialistes des questions d'insertion pourraient penser que les entreprises d'économie sociale, en étant attentives au double empowerment et en visant la réconciliation d'objectifs à la fois sociaux et économiques, ne seraient pas de vrais lieux de travail régulier. Comme si un lieu de travail « non toxique » était une exception à la règle qui, dit qu'en étant trop respectueux des personnes qui travaillent dans ces lieux, on risquerait de trop les « dorloter ». En conséquence, ces spécialistes seraient portés à suggérer que les emplois dans le tiers secteur ne pourraient être que des emplois de transition en attendant d'avoir accès à un véritable emploi dans le secteur public ou dans le secteur privé où le degré de « toxicité » pour la santé et la sécurité au travail serait plus élevé, c'est-à-dire plus régulier. Nous ne faisons pas nôtre la perspective de tels spécialistes. Mais cela ne veut pas dire que toutes les personnes ayant un emploi dans le tiers secteur, qu'elles présentent ou non des incapacités, doivent y rester pendant le reste de leur vie. Il nous semble plus pertinent de reconnaître que les emplois dans le tiers secteur de l'économie sociale peuvent être considérés comme des emplois réguliers comme les autres. Le fait que ces emplois puissent être particulièrement attractifs et accueillants invite à penser des stratégies dans lesquelles on valorise ces lieux d'insertion humaine et professionnelle. Dans une perspective d'économie plurielle comme la nôtre, les pratiques solidaires qui sont possibles dans l'économie sociale peuvent éventuellement influencer les manières de faire et de voir dans le secteur public et le secteur marchand (Vaillancourt, 2003).²⁷

Au chapitre précédant, les témoignages des utilisateurs de services vont dans le sens de soutenir la thèse énoncée dans cette citation, à savoir que le travail dans les entreprises d'économie sociale est considéré par les personnes qui y sont salariées comme du « vrai travail » qui joue le même rôle peu importe le lieu où il est réalisé.

Par ailleurs, en raison de son rôle intégrateur et de la mission même des organismes, la culture de gestion des entreprises d'économie sociale, centrée qu'elle est sur les conditions de parcours des personnes, se préoccupe nécessairement de la santé et du bien-être de sa main-d'œuvre et de son organisation.

²⁷ Le paradoxe provient de ce que le travail est à la fois un lieu de passage socialement obligé pour accéder à la citoyenneté et un lieu qui, trop souvent, « rend malade » et « tue ».

8.2 Les interfaces et les stratégies d'influence

Dans la perspective d'optimiser sa contribution à l'intégration citoyenne des exclus et des personnes marginalisées, la nouvelle économie sociale doit poursuivre l'objectif d'influencer la culture de l'organisation du travail en démontrant la rentabilité à long terme de prendre soin de la main-d'œuvre et de « gérer humainement les ressources » plutôt que de simplement « gérer les ressources humaines » sans autre perspective que la recherche à court terme du profit.

Les organismes communautaires de la nouvelle économie sociale et dont la mission est de favoriser l'intégration citoyenne en utilisant la stratégie de l'intégration au travail peuvent tenter d'influencer en se proposant comme modèle. Premièrement, ils peuvent mettre à l'avant-scène leur mode de gestion de l'organisation du travail où plusieurs misent sur un double empowerment amenant à la fois les utilisateurs de services et leur personnel à prendre du pouvoir sur leur environnement en fonction des limites qu'impose le nécessaire arbitrage entre les exigences de la production et les besoins des producteurs ou des personnes. Deuxièmement, ils peuvent se proposer comme modèle au niveau de la place qu'ils réservent aux opérateurs, en les situant au cœur de la prise de décisions concernant entre autres, l'organisation des tâches et des opérations, l'éthique et les valeurs mises de l'avant et même le développement stratégique de l'organisation.

Par ailleurs, c'est une façon d'influencer qui s'appuie sur une perspective morale et, à la limite, sur une certaine vanité où il est risqué de tomber rapidement dans le rôle de la grenouille qui veut devenir plus grosse que le bœuf et de subir le même sort que ce batracien sympathique.

Les organismes de la nouvelle économie sociale peuvent choisir d'influencer dans un autre registre qui ne cible pas directement les structures organisationnelles et les modes de gestion et sans *monter au front*. Dans la perspective de préparer un éventuel *grand débarquement*, ils peuvent s'investir dans un travail d'influence qui vise les gestionnaires de l'économie marchande en misant sur leurs compétences et sur la prédisposition de plusieurs qui, comme des *maquisards* de l'économie de marché et de la nouvelle économie (de l'information) marchande, s'inscrivent en *résistance* de la culture de gestion dominante et misent spontanément sur le capital de leurs ressources humaines pour assurer la sérénité et le succès de l'entreprise.

Dans cette stratégie, les *collaborateurs* du régime qui sont uniquement centrés sur la recherche sans fin de l'augmentation du profit qui doit s'accumuler aussi rapidement que s'épuise la richesse de leur main-d'œuvre doivent être des cibles négligées. Ne rendant service à personne d'autre qu'à eux-mêmes, ils utilisent le capital humain et financier de l'entreprise à des fins narcissiques dont les succès est souvent futiles et éphémères. Ils peuvent avoir un impact dévastateur tant au niveau du bien-être de leur main-d'œuvre que sur la santé et la viabilité de leur entreprise. Offrons-leur donc de la corde pour se pendre, tout en exerçant des pressions à un autre niveau.

Toujours dans cette allégorie de la *Libération*, la nouvelle économie sociale doit miser sur le potentiel des *maquisards* qui affranchiront des *zones libres* à l'intérieur de l'économie marchande où les modes de gestion et d'organisation du travail miseront davantage sur le bien-être des personnes mobilisées dans *leurs tranchées* de travail où elles seront reconnues pour l'investissement de leur intelligence, de leur créativité et de leur énergie à travers les *victoires* qui cimentent les équipes.

Pour recycler un concept cher aux gestionnaires des entreprises de l'économie marchande, cette culture de gestion et d'organisation du travail est gagnant-gagnant. Créant des retombées positives chez les travailleurs qui peuvent rapatrier la reconnaissance, l'appréciation, le fait d'avoir de la valeur, la conviction de leur utilité et leur sentiment d'appartenance au niveau de leur construction identitaire consolidant ainsi leur bien-être, cette culture entraîne les personnes dans une dynamique de recherche de satisfaction où l'effort et le dépassement dont font preuve les équipes garantissent le succès et la santé des individus et des entreprises.

8.3 Commentaires d'entrevue

Réagissant à l'évolution récente et à l'organisation actuelle du travail, tout en se questionnant sur les responsabilités des entreprises et des syndicats, monsieur Gaston Harnois nous livrait ses commentaires au cours de l'entrevue dont de larges extraits ont été reproduits au chapitre 5. Nous avons cru bon, d'en rapatrier ici, un extrait d'intérêt :

Anciennement, les gens avaient peur de se blesser au travail et d'avoir un accident quelconque. Aujourd'hui, la plus grande peur est de nature psychologique. Suite aux contraintes qu'impose la mondialisation entre autres, et le fameux « on va rationaliser! » ...on va rationaliser l'entreprise, ça veut dire, on va mettre deux mille personnes à la porte... belle rationalisation ! Dans ce contexte, les gens souffrent davantage d'insécurité. Cette insécurité n'est pas propre aux travailleurs de l'entreprise privée; elle est aussi présente maintenant dans le secteur public où il y a aussi eu des rationalisations.

Donc il y a l'insécurité et il y aussi ce dont on entend de plus en plus parler, le harcèlement psychologique. Je t'en donne trop à faire, je t'exige d'être toujours plus rapide, je ne te dirais jamais merci, ce n'est jamais assez... Cette culture de gestion a un impact sur la santé mentale des individus. C'est difficile de généraliser, mais on peut comprendre que si l'entreprise est elle-même insécurisée par la compétition du libre marché, ça se répercute chez les gestionnaires et chez les employés.

Si l'entreprise prenait pleinement conscience du fait qu'elle est peut être la genèse de beaucoup de problèmes, peut-être qu'elle hésiterait moins à s'embarquer dans le financement de programmes qui représentent une partie de la solution aux problèmes de santé rencontrés par ses employés. L'entreprise actuellement, préfère isoler le problème en offrant des services d'aide ponctuel aux individus malades, sans se questionner sur l'organisation du travail qui peut les rendre malades.

L'entreprise est là pour faire du profit, bien sûr, mais apparemment, les gestionnaires les plus sages se rendent compte qu'en prenant soin de la santé mentale de leurs employés, par différentes modalités, c'est un investissement qui est rentable.

Les gestionnaires de l'entreprise finlandaise NOKIA, à propos de laquelle le Bureau International du Travail vient de publier une enquête, ont mis des moyens en place pour s'occuper des problèmes de santé mentale de leurs employés. Comme toutes les autres entreprises des pays occidentaux, NOKIA existe pour faire de l'argent. Mais les gestionnaires de cette entreprise se sont rendu compte qu'en se préoccupant de la santé mentale de leurs employés, ça leur permettait, non seulement d'en perdre moins, mais d'en faire plus.

Interpeller seulement l'organisation du travail sur ses responsabilités en regard de la santé mentale des individus c'est prétendre que tous sont d'excellents travailleurs en pleine et bonne santé mentale. C'est par le fait même négliger les conclusions des études américaines qui démontrent que vingt-cinq pour cent de la population vit des problèmes pouvant être diagnostiqués. Par ailleurs,

interpeller seulement les individus, c'est aussi déresponsabiliser l'organisation du travail. On se retrouve donc face à une problématique qui nous oblige à intervenir sur deux fronts.

J'ai l'impression que le monde syndical est aussi mal à l'aise que l'entreprise l'est en regard de la problématique de la santé mentale. Quoiqu'on entend parler qu'à la CSN et à la FTQ, ça commence à les préoccuper et qu'ils veulent faire quelque chose dans ce dossier. Ils se disent très ouverts, mais, j'ai l'impression que les belles déclarations cachent le peu de choses qu'ils font au quotidien.

Le chapitre suivant, le chapitre 9, rend compte d'entrevues réalisées avec les gestionnaires d'entreprises d'économie sociale et d'économie marchande et avec un représentant syndical. Les réflexions des interviewés nous offriront des hypothèses d'intervention sur les deux fronts à investir, soit, l'organisation du travail et l'évolution de la santé mentale des individus au travail.

La lecture du chapitre 9, réalisée en plaçant au centre de notre grille d'analyse ces deux éléments identifiés par monsieur Harnois, nous fournira conséquemment un éclairage plus intense de ces entrevues.

9. L'intégration au travail: le regard critique des gestionnaires des entreprises d'économie sociale, de l'économie marchande et des syndicats

9.1 Le regard critique des gestionnaires des entreprises de l'économie sociale

Comme nous l'annoncions dès le chapitre 1, en introduction, quatre gestionnaires d'entreprises sociales oeuvrant au niveau de l'intégration au travail en santé mentale ont été rencontrés. D'abord, monsieur Pierre Nantel, qui fut durant de nombreuses années Chef du service des centres de réadaptation à l'Hôpital Louis-Hippolyte Lafontaine et qui occupe actuellement, parmi d'autres fonctions, celle de Président du conseil d'administration des Entreprises Sociales en Santé mentale de Montréal et celle de Vice-président du conseil d'administration de Innova (entreprise d'insertion liée opérationnellement à la première corporation). Ensuite, Monsieur Alain Levasseur, Président Directeur général et fondateur de Concentra à Trois-Rivières, qui est un regroupement d'entreprises sociales d'intégration au travail de personnes handicapées et parmi lesquelles de nombreuses vivent des problèmes de santé mentale, ainsi que monsieur Claude Blais, Directeur du Service d'Intégration au Travail de Shawinigan. Messieurs Levasseur et Blais ont été interviewés conjointement dans une même entrevue, qui s'est réalisée en Mauricie.

Finalement, monsieur Réjean Côtes, Coordonnateur à la Maison Saint-Georges de Sherbrooke (Centre d'hébergement et de réadaptation en santé mentale) et membre fondateur siégeant au conseil d'administration de Défi-SM (Centre de travail adapté, accueillant exclusivement des personnes vivant des problèmes de santé mentale), a été rencontré en Estrie.

Nous retranscrivons ici des extraits de ces entrevues qui se placeront en exergue des contenus des thèmes explorés dans les chapitres précédents.

Tout d'abord, ces gestionnaires d'entreprises d'économie sociale, qui sont d'abord des intervenants experts et aguerris en santé mentale, nous livrent les motifs et les raisons qui les ont amenés à s'investir au niveau de l'intégration au travail :

Moi, je suis enseignant de formation. Mais je n'ai pas enseigné beaucoup (...) J'ai été élevé dans la cour de Boscoville et un petit peu dans la cour du Mont Providence. J'ai vécu mon enfance à Rivière-des-Prairies. Un des mes frères avait un grand chum qui était client de Boscoville pour avoir connu des problèmes d'adaptation sociale en lien avec son milieu familial. Au cours de ma quatrième année au niveau de l'enfance inadaptée, à l'École Normale, au moment des stages, j'ai demandé de faire le mien au Mont Providence. Travailler avec des jeunes et des enfants qui vivaient des problèmes de santé mentale m'a profondément impressionné. Il y avait aussi à cette époque, une effervescence et une fraîcheur d'implication des intervenants de ce milieu qui m'a attiré (Pierre Nantel).

Ça fait vingt-cinq ans que je travaille en santé mentale et le domaine de la réadaptation psychosociale, à tous les niveaux, m'a toujours intéressé. Le travail a une incidence sur la santé mentale et c'est très positif. Sinon, je ne serais pas là-dedans; ça fait treize ans que je travaille au niveau de l'intégration au travail (Claude Blais).

Malgré que ma formation soit en psycho, je n'avais jamais pensé travailler en santé mentale. C'est paradoxal, parce que ma spécialité c'est en développement organisationnel. Ce qui fait que je travaillais plus au niveau des structures et des systèmes et pas avec les personnes. Ce qui m'a rapproché de la santé mentale et de la détresse, c'est mon expérience de vie. Pendant quelques années, j'ai été retiré du marché du travail pour des problèmes de santé physique importants et je pense que c'est-là où j'ai le plus compris ce que c'était que de vivre l'isolement, la détresse, la rupture (...) C'est ça, moi qui m'a rapproché le plus de la souffrance humaine (Alain Levasseur).

Même si j'ai étudié en service social, j'ai fait de la poterie pendant quinze ans. À un moment donné, pour des raisons économiques et pour différentes circonstances, j'ai fermé mon atelier et j'ai quitté la poterie (...) J'ai dû faire autres choses. Je me suis retrouvé coordonnateur au CLSC du Val Saint-François et c'est dans le cadre de ces activités-là, que je me suis intéressé au dossier de la santé mentale. À l'époque, il n'y avait pas beaucoup d'intérêt pour la santé mentale. Les CLSC étaient plutôt méfiants par rapport à la santé mentale. Mais moi, c'est un dossier qui m'intéressait. Je me suis alors occupé de l'équipe de santé mentale. Je suis coordonnateur à la Maison Saint-Georges, et là, on est dans le jus (...) Il y a des gens qui ont des problèmes sévères, des gens qui ont plusieurs problèmes avec la justice, avec la santé mentale et la toxicomanie (...) J'aime beaucoup ces personnes-là (Réjean Côtes).

Lorsqu'on leur demande selon eux, qu'est-ce qu'une réadaptation et une intégration au travail réussie, ils nous répondent :

Pour moi, quand la personne vient te dire, maintenant je travaille, j'ai mon appartement, j'ai mes affaires, tu viendras voir ça, c'est un bon signe. Une personne m'a déjà invité chez elle, à venir voir comment elle s'était organisée, comment elle se débrouillait, comment elle était autonome dans le fond, ça c'est une réussite au niveau de l'intégration au travail. Et peu importe si elle doivent continuer à recevoir une médication (...). Autre indice, c'est quand les personnes prennent une distance par rapport au réseau psychiatrique, c'est encore un meilleur indicateur de leur intégration (Pierre Nantel).

À mon sens, il n'y en a pas de critères universels. C'est la personne qui doit définir ses propres critères. Souvent les critères sont définis par les autres, les spécialistes, les médecins. Donc c'est souvent défini par d'autres personnes que la personne elle-même, les critères. Sa réadaptation, c'est la personne elle-même qui le sait, si elle est réussie. Un indice, c'est quand la personne est capable de composer avec ses difficultés et de se mettre à l'abri de la rechute (Claude Blais).

Moi, je préfère parler de processus de resocialisation, qui englobe des étapes d'actualisation de l'être humain, que de parler de réadaptation, de réinsertion et d'intégration (...) Quand tu me demandes c'est quoi les critères d'une intégration ou d'une réadaptation réussie, pour moi, c'est l'oubli. L'oubli, c'est que je ne sais plus où il est. Je ne sais plus ce qu'il fait. Il vient me voir à Noël ou au cours de l'été, je reçois une photo par la poste (...) Il n'y a plus d'intervenant en contact avec cet individu. Il va très bien. Il a retrouvé son socle. Il a été capable de retrouver son équilibre (Alain Levasseur).

Monsieur Réjean Côtes, nous entretient, quant à lui, des conditions d'émergence de l'organisme d'intégration au travail qu'il a contribué à mettre sur pied.

Quand on a demandé aux gens qu'est-ce que vous aimeriez (...) parce que nous, notre approche de réhabilitation, c'est d'essayer que les gens reprennent du pouvoir dans leur vie, qu'ils réussissent à

faire les affaires qu'ils aiment. Alors, on leur demandait souvent, qu'est-ce que vous aimeriez ? Les gens disaient, on aimerait ça travailler. On n'y croit pas, mais on aimerait ça. On a finalement fini par s'atteler à ça. Il fallait le faire. À la force de te le faire dire, tu te dis, bon je vais essayer. Peut-être que ça ne marchera pas, mais il faut essayer pareil. Finalement, avec la chance, les circonstances, et avec toutes sortes de choses, ça a fini par marcher, avec un bon résultat. Les gens, avaient peu d'espoir de pouvoir trouver un vrai travail. On avait des gens avec des problèmes importants, et plusieurs avaient comme abandonné l'idée de travailler. Mais le travail demeurait quand même, un rêve important. Malgré qu'à l'époque il y avait beaucoup de chômage et que les gens avaient des problèmes sévères, on a commencé à penser de bâtir quelque chose pour donner des vrais emplois, avec un vrai salaire. Les gens étaient tannés d'avoir juste des stages, toujours des stages. Ce n'est pas mauvais des stages, mais à un moment donné, il faut arriver à autre chose. Il n'y avait pas de Centre de travail adapté (CTA) pour la santé mentale dans l'Estrie. Il y a un Centre de travail adapté mais les gens vivant des problèmes de santé mentale n'y ont pas accès, ou à peu près pas. Donc, on s'est donné comme objectif, de partir un Centre de travail adapté. Alors là, on est parti pour mobiliser toute la région là-dessus. On a rencontré du monde, le maire. On a rencontré les syndicats et à peu près tout ce qu'il y avait de groupes pour vendre notre affaire. Et tranquillement, on a demandé des subventions. On a commencé par faire des plans d'affaires (...) et à un moment donné, par erreur, on a reçu une subvention importante : une subvention de 100 000\$ provenant du Fonds de lutte contre la pauvreté.

Le responsable de ce programme a compris notre affaire. Il aimait notre projet, et il aimait la cause (...). Ce n'était pas tout à fait ce type d'intervention que le programme était supposé de réaliser, mais lui, il a décidé de subventionner le démarrage quand même. Alors on a commencé avec un projet au début, de tondre des pelouses (...) On s'est rapidement rendu compte après avoir réalisé quelques activités modestes au départ, que pour développer une entreprise rentable, il fallait avoir d'autres contrats. Par chance, on a rencontré des gens assez extraordinaires dans la communauté. Des personnes qui travaillaient dans l'industrie, qui s'y connaissaient. Elles ont accepté de nous aider. Et là, rapidement, on a eu des contrats plus importants, l'affaire a grossi. Et on a réussi à mobiliser assez le milieu et à influencer assez l'OPHQ pour être reconnus comme CTA. Depuis ce temps-là, l'organisme a continué de grossir. C'est devenu notre outil principal dans l'Estrie pour la création d'emplois destinés à des personnes vivant des problèmes de santé mentale (Réjean Côtes).

En regard de leur expérience-terrain, ils nous entretiennent du processus et de l'impact de l'intégration au travail sur la santé mentale des personnes :

Dans mon esprit à moi, le travail en question, c'était pas bon pour elle. Elle avait eu des épisodes importants de dépressions profondes (...) quatre ans de retrait du marché du travail (...) Pour moi, j'avais excessivement peur que le retour dans ses fonctions ne la fasse décompenser. Cette personne-là pensait autrement. Finalement, je lui ai dit que j'acceptais sa vision des choses et que c'est elle qui décidait. Elle a démontré qu'elle était capable de gérer son stress (...) Malgré ses handicaps, malgré l'importance de la maladie, cette personne-là voulait retourner dans son travail. La détermination ça aide. Les résultats ont démontré que je m'étais carrément trompé. C'est une très bonne chose. Une personne m'a déjà dit « le plus gros avantage que je vois à mon intégration au travail, c'est que pour une fois, depuis bien longtemps, je n'ai plus le sentiment d'avoir l'étiquette de Louis-H-Lafontaine imprimée dans le front. J'ai l'impression d'être une personne normale, et considérée comme une personne normale, de ne pas me sentir exclue ou une personne à part » (Pierre Nantel).

Il me disait en pleurant : « Écoute, le travail que tu fais présentement ici, c'est le travail que je faisais auparavant, moi ». C'est un bonhomme qui a un baccalauréat en travail social, il a déjà travaillé au niveau de la réadaptation en santé mentale lui aussi. Les premières fois qu'il est venu

ici, il ne tolérerait pas plus de deux heures de présence et il s'en retournait (...) Il passait la nuit sans dormir parce qu'il appréhendait le moment où il était pour revenir ici. Aujourd'hui, il fait des journées complètes, il fait partie d'un comité de travailleurs, il fait partie du journal, il s'intègre (...) on voit l'impact de l'intégration au niveau de la personne, au niveau de la famille et de l'environnement de la personne (Claude Blais).

Pour qu'il se reconstruise, il a besoin de maillage et d'alliance avec une infinité d'acteurs, et ça passe par la formation, l'emploi, la solidarité (...) plein de secteurs d'activités par rapport auxquels il aura à se remailler pour aller plus loin. Il a à recréer les liens avec lui-même d'abord et ensuite avec les autres. Ce processus doit évoluer dans un contexte valorisant où il va réaliser des réussites. C'est gênant de dire : « Je ne travaille pas, je suis sur le B.S », ou encore « Je me cherche une job ou je suis sur le chômage ». Mais pour moi, c'est bien plus que ça qu'on peut offrir aux gens. Ce n'est pas juste une job, c'est de l'accueillir et de l'accompagner dans un processus. Pour moi, accueillir quelqu'un et le reconnaître, c'est le début de la reconstruction d'un être humain et de sa croyance en lui-même. La deuxième étape, c'est quand il est capable de se remettre en action et de poursuivre sa démarche (Alain Levasseur).

Les gens voient les préjugés qui existent par rapport à leur condition. Eux-mêmes parfois sont porteurs des mêmes préjugés, et là ils se disent « Je suis fini, je ne suis plus bon, je suis à l'écart, je ne suis pas correct dans ma tête » Alors, ils se démobilisent beaucoup. Le travail, c'est un espèce de rêve pour les gens. Malgré tout, ils entretiennent l'espoir de retourner au travail. Mais n'ont pas beaucoup confiance d'y retourner. Quand tu es rendu à la Maison Saint-Georges, les employeurs ne courent pas après toi (...) Mais il n'en reste pas moins, que pour les gens c'est un rêve, c'est l'espoir. L'impact de l'intégration, ça change toute l'affaire. Les gens ont le sentiment de participer à la société. Dans la société tout le monde travaille ou devrait travailler. Quand ils ne travaillent pas, ils ont le sentiment qu'ils ne participent pas, qu'ils ne sont pas bons, qu'ils sont à l'écart. Alors, quand ils travaillent, les gens ont l'impression de participer, qu'ils sont des citoyens dans le fond. Je pense que le premier effet du travail, c'est de valoriser les gens, qui deviennent citoyens à part entière (...) Alors, ils sont beaucoup moins malades (Réjean Côtes).

À la question est-ce qu'exercer un travail au sein d'une entreprise d'insertion de l'économie sociale a autant de valeur pour les gens qu'exercer un travail sur le marché régulier de l'emploi? ils répondent :

Auparavant, je croyais que l'intégration dans une entreprise régulière avait un effet plus grand que dans un lieu semi-protégé comme une entreprise sociale ou un centre de travail adapté parce que l'intégration m'apparaissait plus complète dans le marché régulier et compétitif. Mais si on écoute ce que des personnes intégrées en entreprise sociale ou en entreprise d'insertion disent, pour eux autres, ça n'a pas un impact moins grand. C'est-à-dire, le fait de travailler, le fait d'avoir un statut de travailleur, le fait d'avoir une paye, le fait d'être intégré à un group, cela a autant de valeur, c'est aussi bon, c'est aussi noble que d'être intégré dans une entreprise du marché compétitif. C'est probablement juste une conception d'intervenant que l'intégration au marché compétitif et régulier a une plus grande valeur (Pierre Nantel).

Une personne qui travaille ici trente-cinq heures semaine, c'est un emploi régulier. Ce n'est pas le milieu qui fait que c'est un travail régulier, c'est la façon dont la personne évolue à travers le milieu de travail. Si elle est bien ici, à raison de trente-cinq heures semaines, pour elle c'est un milieu régulier de travail (Claude Blais).

Moi, je pense que oui. Les gens sont bien traités. Les gens sont heureux, les gens ont des meilleurs salaires que dans bien d'autres endroits. Les gens ne demandent que de les aider à s'intégrer sur le

marché régulier. Pour les gens, une entreprise sociale ou une entreprise régulière, c'est exactement pareil. Il y a des tâches chez nous qui sont les mêmes que dans le privé. Dans le fond, c'est un organisme pareil comme un autre. Nos travailleurs réalisent des contrats en ce temps-ci pour Home Depot. Si ce n'est pas chez nous que se réalise le contrat, ça va être chez un autre petit entrepreneur quelque part. Home Depot va trouver un endroit pour faire faire la job, peu importe si c'est social ou privé. Donc les gens participent à la société au même titre que d'autres. C'est leur entreprise, alors pour eux-mêmes, c'est plus intéressant parce qu'ils ont accès aux décisions, ils ont accès au conseil d'administration. Et nos travailleurs concurrencent le privé. Ce n'est pas parce que Défi SM est un Centre de travail adapté qu'on va y aller à rabais. Parfois, on perd des contrats parce qu'on soumissionne trop haut, donc on essaie d'être dans le marché au même titre que n'importe quel autre entreprise (Réjean Côtes).

En rapport aux limites, aux difficultés d'existence et de développement des entreprises d'économie sociale et d'intégration au travail, ils nous livrent les réflexions suivantes :

Le problème des entreprises sociales ou des entreprises d'économie sociale, c'est de trouver un *modus vivendi* subtil entre le travail productif et le travail compétitif : l'aspect travail, par rapport à l'aspect thérapeutique. Comment ne pas devenir trop surprotecteur par rapport à la capacité de la personne à prendre son envol et son autonomie? Un autre gros problème, c'est de créer des emplois étant donné l'écart entre la capacité de production, d'autofinancement et les besoins de financement. Concrètement, si tu as 500 000\$ de subvention et que tu donnes de l'ouvrage à une vingtaine de personnes mais que ton rapport d'autofinancement est à 50%, il faut que tu vises une plus grande part d'autofinancement pour pouvoir être créateur au niveau de l'emploi. Et ceci, en gardant toujours, la perspective d'être respectueux des limites et des contraintes des personnes. Le *challenge*, c'est d'être productif au niveau de l'intégration au travail des personnes vivant des problèmes de santé mentale et d'être, en même temps, de plus en plus productif et compétitif au niveau de son autonomie et en rapport au marché. C'est ça le défi (Pierre Nantel).

La grande difficulté, c'est d'allier toujours le développement humain avec le développement économique. Ça, c'est très complexe. Si on le fait dans une dynamique qui est uniquement de recourir à des subventions importantes pour se maintenir en vie, moi je trouve ça très périlleux à long terme. Les entreprises doivent se développer comme des entreprises régulières tout en tenant compte des difficultés de production de leurs travailleurs. Mais pour moi, les entreprises doivent cheminer et essayer de trouver un ratio de rentabilité le plus élevé possible, car je ne veux pas qu'ils soient confinés à des emplois de second ordre. Je ne veux pas qu'ils se considèrent comme ça. Pour moi l'entreprise doit offrir un maximum d'ouvertures, aller chercher le plus de contrats possible. Des contrats de production ou de transformation variés, parce que si tu as trois cents personnes, ce n'est pas toutes les personnes qui ont les mêmes habiletés et qui sont intéressées par les mêmes types de fonctions. Alors il faut que ce soit très varié. Il faut aussi que les entreprises soient de plus en plus autonomes parce que je ne pense pas que l'État, dans les années à venir, soit capable de supporter ce type d'entreprises. Je crois que leur nombre va devenir trop important au Québec. Alors, il faut assez rapidement se suffire à nous-même. Pour le démarrage, ça va. Pour la suite des choses, c'est nous autres qui en sommes responsables (Alain Levasseur).

À mon avis, les entreprises sociales peuvent devenir très solides. C'est près du milieu, il y a des partenaires. À Défi SM, c'est quand même surprenant comment les gens du milieu économique de la région sont fiers de Défi SM. Ils collaborent, ils appuient ça et ils nous donnent un coup de main. On n'est pas des intrus, on fait partie de la game. Moi, je pense qu'avec l'économie sociale - je ne suis pas un spécialiste de l'économie sociale, mais je me dis - les gens qui sont exclus et qui ne sont pas capables d'être compétitifs sur le marché privé (parce qu'à un moment donné, il faut

que tu produises à la planche et que si tu ne fais pas l'affaire, on te floche) peuvent trouver une occupation valorisante et un travail adapté et pertinent dans leur milieu, et qu'ils sont bien considérés là-dedans (...). En général, les gens qui travaillent à long terme dans ces entreprises, ce sont des personnes qui ont des besoins particuliers parce qu'elles vivent des difficultés ou connaissent certains handicaps (...) De façon générale, les gens participent à la gestion de l'entreprise et ils sont impliqués. Ces entreprises sont intégrées dans la communauté, elles rendent des services aux personnes et à la communauté. C'est le nouveau tissu social qui, à mon avis, se tisse tranquillement. Et ce, avec des gens qui autrement, seraient mis à l'écart (Réjean Côtes).

En regard de la culture d'entreprise, monsieur Réjean Côtes nous confie :

D'abord, il ne faut pas mettre de la pression inutilement sur la clientèle. Si tu pousses trop à l'ouvrage, les gens vont avoir de la misère avec ça. Surtout au début où les gens doivent s'adapter. Je pense qu'il faut être tolérant. Les gens ont besoin de sentir qu'ils sont appréciés, qu'ils sont considérés, même s'il leur arrive des écarts. Défi SM fait travailler des gens qui ont eu de gros problèmes. Il y a des gens qui ont de graves troubles de la personnalité, il y en a là-dedans qui ont démissionné plusieurs fois de leur emploi à l'intérieur de l'entreprise, mais aujourd'hui, ils sont toujours là. Il y en a qui ont eu toutes sortes d'écarts de conduite, qui ont eu toutes sortes de problèmes (...) L'entreprise est tolérante avec ces gens-là. Ça aurait été facile d'en « flocher » plusieurs. Mais l'entreprise a toujours voulu les garder et a accepté un certain nombre d'écarts, de difficultés, ou de rechutes, pour démontrer aux gens finalement, que l'entreprise est partenaire de leur processus d'intégration. Défi SM a décidé d'associer les travailleurs à la gestion. L'entreprise mise sur leur participation dans la gestion des affaires, et est à l'écoute des travailleurs quand ils émettent une opinion. Il y a des travailleurs au conseil d'administration. Cette approche fait que la personne se sent appuyée. Elle sent que même si elle fait une erreur, ça ne sera pas la fin du monde. Dans le privé, avec la pression que vivent les entreprises, il ne faut pas que tu fasses trop d'erreurs parce qu'on va le noter. Si tu ne produis pas ton 110%, si tu tombes à 100%, là, tu te rapproches de la porte. À Défi SM, nous n'avons pas cette approche de gestion. Nous avons une approche humaniste, ce qui n'empêche pas les gens de travailler fort. À l'assemblée générale qu'on a tenue récemment, il y est venu quarante-cinq employés. Ils sont venus spontanément dans la salle, pour témoigner que le travail leur avait redonné de la dignité. que le travail leur avait redonné de l'espoir, un rôle de citoyen (...) Ils apprécient beaucoup le style de gestion. D'être bien acceptés, d'être tolérés, supportés, la patience et tout ça. Alors, je pense que cette culture de gestion, c'est fondamental (Réjean Côtes).

En quelques lignes ici, nous tenterons de faire ressortir l'essentiel des propos de nos gestionnaires d'entreprises d'économie sociale tout en soulignant au passage nos communautés de point de vue.

Ces gestionnaires d'entreprises d'économie sociale, avant d'être des entrepreneurs, sont d'abord des intervenants en santé mentale. Leurs motivations à s'investir dans ce domaine sont marquées par une sensibilité envers la souffrance vécue par ces personnes. La détresse, l'isolement, l'exclusion et la rupture les mobilisent. Empathiques, ils apprécient et aiment ces personnes.

Pour eux, les indicateurs d'une intégration réussie passe par le fait que la personne est capable d'identifier ses besoins et de prendre les moyens à sa disposition afin d'éviter la rechute. En distance du réseau de la santé mentale et oubliée par les intervenants, elle est donc redevenue normale.

Ces gestionnaires précisent que les conditions d'émergence d'initiatives d'économie sociale doivent être intimement liées aux besoins des personnes et qu'il faut miser sur leurs rêves. Ces conditions impliquent une mobilisation large du milieu et une coalition intersectorielle.

Ces gestionnaires et intervenants, mettent en évidence avec raison, la tâche complexe de concilier un double objectif qui est de favoriser l'intégration au travail de personnes en situation d'exclusion et « non-compétitives » sur le marché, tout en s'appuyant sur une activité économique. La raison d'être et la mission des organismes qu'ils gèrent impliquent de vivre au cœur d'un paradoxe où évolue la dialectique complexe de réaliser une activité économiquement viable dont la rentabilité se mesure par ses retombées sociales. Ces « opérateurs », comme les désignent nos cousins français, s'ingénient donc quotidiennement à renouveler ce tour de force où se recrée la double rentabilité.

À un autre niveau, les gestionnaires d'entreprises d'économie sociale mesurent l'impact et le rôle du travail réalisé dans le secteur de l'économie sociale de la même façon que les utilisateurs de services l'énonçaient au chapitre 7. Ici, il y a unanimité de point de vue chez les gestionnaires d'entreprises d'économie sociale et les utilisateurs de service. Selon eux, le travail réalisé dans le milieu de l'économie marchande, de l'économie publique ou encore de l'économie sociale, génère les mêmes retombées positives sur la santé et le bien-être des personnes.

L'auteur se permettra d'ajouter ici qu'en fonction de l'analyse réalisée au chapitre portant sur la psychodynamique du travail (chapitre 6) et à la lumière des contenus des entrevues réalisées auprès des utilisateurs de services, auprès des gestionnaires d'entreprises d'économie sociale ainsi qu'auprès des gestionnaires d'entreprises d'économie marchande (ce que nous verrons plus loin), le secteur économique où se réalise le travail est secondaire. L'organisation et la culture de gestion dans lesquelles le travail évolue sont par ailleurs des éléments déterminants. Autant le travail peut consolider la santé mentale, autant il peut la détruire. Le secteur économique où il s'exerce ne représente donc pas un facteur d'influence à ce niveau.

9.2. Le regard critique des gestionnaires des entreprises de l'économie marchande

Comme nous l'annoncions dès le chapitre 1, en introduction, deux gestionnaires d'entreprises de l'économie marchande ont aussi été rencontrés en entrevues.

Ainsi, monsieur Michel Demers, Directeur des finances chez Cognicase (entreprise d'informatique de la nouvelle économie, ayant pignon sur rue dans le Vieux-Montréal) et monsieur Raynald Jutras, Directeur de la production chez Relizon Canada inc. (imprimerie d'importance et de pointe localisée à Drummondville) nous ont, fait part de leur confiance et de leurs intérêts, mais aussi de leurs appréhensions et de leurs inquiétudes en regard de l'intégration au travail des personnes vivant des problèmes de santé mentale dans le contexte de l'évolution récente de la culture et de l'organisation du travail.

En regard de leur perception de la problématique de la santé mentale et de leur expérience personnelle de la présence de problèmes de santé mentale dans leur lieu de travail, ils nous informent de la réalité suivante :

Dans l'entreprise où je suis actuellement, il y a deux cas avec lesquels je suis familier. Il y en a d'autres qui sont en congé de maladie, mais je ne pourrais pas dire si c'est relié à des problèmes de santé mentale parce que je suis entré en fonction assez récemment dans cette entreprise. Mais il y en a deux que je connais parce que c'est arrivé depuis que je suis là, au mois de janvier. Il y en a un pour qui c'est tout récent, le problème a été rencontré il y a à peine une semaine. La personne devait terminer un travail sur une presse qui peut occasionnellement requérir la présence de deux personnes. Mais c'est un type de presses qui s'opèrent habituellement à une personne. Il restait un rouleau à imprimer, alors le contremaître a rencontré l'employé et il lui a demandé de finir le rouleau. C'est deux heures de travail pour finir l'impression. L'employé a refusé parce qu'il était seul à la presse. Le contremaître a rencontré la personne en présence du syndicat, sur-le-champ. Après discussion, il a été convenu qu'il fallait quand même « rouler » la job, parce que ce travail ne requérait pas deux personnes. L'employé a refusé de le faire. Il a alors dit au contremaître qu'il était malade et il a quitté. Hier, j'ai reçu un papier du médecin m'informant qu'il faisait une dépression et qu'il serait absent du travail pour un mois. Ce que je comprends là-dedans, c'est que ce sont des personnes qui vont craquer sous la pression et les tensions (...). Cet événement représentait une situation conflictuelle qui ajoutait du stress à son travail, parce que sa compréhension des choses était différente de la nôtre (...). Peu importe la perspective par laquelle on peut regarder le problème, pour lui, ça représentait un stress additionnel. Je pense que ça a déclenché quelque chose. C'est un scénario qui arrive souvent et qui, la plupart du temps, est dû à un stress additionnel. Ce que j'essaie de dire, c'est que tous les stress ne viennent pas de l'emploi. Je ne sais pas lesquels ont le plus d'importance entre l'emploi ou la vie familiale, ou les contraintes qu'il peut y avoir à l'extérieur de l'entreprise, mais c'est sûr que ça s'ajoute à d'autres pressions et que ça peut avoir comme conséquence sur l'individu, de l'empêcher de fonctionner normalement. En fait, de s'écrouler sous l'ensemble des tensions. Par rapport à la réintégration de la personne qui est en congé de maladie pour une période d'un mois à cause d'une dépression à son retour, je vais la regarder aller (...). Moi, je ne le connais pas ce gars-là. Je vais aller le voir, pour voir à qui j'ai affaire. Voir s'il est complètement décroché et s'il ne veut rien savoir, ou s'il brasse des frustrations comme d'autres (...). C'est certain qu'il y a des choses que je peux accommoder. Moi, je te dirais qu'à quatre-vingt-quinze pour cent du temps, juste l'ouverture d'esprit, prendre le temps d'écouter et essayer de dire, on peut-tu s'entendre ? On va essayer de faire ce bout de travail-là ensemble et puis on va à nouveau s'asseoir et on va regarder c'est quoi les obstacles. Ça fait beaucoup de chemin la plupart du temps (Raynald Jutras).

À ma connaissance, il y a deux personnes qui vivent ce type de problème dans mon environnement immédiat de travail. Une personne est en absence depuis un mois à peu près, et une autre qui a des problèmes depuis plusieurs années. Tout le monde sait que cette personne-là est sous médication, depuis plusieurs années. Mais, elle est fonctionnelle et elle répond aux objectifs de l'entreprise. Il y a eu des périodes d'absence dans le passé. Dont une absence d'à peu près un an.

Ce que j'en comprends moi, c'est une foule de facteurs reliés avec le travail, avec la situation familiale, et avec des problèmes personnels particuliers. Ce n'est sûrement pas juste une cause. C'est très difficile d'aborder ces problèmes. Ce sont des sujets tabous. C'est très difficile d'en parler avec ces personnes. Je pense que les facteurs de stress sur les lieux de travail, et la compétitivité ce sont des facteurs déterminants. Pression et quantité de travail, exigences de performance (...) Le cas le plus récent, ça m'apparaissait lié à ce type d'environnement et ce, conjointement à des problèmes personnels et familiaux. Donc, la personne en question semblait avoir de la difficulté à « dealer » avec la pression au travail, et à « dealer » avec ses problèmes personnels. Tout ça, en même temps. Je ne sais pas lesquels ont représenté la cause principale, mais il y a sûrement un des deux types de problèmes qui a fait déborder le vase. Par rapport aux perspectives de réintégration au travail, C'est un milieu qui n'est pas tellement compréhensif. Les gens se concentrent sur les problèmes du quotidien au travail, sur les objectifs de performance. Et les personnes qui ont des problèmes de ce genre-là, et on peut même l'étendre aux gens qui ont des

problèmes de santé physique, ils sont considérés comme des éléments plus faibles, ou affaiblis et fragile. C'est assez intransigeant. À la limite, dans des situations comme celles-là, l'employeur n'essaierait pas de retenir l'employé. Il est presque souhaité que l'employé en arrive à se dire : « J'ai un problème, alors je m'en vais, je démissionne ». On ne poussera pas dessus pour aggraver son problème, mais on ne fera rien pour le retenir et le réintégrer. Tu vas avoir des gens par contre qui sont plus près de ces personnes-là, souvent des collègues de travail du même niveau et qui ont des liens un peu plus personnels et qui vont en discuter et essayer d'en parler avec la personne en question. Mais il est très peu probable que ces gens-là décident de se lever pour défendre les personnes officiellement (Michel Demers).

En regard des récentes réorganisations du travail et de leurs impacts, il nous livrent leurs réflexions suivantes :

L'organisation du travail est de plus en plus méthodique et organisée, donc, ça va demander plus aux employés. Je le sens aussi, moi, car dans le nouveau poste que j'occupe, il y a déjà beaucoup de choses d'organisées, il y a beaucoup de méthodes qui existent. Il y a beaucoup de paperasse et de mesures de performance. Mais au-delà de la performance, il y a la compréhension des mesures et des outils. C'est une étape de maîtriser ça, et c'en est une autre de performer. C'est un stress additionnel. Les seules choses qui peuvent agir sur la diminution de la pression, d'une part c'est la formation et je ne suis pas sûr que les investissements en formation soient aussi grands et aussi importants que les outils qu'on développe. Je ne suis pas certain que les gens sont adéquatement adaptés à tous les nouveaux outils qui existent. Et la deuxième, c'est la reconnaissance. On attend des gens de plus en plus de performance dans le milieu. Pour le milieu, la performance immédiate des travailleurs c'est comme une chose acquise. Les besoins de formation et d'intégration des compétences ne sont pas prises en compte. Parce que quelqu'un dans l'entreprise ou ailleurs dans une autre entreprise a déjà occupé ce type de fonction et qu'il a déjà réalisé une production maximale, après peut-être bien des années, alors ça devient automatiquement une mesure de performance et le délai où tu devrais réaliser la production devient aussi une mesure de performance. Tout ça fait que ça noie un petit peu la reconnaissance. On ne reconnaît pas l'effort que les personnes mettent à intégrer de nouvelle fonction et de nouvelles tâches (Raynald Jutras).

Je dirais que depuis un certain nombre d'années, la gestion des ressources humaines, ça c'est détérioré. Avec le vent de rationalisation qu'il y a eu dans les entreprises (...). J'ai vu plusieurs entreprises qui ont diminué les services de ressources humaines et qui ont réduit le personnel. C'est un des secteurs qui a été réduit, en tous les cas, dans les entreprises que je connais. Il n'y a pas eu d'amélioration-là, dans ces entreprises. Les raisons de cette orientation, une réduction de coûts. Je suis allé récemment dans des entreprises de nouvelle technologie où nous avons fait des acquisitions. Il y a eu dans ces entreprises une mode du souci du bien-être des employés : le post « Silicone Valley ». Certaines sont allées chercher du financement extrêmement important sur le marché, et elles ont investi dans des choses discutables. À titre d'exemple, il y avait une petite boîte de soixante-dix ou quatre-vingts employés. Cette entreprise-là était installée dans un ancien entrepôt, un loft *high tech*. Elle oeuvrait dans le multimédia. Il y avait une grosse machine commerciale à café expresso. Chacun avait le jus de fruits qu'il voulait le matin, c'était tout organisé, des fruits frais, des attentions (...). Cette compagnie-là était au bord de la faillite. Alors, ça n'a pas continué comme ça. Chez nous, l'entreprise est un peu plus « lean ». Il y a eu des entreprises qui ont gâté leurs employés pendant un bout de temps et qui se sont retrouvées avec des problèmes financiers qui n'étaient pas nécessairement créés par ça, loin de là, mais avec de gros problèmes de gestion qui ont débouché sur des problèmes financiers. Et là, ils se sont mis à couper sur les choses les plus évidentes. En même temps, il y a le retour du pendule. Il y a une dizaine d'années, il y a eu toute la vague de rationalisation, de la réingénierie financière des entreprises. Ils

ont coupé beaucoup et ils se sont aperçus que ça avait des effets négatifs à moyen terme sur le développement des affaires. Ils sont donc revenus avec un système un petit peu plus libéral pour dépenser plus. Et là, ça revient encore à l'inverse, on recoupe (Michel Demers).

En regard de leur analyse des modes de gestion existant actuellement dans l'entreprise de l'économie marchande, il nous font part de leurs appréhensions et de leurs réflexions :

Il y a un mode de gestion dont il faut parler. C'est une technique de management qui est encore populaire, même si parfois, elle est inconnue de ceux qui l'appliquent. Il n'y a pas beaucoup de rationnel-là. Le *mushroom management* dans la façon de gérer des employés, c'est : " *you keep them in the dark and you feed them with shit.*" Alors ça veut dire, moins ils en savent, moins ils sont au courant, plus le boss est efficace. Pas l'équipe, mais le boss. Je pense que c'est un style de management qui convient peut-être à des gens qui sont peut-être un peu insécures. Qui ne veulent pas avoir à se justifier. Qui sont très autocratiques. Qui dirigent l'entreprise pour leur gloire personnelle plus que pour la réalisation de l'entreprise et des individus dans l'entreprise. Alors, ça existe encore beaucoup. Et moi je pense que ça refait surface. Il y a des styles de gens comme ça, ils ont des personnalités comme ça, qui sécurisent les patrons et les investisseurs des patrons. Ce mode de gestion empêche un paquet d'opportunités, parce que c'est le trip d'une personne et ce n'est donc pas le succès d'une équipe. Je vais te dire que dans les entreprises où je suis passé et où le style était comme ça, j'ai eu facilement du succès parce que les gens avaient besoin de communiquer et d'échanger. Ce sont des éléments de base que les gens recherchent : le respect, la motivation. Les gens sentent que leur contribution va être bienvenue et reconnue. Juste d'être écoutés avant d'être reconnus, ça a déjà un impact, c'est un premier temps. D'être écouté quand on arrive avec des idées et des solutions, c'est bien, c'est une première étape. Mais après ça, il y a une deuxième étape; c'est la place que tu laisses à ces gens-là. Ce n'est pas juste la reconnaissance, c'est la place qu'on laisse aux gens. Cela a beaucoup d'impact. Donner la parole, c'est aussi offrir la possibilité que les gens décident des choses à la mesure de leurs moyens. C'est la possibilité de *leader* une équipe et de se faire *leader*. D'être capable de reproduire le modèle. Et le modèle se reproduit. On peut aussi voir le modèle se reproduire dans une entreprise où le style de gestion est très dominateur et autocratique. On voit le modèle se reproduire chez les subalternes. Alors là, ça congestionne toute la possibilité de créer, d'imaginer, mais surtout celle d'aller chercher la collaboration des gens. Ça crée un système où les gens en autant qu'ils se conforment à la règle, ils se tiennent peinaris. Dans un système dominateur et autocratique, les gens sont mis en compétition à deux niveaux. Ils compétitionnent pour la performance et c'est probablement lié au besoin de reconnaissance. C'est-à-dire qu'ils vont compétitionner pour la reconnaissance envers leur patron, alors ils vont adopter son style autocratique. Ou encore, ils vont adopter le style de la majorité qui ne se réalise pas dans cet environnement-là. C'est-à-dire, qu'ils vont se réaliser vis-à-vis les autres en disant regarde, je leur en ai passé une belle. La reconnaissance qu'ils recherchent alors va se déplacer vis-à-vis les dissidents qui sont devenus nombreux dans le groupe. Ils deviennent déloyaux envers l'entreprise, et lorsqu'ils travaillent ils deviennent déloyaux envers le groupe qui se trouve brimé par l'entreprise. Dans un autre style de gestion, là c'est plus facile d'aller chercher autre chose... Moi, l'aspect qui m'intéresse beaucoup dans la collaboration avec les gens, c'est la responsabilisation, parce que ça nous permet d'éliminer un paquet de *boss* liés à la gestion autocratique. Un *boss* pour moi, ça devrait être un visionnaire, un motivateur, quelqu'un qui va aider les gens à réaliser ce qu'ils ont à faire. Plus un *coach* qu'un bourreau. En fait, quand je gère l'organisation du travail, il y a deux positions que je peux prendre. Celle de visionnaire, de gars qui s'en va en avant et qui leur dit : « suivez-moi, vous allez voir, on va avoir du fun, on va avancer et on va réaliser des choses ». Ou il y a l'autre position, c'est de s'en aller derrière le peloton et là, on botte les culs. Ça c'est plus fatigant pour les deux membres du groupe, à la fois pour le *boss* qui botte les culs et pour ceux qui reçoivent les coups de pieds. C'est fatigant, car tu regardes plus en

arrière qu'en avant. Par contre, prendre la position d'être en avant, ça demande beaucoup de transparence et d'honnêteté, sinon, c'est une position intenable. Il faut que les gens aient confiance. C'est probablement l'élément de base, l'élément le plus important. Moi, je crois que les méthodes coercitives, les méthodes rébarbatives, ça existe, mais ça doit être appliqué d'une façon très, très, très pointue et pour des individus en particulier qui ont décidé de jouer le système (...) Mais en général, le management doit se faire sous l'égide de la collaboration. Moi je crois beaucoup plus aux synergies avec les individus qu'à la bagarre constante pour en arriver aux résultats. Moi, je crois que la bagarre constante, ça justifie les *boss* et je pense que la collaboration, ça permet de faire émerger des choses extraordinaires venant des équipes. Il faut que les gens aient la chance de collaborer au succès de l'entreprise et d'être reconnus pour y avoir participé. L'idée, c'est de faire confiance à une équipe et de se dire que si l'équipe se réalise et fait des choses qui grandissent, alors moi aussi, à travers ça, je vais grandir. Il ne faut juste que je m'attende pas à grandir le premier. Il faut que je sois prêt à attendre pour grandir. C'est le geste d'humilité à l'égard d'une équipe et de confiance envers une équipe qui est probablement le plus grand défi. Pour réaliser quelque chose, il faut que ça soit une vraie équipe. Le tout est beaucoup plus grand que la somme de chacun des individus (Raynald Jutras).

Il y a des dirigeants d'entreprises qui ont un style de management moins classique, moins structuré, beaucoup plus intuitif, plus entrepreneur. Ils vont travailler beaucoup dans un système d'essais et d'erreurs. Donc, qui vont décider de couper, de faire des coupes de personnel, des réductions de personnel de façon un peu aléatoire. Alors ils vont observer et attendre de voir les résultats des coupes et leurs conséquences avant de se réajuster. Ce sont des gens qui vont être moins structurés au niveau management. Ce sont généralement des entreprises où la performance est très, très importante. La quantité de travail qui doit être fournie compte aussi. Donc, dans ces entreprises-là, si tu ne peux pas supporter la pression, si tu ne peux pas livrer la marchandise qu'on t'a demandée alors tu te cherches quelque chose d'autre ailleurs. Autre exemple, il y a des milieux où le gestionnaire va jouer les employés les uns contre les autres. J'ai déjà vu des patrons qui, sciemment, donnaient des objectifs conflictuels et contradictoires à deux groupes ou à deux employés en particulier. Et ces gestionnaires se vantaient de ça, en disant qu'il était pour en sortir quelque chose de meilleur. Il y en a donc un qui va tomber et l'autre va être le meilleur. Comme résultat, c'est plutôt malsain (...) c'est un bon exemple de milieu disons, toxique (Michel Demers).

En regard de la responsabilité des entreprises vis-à-vis le phénomène de la santé mentale, ils nous confieront finalement que:

Les gestionnaires d'entreprises ne veulent pas s'occuper de santé mentale parce que ce n'est pas leur champ d'expertise. Ils ont peur, ils ne savent pas dans quoi ils s'embarquent, ils ne mesurent pas les conséquences. Et en même temps, quelque part, je pense qu'ils ne veulent pas créer de dépendance. En santé mentale, je pense qu'une des perceptions des gens, c'est la dépendance. Je pense qu'ils ont peur de ça. Ils ne veulent pas investir au point où cette dépendance-là va être visuellement, rattachée à l'entreprise, ils vont souhaiter que ça soit fait à l'extérieur de l'entreprise. Et qu'il y ait des compétences professionnelles qui prennent charge de ça. Par rapport à la prise en charge des problèmes de santé mentale des employés, ça je pense que c'est un peu rêver en couleurs. Ça prendrait beaucoup de *coaching* professionnel pour être capable de le faire dans une entreprise. Je pense que des directeurs de ressources humaines vont dire on va s'impliquer, on va aider, on va *coacher* (...) Il y a différentes façons d'aider, mais s'impliquer beaucoup là-dedans, c'est dangereux. Parce que ce n'est pas notre champ d'expertise. Par rapport aux syndicats, je pense qu'ils ont la même attitude que les patrons. Je pense qu'ils ont peur. Ils ont peur de l'interprétation des autres syndiqués s'ils ont à aider quelqu'un qui vit des problèmes de santé mentale. Ils se limitent eux aussi dans leur champ d'action (Raynald Jutras).

J'ai déjà travaillé dans une entreprise où le personnel était syndiqué, c'était dans une grande institution financière. Il y avait des programmes d'aide aux employés. C'était un milieu *straight*, syndiqué. Les services de ressources humaines étaient mieux structurés, plus équipés (...). Le syndicat jouait un rôle là-dedans en négociant des facilités d'aide aux employés. Ce sont des services toujours confidentiels, payés par l'employeur (...) avec des services d'aide téléphonique. C'est une façon aussi pour l'employeur, sous le couvert de la confidentialité, et de l'anonymat, de favoriser le règlement de ces problèmes-là (...) C'est une façon aussi de se débarrasser un peu du problème. Quand tu installes un système comme ça, tu dis à l'employé : « bon, si tu as des problèmes, tu appelles un tiers, on va s'occuper de le régler, on assume financièrement les coûts de ces services-là, mais tu n'en parles pas nécessairement au travail, et tu ne m'achales pas avec ça ». C'est un peu une façon de se laver les mains de tout ça. À moins que les services psychologiques identifient un problème qui est vraiment lié au travail, à ce moment-là, ils pourront se débarrasser de leur problème de confidentialité, se retourner vers l'employeur et lui dire qu' il y a vraiment un problème majeur et grave d'organisation de travail (...). Mais les psychologues payés par l'institution financière, n'ont jamais posé ce genre de geste-là et le syndicat non plus d'ailleurs. Il s'en est tenu à jouer son rôle traditionnel. C'est-à-dire résoudre des conflits réguliers de convention collective et non pas de s'occuper de problèmes de santé mentale. Alors, ce n'est pas très, très positif (Michel Demers).

Ces deux entrevues avec des gestionnaires d'entreprises de l'économie marchande, comme pour les autres groupes de personnes interviewées, n'ont pas la prétention d'être représentatives de l'ensemble des opinions des membres du groupe auquel ils appartiennent. Cependant, la vision de ces personnes nous indique que leur point de vue compte parmi les préoccupations de leur groupe. Sans prétendre que les positions mises de l'avant par les interviewés représentent une tendance dominante, nous pouvons à tout le moins considérer leur sensibilité et leur compréhension des facteurs influant sur la santé mentale comme étant rassurantes.

Ils identifient le stress, la compétition, l'évolution ascendante des exigences de performance, les organisations de travail toujours plus méthodiques et réglementées, et l'insécurité liée à la précarité de l'emploi, comme de puissants facteurs d'influence sur la santé et le bien-être des personnes.

De la même façon, ils identifient que les organisations qui misent sur la contribution des personnes dans la résolution des problèmes, qui laissent place aux idées des producteurs des biens et des services, qui favorisent le travail d'équipe, qui répondent aux besoins de communication, de respect et de reconnaissance, sont des milieux favorables à la réalisation et à l'épanouissement des personnes et donc selon notre interprétation, à la consolidation de leur santé mentale.

Par ailleurs, ces gestionnaires mentionnent que les milieux qu'ils connaissent sont souvent toxiques : que la gestion autocratique y est bien vivante, que de nombreux milieux entretiennent une compétition farouche entre leurs employés, et que plusieurs sont intransigeants et rejettent les personnes les plus fragiles et les plus faibles.

Ils nous confient qu'en regard des problèmes de santé mentale, les entreprises ont développé des stratégies afin de se tenir loin de cette problématique tout en déléguant leurs responsabilités de prendre soin de leur main-d'œuvre à des firmes externes. Cette façon de faire leur évite d'analyser la salubrité de leur organisation de travail.

Les gestionnaires interviewés voient dans ces stratégies mises de l'avant une certaine complaisance des syndicats qui, selon eux, auraient les mêmes réflexes que les entreprises à l'égard des personnes vivant des problèmes de santé mentale.

9.3 Le regard critique d'un conseiller syndical

Monsieur Yves Sicotte, conseiller syndical et coordonnateur du Service de santé sécurité et environnement à la Confédération des Syndicats Nationaux (CSN) nous a fait part de son expertise et de ses préoccupations concernant la problématique du maintien et de la rétention en emploi des personnes vivant des problèmes de santé mentale, ainsi que de son expérience et ses réflexions en regard des lois et de la réglementation actuelles encadrant la culture du monde du travail et l'organisation du travail.

Particulièrement en ce qui a trait à la CSST, il nous dresse un portrait de la situation de la manière suivante :

Parmi les dossiers que l'on défend à la CSST, il y a beaucoup de réclamations reliées à des problèmes de santé mentale. Mais la plupart de ces réclamations vont être refusées à la première instance de la CSST. Et, quand on se présente en appel, ce qui est le tribunal de la Commission des Lésions Professionnelles (CLP), il y a environ les trois quarts des personnes qui se désistent. Souvent ils en arrivent à une petite entente de paiement des quatorze premiers jours, parce que les quatorze premiers jours sont payés par l'employeur. Ou encore des fois, on en arrive à négocier un montant un peu plus substantiel, mais il y a beaucoup d'entente à rabais qui, malheureusement, sont bouclées. La grande majorité des personnes qui vivent des problèmes de santé mentale, encore que ces personnes ne sont pas nombreuses à contester les décisions de la CSST, alors, la grande majorité des personnes en absence-maladie en raison de ce type de problème, et qui se voient déboutées en première instance, ne se présenteront jamais en appel. Dans les causes portant sur les problèmes musculo-squelettiques, il y en a beaucoup plus qui se rendent en appel. Mais au niveau de la santé mentale, les gens vont se désister au lieu d'essayer d'obtenir une décision. Il faut savoir que quand tu passes devant le tribunal d'appel, ils ressortent tout le back-ground que tu as au niveau de tes problèmes de santé mentale, de ton historique de travail, de ton histoire familiale, de ta petite enfance (...) C'est très difficile et très dur, ces causes-là. Habituellement, lorsque nous plaidons une cause ayant trait à des problèmes musculo-squelettiques devant le tribunal, nous avons besoin de une à trois heures pour faire entendre et conclure la cause. Des procédures d'appel reliées à des problèmes de santé mentale, si je me souviens bien de la moins longue, cela dure minimalement, quatre jours. À six heures par jour, ça veut dire, un bon vingt-quatre heures devant le tribunal (...) Le psychiatre de la personne, les différents représentants de l'employeur, les psychiatres des *boss* en contre-expertise, tout le monde défile (...). Alors, il faut que tu sois bâti fort. On a même vu des personnes qui étaient consolidées et qui, suite à leur présence devant le tribunal de la Commission, ont rechuté à tout revivre ces événements-là et la pression qu'exige ce type d'inquisition. De plus, dans la grande majorité des causes de santé mentale, on amène le psychiatre aux auditions, ce qui coûte assez cher. Si le syndicat est en difficultés financières et qu'il ne peut payer, alors c'est la personne concernée qui doit le faire. Ces causes représentent des déboursés monétaires importants. Juste l'expertise médicale, pour faire acte de présence, ça varie entre 1 500\$ et 2 000\$ par jour pour le seul psychiatre. Donc, il n'y a pas grand monde qui peuvent se payer ça. Les personnes se désistent et s'abandonnent à leur sort. Nous sommes un peu impuissants devant ce phénomène.

Par rapport aux phénomènes liés à l'organisation du travail, il nous fait partager ses réflexions :

Un phénomène particulier relié au travail commence à faire surface, le *mobbing*, C'est une stratégie de boycott, de harcèlement et d'exclusion typique aux milieux malsains. À ce niveau, il existe généralement deux façons de faire : ils vont t'enlever de tes responsabilités ou t'en inonder. Alors, lorsqu'ils t'enlèvent de tes responsabilités tu en viens rapidement à te dire que tu ne vaux plus rien (...) Tes camarades de travail te regardent de travers parce qu'eux autres travaillent comme des fous (...) Alors, la zizanie pogne dans l'équipe qui vient de se trouver un bouc émissaire. Il arrive aussi qu'il peut se produire l'inverse. L'employeur va te surcharger progressivement jusqu'à ce que tu ne sois plus capable de fournir à la demande. Dans les deux cas, les gens s'écroulent (...) et ça finit bien souvent par des congés de maladie en assurance-salaire ou avec une réclamation devant la CSST. Dans un secteur d'activités que je connais bien, pour y avoir passé plusieurs années comme travailleur, comme militant et comme conseiller syndical, le réseau de la santé, la fermeture d'établissements, la concentration de la clientèle vers d'autres établissements, les coupes drastiques de personnel et de mise à la retraite ont fait en sorte de surcharger le personnel qui est demeuré en

place. Il y a, entre autres parmi les infirmières, énormément de congés de maladie reliés à de l'épuisement professionnel. Le personnel étant constamment sollicité et débordé, les gens s'épuisent physiquement et mentalement. Ils commettent alors des erreurs, ne sont plus capables d'absorber, alors ils vont voir leur médecin de famille et ils sont mis en congé.

Questionné à savoir si dans le monde syndical, il y a aussi des problèmes de santé mentale chez les militants et les conseillers, il nous répond :

Malheureusement, les organisations syndicales ne sont pas à l'abri de ce type de problème. Dans certaines équipes de travail où il y a eu des confrontations idéologiques sérieuses, le harcèlement psychologique s'est déjà manifesté. À un autre niveau, les conseillers syndicaux sont souvent pris entre différentes lignes de feux, à s'occuper plus intensivement d'un syndicat en difficulté ce qui a pour effet de délaisser les autres (...) et il vient un temps, où tu récupères. Alors certains conseillers travaillent cinquante, soixante heures par semaine, et après un certain temps de ce régime-là, les gens décrochent. Ils ne tiennent plus le coup, physiquement et parfois, mentalement.

À l'égard des perspectives de réinsertion à l'emploi des personnes vivant des problèmes de santé mentale, il nous livre ses commentaires :

Moi, je pense que les gens peuvent toujours réintégrer leur poste, sauf qu'il faut qu'ils travaillent dans une atmosphère saine parce qu'ils vont rechuter à court terme. Dans le secteur public, si les gens sont malades moins de deux ans, ils peuvent reprendre leur travail. Ils vont reprendre leur travail si l'organisation du travail a changé. Ils n'ont pas nécessairement de problème à travailler, ce qui est en jeu, c'est l'organisation du travail et c'est la rechute. Je pense que de plus en plus par rapport au phénomène de la santé mentale au travail, les syndicats se sentent interpellés et s'en occupent. Réintégrer quelqu'un qui revient de maladie, ce n'est pas ce qui est le plus difficile la première fois. Ce qui est plus difficile, c'est de prévenir. Alors, travaillons ensemble.

Ce conseiller syndical, expert de la défense devant les instances de la CSST, nous a abondamment entretenu des contradictions et de la problématique engendrée par la réglementation entourant la Loi sur la santé et la sécurité au travail en regard des personnes vivant des problèmes de santé mentale.

En ce qui a trait à son analyse des facteurs précipitant les problèmes de santé mentale chez les travailleurs, il souligne la montée du phénomène du « mobbing » ou du harcèlement moral qu'il situe en lien entre autres, avec les coupes effectuées ces dernières années, dans le secteur public.

Par ailleurs, il nous confie humblement qu'aucun milieu de travail n'est à l'abri de générer des problèmes de santé mentale. Le fléau touche aussi les organisations syndicales.

En regard des modalités entourant l'intégration au travail, il précise qu'il y a des réflexions à réaliser au niveau de la réorganisation du travail. Il exprime le souhait d'établir des partenariats à ce niveau. Les organismes spécialisés au niveau de l'intégration au travail des personnes vivant des problèmes de santé mentale sont donc invités à relever ce défi.

10. Les conclusions

Nous traiterons des obstacles d'importance liés aux phénomènes sociaux et au contexte politique entourant l'intégration au travail et, à la lumière des réflexions de certaines des personnes que nous avons interviewées et de certains éléments de la littérature récente, nous formulerons quelques recommandations.

10.1 De la redondance dans le renouvellement de politiques innovatrices

Pour revenir encore une fois sur le coup de sonde donné par la publication de l'appel à l'aide lancé par Jean-Charles Pagé au début des années 60, on se rappellera que la commission d'enquête (qui a produit le rapport connu sous l'appellation de « Rapport Bédard », du nom du président de la commission) donna naissance à la Division des services psychiatriques. Cet organisme réorganisa, dès lors, le système de santé mentale en poursuivant trois objectifs principaux : premièrement, favoriser l'accessibilité à des services psychiatriques diversifiés en proximité du milieu de vie des patients en vue de diminuer le nombre de lits des hôpitaux psychiatriques et d'amorcer le mouvement de désinstitutionnalisation en créant des ressources hors les murs de l'institution; deuxièmement, assurer le suivi des patients au sortir de l'hôpital et ainsi établir des programmes visant leur réadaptation et leur réinsertion sociale dans la communauté; et finalement, dans la perspective d'assurer la réadaptation et la réinsertion sociale des personnes, mettre sur pied des foyers d'hébergement et de réhabilitation, développer des ateliers protégés, et en lien direct avec une des revendications exprimées par Jean-Charles Pagé, créer des services spécialisés de placement sur le marché du travail (Dorvil, 1997 ; Wallot, 1998).

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

Par exemple, parmi l'ensemble des mesures prioritaires retenues par le Groupe d'appui à la transformation des services de santé mentale²⁸ en 2001, on retrouve, entre autres, le suivi dans la communauté. L'identification de cette mesure fait écho à la commission Bédard qui, dès 1962, recommandait d'assurer le suivi des patients au sortir de l'hôpital, ainsi qu'à un des éléments du plan d'action de la Politique de Santé mentale qui, en 1989, proposait d'assurer un plan de service individualisé. Une autre priorité identifiée par le Groupe d'appui concerne les services résidentiels. La commission Bédard recommandait de mettre sur pied des foyers d'hébergement et de réhabilitation, alors que la Politique de Santé mentale intégrait à son plan d'action la réadaptation, dont le logement. Finalement, le Groupe d'appui fait de l'intégration au travail une de ses priorités d'intervention alors qu'encore une fois la commission Bédard avait déjà pris l'initiative de proposer la création de services spécialisés de placement sur le marché du travail, tandis que la Politique de Santé mentale soulignait parmi ses mesures de réadaptation privilégiées l'accès au travail. Pour sa part, la Politique de la Santé

²⁸ Le groupe d'appui constitué à la demande de la ministre de la Santé et des Services sociaux est composé d'une vingtaine de personnes dont des utilisateur(trice)s de services provenant de différents secteurs du domaine de la santé mentale et des différentes régions du Québec.

et du Bien-être constatait, en 1992, que parmi les efforts d'intégration dans le milieu, les moyens de réadaptation demeurent insuffisants, particulièrement dans le domaine du travail.

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

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

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

À notre avis, ces hésitations lancinantes, ces avancées laborieuses suivies de vifs reculs, ces crises d'amnésie chroniques, ces égarements et ces remises en question incessantes sont profondément influencées par deux controverses d'importance qui les transcendent.

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

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

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

Au ministère de la Santé et des Services sociaux, plusieurs croient qu'au moment où une personne vivant des problèmes de santé mentale songe à intégrer le marché du travail, celle-ci doit, dès ce moment, quérir ses services auprès du ministère de l'Emploi. Certains interprètent que la personne qui envisage de s'inscrire dans un processus d'intégration au travail est rétablie et que le mandat du traitement arrive à son terme puisque la personne démontre une certaine stabilité et un certain désir d'autonomie propice à passer à une autre étape, qui se situe sous une autre juridiction.

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

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

Un bel exemple d'embrouilles, de querelles de juridiction et de failles de concertation se déroule depuis le printemps 2001 alors que le ministère de la Santé et des Services sociaux a transféré au ministère de l'Emploi des mesures d'employabilité²⁹ offrant des parcours de longue durée destinés aux personnes vivant des obstacles sévères à l'emploi. Ces mesures étaient, jusqu'au printemps 2001, gérées par des organismes mandatés par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Elles sont dorénavant gérées par Emploi-Québec via les Centres locaux d'emploi (CLE) qui déterminent régionalement et localement leurs propres priorités.

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

Pour les personnes vivant des problèmes de santé mentale et des obstacles sévères, l'accès aux mesures pourrait être de plus en plus restreint. Les deux ministères ayant convenu de stratégies gagnantes, ils y trouvent leur compte. Les personnes concernées risquent d'y perdre le leur.

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

²⁹ Ces mesures sont les suivantes: Insertion sociale (INSO) autrefois connue sous l'appellation de mesure Extra, antérieurement gérée par les Régies régionales, et Contrat d'intégration au travail (CIT), antérieurement gérée par l'Office des Personnes Handicapées du Québec.

qu'on se montrera avare de détails concernant l'analyse des obstacles à l'emploi des personnes ayant bénéficié de ces mesures.

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

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

10.3 Une deuxième polémique : la perception du potentiel des personnes

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

Chez certains professionnels, certains experts et certains intervenants du réseau de la santé mentale, l'intégration au travail des personnes vivant des problèmes de santé mentale est perçue comme étant tellement complexe et difficile à concrétiser que cette intervention apparaît comme un vaste chantier virtuel et périlleux, voire irréalisable. Même la capacité de travailler et de produire des personnes est mise en doute.

L'impact de ce point de vue consistant à tergiverser sur la capacité d'intégration, de production et de maintien en emploi des personnes vivant des troubles graves est à ce point important qu'il vaut la peine de l'analyser en vue de le circonscrire et d'en tenir compte comme étant un des obstacles d'importance à l'intégration des personnes puisqu'il affecte l'espoir, altère la motivation et consolide l'exclusion.

Témoins privilégiés, voire désespérés, des difficultés et des échecs de réadaptation d'un certain nombre de personnes qui fréquentent le réseau psychiatrique (plus de 70% des admissions sont en fait des réadmissions), le personnel hospitalier et les professionnels du réseau des services psychiatriques, du moins une certaine masse critique, démontrent plus de réticence et de pessimisme que le grand public en général quant aux possibilités de réinsertion des personnes vivant des troubles mentaux (Côté et al., 1993 ; Dorvil, 1997). Le syndrome des portes tournantes, entre autres, pèse lourd sur le

sentiment d'impuissance des intervenants (Renaud, 1994) et certains d'entre eux transfèrent alors la responsabilité de l'échec du traitement sur la personne aux prises avec des troubles graves (Dorvil, 1997).

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

Les intervenants, témoins involontaires des échecs répétés, deviennent eux aussi désespérés des défaites de leurs « aidés ». Formés et investis dans l'offre d'interventions qui visent le recouvrement de la santé, pour plusieurs d'entre eux la multiplication des fiascos entraîne le désabusement et le défaitisme.

Ces intervenants, poussés par leur bonne intention d'éviter de faire vivre des échecs, apprennent alors l'art de la prudence à nourrir l'espoir. Inconsciemment, ils fragilisent de leurs doutes les timides élans des personnes inscrites dans des parcours de réadaptation. Leurs implacables prédictions et leurs réserves s'incrument insidieusement dans leurs relations d'aide freinant la combativité et assassinant les rêves. Transcendant les personnes emprisonnées dans les portes tournantes de l'hôpital, leurs perceptions se répandent dans leur milieu d'intervention et aussi dans leur réseau d'influence comme autant de mirages inoculant le potentiel de l'ensemble des personnes vivant des problèmes de santé mentale et ce, même si la majorité de celles-ci n'utilisent pas les services.

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

Ces biais de perception du potentiel d'intégration des personnes vivant des problèmes de santé mentale sont enracinés chez de nombreux intervenants de l'ensemble du réseau impliqués au niveau du traitement. Ils trouvent leurs racines dans l'analyse des échecs chroniques d'une infime portion des personnes vivant des troubles graves et récurrents de santé mentale. Ces personnes désespérées sont malheureusement prises dans les portes tournantes du réseau psychiatrique et notre organisation de services actuelle est incapable de les sortir de la « sévérité et de la persistance ». C'est sur le désespoir de ces personnes et de leurs parcours, qui paraissent sans issue, que s'enracinent les visions pessimistes et se nourrissent les préjugés. Sans immunité aucune, tant dans le réseau institutionnel que dans le milieu communautaire, ces biais sont aussi bien vivants chez des intervenants impliqués dans des organismes voués à la réadaptation et à l'intégration au travail.

Ce défaitisme est d'autant plus perfide que la récente enquête menée par la Direction de la Santé publique de Montréal-Centre sur la santé mentale Montréalais (RRSSS Montréal-Centre, 2002) affirme

que la majorité des personnes vivant des troubles graves de santé mentale utilisent peu ou pas les services psychiatriques publics. Ces personnes ne se retrouvent donc pas dans l'horizon où s'appuient les analyses des intervenants de la santé mentale. Ces personnes tombées dans l'oubli parce qu'elles vivent des troubles graves et transitoires durant des années, sont alors stigmatisées par procuration.

L'effet Pygmalion³⁰ par lequel se transfère le scepticisme, le doute et le désespoir de s'en sortir est le premier obstacle d'importance sur lequel nous devons intervenir et dont il faut tenir compte dans la mise en place de tout processus de développement de l'employabilité et d'élaboration de parcours vers l'emploi. Il s'avèrera donc primordial de faire une révision de nos analyses et de nos perceptions entourant cette problématique, car il y a péril en la demeure.

10.4 La réalité des organismes d'intégration au travail

Les organismes qui interviennent au niveau de l'intégration au travail évoluent au quotidien à travers les polémiques qui sont liées aux conflits que génèrent les arbitrages de juridictions interministérielles, et ils naviguent dans les controverses continues entourant le potentiel d'intégration des personnes. Ces organismes ont développé une certaine « diplomatie de la délinquance » qui multiplie les exceptions aux normes des programmes d'employabilité, et ils intègrent au travail des personnes considérées comme non intégrables qui, une fois intégrées et consolidées en emploi, sont aussi considérées comme des exceptions aux pronostics sombres du DSM-IV.

De façon souvent intuitive, ces organismes s'organisent de façon non pas à confronter les oppositions, mais à composer avec les obstacles afin de créer des dynamiques innovatrices et inusitées. Ainsi, de nombreux organismes communautaires gèrent le financement de leurs programmes en puisant des fonds provenant du ministère de la Santé et des Services sociaux et en utilisant les différents programmes et les différentes mesures issus du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, du ministère des Régions, du ministère de l'Éducation, du ministère du Tourisme des Sports et du Loisirs, du ministère du Transport, etc. Malgré les conflits de juridiction et de responsabilités interministérielles, sur le terrain, un certain nombre d'organismes déterminés³¹ ont ainsi réussi à créer et à donner vie à des dynamiques intersectorielles en interpellant différents partenaires qui outrepassent (toujours de façon exceptionnelle) leurs structures et leurs normes pour s'ajuster aux besoins des personnes et ainsi donner un sens et une finalité à leur raison d'être.

Intuitivement aussi, tout en maintenant des partenariats quotidiens avec les intervenants du réseau psychiatrique quant à la référence et au suivi des personnes impliquées à l'intérieur de leurs programmes et tout en entretenant des interrelations étroites avec les intervenants des programmes institutionnels d'intégration au travail, plusieurs organismes communautaires se tiendront à revers de l'analyse, de l'influence et de la culture du réseau psychiatrique.

³⁰ Effet psychologique analysé, entre autres, par Rosenthal et Jacobson (1968) qui démontrent que la personne en situation d'apprentissage a tendance à s'organiser de façon à répondre aux attentes de son maître.

³¹ Deux exemples de détermination nous viennent de Trois-Rivières et de Sherbrooke. Concentra (Trois-Rivières) vient récemment de finaliser une entente de financement « hors normes et expérimentale » impliquant, entre autres, le ministère de la Santé et des Services Sociaux, le ministère de l'Emploi et de la Solidarité, le ministère de l'Industrie et du Commerce, et le ministère responsable du Développement régional. Cette dynamique intersectorielle créera quelques centaines d'emploi dans des entreprises d'économie sociale. Défi-SM (Sherbrooke) vit depuis quelques années dans le « hors normes » des règles exceptionnelles concernant les Centres de Travail Adapté (CTA) et « réadapté » avec l'accord de l'Office des Personnes Handicapées du Québec (OPHQ) en fonction des besoins de sa clientèle. Près d'une centaine de personnes y sont salariées dans une entreprise d'économie sociale qui, comme les autres entreprises du même type, évolue sur le libre marché compétitif.

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

Des rives de l'Outaouais aux Îles-de-la-Madeleine, de l'Estrie à l'Abitibi en passant par le Saguenay et la Côte-Nord, partout des projets d'intégration au travail sont en gestation. Les organismes existants et qui ont développé des interventions au niveau du développement de l'employabilité (Atelier d'Artisanat du Centre-Ville à Montréal, Croissance-Travail à Québec, Atelier d'Arts de Laval), de la formation professionnelle (L'envol à Hull, Cadre à Montréal), de l'intégration dans des stages pré-emploi (Le Pavois à Québec, Perspectives à Montréal), de la création d'emplois et de la gestion d'entreprises sociales (Projets Part et Innova à Montréal, Consentra à Trois-Rivières, Défi-SM à Sherbrooke), de l'intégration au marché compétitif et du maintien en emploi (Accès-Cible SMT et Arrimage à Montréal, l'Arbre à Québec) transfèrent leur expertise et mettent en commun leur savoir faire à l'intérieur de différents Comités Santé Mentale Travail régionaux et au Comité National Santé Mentale Travail³².

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

Éloquemment énoncés dans l'appel à l'aide lancé par Jean-Charles Pagé au début des années soixante, exprimés par la Commission des Services Psychiatriques issue du Rapport Bédard, analysés lors d'un premier colloque³³ tenu en pleine Révolution tranquille à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu et qui donna naissance quelques dix années plus tard au premier service externe de main-d'œuvre spécialisé en santé mentale³⁴, mis de l'avant lors de la création d'initiatives d'intégration au travail au milieu des années quatre-vingt et au cours des années quatre-vingt-dix, renouvelés lors de l'enquête Impact-Travail (Mercier et coll., 1999) et repris par quelques 600 participants au colloque du même nom, concluant tenu à Trois-Rivières en 1999, et tout récemment recyclés par le Groupe d'appui à la transformation des services de santé mentale, les désirs et les besoins des personnes concernant leur rapport au travail commencent à trouver des véhicules porteurs de projets et de réalisations.

³² Le Comité National Santé Mentale Travail est structurellement et financièrement appuyé par l'Association Québécoise pour la Réadaptation Psychosociale (AQRP) et compte près d'une quarantaine de membres. La délégation est composée de deux représentants par région qui sont désignés par leurs pairs, dans leur milieu. Cette délégation régionale doit nécessairement être constituée d'une personne utilisatrice de service et d'un intervenant.

³³ Le premier véritable événement tenu sous le thème de l'intégration au travail : « Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, le Malade mental, le travail et la société » s'est déroulé sur le site de ce même hôpital, en 1966 (Hébert, 1985).

³⁴ Répondant ainsi tardivement à la revendication de Jean-Charles Pagé, le service l'Arrimage a été fondé en 1976 suite à de multiples négociations initiées par les dirigeants de l'Hôpital Louis-Hyppolite-Lafontaine et de l'Hôpital Rivières-des-Prairies avec les ministères concernés par l'emploi et la santé mentale. Ce fut une première « exception intersectorielle ».

Ainsi, malgré certaines contraintes et difficultés, l'intégration au travail en santé mentale est un domaine de la réadaptation psychosociale qui connaît ces dernières années un certain développement. Même si elle demeure encore insuffisante et trop modeste, la mobilisation des personnes influencera, nous le souhaitons, au cours des années à venir, l'accélération de ce développement.

10.5 Les recommandations des personnes interviewées

Nous avons cru d'intérêt de rapatrier à l'intérieur de ce chapitre quelques extraits d'entrevues menées auprès de quelques artisans de l'intégration au travail en santé mentale. Ils nous formulent donc les mises en garde et les recommandations suivantes :

Une première recommandation, [serait de] faire une campagne de sensibilisation, en vue de faire disparaître les préjugés concernant la problématique de l'intégration au travail en santé mentale. Ma deuxième recommandation, [ce serait] de donner à la réadaptation et à l'intégration au travail en santé mentale sa juste part de contribution et de financement (Pierre Nantel).

Ce qui me préoccupe, c'est la méconnaissance et le désengagement de certains ministères face à leurs responsabilités. Je parle ici de la Santé, de l'Emploi, de la Solidarité et, par la bande, des autres qui sont interpellés par l'intégration au travail des personnes. Pour eux, l'interministériel, c'est un concept virtuel. Ce que je leur dirais, c'est qu'il y a des êtres humains qui sont en nombre très important au Québec, des dizaines de milliers de personnes qui ont des besoins et qui veulent s'actualiser. Les structures d'accueil, de référence et de développement de l'employabilité qu'on leur offre aujourd'hui ne sont pas adaptées à la problématique de l'intégration au travail en santé mentale. La limite de temps qu'on leur offre ne convient pas à leur type d'actualisation et d'apprentissage. Il faut changer ça. Il faut arrêter de mettre des normes de l'avant, d'aller dans les régions et d'imposer des mesures qui viennent d'en haut et de les accoler à toutes les régions du Québec (Alain Levasseur).

Moi, je ne suis pas un partisan des politiques mur-à-mur, je ne crois pas beaucoup à ça. Moi, je pense que les ministères devraient créer des conditions pour que des projets émergent. Tu ne peux pas décider de créer ce type d'entreprise si les gens dans les communautés ne sont pas mobilisés et n'appuient pas ça. Moi, j'essaierais de soutenir l'émergence de projets où les communautés sont mobilisées en ce sens. Tranquillement, ça se développe. Les ministères peuvent se donner des politiques assez larges par rapport à ce qu'il faudrait qu'il y ait dans toutes les régions. Il faudrait qu'il y ait un éventail de choses possibles : des plateaux, des CTA, différentes formes d'entreprises d'économie sociale (...) et dans le fond, avoir des programmes généraux pour que les gens dans les régions, à la base, partent des projets. Enfin, ce que je souhaite, c'est d'avoir de l'écoute. Qu'on ne soit pas obligé de revirer le Québec à l'envers à chaque fois qu'on souhaite démarrer quelque chose. Il faut toujours compter sur la mobilisation du milieu, sinon, ça ne peut pas marcher, c'est certain (Réjean Côtes).

En dernier lieu, lorsque nous demandons à l'artisan de la Politique de santé mentale de 1989, monsieur Gaston Harnois, ce qu'il propose afin d'améliorer les perspectives de santé mentale au travail, il nous répond :

Premièrement, j'irais dans le sens de faire changer la loi touchant la santé et la sécurité au travail. La CSST permet une indemnisation en regard des accidents liés à des événements ponctuels. Un

stress continu ne représente donc pas un événement ponctuel. Mais la répétition du même stress peut être prise comme un événement en soi. Cela répond à la définition de la loi. C'est ponctuel, même si c'est répété plusieurs fois, de sorte que c'est par ce biais que quelques rares personnes réussissent à être compensées. Dans le même rapport de la santé publique dont nous avons traité, il est démontré que la grande majorité des personnes qui demandent d'être indemnisées pour des raisons à caractères psychologiques se voit refuser par la CSST. Par ailleurs, les plus combatifs et ils sont rares, ceux qui se présentent en appel, s'en sortent mieux. Le tribunal administratif d'appel donne raison dans 45% des cas aux personnes qui y comparaissent, alors qu'en première instance, 75% des cas sont déboutés. C'est notre loi, alors, il faut la réviser à la lumière de la problématique qui nous concerne. Deuxième chose, comment développer une stratégie afin d'influencer la culture de l'organisation du travail ? Comment convaincre l'entreprise qu'il faut s'occuper de la santé mentale de sa main-d'œuvre et que ce n'est pas une chose compliquée à réaliser? Reconnaissance... il y a des façons de témoigner de la reconnaissance à des employés même dans un contexte où l'emploi lui-même est précaire. Soutien... donner de l'aide, comment organiser et matérialiser cela ? Troisièmement, on manque encore de données. On parle de façon encore trop générale. Il faut développer et appuyer la recherche en santé mentale et travail. Quatrièmement, la prévention. On est dans un hôpital psychiatrique ici, et au moment où on se parle, il y a quinze secrétaires sur cent cinquante qui sont actuellement en congé de maladie pour des problèmes associés à la santé mentale. Qu'est-ce qu'on fait dans notre hôpital ? Je ne suis pas sûr qu'on fait tant que ça. Le département des ressources humaines est en train de donner des cours sur la gestion du temps. Mais s'ils allaient parler aux quinze femmes qui sont en *burn-out* et qu'ils leur demandaient qu'est-ce que vous aimeriez que l'employeur fasse, je pense qu'elles répondraient : « qu'il vienne me parler et qu'il m'écoute ». Alors, dans un contexte de promotion et de prévention, comment doit-on s'y prendre pour laisser savoir à nos employés que c'est important comment ils sont, comment ils méritent notre reconnaissance (...). Cela peut se traduire par des choses qui ne sont pas très compliquées et pas très coûteuses. On s'attendrait à retrouver ce type de préoccupations dans un lieu où la psychologie et la santé mentale sont la raison d'être de la boîte. Mais à regret, je ne suis pas capable de dire que je suis convaincu qu'on a un programme mirobolant dans la façon dont on gère les problèmes de santé mentale de nos employés et encore moins extraordinaire dans la façon dont on les prévient. De la même manière hier, quelqu'un qui travaille dans notre ministère et avec qui je parlais de prévention en milieu de travail me disait : « le meilleur champ d'application de ce que vous dites, docteur Harnois, c'est le ministère de la Santé et des Services sociaux à Québec, et la Régie régionale à Montréal (...) comment c'est structuré sur des relations de tension, de pouvoir, de compétition et d'insécurité (...) Alors, pour ne pas perdre ma job, il faut que je garde mon information (...) ce n'est pas très sain. ». Parmi nos préoccupations donc, il y aurait certainement, la législation, la sensibilisation, une campagne de promotion et de prévention et un long regard sur la CSST. On manque aussi, je continue à le dire, de données probantes. Il faut qu'on soit capable de soumettre les pratiques d'intervention en santé mentale et travail à la recherche sociale et scientifique pour faire avancer l'état des connaissances (Gaston Harnois).

10.6 Des obstacles d'importance

À notre sens, parmi l'ensemble des obstacles qui freinent l'intégration au travail des personnes vivant des problèmes de santé mentale, il y en a deux qui sont fondamentaux. Le premier a été identifié par toutes les personnes rencontrées en entrevues, peu importe leur angle d'interpellation par cette problématique, et il est souligné par la majorité des chercheurs ayant eu à se pencher sur les phénomènes entourant les processus de réadaptation et d'intégration au travail. Ce premier obstacle, à l'omniprésence irradiante et discrète, c'est le préjugé ou le stigma à l'égard des personnes et de la problématique de la santé mentale.

Le deuxième obstacle, décrié par les personnes interviewées qui interviennent dans le champ de la santé mentale et de la réadaptation, soit les médecins psychiatres et les gestionnaires des entreprises d'économie sociale, et quelques chercheurs qui se sont intéressés plus particulièrement aux politiques entourant la réadaptation et l'intégration au travail, c'est le manque d'audace, de cohésion et de concertation des politiques sociales en ce domaine.

Les préjugés, qui à notre sens sont intimement liés à la peur, à l'incompréhension et au défaitisme à l'égard de la problématique de la santé mentale, constitueront donc notre première cible puisque, en plus de plomber et de contaminer l'ensemble de la dynamique de l'intégration au travail, ceux-ci attaquent directement les personnes en tuant leur espoir. Cet obstacle d'importance doit être au cœur de notre mobilisation et de notre mise en action. Il nous obligera à faire preuve de tolérance et d'humilité et il confrontera notre patience dans son éradication.

À notre point de vue, les campagnes de promotion et de sensibilisation auprès du grand public et des employeurs ne sont peut-être pas inutiles, mais elles n'ont pas encore démontré de façon évidente la force de leur impact, leur grande efficacité et leur pertinence. Nous avons donc quelques réserves à nous y investir. La recherche scientifique et sociale réalisée dans le champ de la réadaptation et principalement autour de l'intégration au travail représente à nos yeux un potentiel plus prometteur sur le plan de l'influence visant, en premier lieu, les intervenants du réseau de la santé mentale et, deuxièmement, les décideurs et les gestionnaires de politiques et de programmes ayant une interface avec l'intégration au travail en santé mentale. La recherche est donc à stimuler, à encourager et à développer.

Selon nous, l'outil le plus simple et le plus efficace à utiliser pour faire régresser les préjugés, c'est simplement, l'intégration au travail et le maintien en emploi des personnes vivant cette problématique. L'intégration au travail et le maintien en emploi, comme nous l'avons déjà démontré longuement, ont des impacts à de multiples niveaux. Par ailleurs, il y a une zone d'impact que nous avons négligée jusqu'à présent, c'est son pouvoir d'agir comme expérience significative d'appivoisement chez les gestionnaires des entreprises et les collègues de travail, et son action d'importance dans l'assainissement des organisations de travail.

Permettre à quelqu'un d'apprendre beaucoup de choses, de se former, c'est stimulant! Au niveau humanitaire, c'est aussi toujours "ben l'fun" de permettre à quelqu'un de réaliser un rêve et de se réaliser. C'est même valorisant! (...) son intérêt, sa détermination ont épaté tout le monde. Puis elle était bonne aussi ! On aurait dit qu'elle était faite pour ce type d'emploi. Elle a eu une évolution

extraordinaire pendant le stage au niveau des apprentissages techniques. Elle assimilait rapidement les nouvelles connaissances et elle en redemandait ! (...) au début je ne pensais pas l'engager. Je me disais que c'était un milieu trop stressant, (...) avec des horaires variables. Je ne voulais pas la mettre en situation de rechute. Au cours du stage, à sa demande, elle a fait graduellement tous les horaires et s'y adaptait très bien. En plus elle s'est intégrée très bien aux différentes équipes de travail. J'avais facilement de bons *feedback* à son sujet, on ne voulait pas la perdre. Habituellement on engage des techniciennes en santé animale. Même si Chantale n'a pas suivi ce cours, j'ai décidé de l'engager comme aide technicienne. Aujourd'hui c'est une employée très motivée. Elle veut toujours en apprendre plus! Elle est stimulante et met vraiment du « pep » dans la place! C'est agréable de travailler avec elle. Travailler, ça te remet dans la "game" comme tout le monde et ça te permet de te réaliser. C'est intéressant et c'est important de donner la chance au coureur (Superviseure des techniciens en santé animale, Centre vétérinaire DMV citée dans Accès-Cible SMT, 1998b).

La supervision d'une personne ayant des difficultés émotionnelles a nécessité une bonne écoute et une meilleure compréhension de la personne et de ses difficultés. Dans le travail confié, nous avons tenu compte de la situation particulière de l'employé. Le travail a été adapté. L'employé a été valorisé dans ces efforts d'intégration à l'équipe et à travers le travail réalisé(...). C'est une expérience positive et enrichissante de part et d'autre à plusieurs niveaux. Cette expérience nous fait prendre conscience davantage du privilège d'être en bonne santé mentale et de vivre dans des conditions qui la favorisent. Cette expérience nous fait réaliser l'importance de notre rôle comme employeur-superviseur dans l'amélioration des conditions de travail des employés et par le fait même de leur santé (Coordonnatrice, Forum économique de Verdun citée dans Accès-Cible SMT, 1998b).

Cette nouvelle expérience a amélioré ma vision et confirmé que des gens souffrant de problèmes de santé mentale peuvent produire un travail de grande qualité. Par le fait même, cela m'a fait réaliser de tenir compte de la dimension du savoir, de la compétence et du professionnalisme de la personne. Suite au travail fourni et à la reconnaissance de son potentiel, il répondait tout à fait aux exigences. Ainsi, sa condition n'a pas été considérée comme un obstacle. La personne a eu à franchir une étape difficile, d'accord... comme elle l'a surmontée à force d'efforts et de support, c'est cette dimension qui était importante à retenir (...). Sa capacité d'adaptation et de concentration, sa patience et sa générosité, bref, tous ces éléments ont été des points influents pour son embauche. Personnellement cette expérience m'a apporté une plus grande ouverture d'esprit face à ces personnes (Directeur de la Confédération des organismes familiaux du Québec citée dans Accès-Cible SMT, 1998b).

Afin d'encourager, de développer et de multiplier les interventions supportant l'intégration au travail, nous nous pencherons donc sur le deuxième obstacle majeur ayant trait aux aspects politiques influant le développement de ces interventions.

En plus des obstacles inhérents aux politiques et aux programmes visant l'intégration au travail que nous avons déjà explorés, une récente publication de Lauzon et Lecomte retape sur le clou avec perspicacité et vigueur :

Ces obstacles à l'intégration au marché du travail se créent de différentes façons. Ils sont parfois l'œuvre de la conjoncture politique et économique, parfois celle des systèmes d'organisation de services et, d'autres fois, celles des organisations (...). Sans minimiser ces explications, nous préférons y ajouter une autre hypothèse, paradoxale pourrait-on dire. Les obstacles, selon nous, tiennent à la multitude de milieux et de programmes en emploi et à la pluralité de leurs

philosophies³⁵. L'immense diversité des ressources en emploi et en programmes a pour effet de créer des obstacles tellement infranchissables qu'il s'ensuit une rareté de ces ressources pour les citoyens au prise avec des troubles mentaux graves. En ce sens, pour le comité de la santé mentale du Québec, (Boivin et al., 2001), l'exclusion de ces personnes résulterait en fait d'un problème systémique. Les obstacles sont de nature complexe et interfèrent à de multiples niveaux, entre autres : a) avec les politiques sociales et les mesures législatives et réglementaires et l'absence de leadership; b) avec la multiplication des milieux et des acteurs; c) avec la structure et le fonctionnement des programmes et des organisations; d) avec le manque de ressources financières; e) avec les liens inter et intra-réseaux; f) avec la méconnaissance de la réalité et des besoins des clientèles en santé mentale et travail; g) avec les milieux de travail; h) avec les particularités régionales et i) avec les préjugés véhiculés dans les milieux d'intervention et au sein de la population (Lauzon et Lecomte, 2002).

10.7 Nos recommandations

Nous reprenons ici certaines recommandations que l'auteur a déjà formulées à l'intérieur du manifeste publié par l'AQRP « *L'intégration au travail en santé mentale : l'urgence d'agir.* » (Lauzon et Charbonneau, 2001) pour en bonifier certaines :

Que le gouvernement du Québec, dans la perspective d'atteindre le déficit zéro d'exclusion des personnes vivant des problèmes de santé mentale, multiplie ses investissements dans le soutien et le développement de propositions innovatrices au niveau de la réadaptation et de la réinsertion au travail.

Que soient soutenus et consolidés les organismes détenant une expertise au niveau de l'insertion au travail dans la réalisation de mesures qui débouchent sur des acquis formateurs et reconnus et qui rapprochent les utilisateurs de services, du marché du travail. Il faut à ce titre miser sur les organismes communautaires qui ont, au fil des ans, développé une expertise dans l'aménagement de programmes et de mesures appropriés et efficaces.

Que les orientations gouvernementales en matière d'insertion au travail concernant les personnes vivant des problèmes de santé mentale, accordent la priorité à l'insertion à l'intérieur d'emplois sur le marché régulier du travail; qu'elles favorisent simultanément la création d'emplois alternatifs visant à insérer entre autres, des personnes qui vivent des contraintes plus sévères en regard de l'emploi.

Que les organismes à but non lucratif oeuvrant en insertion au travail en santé mentale soient considérés comme partenaires du réseau de la santé et de l'emploi.

Que leur expertise dans le champ de l'économie sociale et solidaire soit reconnue et consolidée.

Que les programmes gouvernementaux s'appuient sur la consolidation de leur rapport de confiance avec les milieux d'intervention, les encourageant à tester des idées, à répondre rapidement aux

³⁵ Un travail récent dirigé par Vaillancourt, Caillouette et Dumais (2002) nous informe que : « *l'inventaire global des programmes et mesures concernant les personnes ayant des incapacités au Québec permet d'affirmer que les principales initiatives étatiques proviennent du gouvernement du Québec. Sur les 359 mesures inventoriées, 75 % (soit 271) proviennent de l'État québécois, tandis que 21 % (soit 77) proviennent de l'État fédéral. Quelques autres mesures, soit 11, proviennent d'initiatives fédérales-provinciales conjointes* ». S'ajoutent à ces chiffres les différentes mesures offertes par Emploi-Québec et destinées aux clientèles universelles et qui sont aussi utilisées en santé mentale.

occasions qui se présentent, et en les soutenant à prendre les risques acceptables qu'exigent l'entrepreneursocial.

Qu'en ce sens, soient soutenus et consolidés les entreprises et les organismes d'insertion au travail capables de mettre à profit les atouts, les intérêts, les aspects positifs, les habiletés, les forces des personnes dans une approche de marketing social.

Que les organismes gouvernementaux en matière de leurs activités et de leur approvisionnement, adressent des appels d'offres de services privilégiés aux organismes d'insertion et aux entreprises sociales.

Que ces ressources communautaires soient considérées comme des partenaires à part entière dont l'expertise est unique et qui ont développé au Québec des méthodes d'approche globale à la situation des exclus du marché du travail.

Que la Loi sur la santé et la sécurité du travail du Québec soit révisée dans la perspective de prendre en compte le phénomène de la toxicité psychologique de l'organisation du travail et de son impact sur la santé mentale des personnes.

Que la Commission de la santé et de la sécurité du travail intègre dans son « Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins » la dimension de la santé mentale, en contraignant (de la même façon qu'elle le fait en santé physique) les employeurs à suivre annuellement une formation couvrant les différents concepts de la psychodynamique du travail.

Que les organismes ayant développé une expertise au niveau de l'intégration et du maintien au travail des personnes vivant des problèmes de santé mentale soient encouragés à intervenir au niveau de la prévention et de la promotion de la santé mentale au travail auprès de la population en général et, de façon particulière, auprès des gestionnaires et des travailleurs des entreprises des secteurs de l'économie marchande et du réseau public.

Et enfin, que le gouvernement québécois invite son ministère de la Santé et des Services sociaux à exercer un leadership envers les autres ministères en regard de la problématique de l'insertion et du maintien au travail des personnes vivant des problèmes de santé mentale, et que cette position stratégique prenne appui sur une orientation portant un objectif d'insertion au travail comme finalité, ou encore, comme perspective à offrir à l'intérieur des services de traitement et de réadaptation en santé mentale.

10.8 Quelques mots pour conclure et pour poursuivre...

Nous souhaitons donc que la réalisation de ce mémoire apporte une certaine contribution nécessaire à l'avancement des connaissances et, comme nous le mentionnions d'entrée de jeu, nous souhaitons qu'il fasse bientôt partie du coffre d'outils des décideurs de politiques et de programmes, des gestionnaires des entreprises marchandes et des entreprises sociales, des entrepreneurs sociaux, des intervenants du réseau institutionnel et communautaire, et des personnes elles-mêmes concernées, afin qu'il provoque une dynamique propice à faire germer des idées, à encourager des actions audacieuses et progressistes, et à générer l'étincelle qui crée parfois l'innovation.

Nous espérons de plus que, dans un avenir rapproché, l'ensemble des personnes vivant des problèmes graves de santé mentale soient prises en compte par les politiques et la réorganisation des services de santé mentale dans la perspective qu'elles puissent avoir accès à des mesures, des programmes, du support et des interventions capables de répondre efficacement à leurs besoins de traitement et de réadaptation. Nous pourrions donc, en favorisant leur inclusion citoyenne, travailler à réaliser un souhait simple et régulièrement exprimé par ces personnes, soit qu'elles puissent redevenir avec nous tous des citoyens, des travailleurs, des collègues, des voisins, des amis, des conjoints et des parents *merveilleusement ordinaires* !

Bibliographie

- ACCÈS-CIBLE SMT (1998a). *Rapport annuel 1997-1998*. Montréal, 29 p.
- ACCÈS-CIBLE SMT (1998b). *Dix ans à faire renaître la confiance !* Montréal, 17 p.
- ACCÈS-CIBLE SMT (2000). *Rapport du directeur. 1999-2000*. Montréal, 31 p.
- ANTHONY, W. A, COHEN, M, R. et M. FARKAS (1990). *Psychiatric Rehabilitation*, Center for Psychiatric Rehabilitation, Sargent College of Health and Rehabilitation Sciences, Boston University, MA, USA, 283 p.
- ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTÉ MENTALE-FILIALE DE MONTRÉAL (1995). *Travail et santé mentale. L'intégration au marché du travail : mode d'emploi*, Actes du colloque du 4 mai 1995, Montréal, 173 p.
- ASSOCIATION CANADIENNE DES TRAVAILLEUSES ET DES TRAVAILLEURS SOCIAUX (2001). « Position de l'ACTS : Le rôle du service social dans le champ de la santé mentale », *Bulletin de l'ACTS*, Ottawa, vol. 3, no. 2, Août 2001.
- ASSOCIATION DES GROUPES D'INTERVENTION EN DÉFENSE DE DROITS EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (2002). Présentation. <http://www.cam.org/~agidd/>.
- ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR LA RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE (1990). *Un partenariat fondé sur l'espoir*, document de présentation, Québec.
- BACHRACH L. L. (1991). « Perspectives on Work and Rehabilitation », *Hospital and Community Psychiatry*, 42 (9), no. 890-891, 1457 p.
- BACHRACH, L. (1996). « Psychosocial rehabilitation and psychiatry : what are the boundaries? », *Can J Psychiatry*, 41, 28-35.
- BARETTE, S. (2000). *La Maison des grands fous*, documentaire télévisuel de la série « Les grandes institutions du Québec », prod. Groupe Sagittaire. Vidéocassette VHS, 47 min 7s.
- BEAULIEU, A., MORIN, P., PROVENCHER, H. et H. DORVIL (2002). « Le travail comme déterminant social de la santé pour les personnes utilisatrices de services en santé mentale », *Santé mentale au Québec*, Montréal, vol. XXVII, no 1.
- BÉLANGER, P. R., GRANT, M. et B. LÉVESQUE (sous la dir. de) (1994). *Modernisation sociale des entreprises*. Coll. «Politique et économie : tendances actuelles», Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 318 p.

- BELL, M.D., MILSTEIN, R.M. et P.H. LYSAKER (1993). « Pay as an Incentive in Work Participation by Patients with Severe Mental Illness », *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 684-686.
- BELLEROSE, C., LAVALLÉE, E. et J. CAMIRAND (1994). « Enquête sociale et de santé 1992-1993 : Faits saillants », *Santé Québec*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 72 p.
- BOIVIN, L., BOURASSA, A., GILBERT, G., MERCIER, C., WHITE, D. et D. HARVEY (2001). *L'intersectorialité et l'intégration au travail des personnes vivant avec des problèmes graves de santé mentale : État de situation*, Québec, Comité de la santé mentale du Québec.
- BOUCHER, N. (2001). « Mise en jeu de la différence corporelle au Québec. Pour une sociologie du handicap ». Thèse de Doctorat, Québec, Département de sociologie, Faculté des sciences sociales, Université Laval.
- BOUDREAU, F. (1984). *De l'asile à la santé mentale : Les soins psychiatriques, histoire et institutions*, Montréal, Albert Saint-Martin, 274 p.
- BOURBONNAIS, R., BRISSON, C., MOISAN, J. et M. VÉZINA (1995). *Organisation du travail et santé mentale chez les cols blancs*, Québec, Groupe de recherche sur les impacts sociaux et psychologiques du travail, Université Laval.
- BUREAU INTERNATIONAL DU TRAVAIL (1979). *Rapport annuel 1979*, Genève.
- BURNONVILLE, F. (1999). « Détresse psychologique au travail, syndrome du survivant et usure mentale », *Intervention*, no. 109, Avril 1979.
- BUTLER, T. (1993). *Changing Mental Health Services : The Politics and Polic.*, London, Chapman et Hall.
- CARPENTIER-ROY, M-C. et M. VÉZINA (sous la dir. de) (2000). *Le travail et ses malentendus. Enquêtes en psychodynamique du travail au Québec*, Québec, Éditions Octares, Les Presses de l'Université Laval.
- CARPENTIER-ROY, M-C. (1997). *Évolution de la demande dans le champ santé mentale-travail, nouvelles formes de pathologies. Pathologie de l'exclusion et pathologies de l'excellence*, Actes du colloque international de psychodynamique et psychopathologie du travail, Paris.
- CELLARD, A. (1991). *Histoire de la folie au Québec : de 1600 à 1850*, Montréal, Boréal, 280 p.
- CELLAR, A., ET A. NADON. (1986). « Ordre et désordre : le Montreal Lunatic Asylum et la naissance de l'asile au Québec », *Revue de l'histoire de l'Amérique française*, vol. 39, no 3, 345-368.
- CHURCH, K. (1997). *L'économie en tant que levier de la communauté : Les survivants psychiatriques en Ontario. Histoires communautaires*, Ottawa, Caledon Institute of Social Policy.

- CLÉMENT, M. (1990). *L'aire du soupçon : Contributions à l'histoire de la psychiatrie au Québec*, Montréal, Triptyque, 218 p.
- COLLOQUE PROVINCIAL SANTÉ MENTALE ET TRAVAIL (1999). *Synthèse inédite des chantiers de travail et engagements individuels et collectifs*, Trois-Rivières (Québec), avril 1999.
- COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (1994). *Recommandations pour développer et enrichir la politique de santé mentale*, Québec, Les Publications du Québec, 60 p.
- COMITÉ DE LA POLITIQUE DE SANTÉ MENTALE (1987). *Pour un partenariat élargi. Projet de politique de santé mentale pour le Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des services sociaux., 185 p.
- CORIN, E., et G. LAUZON (1986). « Les évidences en questions », *Santé mentale au Québec*, vol. 11, no 1, 42-58.
- COTÉ, J., OUELLET, L. et M. CARON (1993). *Maladie mentale et réinsertion sociale. Attitudes et opinions des membres et intervenants du réseau de la santé et des services communautaire*, Québec, Centre de recherche Université Laval - Robert Giffard.
- DEMERS, P. (2001). « Le quêteux d'autrefois était indispensable », *L'itinéraire*, Montréal, vol. VIII, no. 09, octobre 2001.
- DEJOURS, C. (1993). *Travail : usure mentale. De la psychopathologie à la psychodynamique du travail*, Paris, Bayard.
- DEJOURS, C. (1995). *Le facteur humain*, coll. « Que sais-je? », Paris, Presses universitaires de France.
- DEJOURS, C. (1998). *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*, Paris, Seuil.
- DORVIL, H., GUTTMAN, H. A., RICARD, N. et A. VILLENEUVE (1997). *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale*, Comité de la santé mentale du Québec, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des services sociaux, 264 p.
- DORVIL, H. et P. MORIN (2000). « Le logement et le travail comme déterminants de la santé pour les personnes usagères des services de santé mentale », *Le Partenaire*, vol. 8, no. 2, 14-15.
- DUCHESNE, P. (2001). *Jacques Parizeau*, Montréal, Éditions Québec/Amérique, Tome 1. Le Croisé, 1930-1970.
- DUMAIS, L. (2001). *Parcours d'insertion d'usagers d'Accès-Cible (S.M.T.) et effets sur la santé mentale : une analyse de cinq récits de vie*, Université du Québec à Montréal, Cahier du LAREPPS, no. 01-03, 49 p.
- DUROCHER, J. et G. JONES (1999). *Enfermés dehors*, Montréal, Stanké.

- FOUCAULT, M. (1972). *Histoire de la folie : à l'âge classique*, Paris, Gallimard, 583 p.
- HÉBERT, A. (1985). « La réinsertion sociale des ex-patients psychiatriques : un profil professionnel et psychiatrique », *Revue Sociologie et Sociétés*, Montréal, vol. XVII, no. I.
- HÔPITAL SAINT-JEAN-DE-DIEU (1975). *Un héritage de courage et d'amour ou la petite histoire de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu à Longue Pointe (1873-1973)*,. Album souvenir du comité du centenaire, Montréal.
- HÔPITAL LOUIS-H LAFONTAINE, HÔPITAL DOUGLAS et HÔPITAL ROBERT-GIFFARD (2001). *Stratégie concertée de collaboration entre trois grands hôpitaux psychiatriques*, Communiqué de presse, 6 décembre 2001, Montréal.
- HYPOLITE, M. (1997). « Les facteurs de réussite de la réinsertion professionnelle des personnes ayant eu des problèmes de santé mentale ». Mémoire de Maîtrise, Sciences de l'éducation, UQAM.
- IMPACT-TRAVAIL (1996-1998). *Bulletin d'information*, recherche-action provinciale sur l'intégration au travail des personnes vivant des problèmes de santé mentale, no. 1 à 6.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (1999). *Répartition des chômeurs selon la raison de la cessation du dernier emploi*, novembre 1999 : www.stat.gouv.qc.ca/donstat/marche_travail_.
- KOVES, V., LESAGE, A., BOISGUERIN, B., FOURNIER, L., LOPEZ, A. et A. OUELLET (2001). *Planification et évaluation des besoins en santé mentale*, Comité de la santé mentale du Québec, Direction générale de la santé, Paris, Flammarion.
- LAURIN, C. (1986). « La maladie mentale : un défi à notre conscience collective », *Santé mentale au Québec*, vol. 11, no. 1, 105-116.
- LAUZON, G. et C. CHARBONNEAU (2001). *Favoriser l'intégration au travail : l'urgence d'agir*, Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, Québec.
- LAUZON, G. et Y. LECOMTE (2002). « Rétablissement et travail », *Santé mentale au Québec*, vol.. XXVII, no. 1, Montréal.
- LAVILLE, J.-L. (1999). *Une troisième voie pour le travail*, Paris, Desclée de Brouwer, 219 p.
- LEDUC, L. (2002). « Aberrations psychiatriques. Dossier le dernier refuge, La faute de la « désins »? », *La Presse*, Montréal, 10 janvier 2002.
- LEHMAN, A.F. (1995). « Vocational Rehabilitation in Schizophrenia », *Schizophrenia Bulletin*, vol. 21 no. 4, 645-656.
- LESAGE, A. (2001). *Présentation du rapport franco-québécois sur la mesure des besoins à des fins de planification des services de santé mentale*, Journées annuelles de Santé publique 2001, Montréal.

- LÉVESQUE, B. (2002). *L'entrepreneurship collectif et économie sociale : entreprendre autrement*, Montréal, Cahier de l'ARUC en économie sociale, no. I-02-2002.
- LÉVESQUE, B. et M. MENDELL (1999). *L'économie sociale au Québec : éléments théoriques et empiriques pour le débat et la recherche*, Université du Québec à Montréal, Cahier du CRISES, no. 9908.
- LIPIETZ, A. (1989). *Choisir l'audace*, Paris, La Découverte, 155 p.
- LIPIETZ, A. (2001). *Rapport sur l'économie sociale et solidaire*, Université du Québec à Montréal, Cahier du LAREPPS, no. 01-01.
- LONGIN, Y. (1991). « Le travail des malades mentaux hospitalisés de la révolution à la libération ». Thèse de doctorat d'État, Université de Paris.
- MAC DONALD, A. (1991). « How can we measure mental health? » In. Jenkins, R. et S. Griffiths, *Indicators for mental health in the population*, London, Department of health.
- MERCIER, C., PROVOST, G., DENIS, G., et F. VINCELETTE (1998). « Rapport final de la recherche-action montréalaise sur l'intégration au travail des personnes vivant des problèmes de santé mentale », *Impact-Travail, Rapport final Montréal-Centre*, vol. 1, Rapport, 45 p.
- MERCIER, C., PROVOST, G., DENIS, G. et F. VINCELETTE (1999). « Le développement de l'employabilité et l'intégration au travail pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale », *recherche-action « Impact-Travail »*, Rapport final, Verdun, Centre de recherche de l'hôpital Douglas, 71p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1986). *Pour une réflexion sur la santé mentale : la santé mentale à nous de décider*, Éditeur officiel du Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1988). *Rapport de la Commission d'enquête sur le Services de Santé et les Services Sociaux*, Éditeur officiel du Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1989). *La Politique de santé mentale*, Gouvernement du Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être du Québec*, Éditeur officiel du Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1998). *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*, Direction générale de la Planification et de l'évaluation, Gouvernement du Québec, 46 p.

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1999). *Transformation des services de santé mentale*, Rencontre de Madame Pauline Marois (...) et de Monsieur Gilles Baril (...) avec les partenaires en santé mentale, Gouvernement du Québec, 29 novembre 1999, 22 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2000). *Forum sur la santé mentale. Guide de discussion*, Gouvernement du Québec, 41 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2001a). *Transformation des services de santé mentale : État d'avancement du plan d'action de décembre 1998*, Gouvernement du Québec, 50 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2001b). *Transformation des services de santé mentale : Cibles prioritaires adoptées au Forum sur la santé mentale de septembre 2000*, Gouvernement du Québec, 52 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ NATIONALE ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL (1988). *La santé mentale des Canadiens : vers un juste équilibre*, Santé et bien-être social Canada, Ottawa.
- MORIN, E. (1996). *Psychologies au travail*, Montréal, Gaëtan Morin éditeur, 535 p.
- NOBLE, J.H.J. (1998). "Policy Reforms Dilemmas in Promoting Employment of Persons with Severe Mental Illnesses", *Psychiatric Services*, vol. 20, no. 1, 37-41.
- NOBLE, J.H.J. et F.C. COLLIGNON (1987). « Systems Barriers to Supported Employment for Persons with Chronic Mental Illness », *Psychosocial Rehabilitation Journal*, vol. 11, no. 2, 25-44.
- ORGANISATION INTERNATIONALE DU TRAVAIL (1999). *Rapport du directeur général : Un travail décent*, Conférence internationale du travail, 87e session, juin 1999.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1995). *La santé mentale dans le monde : problèmes et priorités des pays à faible revenu*, Département de médecine sociale, Faculté de médecine de l'Université Harvard, Traduction d'un document publié par Oxford University Press, 1995 rendue possible par le CSMQ, l'hôpital Douglas et le Centre collaborateur OMS de Montréal.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1978). *Déclaration d'Alma-Ata*, Conférence internationale sur les soins de santé primaires, URSS, Alma-Ata.
- PLANTE, F. et L. VIGNEAULT (2001) *À vos trousseaux: l'intégration et le maintien au travail des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale. Guide de sensibilisation et d'information à l'intention des employeurs, des représentants syndicaux et des intervenants*, CAMO pour personnes handicapées, Montréal.
- PAGÉ, J.C. (1961). *Les fous crient au secours. Témoignage d'un ex-patient de Saint-Jean-de-Dieu*, 2e édition, Montréal, Editions du Jour, 156 p.

- POIRIER, M., GAGNÉ, J., et H. DORVIL (1989). « De l'État-providence à l'État-limite. La nouvelle Politique de santé mentale du Québec », *Nouvelles pratiques sociales*, vol.2, no. 1, 165-176.
- POIRIER, M. et J. GAGNÉ (1988). « Forme de l'appauvrissement et insertion sociale des jeunes adulte psychiatrisés », *Santé mentale au Québec*, vol. 13, no. 1, 133-143.
- REGROUPEMENT DES RESSOURCES ALTERNATIVES EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (1999). *Manifeste*, Assemblée générale de 1999, Montréal.
- RENAUD, M. (1994). « Expliquer l'inexpliqué. L'environnement social comme facteur clé de la santé », *Interface*, no. 15, mars-avril.
- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE (2001). *Rapport annuel 2001 sur la santé de la population. Gardons notre monde en santé. Un nouvel éclairage sur la santé mentale des adultes montréalais*. Direction de la Santé publique, Montréal.
- SAINT-EXUPÉRY, A. (1939). *Terre des Hommes*, Paris, Édition Gallimard.
- SHIMON, L., D., LAMOUREUX, G. et E. GOSSSELIN (1996). *Psychologie du travail et des organisations*, Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur.
- STATISTIQUE CANADA (1999a). *Le Canada en statistiques : Bénéficiaires d'assurance-emploi selon le genre de prestations*, CANSIM, matrice 5705, www.statcan.ca/français/Pgdb/People/Labour/labor13_.
- STATISTIQUE CANADA (1999b). *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne, chapitre 75 : Dépression*, Ottawa, 313-319.
- ST-GEORGES, C. *Le stress au travail, un fléau de notre temps*, Centrale des Syndicats nationaux, www.csn.qc.ca.
- TESSIER, L., CLÉMENT, M. et V. WAGENER-JOBIDON (1992). *La réadaptation psychosociale en psychiatrie. Défis des années 90*, Comité de la santé mentale du Québec, Montréal, Gaëtan Morin éditeur, 238 p.
- VAILLANCOURT, Y. et D. LABESSE (1997). *Projet d'équipe de recherche « Économie sociale, santé et bien-être »*, document présenté au Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS), Université du Québec à Montréal, Cahier du LAREPPS, no. 97-10.
- VAILLANCOURT, Y. et J-L. LAVILLE (1998). « Les rapports entre associations et État : un enjeu politique », *Revue du MAUSS semestrielle*, no. 11, 1^{er} semestre 1998.
- VAILLANCOURT, Y. (2000). *Économie sociale et pratiques sociales novatrices dans le champ de la santé et du bien-être*, Université du Québec à Montréal, Cahier du LAREPPS, no. 00-09.

- VAILLANCOURT, Y. (2003). *Jalons théoriques pour l'examen des politiques sociales concernant les personnes handicapées*, Université du Québec à Montréal, Cahier du LAREPPS, no. 03-03, 44 p.
- VAILLANCOURT, Y., CAILLOUETTE, J. et L. DUMAIS (sous la dir. de) (2002) *Les politiques sociales s'adressant aux personnes ayant des incapacités au Québec : histoire, inventaire et éléments de bilan*, Rapport de recherche réalisé dans le cadre de la Phase I du projet « Inventaire et bilan des programmes de soutien et des services concernant les personnes ayant des incapacités au Québec », Montréal, LAREPPS/ARUC/UQAM, juillet, 379 p.
- VÉZINA M., COUSINEAU, M., MERGLER, D., VINET, A. et M-C. LAURENDEAU (1992). *Pour donner un sens au travail. Bilans et orientations du Québec en santé mentale et travail*, Comité de la santé mentale du Québec, Montréal, Gaëtan Morin éditeur, 179 p.
- VÉZINA, M. (1995). «Plaisir et souffrance. Dualité de la santé mentale au travail», *Cahiers scientifiques*, no.81, Québec, ACFAS.
- VÉZINA, M. (2000). *Les fondements théoriques de la psychodynamique du travail. Le travail et ses malentendus. Enquêtes en psychodynamique du travail au Québec*, Québec, Éditions Octares, Les Presses de l'Université Laval.
- VINCELETTE, F. (1995). «Recherche-Action Impact-Travail. Processus d'élaboration d'un questionnaire pour les organismes en santé mentale qui visent l'intégration au travail». Mémoire de maîtrise en santé communautaire, Montréal, Université de Montréal.
- WALLOT, H., (1998). *La danse autour du fou. Histoire de la prise en charge de la folie au Québec*, Beauport, Publication MNH.
- WARD, J. (2002). Le travail des malades mentaux en France. Histoire d'une utilité sociale dérobée, *Santé Mentale du Québec*, Montréal, vol. XXVII, no. I.