

Quelques réflexions de février 2012

Par Claude Charbonneau, directeur général d'Accès Cible Santé Mentale Travail et trésorier de l'AQRP

Le 7 février 2012, l'AQRP était invitée à rencontrer le Commissaire à la santé et au bien-être, afin de participer à des consultations menées auprès de différents groupes œuvrant dans le champ de la santé mentale (gestionnaires du réseau, chercheurs, parents et proches, regroupement de personnes en rétablissement, regroupement d'organismes communautaires...) dans la perspective de formuler des avis au ministre de la Santé et des Services sociaux sur l'état de situation de l'organisation et du déploiement des services en santé mentale, ainsi que sur les avenues possibles d'optimisation de ces interventions.

J'ai donc participé à cette consultation avec quelques membres du conseil d'administration de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP), en plus de sa directrice, Diane Harvey, et d'Esther Samson, responsable du groupe de travail sur la stigmatisation (GPS-SM). Pour ma part, j'avais le mandat d'exprimer les orientations et priorités de l'AQRP sur la question du travail.

Avec Diane, nous avons donc informé le Commissaire d'une synthèse de l'état d'avancement des travaux du Groupe provincial d'experts sur l'intégration au travail en santé mentale (GPEITSM) en mettant en valeur les principes qui ont été retenus jusqu'ici.

Par ailleurs, ayant pris le soin de me présenter comme un des membres de ce groupe d'experts et surtout comme un intervenant de longue date dans le domaine de l'intégration au travail, j'ai pris l'initiative d'aller un peu plus loin et de partager avec l'équipe du Commissaire quelques-unes de mes préoccupations.

Dans le champ de l'intégration au travail des personnes vivant un problème de santé mentale, comme le propose entre autres le document *Maladie, invalidité et travail : Garder le cap dans un contexte de ralentissement de l'activité économique* (OCDE, 2009), il est urgent de changer de paradigme. Il faut sortir du modèle médical qui est par ailleurs très performant au niveau du traitement mais quasi nuisible au niveau de la réadaptation et de l'intégration au travail. Ce modèle évolue dans une culture de l'invalidation centrée sur les déficiences et la maladie des personnes, ce qui les entraîne directement dans l'univers de la prise en charge et des mesures de soutien du revenu consolidant très rapidement leur exclusion. Il faut plutôt développer de nouvelles avenues de compréhension et de nouvelles façons de prendre en compte la réadaptation et l'incapacité au travail. Les décideurs politiques, les gestionnaires de programmes, les opérateurs de services, les intervenants de la réadaptation et les employeurs doivent participer à l'intégration d'une nouvelle façon de voir et de comprendre cette problématique, en tenant compte en premier lieu des « qualités marchandes » et du potentiel de travail des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale et demandeuses d'emploi.

Pour les personnes n'aspirant pas à court et à moyen terme intégrer un emploi rémunéré il faut, tout en misant sur leur potentiel, leurs qualités et la réalisation de leurs rêves, consolider

les services visant la réadaptation par le travail qui peuvent, en plus d'améliorer la santé et le bien-être de ces personnes, les amener éventuellement à intégrer un emploi rémunéré.

Par ailleurs, concernant les personnes (en nombre fortement majoritaire) désirant intégrer le marché régulier du travail (au sein de l'économie marchande ou de l'économie sociale) et un emploi rémunéré, dans la perspective que le travail agisse comme vecteur de santé et de bien-être, il faut miser sur leur potentiel, leurs qualités personnelles et professionnelles, leur détermination et leur résistance au risque, en leur offrant le plus rapidement possible une intervention efficace à réaliser leur projet.

Dans ce contexte, deux courtes citations tirées du rapport *Mal être au travail? Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi (OCDE, 2011)* sont éclairantes :

« À l'heure actuelle, les mesures des pouvoirs publics ciblent essentiellement les individus atteints de TMG (troubles mentaux graves), ce qui est compréhensible au regard de la situation d'urgence dans laquelle se trouvent ces personnes, de l'ampleur de leurs besoins et des ressources publiques limitées. Toutefois, pour traiter plus efficacement les troubles mentaux, il faut consacrer plus d'efforts aux TMC (troubles mentaux courants) qui, lorsqu'ils s'inscrivent dans la durée ou deviennent récurrents, peuvent entraîner d'importantes incapacités qui se répercutent négativement sur le fonctionnement au travail. »

« Les demandeurs présentant des troubles mentaux sont trop facilement catalogués comme incapables de travailler. Le plus souvent, ils se voient admettre immédiatement au bénéfice intégral des prestations; lorsqu'on leur octroie initialement des prestations temporaires, leur statut n'est pas réévalué mais est converti en invalidité permanente; leurs demandes sont moins souvent rejetées et ils ont moins de possibilités de quitter le régime d'invalidité parce que leur état de santé s'améliore ou qu'ils trouvent un emploi. Pour toutes ces raisons, les pouvoirs publics ne s'emploient pas suffisamment à aider cette catégorie de demandeurs à conserver un emploi ou à en trouver un. [...] les politiques publiques doivent veiller davantage au maintien des personnes sur le marché du travail et empêcher qu'elles entrent à vie dans un régime d'invalidité. »

Depuis la consultation du 7 février, j'ai continué à réfléchir à nos travaux.

Le principe retenu de l'exclusion zéro des personnes à travers un réseau de services d'intégration demeure à mon sens valable en soi, mais cependant insuffisant. Cet objectif qui propose d'offrir des services de réadaptation par le travail, de développement de l'employabilité et/ou de soutien à l'emploi à toute personne vivant un problème de santé mentale et qui désire entreprendre une démarche d'insertion socioprofessionnelle nous invite à développer des services et à déployer des interventions visant l'insertion à partir de l'ensemble des besoins exprimés.

Vue sous cet angle, l'exclusion zéro implique donc de répertorier dans l'ensemble des régions du Québec les besoins des personnes et de mettre en place des services correspondant aux besoins identifiés. Dans l'hypothèse où il est possible de faire rapidement cet exercice et que les différentes instances concernées par le développement de ces services nous donnent leur aval dans cet investissement de structures et de ressources (ce qui m'apparaît très peu probable) et que l'ensemble de ce réseau de services continue à œuvrer dans l'univers de la culture médicale de la prise en charge et de l'invalidité, les personnes alors inscrites dans des parcours visant

l'insertion socioprofessionnelle risquent fort de se faire convaincre à nouveau qu'elles sont trop malades pour travailler et qu'elles doivent donc continuer à être prises en charge par des mesures de soutien du revenu qui les laissent en marge du « dangereux pour la santé » marché du travail.

Conséquemment, à l'objectif d'exclusion zéro qu'il faut par ailleurs retenir, mais qui à mon sens est peut-être plus vertueux que concret, il faut ajouter un corolaire, soit un autre objectif, celui-là concret structurant et mesurable : celui de viser sur un espace temps à déterminer (5 ans pourrait à mon sens proposer un défi raisonnable) l'insertion en emploi rémunéré de la majorité des personnes vivant un problème de santé mentale et désirant par le travail (au sein de l'économie marchande ou de l'économie sociale) avoir accès à des déterminants incontournables du rétablissement et de l'inclusion citoyenne.

Dans cette perspective où nous retenons l'inclusion à un emploi rémunéré pour la majorité des personnes vivant un problème de santé mentale et demandeuses d'emploi sur un espace de 5 ans, nous nous imposons alors un objectif précis par rapport auquel nous devons rendre des comptes. Dans ce contexte, nous serons tenus de nous appuyer sur les services et les interventions les plus pertinentes et les plus efficaces.

Il faut éviter de recommencer à analyser l'ensemble des besoins des personnes que nous connaissons déjà, à mon sens, assez bien. Nous savons notamment que 80 % des personnes qui vivent un problème de santé mentale et qui désirent intégrer le marché du travail n'ont toujours pas accès à ce dernier.

Il faut par ailleurs évaluer rapidement l'efficacité et la pertinence de l'ensemble des mesures, des interventions et des services consacrés (à la fois dans les réseaux communautaire et institutionnel de la santé et de l'emploi) à la réadaptation par le travail, au développement de l'employabilité, au soutien et à l'intégration en emploi et déjà déployés dans chacune des régions et destinés à l'ensemble des clientèles universelles et marginalisées.

Une fois ces ressources existantes identifiées, il faudra alors une volonté politique afin de faire de cet objectif d'insertion à l'emploi rémunéré une cible incontournable. Une fois cette cible identifiée, il faudra soutenir les ressources existantes dans le changement de paradigme qui doit éclairer tout parcours d'intégration au travail des personnes vivant un problème de santé mentale, c'est-à-dire démedicaliser l'analyse de l'état de situation et des besoins des personnes, secondariser leurs obstacles, pour se centrer sur la consolidation de leurs « qualités marchandes » et de leur potentiel à intégrer un emploi salarié. Ces ressources auront besoin de formation et surtout, selon moi, de supervision ou de « coaching » à moyen terme.

Dans la mesure où nous retenons l'objectif d'intégrer dans un emploi rémunéré la majorité des demandeurs vivant un problème de santé mentale, nous avons là un objet de mesure de l'efficacité et de la pertinence des mesures, des interventions et des services orientés vers cet objectif. Par ailleurs, dans certaines régions où l'offre de services s'avère insuffisante pour rencontrer cet objectif, nous aurons alors à développer de nouveaux services.

Ici, j'exprime une mise en garde concernant un autre principe retenu (là nos deux chercheurs risquent fort de me confronter), celui de l'étroite collaboration entre l'équipe traitante et l'équipe vocationnelle. Concernant ce principe, il faut s'assurer que l'équipe vocationnelle détient

le leadership décisionnel au niveau de l'admission au service. Il faut aussi, ce qui m'apparaît encore moins évident, s'assurer que le travail d'intégration à l'emploi ne soit pas « contaminé » par la perspective médicale. Perspective qui, traditionnellement au niveau de ce type d'intervention, a tendance à demander aux employeurs de faire la générosité et la charité d'intégrer des malades mentaux dans leur entreprise. L'ensemble des accommodements alors mis en place dans l'entreprise amène les personnes à réaliser des activités périphériques à la production réelle, ce qui a donc pour effet de les marginaliser et de les stigmatiser.

Pour conclure, à mon sens dans le contexte actuel il est prioritaire de s'investir au niveau d'une « révolution culturelle » de la réadaptation et de l'intégration au travail des personnes vivant un problème de santé mentale afin que ces dernières puissent trouver des réponses à leurs besoins et à leurs aspirations à travers les mesures et les services déjà existants mais « reformatés » pour mettre en valeur le potentiel de travail des personnes. Il serait contre-productif de développer de nouveaux services parallèles dédiés exclusivement aux personnes vivant un problème de santé mentale et dominés par une culture d'invalidation.

Claude Charbonneau
23 février 2012