

## Note

---

« Le travail comme déterminant social de la santé pour les personnes utilisatrices des services de santé mentale (notes de recherche) »

Alain Beaulieu, Paul Morin, Hélène Provencher et Henri Dorvil

*Santé mentale au Québec*, vol. 27, n° 1, 2002, p. 177-193.

Pour citer cette note, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/014546ar>

DOI: 10.7202/014546ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

---

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

---

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : [info@erudit.org](mailto:info@erudit.org)



## Le travail comme déterminant social de la santé pour les personnes utilisatrices des services de santé mentale (notes de recherche)

---

Alain Beaulieu\*

Paul Morin\*\*

Hélène Provencher\*\*\*

Henri Dorvil\*\*\*\*

Les politiques de désinstitutionnalisation des soins psychiatriques entraînent le retour massif d'ex-patients psychiatriques au sein de la vie en société. Conformément à l'approche des déterminants sociaux de la santé et du bien-être, nous soutenons que les actions menées hors du cadre hospitalier sont les plus favorables au bien-être des personnes utilisatrices des services de santé mentale. En tête de liste des déterminants sociaux de la santé, il faut placer le travail qui constitue l'un des principaux vecteurs d'intégration sociale. Et pourtant, seulement 15 % des ex-patients psychiatriques parviennent à intégrer le marché régulier du travail. Les recherches qui expliquent cette réalité sont peu nombreuses. Notre équipe du GRASP (Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention)/Centre FCAR souhaite remédier à cette situation en analysant les rapports de la santé mentale et du travail à l'aide des notions relatives au capital social, à la territorialité, l'*empowerment*, l'intersectorialité et au rétablissement (*recovery*).

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) vient de rappeler avec conviction (WHO, 1998) la définition de la santé inscrite dans sa constitution : « La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social qui n'est pas simplement lié à l'absence de maladie ou d'infirmité » (*Health is a state of complete physical, mental and social*

---

\* Stagiaire post-doctoral au GRASP (Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention)/Centre FCAR de l'Université de Montréal.

\*\* Coordonnateur au Collectif de défense des droits de la Montérégie, chargé de cours à l'École de service social de l'Université de Montréal et chercheur associé au GRASP/Centre FCAR.

\*\*\* Professeure à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval.

\*\*\*\* Professeur à l'École de travail social de l'Université du Québec à Montréal et chercheur au GRASP/Centre FCAR.

*well-being and not merely the absence of disease or infirmity*). Cette perspective dépasse le créneau biomédical courant de la santé pour mettre en avant plan les déterminants multiples de la santé et de la maladie. Toutefois, cette idée pluridimensionnelle de la santé n'est pas nouvelle. Elle remonte en fait au XIX<sup>e</sup> siècle lorsque les améliorations majeures à la santé des populations n'ont pas été dues aux interventions strictement médicales, mais plutôt à l'amélioration de l'hygiène publique (qualité de l'air, eau potable), des conditions de vie (saine alimentation, logement décent), de bonnes conditions de travail et aussi des politiques sociales avant-gardistes (Renaud et Bouchard, 1994). Encore récemment, le Forum national de la santé (1996) mettait en relief le fait que les facteurs qui sont à l'origine de la santé sont la situation socio-économique, les appuis sociaux, etc. plutôt que le mode de vie. De plus, selon la Charte d'Ottawa (1986), la promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant *la santé* comme la mesure au sein de laquelle un groupe ou un individu peut, d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. Ainsi, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être.

Cette ligne de pensée a certainement influencé le virage social dans le domaine de la santé mentale en orientant les personnes qui souffrent de troubles mentaux vers les réseaux de support social et les rapports sociaux où ils s'insèrent. Les études épidémiologiques classiques (Faris et Dunham, 1939; Hollingshead et Redlich, 1958; Myers et Roberts, 1959) établissent des liens entre la pauvreté, la mobilité sociale, le diagnostic, le déclenchement et le vécu des troubles mentaux. Il ne faut pas oublier non plus, les facteurs d'ordre socioculturel et les systèmes d'interprétation à savoir que toute maladie mentale (Corin et al., 1993) est intrinsèquement traversée par la culture dans ses modalités d'expression, son évolution et l'ensemble des réactions personnelles et sociales qu'elle suscite. La santé mentale est liée tant aux valeurs collectives prévalant dans un milieu donné qu'aux valeurs propres à chaque personne (CSMQ, 1989). Elle est influencée par des conditions multiples et interdépendantes telles que les conditions économiques, sociales, culturelles, environnementales et politiques. Toute condition qui nuit à l'adaptation réciproque entre la personne et son milieu, comme par exemple la pauvreté, la pollution ou la discrimination, constitue un obstacle à la santé mentale. À l'inverse, toute condition qui facilite cette adaptation réciproque, comme par exemple la distribution équitable de la richesse collective, l'accès à une éducation de qualité, ou à un envi-

ronnement sain, favorise et soutient la santé mentale. L'on retrouve donc ici en santé mentale l'idée de l'intersectorialité qui anime le virage social en santé physique. L'intersectorialité se construit donc à partir d'une vision large et horizontale des problématiques. Ce partage d'expertises sur un problème essentiellement multifactoriel comme celui des problèmes de santé mentale doit s'opérer aux frontières de plusieurs secteurs dont l'autonomie, le partage et le respect, sont gages de réussite. L'action intersectorielle est efficace parce que l'objet de l'intervention — les conditions de vie — est lui-même intersectoriel et ne répond pas très bien au seul secteur de santé mentale (White et al., 2000).

Instruit de la profonde relation qui existe entre la santé mentale et la vie dite normale en société, le pouvoir gouvernemental élabore une politique de désinstitutionnalisation des services de soins psychiatriques. En 1989, le gouvernement du Québec édicte ainsi sa première politique officielle de santé mentale (MSSS, 1989). Elle comprend cinq objectifs principaux : 1) assurer la primauté de la personne ; 2) accroître la qualité des services ; 3) favoriser l'équité ; 4) rechercher des solutions dans le milieu de vie et 5) consolider le partenariat. Sur un plan quinquennal, le gouvernement du Québec précise ses objectifs en 1997 et décide de désinstitutionnaliser 3000 autres résidents des hôpitaux psychiatriques d'ici la fin de l'année 2002 pour ainsi faire passer le taux de lits par 1000 habitants de 1,00 à 0,40 (MSSS, 1997). En 1998, le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a adopté un plan d'action (MSSS, 1998) qui souligne l'importance du soutien au logement, du soutien au travail ainsi que de la qualité des services pour la clientèle fragilisée par les troubles mentaux. L'un des objectifs poursuivis par cette réforme consiste à renverser le rapport entre les sommes réservées aux soins psychiatriques hospitaliers et les montants destinés à l'intégration dans la communauté des ex-patients psychiatriques pour ainsi faire passer les pourcentages des dépenses de 60/40 à 40/60. Au niveau des dépenses budgétaires, le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec a alloué, en 1999-2000, 1,3 milliards de dollars canadiens correspondant à 8 % de son budget total de 16,7 milliards aux divers programmes consacrés à la clientèle psychiatrique. En 1998-1999, les chiffres étaient du même ordre. Toutefois, les ressources publiques, communautaires et sociales demeurent insuffisantes pour accueillir les personnes désinstitutionnalisées. Le taux d'occupation dans les organismes communautaires spécialisés en santé mentale est élevé et les listes d'attente sont longues.

## Le travail comme déterminant de la santé

Dans la poursuite de la désinstitutionnalisation, le nombre de personnes sorties des asiles et recherchant un travail est donc appelé à augmenter (Longin, 1992). Le travail occupe une position centrale pour la plupart des ex-patients psychiatriques qui effectuent un retour au sein de la vie dite normale en société. L'importance du travail pour le maintien du bien-être psychologique est reconnue depuis longtemps (Pilling, 1988). Freud (1970) écrivait : « Aucune autre technique de conduite de la vie n'attache aussi fermement l'individu à la réalité que le travail, car le travail procure une place sécurisante dans la réalité et dans la communauté humaine ». Et pourtant moins de 15 % des personnes utilisatrices des services de santé mentale occupent un emploi (Becker et al., 1994). Cette situation s'avère d'autant plus dramatique qu'elle survient à une époque où il y a une forte réduction des capacités des États-providence due à la globalisation, à l'internationalisation croissante des économies (André, 1995 ; Merrien, 1996). Par ailleurs, la gestion de la force de travail tout comme la formation de la main-d'oeuvre, le logement, les assurances sociales relèvent toujours de l'État territorial.

Malgré son importance dans la vie de tous les jours, le travail demeure encore méconnu en tant que déterminant social de la santé pour les personnes qui effectuent un retour dans la vie en société après un séjour dans une institution asilaire. D'où la nécessité de susciter des connaissances nouvelles sur cette thématique si on veut rompre le cycle infernal du syndrome de la porte tournante (Dorvil et al., 1997). Le courant des déterminants sociaux de la santé postule que des actions menées hors du champ médical (revenu, logement, étude, formation de la main-d'oeuvre, travail, etc.) peuvent avoir des impacts bénéfiques majeurs sur la santé des populations. Si cette assertion s'avère vraie pour les gens dits *normaux*, elle devrait l'être autant sinon plus pour les gens dont la santé est hypothéquée par des troubles mentaux. S'il est vrai que le travail assure la santé et le bien-être des gens dits *normaux*, ne devrait-il pas être mis à la disposition des populations marginalisées ?

La redéfinition d'un projet social apte à assurer une meilleure santé mentale aux populations est rendue nécessaire en vue d'éliminer le problème de prolifération des exclusions et de mettre un terme à la série de crises qui secouent le régime étatique dominant : crise économique de l'État libéral et crise éthique de l'État démocratique libéral (Dorvil et al., 2001). 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 æconomicus*. Dans ce contexte, les tâches de l'État ne doivent plus seulement se limiter à la gestion des

richesses, mais elles touchent aussi à la consolidation du lien social en encourageant les initiatives à caractère social.

L'intégration au travail constitue d'ailleurs une priorité du Ministère de la Santé et des Services sociaux suite aux mutations subies par les services de santé mentale (MSSS, 1998). Cette intégration repose sur un principe fondamental de la transformation des services, soit celui de l'appropriation du pouvoir par les personnes utilisatrices. L'application de ce principe amène à articuler les préférences en matière de travail dans le cadre des ressources actuellement disponibles afin de favoriser leur intégration professionnelle sur le marché régulier du travail, incluant celui relié à l'économie sociale. Le MSSS reconnaît d'emblée que les perspectives d'intégration au travail de cette clientèle sont actuellement influencées par un ensemble de facteurs sociaux et politiques, tels « le contexte économique, les préjugés de la société, les réticences des milieux de travail, le manque de ressources permanentes et de coordination de ces ressources » (MSSS, 1998, p. 38). Au Québec, les connaissances actuelles sont très limitées quant aux obstacles et aux éléments facilitateurs reliés à l'intégration au travail. Alors que le développement des connaissances se rapportant au soutien à l'emploi a connu un véritable essor aux États-Unis et en Angleterre au cours de la dernière décennie, le Québec accuse un important retard dans ce domaine (Dorvil et al., 1997). L'élaboration de politiques d'intégration pour les personnes souffrant de troubles mentaux constitue également une priorité sur le continent européen. La France a ainsi développé une idée exemplaire de réseau (Bretécher et al., 2001) (note : le réseau comme intégration des services est désigné de ce côté-ci de l'Atlantique par le terme d'intersectorialité) grâce, entre autres, à l'implication sociale de la branche française de l'OMS et aux convictions de psychiatres tels que Jean Piel et Jean-Luc Roelandt visant à favoriser une meilleure intégration des ex-patients psychiatriques ; en Allemagne, les entreprises régulières doivent obligatoirement réserver 1 % de leurs bénéficiaires aux programmes d'insertion, ce qui permet aux entreprises sociales de donner un salaire annuel équivalant à 25 000 \$ pour chaque employé ayant une incapacité (Lauzon et al., 2000) ; finalement, l'expérience de Trieste en Italie demeure sur plusieurs points à l'avant-garde des pratiques de dés-institutionnalisation depuis l'instauration d'une loi en 1980 originellement défendue par Franco Basaglia et prévoyant la fermeture complète des hôpitaux psychiatriques à la faveur d'une répartition territoriale des services, d'une prise en charge communautaire des traitements et du développement des entreprises sociales et solidaires (Dall'Acqua et al., 1998). La littérature québécoise se limite quant à elle, et le plus souvent, à des études isolées portant sur l'évaluation de programmes-maison.

Afin de pallier à cette lacune, le MSSS recommande d'accroître ce champ de connaissance (MSSS, 1998). Il avait d'ailleurs subventionné une importante recherche-action/impact-travail qui a encore des résonances dans le milieu (Impact-travail, 1997). Soulignons aussi, parmi les études québécoises ayant porté sur les conditions sociales d'intégration professionnelle, les travaux d'Anne Hébert (1985) sur la stigmatisation vécue lors de l'insertion en emploi. D'autres travaux récents se démarquent de par l'originalité de leur approche sur la question du rapport entre santé mentale et travail. Une recherche-action sur les indicateurs de l'employabilité chez les personnes ayant des troubles mentaux (Grenier, 2001) vient ainsi souligner l'importance de l'emploi dans l'acquisition d'une pleine citoyenneté.

### **Les personnes utilisatrices des services de santé mentale confrontées au monde du travail**

On peut regrouper les différents programmes en travail dédiés aux personnes utilisatrices des services de santé mentale selon trois grands axes (Trochim et al., 1994) : les emplois en milieu protégé, les formations à l'emploi ou le pré-emploi, et l'insertion régulière sur le marché de l'emploi. Les personnes occupant une fonction en milieu protégé n'accèdent que très rarement au marché régulier de l'emploi. Elles travaillent souvent dans un environnement anxigène dédié à la clientèle en santé mentale. Le second modèle de travail regroupe les emplois de transition ou le *train-then-place* (TE). Il s'agit ici des programmes visant à préparer la personne à un emploi futur en organisant des ateliers de formation ou des stages en entreprise, avec ou sans rémunération. Ces emplois de transition (par exemple cuisine, informatique, etc.) permettent éventuellement à la personne d'accéder au marché régulier. La dernière approche relève du *supported employment* (SE) ou du *place-then-train*. L'approche SE se distingue par l'attention qu'elle porte à l'intégration directe des personnes dans les activités de réinsertion professionnelle au sein des programmes réguliers d'emploi avec d'autres travailleurs dits normaux. Le maintien au travail est assuré par l'approche SE destinée aux personnes en leur offrant des postes leur permettant de prendre congé au besoin tout en maintenant un nombre de journées minimales de travail durant l'année. Cette approche met moins l'accent sur le rentabilité du travail de chacun que sur la mise à contribution des capacités et des habiletés particulières des individus (Becker et Drake, 1994 ; Bond et al., 1997 ; 1998 ; Mueser et al., 1997). Une étude a démontré la supériorité de l'approche SE par des programmes qui offrent la possibilité aux personnes d'accéder directement au milieu du travail ; aussi ces personnes présentent un taux plus élevé de compétitivité en

emploi et une meilleure réussite au niveau de l'intégration avec les autres travailleurs. Les centres dédiés aux programmes pré-emploi se confondent souvent avec l'activité occupationnelle (Drake et al., 1998).

Par ailleurs, le marché du travail, de par les degrés de performance et de productivité qu'il exige, est souvent perçu par les personnes utilisatrices comme une sorte de roue qui tourne trop vite. « L'image que j'ai du travail, commente une personne utilisatrice des services de santé mentale, c'est comme une roue qui tourne, comme la Grande roue à La Ronde. C'est comme si j'entre dedans et au bout de 3-4 mois, oups ! La roue me rejette. C'est comme si elle tournait trop vite pour moi. Il y a beaucoup de performance. » (*focus group*, 28.09.00). Cette image est d'autant plus troublante que les structures du marché du travail dans les sociétés post-industrielles, comme le souligne Tausig (1999), tendent à se transformer pour faire apparaître un taux de plus en plus élevé de travailleurs en situation précaire d'emploi (*contingent workers*). Ceux-ci se voient offrir un salaire moins élevé, peu d'avantages sociaux, une opportunité moindre d'avancement dans la carrière et des chances moins grandes d'exercer un réel contrôle sur les conditions de leur travail. Cette situation nouvelle contribue à diminuer la sécurité traditionnellement associée au travail et à augmenter l'anxiété reliée à l'emploi. D'où l'urgence d'étudier la nature des rapports entre le travail et la santé mentale.

L'analyse de ces rapports soulève plusieurs questions. En quoi le fait d'avoir ou non un travail constitue-t-il un facteur d'intégration sociale et de santé ? Cette question sous-tend 1) un aspect définitionnel : Qu'est-ce qu'un travail ? Qu'est-ce qui distingue un travail en milieu protégé de celui en milieu régulier sur le plan social et de santé ? Quels sont les facteurs motivant la recherche et le maintien d'un emploi ? Et elle implique également 2) un aspect processuel : Quels sont les médiateurs personnels et sociaux liés à l'intégration au travail ? En quoi le fait d'avoir un travail constitue-t-il un facteur favorable à l'amélioration du bien-être ?

### **Cadre théorique d'analyse des rapports entre la santé mentale et le travail**

Plusieurs notions peuvent être mises à contribution dans l'étude des rapports entre la santé mentale et le travail. Au nombre de celles-ci, mentionnons principalement l'intégration, l'exclusion, la normalisation, la théorie des capitaux humain et social, la crise de l'État-providence, la régulation, l'intersectorialité, la territorialité, le *recovery* et l'*empowerment*.



Le fait est bien connu, toutefois il est utile de rappeler qu'un faible degré de support social contribue à augmenter le risque de stress psychologique. Le support social est une structure complexe et multidimensionnelle qui comprend à la fois le support perçu et le support reçu, deux éléments qui varient en grandeur et en densité (Turner et Turner, 1999). La question du support social est particulièrement importante dans les recherches portant sur la santé mentale. Plus encore, la désinstitutionnalisation exige une redéfinition des notions d'intégration/exclusion et de normalisation. Concevoir l'intégration en tant que processus plutôt qu'état permet de décloisonner la conception d'intégration sociale et de mieux tenir compte de l'intégration des personnes ayant des troubles graves de santé mentale au sein de la société. L'interdépendance entre l'exclusion et la théorie de l'intégration implique une nouvelle conception de la normalisation. Dans le contexte de la désinstitutionnalisation, il ne s'agit pas simplement pour un ex-patient psychiatrique d'effectuer un retour à la vie en société pour que sa situation et son état se retrouvent normalisés. La réadaptation implique également une sortie hors des murs de l'institution hospitalière (Tessier et al., 1992). C'est donc la vie dans la société elle-même qui demande à être normalisée de manière à favoriser une plus grande tolérance vis-à-vis des personnes perçues comme marginales.

Le potentiel d'intégration et de normalisation d'une société se mesure au capital social qu'elle produit. On sait que la très grande majorité des personnes aux prises avec des troubles mentaux sont assistées sociales. Lévesque et White (2000) ont démontré que la mise à contribution d'une variété de ressources (dont le capital humain n'est qu'une des composantes) constitue le principal indice permettant de prédire la sortie des individus de l'aide sociale. Plus les réseaux sociaux sont diversifiés, plus les prestataires de l'aide sociale ont des chances de réintégrer la vie en société. Ainsi, la réussite de l'intégration sociale s'explique moins par un déficit de capital humain et personnel que par la richesse et la diversité des ressources du capital social. Marpsat et Firdion (2001) considèrent également la seule référence au capital individuel comme insuffisante pour rendre compte de l'état de marginalité. Ils favorisent plutôt une approche conjuguée qui implique à la fois les facteurs personnels et structurels.

La désinstitutionnalisation s'inscrit dans un contexte socio-politique plus vaste lié à la résolution de la crise de l'État-providence qui exige une recomposition des solidarités sociales. Au nombre des transformations survenues dans le sillon de la crise de l'État-providence, il faut compter la redéfinition du rôle exercé par le travailleur social. Dans

un contexte où l'État seul ne parvient plus à assurer l'égalité socio-économique entre les citoyens, le rôle des travailleurs sociaux est appelé à changer pour passer de la simple assistance aux individus victimes du progrès à la participation au travail d'insertion, de développement collectif et de re-création du lien social (Autès, 1998). Cette redéfinition du travail social ouvre sur une nouvelle situation où le travailleur social n'est plus seulement un militant engagé, mais il doit également accomplir des nouvelles tâches professionnelles en tissant des liens entre la sphère publique (il est investi d'un pouvoir de type étatique) et le monde privé (il est l'intermédiaire entre la personne aux prises avec des troubles mentaux et l'employeur ou le propriétaire de l'immeuble où réside la personne) (Ballain et Jaillet, 1998).

Une autre conséquence de la crise de l'État-providence renvoie cette-fois à la régulation de la société. Dans un régime politique de plus en plus décentralisé, ce sont les collectivités locales qui sont appelées à réglementer le fonctionnement et l'organisation des collectivités (Klinger, 1998; Grafmeyer, 1996; Lagrée 1996). Ces nouvelles formes d'alliance engendrent une gestion de proximité également inédite puisque le milieu de vie immédiat des ex-patients psychiatriques vivant en société prend dorénavant la relève de l'ancienne prise en charge impersonnelle des patients par l'État. Il n'est plus question de guérison en psychiatrie, mais plutôt de gestion quotidienne des troubles chroniques (Baszanger, 1986).

On ne peut parler de gestion locale et de gestion de proximité sans s'intéresser aussi à la question de la territorialité. En contexte désinstitutionnel, la notion de frontière, et surtout l'idée d'étanchéité des frontières demandent à être repensée (Pezeu-Massabuau, 1999; Roux, 1999; Morin, 1994; Deleuze et Guattari, 1980). Dès lors, le sens perçu et/ou constitué de l'environnement physique devient le centre d'une profonde réflexion. Quelles sont les possibilités offertes aux individus sur un territoire donné d'exercer leur citoyenneté? Quels sont les facteurs facilitant le passage entre les différents territoires (avec ou sans hôpital psychiatrique, rural/urbain)? Quelle configuration territoriale offre les meilleures chances d'intégration? Le territoire géographique doit être aménagé de telle sorte qu'il rende disponible le plus grand nombre possible de ressources. Toutes les ressources (économique, sociale, culturelle, juridique, habitation, emploi, éducation, etc.) entretiennent des liens communs jusqu'à former une sorte de réseau par lequel la vie en société est enrichie et bonifiée. Cette conception multifactorielle et intersectorielle du bien-être en société des ex-patients psychiatriques a été étudiée par une littérature scientifique encore jeune (White et al.,

2000). Mais on sait déjà que si la détermination sociale de la santé vaut pour tout le monde, alors elle vaut d'autant plus pour les personnes aux prises avec des troubles mentaux qui effectuent un retour à la vie en société.

Les dimensions sociale, géographique et intersectorielle du bien-être chez les personnes désinstitutionnalisées s'accompagnent aussi d'une nouvelle vision du rétablissement désormais conçu en terme de *recovery* (Anthony, 1993; Spaniol et al., 1994; Deegan, 1988). Plusieurs auteurs ont démontré l'existence d'un lien direct entre l'expérience du *recovery* conçu comme conquête d'un sens nouveau au sein de la communauté d'accueil et le travail qui devient un intégrateur social et une forme de traitement de première importance (Anthony et Blanch, 1995; Provencher et al., 2002). D'autres recherches vont dans le même sens en situant le travail au fondement du processus de redéfinition du soi (Bailey et Ricketts, 1998; Marrone et al., 1998; Scheid et Anderson, 1995). D'une manière plus générale, l'expérience vécue du retour à la condition dite normale d'existence et d'exercice de la citoyenneté intervient à au moins quatre niveaux : 1) l'augmentation de l'estime de soi, 2) la vision d'un futur nouveau rempli d'espoir, 3) la réappropriation du pouvoir personnel (*empowerment*) et de la capacité à faire des choix grâce à une meilleure utilisation des ressources personnelles et environnementales, 4) la validation externe du potentiel individuel (Provencher, 2002).

Les outils développés par la phénoménologie peuvent servir à mieux comprendre chacun de ces quatre facteurs de transformation du vécu que sont l'existence, la liberté, le temps et la communauté. L'existence se définit phénoménologiquement par un mouvement expansif de sortie hors de soi et générateur de sens apte à renforcer l'estime de soi (Heidegger, 1985; Maldiney, 1991). L'existence s'inscrit dans un environnement présent où elle réalise l'expérience de la libération personnelle à travers le choix et l'accomplissement d'un projet de vie qui manifeste une emprise sur sa situation de vie (Sartre, 1943). Le temps a une importance particulière pour la phénoménologie qui accorde au futur un privilège sur les autres dimensions temporelles en faisant de lui à la fois un indicateur de la finitude et un lieu d'espoir (Heidegger, 1985; Minkowski, 1995). Le sentiment d'appartenance à la communauté vient couronner la conquête préalable des sentiments d'existence, d'espoir et de liberté. Ensemble ils constituent le monde commun du sens vers lequel converge la diversité des échanges dialogiques (Husserl, 1992; Gadamer, 1996).

## **Conclusion**

Le nombre de personnes utilisatrices des services de santé mentale vivant et travaillant dans la communauté est appelé à croître. C'est dans le but d'évaluer la qualité des ressources disponibles et de mieux comprendre la nature particulière des besoins et des attentes de ces personnes que notre équipe mène présentement une recherche sur les déterminants sociaux de la santé au GRASP (Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention)/Centre FCAR de l'Université de Montréal. Une subvention obtenue du CRSH dans le programme *La société, la culture et la santé des Canadiens II* nous permettra de renforcer l'idée selon laquelle l'accès au monde du travail ainsi qu'à un logement approprié constitue des éléments essentiels au bien-être des personnes désinstitutionnalisées.

Plusieurs activités sont au programme de notre recherche : analyse économique des dépenses ministérielles affectées à l'intégration des personnes utilisatrices des services de santé mentale dans la communauté, élaboration d'un répertoire des programmes en matière d'intégration au logement et à l'emploi, *focus groups* réalisés avec les personnes utilisatrices, les intervenants et les familles, etc. Les organismes communautaires oeuvrant en travail pour la clientèle des services de santé mentale où seront réalisés les *focus groups* sont les suivants : Collection Innova à Montréal, l'Atelier d'art de Laval, Équi-travail de la Ville de Québec, Service de développement en employabilité de la Montérégie (SDEM), Centre aux Sources d'Argenteuil, l'Arc-en-soi à l'Annonciation, *Cambridge Active Self Help* à Kitchener (Ontario) et *Andrews Resource Centre* à London (Ontario). Nous investiguerons donc différentes régions du Québec et de l'Ontario en tenant compte de la présence ou de l'absence d'un hôpital psychiatrique sur des territoires ruraux et urbains où se retrouvent les programmes. L'une de nos principales hypothèses de travail soutient que les milieux avec hôpital psychiatrique (par exemple Montréal, Québec, les Laurentides, London) impriment une courbure spécifique à un territoire donné. Ces particularités territoriales doivent différer de l'organisation communautaire présente dans les milieux sans hôpital psychiatrique (par exemple Laval, Montérégie, Kitchener). Il faudra dégager la nature de ces particularités. Pour ce faire, nous donnerons en priorité la parole aux personnes qui, par leurs expériences vécues, sont les plus aptes à identifier les points forts et les lacunes du système de santé mentale. Nous espérons que l'amélioration des connaissances au sujet des besoins de ces personnes aura des répercussions non seulement au niveau des pratiques d'intervention, mais qu'elle saura également avoir un impact sur les positions des décideurs politiques, des gestionnaires

res et des juristes oeuvrant au bien-être des collectivités. La recherche permettra, en outre, d'identifier les programmes les plus novateurs dans le domaine du soutien au travail. L'organisation de trois colloques permettra la diffusion des résultats (au congrès de l'ACFAS à l'Université Laval de la Ville de Québec les 15 et 16 mai 2002, à l'Université de Toronto en 2003 et en Angleterre en 2004).

## Références

- ANDRÉ, C., 1995, État-providence et compromis institutionnalisés. Des origines à la crise contemporaine in Boyer, R. et Saillard Y., eds., *Théorie de la régulation. L'État des savoirs*, Paris, La Découverte.
- ANTHONY, W. A., 1993, Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 4, 11-23.
- ANTHONY, W., A. BLANCH, A., 1995, Supported employment for person who are psychiatrically disabled: an historical and conceptual perspective, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11, 2.
- AUTÈS, M., 1998, L'insertion, une bifurcation sociale, *Esprit*, 241, 60-76.
- BAILEY, E. L., RICKETS, S., 1998, Do long-term day treatment clients benefit from supported employment ?, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22, 1, 24-29
- BALLAIN, R., JAILLET, M.-C., 1998, Le logement des démunis: quel accompagnement social ?, *Esprit*, 241, 128-41.
- BASZANGER, I., 1986, Les maladies chroniques et leur ordre négocié, *Revue française de sociologie*, 27, 1, 3-27.
- BECKER, D. R., DRAKE, R. E., 1994, Individual placement and support: A community mental health center approach to vocational rehabilitation, *Community Mental Health*, 30, 193-206.
- BOND, G. R., DRAKE, R. E., MUESER, K. T., BECKER, D. R., 1997, An update on supported employment for people with severe mental illness, *Psychiatric Services*, 48, 335-346.
- BRETÉCHER, P., GARDIN, L., HERSENT, M., 2001, *Initiatives d'insertion par l'économique et santé mentale. Analyse qualitative des conditions d'émergence et de développement* (Étude réalisée dans le cadre de la convention avec l'AGEFIPH).
- CHARTRE D'OTTAWA POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ, 1986, *Établir une politique publique de santé. Conférence internationale pour la promotion de la santé*, 17-21 novembre, Ottawa.

- CORIN, E., BIBEAU, G., UCHÔA, E., 1993, Éléments d'une sémiologie anthropologique des troubles psychiques chez les Bambara, Soninké et Bwa du Mali, *Anthropologie et sociétés*, 17, 1 et 2.
- CSMQ-COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC, 1989, *Notion de santé mentale*, Gouvernement du Québec.
- DEEGAN, P. E., 1988, Recovery : the lived experience of rehabilitation, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11, 11-19.
- DELEUZE, G., GUATTARI, F., 1980, *Mille Plateaux*, Paris, Minuit.
- DELL'ACQUA, G., MARSILI, M., ZANUS, P., 1998, L'histoire et l'esprit des services de santé mentale à Trieste, *Santé mentale au Québec*, 23, 2, 148-170.
- DORVIL H., BEAULIEU A., MORIN P., 2001, Les responsabilités de l'État à l'égard de la désinstitutionnalisation : le logement et le travail, *Éthique publique, Revue internationale d'éthique sociétale et gouvernementale*, 3, 1, 117-125.
- DORVIL, H., GUTTMAN, H. A., RICARD, N., VILLENEUVE, A. (avec le concours de J. Alary, F. Beauregard, L. Blanchet, C. Cardinal, C. Leclerc, D. McCann et C. Mercier), 1997, *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale. Pour une réponse efficace et efficiente aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves*, Gouvernement du Québec.
- DRAKE, R. E., FOX, T. S., LEATHER, P. K., BECKER, D. R., MUSUMECI, W. F., MCHUGO, G.J., 1998, Regional variation in competitive employment for persons with severe mental illness, *Administration and Policy in Mental Health*, 25, 5, 493-504.
- FARIS, R. E. L., DUNHAM, H. W., 1939, *Mental Disorders in Urban Areas*, Chicago, University of Chicago Press.
- FORUM NATIONAL SUR LA SANTÉ, 1997, *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier. Rapports de synthèse et documents de référence*, 11, Ministère des travaux publics et services gouvernementaux, Canada.
- FREUD, S., 1970, *Malaises dans la civilisation* (1930), Paris, Payot.
- GADAMER, H.-G., 1996, *Vérité et méthode. Les grandes lignes d'une herméneutique philosophique*, Paris, Seuil.
- GRAFMEYER, Y., 1996, La ségrégation spatiale in Paugam, S., ed., *L'Exclusion, L'État des savoirs*, Paris, La Découverte.
- GRENIER, S., 2001, *Les indicateurs de l'employabilité chez les personnes ayant des troubles mentaux*, mémoire de maîtrise en intervention sociale, Université du Québec à Montréal.

- HÉBERT, A., 1985, La réinsertion sociale des ex-patients psychiatriques. Un profil professionnel, social et psychiatrique, *Sociologie et sociétés*, 17, 61-72.
- HEIDEGGER, M., 1985, *Être et temps*, Paris, Authentica.
- HOLLINGSHEAD, A. B., REDLICH, J. C., 1958, *Social Class and Mental Illness*, New York, John Wiley and Sons.
- HUSSERL, E., 1992, *Méditations cartésiennes*, Paris, Vrin.
- IMPACT TRAVAIL, 1997, *Recherche-action provinciale sur l'intégration au travail des personnes vivant des problèmes de santé mentale*, MSSS, Québec.
- KLINGER, M., 1998, En finir avec l'exclusion, *Société. Revue des sciences humaines et sociales*, 61, 3.
- LAGRÉE, J.C., 1996, Marginalités juvéniles in Paugam, S., ed., *L'Exclusion, État des savoirs*, Paris, La Découverte.
- LAUZON, G., CHARBONNEAU, C., PROVOST, G. 2000, *Favoriser l'intégration par le travail en santé mentale : l'urgence d'agir*, Document présenté aux membres de l'A.Q.R.P. à l'occasion de l'Assemblée générale annuelle du 9 juin 2000.
- LÉVESQUE, M., WHITE, D., 2001, Capital social, capital humain et sortie de l'aide sociale pour les prestataires de longue durée, *Canadian Journal of Sociology/Cahiers canadiens de sociologie*, 26, 2, 167-192.
- LONGIN, Y., 1992, *Le travail des malades mentaux hospitalisés de la Révolution à la Libération (1789-1945)*, thèse de doctorat d'État ès lettres et sciences humaines, Université de Paris 7.
- MALDINEY, H., 1991, *Penser l'homme et la folie. À la lumière de l'analyse existentielle et de l'analyse du destin*, Grenoble, Millon.
- MARPSAT, M., FIRDION, J.-M., 2000, Mode d'hébergement et utilisation des services. Une approche en termes de capitaux in M. Marpsat, J.-M. Firdion, eds., *La rue et le foyer*, Paris, INED-PUF.
- MARRONE, J., GANDOLFO, C., GOLD, M., HOFF, D., 1998, Just doing it : helping people with mental illness get goods jobs, *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 29, 1, 37-48.
- MERRIEN, F. X., 1996, État-providence et lutte contre l'exclusion in Paugam, S., ed., *L'Exclusion, L'État des savoirs*, La Découverte.
- MINKOWSKI, E., 1995, *Le temps vécu*, Paris, PUF.
- MORIN, P., 1994, *Espace urbain montréalais et processus de ghettoïsation de populations marginalisées*, Thèse de doctorat en sociologie, Université



du Québec à Montréal.

- MSSS-MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 1989, *Politique de santé mentale*, Québec.
- MSSS-MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 1997, *Orientations pour la transformation des services de santé mentale*, Québec.
- MSSS-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.
- MUESER, K. T., BECKER, D. R., TORREY, W., XIE, H., BOND, G. R., DRAKE, R. E., DAIN, B. J., 1997, Work and nonvocational domains of functioning in persons with severe mental illness: A longitudinal study, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 419-426.
- MYERS, J. K., ROBERTS, B. H., 1959, *Family and Class Dynamics in Mental Illness*, New York, John Wiley and Sons.
- PEZEU-MASSABUAU, J., 1999, *Demeure mémoire, Habitat: code, sagesse, libération*, Marseille, Parenthèses.
- PROVENCHER, H., 2002, L'expérience du rétablissement: perspectives théoriques, *Santé mentale au Québec*, 27, 1, 35-64.
- PROVENCHER, H. L., GREGG, R., MEAD, S., MUESER K. T., 2002, The Role of Work in the Recovery of Persons with Psychiatric Disabilities, *Psychosocial Rehabilitation Journal* (sous presse).
- RENAUD, M., L. BOUCHARD, L., 1994, Expliquer l'inexpliqué: L'environnement social comme facteur clé de la santé, *Interface*, 15.
- ROUX, M., 1999, *Géographie et complexité, Les espaces de la nostalgie*, Paris, L'Harmattan.
- SARTRE, J.-P., 1943, *L'être et le néant. Essai d'ontologie phénoménologique*, Paris, Gallimard.
- SHEID, T. L., ANDERSON, C., 1995, Clinical Care Update. Living with Chronic Mental Illness: Understanding the Role of Work, *Community Mental Health Journal*, 31, 2, 163-176.
- SPANIOL, L., KOEHLER, M., HUTCHINSON, D., 1994, *The Recovery Workbook*. Center for Psychiatric Rehabilitation, Sargent College of Health and Rehabilitation Sciences, Boston, Boston University.
- TAUSIG, M., 1999, Work and Mental Health in Aneshensel, C.S. and Phelan,



J.C., eds., *Handbook of the Sociology of Mental Health*, New York/Boston/Dordrecht/London/Moscow, Kluwer Academic, 255-274.

TESSIER, L., CLÉMENT M., WAGENER-JOBIDON, V., 1992, *La réadaptation psychosociale en psychiatrie*, Boucherville, Gaëtan-Morin.

TROCHIM, W. M. K., COOK, J. A., SETZE, R. J., 1994, Using concept mapping to develop a conceptual framework of staff's views of a supported employment program for individuals with severe mental illness, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 766-775.

TURNER, R. J., TURNER, J. B., 1999, Social Integration and Support in Health in Aneshensel, C.S. and Phelan, J.C., eds., *Handbook of the Sociology of Mental Health*, New York/Boston/Dordrecht/London/Moscow, Kluwer Academic, 301-319.

WHITE, D., JOBIN, K., MCCANN, D., MORIN, P., 2000, *Pour sortir des sentiers battus : l'action intersectorielle en santé mentale*, CSMQ-Québec, Boucherville, Gaëtan Morin.

WHO — THE WORLD HEALTH ORGANISATION, 1998, *The World Health Report — Life in the 21st Century a Vision for All*, Geneva, WHO/OMS.

## ABSTRACT

### **Work as a social determinant of health for mental health services consumers**

Deinstitutionalization policies of psychiatric services have led to a massive return of former psychiatric patients in society. In accordance with social determinants of health and well-being, the authors sustain that actions led outside the hospital environment are the most favorable to mental health services consumers. On the list of the social determinants, work must be placed on top and constitutes a major factor of social integration. Yet, only 15 % of former psychiatric patients succeed in integrating the regular labour market. There is still very little research explaining this reality. Our research team from the GRASP (Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention)/Centre FCAR wishes to correct this situation by analyzing links between mental health and work with the help of notions relative to social capital, territory, empowerment, intersectorial divisions and recovery.

## RESUMEN

### **El trabajo como determinante social de la salud para personas**

### **usuarias de servicios de salud mental (notas de investigación)**

Las políticas de desinstitucionalización de cuidados psiquiátricos producen un regreso en masa de ex-pacientes psiquiátricos en el seno de la vida en sociedad. Conforme a una aproximación de los determinantes sociales de la salud y del bienestar, sostenemos que las acciones llevadas afuera del cuadro del hospitalario son más favorables para el bienestar de las personas usuarias de servicios de salud mental. En el primer lugar de la lista de determinantes sociales de salud debemos poner el trabajo, que constituye uno de los vectores principales de integración social. Sin embargo, solamente 15% de ex-pacientes psiquiátricos logran una integración del mercado de trabajo regular. Las investigaciones que explican esta realidad son poco numerosas. Nuestro equipo del GRASP (Grupo de investigación sobre los aspectos sociales de la salud y de la prevención) quiere remediar a esta situación con una análisis de las relaciones de la salud mental y del trabajo con la ayuda de nociones relativas al capital social, la territorialidad, el *empowerment*, la intersectorialidad y el restablecimiento (*recovery*).

### **RESUMO**

#### **O trabalho como determinante social da saúde para os pacientes que utilizam os serviços de saúde mental (notas de pesquisa)**

As políticas de desinstitucionalização dos serviços psiquiátricos levam ao retorno em massa de ex-pacientes para a vida em sociedade. Segundo a abordagem dos determinantes sociais na área da saúde e do bem-estar, nós acreditamos que as medidas tomadas fora do quadro hospitalar são as mais favoráveis para o bem-estar dos pacientes que utilizam os serviços de saúde mental. Em primeiro lugar na lista dos determinantes sociais na área da saúde, é preciso colocar o trabalho, que constitui um dos principais vetores de integração social. Entretanto, apenas 15% dos ex-pacientes psiquiátricos conseguem integrar-se ao mercado normal de trabalho. As pesquisas que explicam esta realidade são pouco numerosas. Nossa equipe do GRASP (Grupo de Pesquisa sobre os Aspectos Sociais da Saúde e da Prevenção)/Centro FCAR procura corrigir esta situação ao analisar as relações da saúde mental e do trabalho com a ajuda das noções relativas ao capital social, à territorialidade, à autonomização (*empowerment*), à intersectorialidade e à recuperação (*recovery*).