

Désinsertion professionnelle et maladies affectives (étude de cas)

Professional marginalization and affective illness (a case study)

Raymond Beau et Gérard Cournoyer

Volume 13, numéro 1, juin 1988

La réinsertion sociale

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030434ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030434ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Beau, R. & Cournoyer, G. (1988). Désinsertion professionnelle et maladies affectives (étude de cas). *Santé mentale au Québec*, 13(1), 144-153.
<https://doi.org/10.7202/030434ar>

Résumé de l'article

Les auteurs, un psychologue et un psychiatre, cernent d'abord l'insuffisance de la réflexion et de la recherche sur la réadaptation et la réinsertion professionnelle des malades mentaux. Ils étudient les problèmes spécifiques des personnes atteintes de maladies affectives et présentent l'histoire d'un cas démontrant comment se passe la « désinsertion professionnelle » de ces individus, c'est-à-dire l'interruption de leur carrière et/ou la perte d'un emploi stable depuis plusieurs années. Puis ils recommandent la création d'une véritable psychiatrie du travail, la mise en place ou l'adaptation d'un nouveau rôle professionnel en psychiatrie basé sur le modèle existant à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, et, éventuellement, une révision du statut des malades mentaux en tant que personnes handicapées. Ils recommandent enfin une recherche sur les malades affectifs, victimes de désinsertion professionnelle, pour situer l'ampleur du problème social.

Désinsertion professionnelle et maladies affectives (étude de cas)

Raymond Beau*
Gérard Cournoyer*

Les auteurs, un psychologue et un psychiatre, cernent d'abord l'insuffisance de la réflexion et de la recherche sur la réadaptation et la réinsertion professionnelle des malades mentaux. Ils étudient les problèmes spécifiques des personnes atteintes de maladies affectives et présentent l'histoire d'un cas démontrant comment se passe la « désinsertion professionnelle » de ces individus, c'est-à-dire l'interruption de leur carrière et/ou la perte d'un emploi stable depuis plusieurs années. Puis ils recommandent la création d'une véritable psychiatrie du travail, la mise en place ou l'adaptation d'un nouveau rôle professionnel en psychiatrie basé sur le modèle existant à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, et, éventuellement, une révision du statut des malades mentaux en tant que personnes handicapées. Ils recommandent enfin une recherche sur les malades affectifs, victimes de désinsertion professionnelle, pour situer l'ampleur du problème social.

Le cadre global

Un effort immense est actuellement fait pour définir de nouvelles orientations en santé mentale. Pourtant, le nombre et la complexité des problèmes, que créent la maladie mentale et ses sous-composantes psychiatriques dans le domaine du travail et de l'emploi, semblent avoir échappé pour la plupart aux nombreuses consultations effectuées à ce jour.

Mais la volonté d'agir existe. À l'intérieur de la nouvelle approche bio-psycho-sociale, un renouveau d'intérêt pour la réadaptation se fait sentir. Les comités et commissions se sont efforcés de consulter à tous les niveaux sociaux. Pourtant l'ampleur des problèmes abordés n'a pas permis de jeter un regard véritable sur ce qui était, et reste encore, un des recoins psychiatriques les moins explorés, en même temps qu'un terrain parsemé de trous et de pièges. Les raisons en sont multiples :

— La rareté d'une documentation scientifique sur ce sujet au Québec, voire un manque d'informa-

tions pertinentes ou de documents témoignant d'une réflexion approfondie.

- La confusion entraînée par la notion de « santé mentale », en tant que catégorie générale sous-entendant, par opposition, maladie mentale. Pour s'en convaincre il suffit de constater la variété des thèmes abordés lorsqu'on tente de rassembler une documentation sur la santé mentale et le travail. (Nadeau, 1985 ; *Santé mentale au Québec*, 1985).
- Le manque historique de communications entre ces « deux solitudes » : les soins et la réadaptation. La sous-professionnalisation, qui a marqué pendant longtemps la seconde, a contribué à créer deux niveaux de dialogue et à dissocier, en partie, la fin et les moyens.
- Une certaine confusion sémantique et l'ambiguïté propre au domaine mental, à commencer par les mots « réadaptation » ou « réinsertion ».
- La politisation des problèmes, car qui dit « ressource » dit « budget ». La dynamique actuelle tend surtout à créer des ressources toujours considérées comme urgentes par ceux ayant accès, directement ou indirectement, aux financements disponibles. Cette manière de faire, sans être mauvaise en soi, contribue cependant à différer sans cesse une réflexion dépassant la justification de ces nouvelles ressources, elles-mêmes toujours assimilées à des concepts de bâtiments, programmes, budgets, etc.

Or les représentants des soins et les cadres qui ont mené ces consultations ont semblé fort mal à

* Raymond Beau, M.Ps., est psychologue. Spécialisé depuis seize ans comme cadre et comme professionnel dans la réorientation et la réinsertion professionnelle des malades mentaux, il est l'auteur de plusieurs publications et conférences sur ce sujet. Gérard Cournoyer, m.d., est psychiatre. Professeur adjoint de clinique au Département de psychiatrie de l'Université de Montréal, il a effectué pendant cinq ans de la recherche clinique sur les maladies affectives ; il est responsable de l'Unité de soins intensifs à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.

l'aise face à cette problématique complexe. Dans un document ministériel récent (*La santé mentale...* 1985), on peut lire, par exemple, que la « réadaptation doit, entre autres, corriger l'incapacité fonctionnelle causée par la maladie mentale », ce qui susciterait bien des questions et des commentaires ! Dans le même document, on dit un peu plus loin que « les modèles de base développés dans le cadre de la déficience mentale peuvent jusqu'à un certain point, servir de base à condition qu'ils puissent intégrer les caractéristiques propres aux problèmes psychiques ».

On ne saurait être plus vague ... Autant dire qu'il n'y a pas de modèle. Tantôt assimilé au déficient intellectuel, tantôt appelé « déficient psychique » (L'Office des personnes handicapées du Québec, 1985a), le malade mental, lorsqu'il doit être considéré comme une personne handicapée - au sens de la Loi - pour bénéficier d'un travail adapté, ne semble avoir de place nulle part en dehors du cadre hospitalier. Il gêne, il dérange ; sa réhabilitation est problématique, et ceux qui tentent laborieusement de le classer quelque part se heurtent à son ambiguïté et à ses caractéristiques perpétuellement fuyantes.

Dans ce vaste ensemble de problèmes liés à la clinique et à la réhabilitation psychiatriques, nous avons choisi d'illustrer un aspect très peu - sinon jamais - commenté dans la littérature. Pour éviter de longues périphrases, nous avons créé le mot « désinsertion » par opposition à « réinsertion ». Par « désinsertion professionnelle », nous voulons signifier l'interruption d'une carrière et/ou la perte d'un emploi stable depuis plusieurs années, suivies par la quasi-impossibilité de pratiquer la carrière d'origine et/ou de se retrouver un emploi sécuritaire. Cette désinsertion, très probablement facilitée par un taux de chômage élevé et une compétition impitoyable, touche évidemment davantage les personnes rendues vulnérables, soit par l'âge, soit par une forme d'handicap quelconque. Les personnes atteintes de maladie mentale ont, en plus de leur handicap, un problème d'image, au point que cette image peut provoquer, à elle seule, la phase ultime de la désinsertion, comme nous le verrons un peu plus loin.

La plupart des cas, que nous avons vus dans cette situation et que nous avons pu aider ou non à une réintégration satisfaisante, étaient atteints de maladies affectives associées parfois à des troubles anxieux. Parmi les personnes souffrant de troubles

schizophréniques, très peu avaient pu assumer une véritable carrière ou maintenir un emploi stable à long terme.

C'est donc d'un phénomène relativement bien localisé que nous voulons parler ici. Plutôt que de l'aborder sous un angle théorique, nous avons préféré relater une histoire de cas qui met particulièrement bien en lumière les rouages de la désinsertion professionnelle, alors que les symptômes cliniques sont bien diagnostiqués et bien contrôlés.

Histoire de monsieur L.

Monsieur L., âgé de 41 ans, est victime depuis longtemps d'une maladie affective majeure de type unipolaire récurrente. Son état dépressif est accompagné d'anxiété, ce qui le porte à somatiser une partie de ses problèmes et à ressentir parfois une fatigue extrême. La carence affective éprouvée durant sa jeunesse le porte à s'autodévaloriser. Analysée globalement, sa symptomatologie est complexe et variable, nécessitant un suivi psychothérapeutique et pharmacologique constant, auquel il coopère extrêmement bien.

Par ailleurs, monsieur L. est un travailleur acharné et intelligent : c'est sa plus grande source de valorisation. Après ses études classiques, il occupe divers postes de commis tout en poursuivant et terminant des études collégiales. En 1970, il entre au service d'une grande banque et va y gravir les échelons : commis, commis sénior, coordonnateur, et, finalement, chef adjoint d'une section comprenant une trentaine d'employés. Entre-temps il suit des cours en administration.

Vers 1982, ses troubles affectifs s'intensifient et commencent à provoquer des absences répétées à son travail.

A cette époque, monsieur L. consulte un médecin omnipraticien, apparemment peu habitué à diagnostiquer et traiter des problèmes psychiatriques. De plus en plus anxieux devant son incapacité à remplir ses tâches comportant la responsabilité de sommes importantes d'argent, peu soulagé par une faible médication anxiolytique et subissant les pressions de son entourage, il finit - sur les conseils de son propre médecin - par remettre sa démission d'un emploi sécuritaire qu'il occupait depuis déjà treize ans. Pourquoi avoir donné un pareil conseil ? Était-ce un avis émis trop hâtivement et que monsieur L. a perçu comme un verdict définitif ? Ou est-ce dû

à l'inexpérience ou l'ignorance du médecin devant un problème qui était du ressort d'un spécialiste? On ne sait pas.

C'est donc un véritable suicide professionnel que commet monsieur L., geste qui aurait pu - et aurait dû - être évité. Quelque temps après, il se trouve un emploi comme concierge, qu'il croit d'abord temporaire; ce travail achèvera de l'épuiser et le dévaloriser. Devant ce qu'il perçoit comme un échec professionnel définitif, c'est au bord du suicide qu'il arrive à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine à l'automne 1983.

Son hospitalisation est assez brève et il en ressort convaincu, pour la première fois, qu'on le comprend et qu'on peut l'aider. Le psychiatre traitant, après stabilisation de son état par une approche combinée de pharmacothérapie et de psychothérapie cognitive, requiert l'intervention du psychologue à l'époque chef en orientation professionnelle de l'hôpital, pour aider monsieur L. à évaluer son avenir.

Monsieur L. arrive chez le psychologue la tête pleine de projets. Il est en rémission symptomatique. D'une part, il aimerait compléter un premier cycle universitaire, dont il possède déjà quelques crédits, bien qu'il songe également à des projets à plus court terme. D'autre part, étant donné les conditions dans lesquelles il a quitté son emploi, alors que ses collègues lui déconseillaient de donner sa démission, il ne paraît pas a priori impossible d'envisager un retour à son ancien travail.

C'est alors que se produit un premier coup de théâtre. Son ex-employeur le contacte et lui offre un travail contractuel à temps partiel pour monter une équipe de soir d'une vingtaine d'employés. Ce nouvel emploi pourrait donc lui réouvrir les portes de la maison. Apparemment c'est une chance inespérée.

Durant les trois mois suivants, après une période initiale d'anxiété fort prévisible, nous observons une amélioration importante de l'état mental de monsieur L. Il est optimiste et ne présente pas (ou peu) de symptômes anxieux ou dépressifs, même si les tâches d'organisation qui lui ont été confiées semblent assez difficiles, dans un contexte de relations de travail relativement perturbées.

Puis, deuxième coup de théâtre! Son employeur le convoque pour lui signaler que, d'après les observations de la supérieure immédiate de celui-ci, il serait en train de « faire une nouvelle dépression »; et il ressort alors tous les antécédents psychiatriques apparaissant dans le dossier de monsieur L.

L'employeur tente même de lui faire signer un document signifiant qu'il ne serait pas capable de faire face à ses responsabilités, autrement dit qu'on le garde au travail plus ou moins par pitié.

Monsieur L. quitte son emploi environ trois mois avant la fin de son mandat, ne nous prévenant qu'une fois son geste accompli. Le psychologue demande alors une entrevue à l'employeur, même s'il est vraisemblablement déjà trop tard, afin de savoir pourquoi le « diagnostic » de ce dernier diffère autant de celui des professionnels de l'hôpital. Il en ressort convaincu que monsieur L. a été scruté un peu trop à la loupe et qu'on a surinterprété des incidents très ordinaires en milieu de travail. Mais - surtout - le départ de monsieur L. a permis de régler un conflit de personnalités entre lui et sa supérieure immédiate. Cette dernière s'était plus ou moins donnée un rôle de protectrice à son égard. Mais lorsque son protégé, abandonnant son humilité habituelle, avait osé critiquer ses méthodes de travail, déjà contestées, elle avait réagi en l'accusant d'être déprimé, ce qui excusait son attitude nouvelle vis-à-vis d'elle-même. Finalement, nous avons appris que ce travail avait été proposé à monsieur L. après avoir été refusé par plusieurs cadres de la maison, qui le jugeait trop difficile et trop risqué.

Monsieur L. sort de cette expérience déprimé et amer. Une rechute majeure est évitée plus ou moins de justesse. Puis, finalement, il recommence à se chercher un emploi. Comme il règne une terrible compétition dans son domaine, le psychologue appelle l'un des cadres supérieurs d'une grande organisation financière avec qui il a eu, auparavant, d'excellents rapports. La réponse est rapide et positive. L'expérience de monsieur L. est jugée intéressante et son dossier transmis au Service des ressources humaines qui le contacte peu après.

C'est ainsi qu'il décroche un contrat de huit mois, subventionné par le gouvernement fédéral, par le biais de « l'article 38 ». Le programme a pour but de « maintenir les capacités » d'un chômeur en lui permettant d'exercer des tâches correspondant à ses qualifications. Durant toute cette période, monsieur L. va donc travailler pour une petite société faisant partie intégrante de cette institution financière, elle-même subdivisée en plusieurs bureaux régionaux.

À la fin du programme, l'employeur dit vouloir continuer à se prévaloir des services de monsieur L. On le met alors sur la liste de paie de l'entreprise ... mais pour six semaines seulement. C'est en fait

une procédure obligatoire pour obtenir une deuxième subvention, dite « Programme de développement de l'emploi ». L'objectif de ce programme est « d'aider les personnes défavorisées sur le plan de l'emploi en leur offrant un agencement de formation et d'expérience de travail ». Monsieur L. ayant de toute évidence l'expérience requise, on l'inscrit « pour la forme » à un cours complémentaire de gestion. Le voici donc reparti pour huit mois.

La fin de cette deuxième subvention arrivée, monsieur L. n'est plus éligible à aucune autre, même si l'organisme a des experts dans ce domaine. Le psychologue écrit alors au président de la division régionale :

« ... D'après les commentaires que j'en ai eus, monsieur L... s'est révélé un excellent employé, et paraît avoir justifié amplement la confiance, et de ses employeurs et des intervenants cliniques.

À ce stade-ci, à moins de deux mois de la fin de son deuxième, et probablement dernier emploi subventionné, se pose évidemment la question de son avenir : après l'insécurité des programmes provisoires se présente l'éventualité du chômage, avec tout ce que cela implique de perte d'argent, de statut, de confiance en soi, et la perte d'un groupe de travail familial et d'une structure de vie quotidienne.

Que faire ? Se chercher un autre emploi ? Oui, mais dans quelles conditions ? Au milieu d'une compétition féroce entre « jeunes loups », et en devant cacher un problème particulièrement handicapant pendant une recherche d'emploi, dont la durée sera imprévisible et les résultats aléatoires.

En matière de psychiatrie, et le docteur Gérard Cournoyer qui traite monsieur L... ne me contredira certainement pas, les pronostics et les choix sont rarement clairs. Or, dans ce cas particulier, l'un comme l'autre sont évidents : son embauche définitive par permettrait de résoudre bien des problèmes à la satisfaction de tous : l'employeur qui dispose d'un employé compétent, fiable et bien entraîné, et ayant fait ses preuves dans son rôle polyvalent d'assistant de monsieur ..., Directeur de la Gestion Administrative ; l'employé lui-même, évidemment, dans sa recherche d'une sécurité indispensable pour son équilibre à long terme ; la société dans son ensemble, et aussi les intervenants qui voient baisser dramatiquement les probabilités d'une rechute dont

les coûts et la durée seraient imprévisibles.

Un autre argument plaide en faveur de cette solution. Dans le cas de monsieur L..., la partie de sa personnalité la mieux structurée, et finalement celle dont dépend l'équilibre de l'ensemble, est sa « personnalité de travail ». C'est là qu'il trouve, au prix d'une très grande implication dans ses tâches, son estime de lui-même à travers celle que lui manifestent ses employés comme ses supérieurs, il représente donc en ce sens un bon « investissement » pour l'employeur qui saura le garder.

Enfin, et je pense qu'on ne peut passer cette question sous silence, on doit s'interroger sur la finalité des programmes de subvention à l'emploi, et particulièrement dans un cas comme celui-ci où le rapport coûts-bénéfices nous paraît tellement évident... ».

Le président régional répondit à la lettre du psychologue pour nous informer que des instructions avaient été envoyées à l'administrateur responsable de la société, ainsi qu'une copie de la dite lettre. Ce dernier nous fit savoir alors rapidement que monsieur L. était embauché pour une autre période de quatre mois environ, soit jusqu'à la fin du budget annuel. Il écrivit aussi qu'on « envisageait sérieusement de lui donner un poste permanent » et précisa : « Effectivement, nous sommes satisfaits du rendement de monsieur L., je crois qu'il nous faut prendre ce risque afin de venir en aide à cette personne, qui d'un côté nous rend bien la confiance que nous lui manifestons ». Le risque mentionné consistait en un déficit possible de quatre ou cinq mille dollars pour la société.

Tout semblait bien se présenter, lorsque des rumeurs contradictoires commencèrent à circuler un mois avant l'échéance du contrat de travail de monsieur L. Le psychologue écrivit alors de nouveau au président régional, lui demandant de l'aviser dans les meilleurs délais de la décision concernant son patient. Ce dernier eut alors son emploi prolongé d'un autre mois. Mais fatigué physiquement après presque deux ans de travail ininterrompu, alors qu'il ne s'était absenté en tout que pour une semaine de vacances (à ses frais), et les nerfs minés par cet interminable « suspense », monsieur L. est forcé par son psychiatre de se mettre au repos pour deux semaines. Ce fut le psychologue qui reçut officiellement les dernières nouvelles le concernant. Encore une fois, les termes méritent d'être cités :

«...La présente a pour but de vous laisser savoir qu'il ne nous sera pas possible de procéder au renouvellement du contrat de travail de monsieur L..., pas plus qu'il nous sera possible de lui offrir une situation en permanence.

Dans votre lettre du 23 janvier dernier, adressée à notre Président, monsieur, vous souhaitiez être avisé, dans les meilleurs délais, de la position que nous prendrions.

Deux éléments nous obligent à orienter notre décision vers un non retour de monsieur L... :

- 1- Notre Corporation avec les programmes gouvernementaux d'aide à l'emploi, a pleinement joué son rôle permettant ainsi à monsieur L... de reprendre confiance en lui et d'acquérir une expérience devant logiquement lui ouvrir les portes sur le marché du travail. Tel est le rôle que nous avons joué auprès de monsieur L...
- 2- La situation financière d'une petite entreprise comme la nôtre ne permet pas l'ajout de personnes additionnelles sans nouvel argent; or, les transactions que nous espérions se font attendre. A la fin de notre année financière 86-87, nous accusons un déficit de 6,000 \$.

Vous comprendrez, nous en sommes persuadés, que c'est à regret que cette décision est prise et sommes persuadés que l'expérience acquise de monsieur L... chez nous ne saura que lui être bénéfique.... ».

C'était une lettre fort gauche et un procédé bien peu élégant que de charger un intervenant clinique de transmettre la nouvelle à son client, lequel ne reçut, quant à lui, aucune réponse officielle. Ce procédé parlait par lui-même.

Quant à l'excuse évoquée d'un déficit de quelques milliers de dollars, récupérables à l'intérieur d'une institution archimilliardaire, ce n'était pas pour nous tirer les larmes des yeux. Un petit calcul simple démontrait d'ailleurs que cette société avait bénéficié des services d'un employé qualifié pendant près de deux ans, en ne déboursant qu'environ six à sept milles dollars, alors que l'Etat payait au-delà de vingt-cinq mille dollars par le biais des programmes de subventions. Une bonne affaire! La suite devait nous en dire davantage. Ainsi, l'administrateur de la société, après l'arrêt des subventions, avait demandé et obtenu finalement de la division régionale les sommes nécessaires pour un poste supplémentaire, qui avait été comblé par un candidat de l'intérieur. Autrement dit, monsieur L. (grâce à sa subvention) avait

servi à créer un nouveau poste permanent, alors que lui devait se contenter d'utiliser son « expérience » pour aller chercher du travail ailleurs.

Pour celui-ci, après deux ans de travail acharné et d'espoirs incertains, ce fut le découragement, puis le désespoir. La rechute fut sévère mais contenue par un recours à deux hospitalisations. Les effets psychologiques du congédiement avaient été proportionnels à l'investissement émotionnel mis au travail. Un soutien de l'équipe psychiatrique, visant en partie à maintenir sa motivation à retourner au travail, allait-il augmenter sa détresse? Dans un tel contexte clinique, nous nous le demandions.

Après cette désinsertion, monsieur L. ne croit plus à ses chances de retour au travail. Un support psychologique l'aide actuellement à rationaliser son droit à obtenir de l'aide sociale, situation qui était d'emblée chez lui associée au désespoir et au suicide.

Cette histoire devient d'autant plus navrante qu'elle avait débuté dans l'optimisme, avec une organisation particulièrement fière de sa mission sociale et avec qui nous avions eu des contacts privilégiés. La leçon a été dure. Là - comme ailleurs - existait la même mécanique de rejet. Le fait que les enjeux avaient été clairement identifiés et communiqués aux responsables ne faisait que mieux démontrer l'existence de cette réaction.

Les engrenages de la désinsertion professionnelle

Si nous avons choisi de relater ce cas en particulier, c'est qu'il comporte presque tous les éléments de cet engrenage socio-pathologique dans lequel se trouvent pris des travailleurs; ayant des problèmes psychiatriques, mais par ailleurs normalement fonctionnels et productifs. Ces éléments se formulent comme ceci :

- 1- On arrive presque toujours trop tard.
- 2- La gestion de la dynamique, pouvant amener la perte de l'emploi, est soit insuffisante soit inexistante.
- 3- L'existence d'un dossier psychiatrique entraîne le plus souvent une surveillance excessive de l'employé et une dynamique de rejet. Le problème a été déjà décrit amplement dans un article précédent (Beau, 1985a).
- 4- Les subventions gouvernementales, qui devraient en principe faciliter la réinsertion professionnelle, sont, dans un certain nombre de cas, utilisées de façon discutable. Pour les personnes souffrant de

troubles psychiatriques, leur nature et leur usage devraient être repensés.

En général, le chemin habituel qui mène de l'omnipraticien au psychiatre est souvent trop long. A cela s'ajoutent les limites naturelles d'une intervention de type médical : accorder et renouveler des congés de maladie ; et si ce moyen s'avère insuffisant, recommander alors un type de travail et/ou des responsabilités allégées. Or le genre d'évaluation individuelle et situationnelle, qu'exige souvent ce genre de situation, nécessite une expertise différente ; quelle que soit la sensibilisation du médecin aux problèmes de travail, sa disponibilité ne lui permet pas véritablement de gérer une situation qui risque d'avoir un impact négatif sur la vie professionnelle future de son patient.

Par exemple, on constate que le médecin, dans le but de protéger son patient, le renvoie parfois à son travail, malgré les réticences de l'employeur. Même si cette réticence est basée sur une dynamique de rejet irrationnelle, un retour forcé au travail risque d'envenimer encore davantage la situation. Si, en plus, la méfiance de l'employeur est renforcée par des faits non accessibles à l'observation dans le bureau de consultation, on peut vite se retrouver devant des demandes d'expertise psychiatrique, des mesures de congédiement, etc.

Quant au rôle des subventions, ou du moins de certaines d'entre elles, on peut se demander si elles ne deviennent pas parfois un obstacle à l'embauche définitive. Du point de vue budgétaire, c'est un « revenu » qu'on répugne en général à voir disparaître. Cette source d'argent prenant fin, l'administrateur avait pu en quérir auprès de la division régionale et ne se sentait plus lié par une obligation qu'il considérait gênante. Il avait obtenu finalement ce qu'il voulait : un poste supplémentaire et une personne « normale » pour combler ce poste. Bref, si tout cet argent public n'était pas aussi aisément disponible, monsieur L. se serait peut-être trouvé « du bon côté du budget » une fois son essai terminé, comme n'importe quel employé ordinaire.

Par ailleurs, quelle logique a prévalu, dans ce cas précis, à l'attribution de deux subventions successives, dont la première visait à *préserver* des capacités et une expérience de travail et la deuxième à les *acquérir*? Passe encore si on avait suivi l'ordre inverse ; mais il est manifeste que ce qui comptait, c'était la disponibilité de l'argent et les technicalités pour l'obtenir.

En ce qui concerne le problème déclenché par les attitudes qui sont à la base de la dynamique de rejet, que ce soit de la part des employeurs potentiels (Gibson et Groeneweg, 1986) ou sous ses aspects les plus odieux (Carrier-Villeneuve, 1987), nous en retiendrons uniquement ici ce qui nous a paru le plus destructeur dans l'histoire de monsieur L., c'est-à-dire leur ambivalence : l'ambivalence de sa supérieure qui veut l'aider mais ne peut supporter de perdre son rôle dominant de protectrice ; l'ambivalence de son dernier employeur qui l'engage après un an et demi de loyaux services, mais avec des promesses ambiguës et des hésitations, et prolonge son emploi d'un mois pour finalement le rejeter. Le cynisme ferait moins mal ! Car oser prétendre, comme dans la lettre citée auparavant, que l'expérience vécue par monsieur L. devrait lui permettre « de reprendre confiance en lui », se passe de commentaires.

Le point de vue du psychiatre

Les maladies affectives constituent un groupe de troubles mentaux dont la caractéristique prédominante est une perturbation de l'humeur : tonalité émotionnelle qui colore la vie psychique entière de la personne, se manifestant par de la dépression, de l'élation ou de l'irritabilité. A cela, se greffent une multitude d'autres symptômes tant psychiques que physiques. De nombreuses classifications des maladies affectives et des états dépressifs ont été proposées. Depuis 1980, la Classification américaine des troubles psychiatriques est utilisée dans la pratique clinique (A.P.A., 1983).

L'incidence, la prévalence et la morbidité, associées aux maladies affectives sous leur forme unipolaire ou bipolaire, représentent un problème épidémiologique sérieux en croissance inquiétante. L'absentéisme prolongé au travail et la perte d'emploi viennent trop souvent compliquer l'évolution de ces psychopathologies.

L'histoire de monsieur L. en est un exemple typique. Des symptômes dépressifs mineurs apparaissent insidieusement sur une période de plusieurs mois. Il consulte un médecin généraliste.

Le bilan des examens paracliniques est négatif et le diagnostic d'état dépressif est retenu. « Congé de maladie » pour se reposer ; traitement anxiolytique ; absence de traitement antidépresseur adéquat ; tentative de retour au travail infructueuse ; « absen-

ces de maladie » répétées et, finalement, référence à un psychiatre, trop tardivement et en désespoir de cause.

Dans de pareils cas, les complications psychosociales tant sur le plan personnel que familial sont bien campées. A ce titre, le patient a souvent développé une sorte de phobie ou d'aversion du travail, y ayant vécu des crises d'angoisse fréquentes, établissant un lien direct de cause à effet entre son état et telle situation de vie au travail. L'état dépressif, une fois améliorée, il faudra s'attaquer au traitement de séquelles cognitives qui retarderont, voire rendront impossible, le retour au travail. De là la nécessité d'une intervention clinico-vocationnelle pouvant franchir les limites du bureau de consultation.

L'intervention précoce, au début de l'épisode affectif, par une équipe multidisciplinaire adéquate pourrait, dans bien des cas, optimiser les conditions de traitement et prévenir des complications psychosociales parfois irréversibles.

Pourtant, l'évolution naturelle des maladies affectives - avec des épisodes cliniques et ses périodes de rémission « ad intégrum » - permettent au patient de récupérer un fonctionnement psychosocial normal. De nombreux déprimés unipolaires ou bipolaires occupent des emplois à tous les niveaux de l'échelle sociale. Peu de gens le mentionnent, par crainte du tort qui pourrait en découler dans leur vie professionnelle. L'ignorance et les préjugés conservent encore tout leur impact sur le milieu du travail en général.

Par où commencer ?

La personne dont nous parlions ici est essentiellement autonome et productive. De plus, elle appartient à la catégorie diagnostique majeure la plus sujette à la prévention et la réhabilitation. Or, bien des échecs sur le marché du travail sont encourus par des personnes qui ne devraient travailler que dans des conditions privilégiées et avec un encadrement très supérieur à celui que peut fournir un employeur ordinaire dans le contexte actuel. On peut certes sensibiliser, informer, et obtenir certains aménagements. Mais, lorsque nous voyons le niveau de tolérance et de conscientisation thérapeutique que devrait théoriquement manifester un employeur, quand nous lisons un ouvrage récent comme *Vivre et travailler avec la schizophrénie* (Seeman et al., 1983), nous avons l'impression d'être encore très loin de ce monde idéal.

Par contre, ce qui nous paraîtrait aussi absurde que coûteux socialement serait d'utiliser d'inévitables erreurs de parcours, la dureté de la compétition actuelle et la liste exhaustive des autres priorités sociales, pour finalement réduire les travailleurs ayant des antécédents psychiatriques à un taux de chômage de près de 100 %.

Comme nous ne pouvons changer la société, c'est en minimisant nos propres insuffisances que nous pourrions aider le mieux ceux qui sont capables de fonctionner dans le monde du travail tel qu'il est, non tel que nous le souhaiterions. C'est en améliorant certains moyens et les cadres dans lesquels ils sont conçus et distribués. De façon plus précise, cela supposerait la création d'une véritable psychiatrie de travail, un enrichissement des équipes multidisciplinaires psychiatriques et, peut-être, une révision du statut « d'handicapé » des personnes atteintes de troubles psychiatriques.

Ce n'est pas la première fois qu'on parle de créer une véritable psychiatrie du travail au Québec (Wal-lot, 1979). Nous souhaiterions qu'elle soit pluridisciplinaire et qu'elle consacre une grande partie de son énergie aux problèmes spécifiques à la maladie mentale. Dans ce groupe pluridisciplinaire devrait apparaître un nouveau type de spécialiste, capable de faire face à la fois aux problèmes psychologiques, vocationnels et relationnels des personnes concernées. De plus, il devrait être en position d'intervenir aussitôt que possible, dès le dépistage d'un problème pouvant conduire à la perte d'un emploi stable. Dans cette optique, depuis déjà 14 ans, on a modifié la composition des équipes de cliniques externes à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine (Beau, 1985b). Ce n'est sans doute ni le seul modèle possible ni l'unique réponse à ce genre de problèmes. Du moins ce modèle existe-t-il et pouvons-nous nous prévaloir, grâce à lui, d'une vision un peu plus pénétrante dans ce domaine. Quant à l'insertion directe dans les hôpitaux psychiatriques de conseillers en main-d'œuvre, comme on le voit dans la région de Montréal, c'est une mesure bonne en soi mais insuffisante. Ces conseillers se trouvent isolés parmi des cliniciens qui ont leurs propres valeurs et leurs propres priorités. Quelles que soient les bonnes intentions, on sera tenté de passer trop rapidement au stade instrumental de la recherche d'emploi, tout en négligeant ou simplifiant des problèmes qui nécessitent des investigations beaucoup plus poussées, et aussi une recherche scientifique véritable.

Au niveau des moyens, le fait que les personnes traitées en psychiatrie aient reçu, à un moment donné, le statut « d'handicapé » pour leur procurer un certain nombre de privilèges n'a peut-être pas été une très bonne affaire. L'intention était généreuse et il fallait trouver un cadre pour les faire accéder à certaines ressources (*La santé mentale...*, 1985), mais il faut bien avouer qu'à partir de là, on s'est buté à un véritable casse-tête. (L'Office des personnes handicapées du Québec, 1985b, c). Car comment adapter un poste de travail pour un « handicapé psychique » ? Où commence et où finit son handicap ? Ce n'est certes pas la faute des responsables de l'Office qui avaient une mission à remplir et faisaient ce qu'ils pouvaient. Mais ils se sont trouvés devant un *vacuum*. Il est temps peut-être de reprendre le problème à la base pour découvrir d'autres avenues possibles, avant qu'on ne tente trop d'industrialiser un type de réhabilitation qui s'accommode mal de critères trop rigides.

Vers où orienter la recherche ?

Pour terminer, nous aimerions émettre certaines réflexions, suite à une question fort pertinente posée dans un article récent (Sasseville et Grunberg, 1987), qui concernait la répercussion d'un taux de chômage élevé sur la réadaptation et la réinsertion des malades mentaux, incluant ceux atteints d'un handicap chronique.

Que trouvons-nous en effet ? D'un côté, un monde de travail de plus en plus compétitif et spécialisé, où un taux de chômage relativement élevé devient progressivement une norme. De l'autre côté, une politique de santé mentale qui veut rajeunir le système hospitalier psychiatrique, tout en créant et décentralisant les ressources, dont une partie en réadaptation. Le premier phénomène tend à devenir permanent, ou du moins pour une très longue durée ; le second s'inscrit dans une trajectoire beaucoup plus brève et peut vite s'essouffler, faute d'argent.

En fait, les personnes compétitives parmi notre clientèle s'adaptent mal à des ressources plus ou moins protégées, leur réinsertion pouvant s'avérer extrêmement difficile sans un cadre d'intervention mieux défini. Par ailleurs, des ressources de réadaptation ne peuvent garantir automatiquement la réinsertion professionnelle véritable d'une partie appréciable de cas souvent extrêmement lourds.

A la limite, nous risquons de faire de plus en plus de réadaptation et de moins en moins de réinsertion. Nul doute qu'une recherche en ce sens serait nécessaire, mais elle peut se révéler fort complexe, spécialement en ce qui concerne ceux atteints d'un handicap chronique.

Pour ces derniers, en effet, existe une immense zone grise. Un chômeur est, par définition, une personne apte à travailler. Or, parmi la clientèle avec un handicap chronique, notamment des schizophrènes présentant des symptômes négatifs durables, cette capacité est le plus souvent limitée et/ou nécessite des conditions privilégiées pour pouvoir s'exprimer. Seule une minorité est apte à parvenir sur le marché du travail et peut - statistiquement parlant - être considérée comme une population particulière de chômeurs.

Un autre facteur, non relié à la maladie, intervient dans la compréhension globale du phénomène. Alors que se multipliaient les conséquences de la récession du début des années 80, on voyait naître beaucoup de nouvelles ressources, soit sur la lancée des années 70, soit dues au chômage lui-même, soit, plus récemment, suite aux nouvelles politiques de santé mentale : une plus grande variété de subventions, des clubs de recherche d'emploi (pour des emplois de plus en plus introuvables), la création de centres de réadaptation issus des institutions psychiatriques et l'extension des Centres de travail adapté, ces derniers d'ailleurs se fermant de plus en plus à une clientèle relativement lourde.

En ce qui concerne cette dernière catégorie de malades, la multiplication de moyens a-t-elle favorisé une réinsertion professionnelle véritable ? N'a-t-elle eu aucun effet ou, au mieux, a-t-elle favorisé une demi-réinsertion, d'ailleurs non négligeable ? Ce bilan reste à faire. Mais la question la plus intéressante n'est peut-être pas de savoir les résultats de cette floraison plus ou moins anarchique de ressources. La prise en charge bio-psycho-sociale des jeunes schizophrènes n'en est qu'à ses débuts (Lalonde, 1988). Or cette approche, à la fois précoce et intégrée, pourra-t-elle mieux nous faire comprendre où sont les limites du possible, en termes de réinsertion, dans l'état actuel des connaissances ?

Par contre, de par sa nature même, la désinsertion professionnelle est en relation beaucoup plus directe avec le chômage. Une partie de la clientèle affective peut être considérée comme apte au travail ; et l'on peut, dans un certain nombre de cas,

éliminer pratiquement toute interférence objective entre la maladie et le travail proprement dit. De plus, comme toutes les personnes vulnérables, cette catégorie est vraisemblablement plus affectée que d'autres par les mises à pied et les licenciements de personnel.

Mais combien y a-t-il de ces personnes victimes à la fois de maladie affective et de désinsertion professionnelle? Quelques centaines? Quelques milliers? Plusieurs dizaines de milliers? Le taux de chômage de cette catégorie est-il nettement plus élevé que celui de la population en général? Nous soulignons ici le besoin d'une recherche réelle, pour étudier une donnée sociale dont nous ne connaissons pas la dimension exacte.

Enfin, dernier point de réflexion, le chômage n'est pas un phénomène isolé. Il s'inscrit à la fois comme indice et comme élément de changement à l'intérieur d'une longue série de transformations structurelles, notamment en termes de gestion des ressources humaines des entreprises.

Dans le cas de monsieur L. que s'est-il vraiment passé? A-t-il été la victime de l'ambivalence et de la peur des responsabilités d'un administrateur craintif? Ou a-t-il fait le jeu d'une entreprise désireuse de faire de l'argent mais soucieuse de sa façade sociale? Doit-on voir, dans son histoire, l'incapacité du bureau-chef d'une grosse entreprise à communiquer sa volonté humaniste à ses administrateurs locaux? Est-ce dû à un cloisonnement excessif des responsabilités? Ou un exemple concret de la logique abstraite et impitoyable des institutions elles-mêmes, dépassant l'entendement de ceux qui en sont ou croient en être les dirigeants.

Beaucoup de questions et peu de réponses, sinon un indicateur constant: la difficulté de placer les personnes que nous aidons dans de grandes entreprises. La déshumanisation de l'entreprise semble aller de pair avec sa taille, mais peut-être est-elle en train de gagner aussi des petites industries en proie à des crises de rigueur administrative et de réorganisation. Dans ce contexte, les issues vont-elles encore se rétrécir?

Conclusion

A partir d'une histoire de cas particulièrement révélatrice, nous avons suggéré des avenues de départ et des pistes de recherche à l'intérieur du domaine très vaste et peu étudié scientifiquement de la maladie mentale et du travail.

La « désinsertion », terme inventé pour les besoins de la cause, ne connaîtra peut-être pas la brillante carrière de son illustre consœur la « désinstitutionnalisation ». Elle est du moins plus facile à prononcer et nous espérons qu'elle aidera à mieux faire comprendre une réalité quotidienne, qui risque de gâcher encore beaucoup de vies humaines.

Références

- American Psychiatric Association, 1983, *D.S.M. III. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Edition Française, Masson-Paris.
- Beau, R., 1985, Le Conseiller d'Orientation dans les équipes multidisciplinaires psychiatriques, *L'Orientation professionnelle*, 20, no. 3, 66-80.
- Beau, R., 1985, Le dossier psychiatrique et le congédiement d'emploi, *Santé mentale au Québec*, 10, no. 2, 44-54.
- Carrier-Villeneuve, M., 1987, Illusions, ou quand la bête qu'on croyait morte ne l'est pas et ceux chargés de la surveiller pas si endormis qu'on aurait pu le penser, *Santé mentale au Québec*, 12, no. 2, 199-200.
- Gibson, D., Groenweg, G., 1986, Réceptivité des employeurs à l'égard des personnes qui présentent des troubles de développement: quand « oui » veut dire « non », *Santé mentale au Canada*, 34, no. 2, 24-18.
- Lalonde, P., 1988, *La schizophrénie expliquée*, Gaëtan Morin Ed., Chicoutimi.
- La santé mentale: A nous de choisir*, 1985, Gouvernement du Québec.
- La santé mentale, Proposition d'un plan d'action*, 1985, Gouvernement du Québec.
- L'Office des personnes handicapées du Québec, 1985a, *Comment une personne devient-elle handicapée?*
- L'Office des personnes handicapées du Québec, 1985b, *L'Évaluation des capacités de travail des personnes handicapées*.
- L'Office des personnes handicapées du Québec, 1985c, *Politique d'admission dans les centres de travail adaptés*.
- Nadeau, S., 1985, *Travail et santé mentale*, Travail présenté au Secrétariat du Comité de la santé mentale du Québec, Gouvernement du Québec.
- Santé mentale au Québec*, 1985, Santé mentale et travail, 10, no. 2.
- Sasseville, M.J., Grunberg, F., 1987, Chômage et santé mentale, *Revue canadienne de psychiatrie*, 32, no. 9, 798-802.
- Seeman, M.Y., Littman, S.K., Hall, 1983, *Vivre et travailler avec la schizophrénie*, Edition Française, Edisem Inc.
- Wallot, H., 1979, Éléments pour une problématique de la Psychiatrie du Travail, *Union médicale du Canada*, tome 108, 69-74.

SUMMARY

The authors, a psychiatrist and a psychologist, provide an overview of how little understanding and

research exist concerning the readaptation and professional reintegration of the mentally ill. The subject matter highlights the specific problems experienced by people plagued by emotional illnesses. The study also presents a case history which illustrates how “professional withdrawal” takes place for these people, in other words how their career is interrupted and/or how they experience the aftermath of the loss of a stable job.

In conclusion, the authors recommend that a new

branch of psychiatry dealing with work be opened, that a new professional role in psychiatry be established following what already exists at Louis-H Lafontaine Hospital and, eventually, that changes be made to the status of mentally ill patients and to their being labeled handicapped. The authors also recommend that research be undertaken on emotionally ill people who are victims of professional withdrawal, in order to properly assess the seriousness of the problem.