

L'intervention sociale individuelle en santé mentale dans une perspective professionnelle

Énoncé de position



**Ordre des travailleurs sociaux
et des thérapeutes conjugaux
et familiaux du Québec**

L'HUMAIN. AVANT TOUT.

AUTEURS

Marie-Lyne Roc, T.S., M.Sc., chargée d'affaires professionnelles, OTSTCFQ
Alain Hébert, T.S., M.Sc., chargé d'affaires professionnelles, OTSTCFQ

SOUTIEN À LA RECHERCHE

Geneviève Cloutier, T.S., Ph. D., courtière de connaissances, OTSTCFQ

COLLABORATION SPÉCIALE

M. Henri Dorvil, T.S., Ph. D., professeur au Département de travail social de l'UQAM

Outre les professionnels de la permanence de l'OTSTCFQ, ont lu et commenté une version préliminaire de ce texte :

Christine Archambault, T.S, CSSS du Sud-Ouest–Verdun
Florence Déplanche, M. Sc., Institut national de santé publique du Québec
Linda Fortier, T.S., Institut universitaire de santé mentale de Montréal
Claudia Lévesque, T.S., Institut universitaire de santé mentale de Québec
Dominic Melasco, T.S., CSSS de la Montagne
Chantal Normand, T.S., CSSS de la Montagne
Paul Morin, Ph. D., professeur au Département de service social de l'Université de Sherbrooke
Martin Robert, T.S., CSSS de Memphrémagog
Éric Vaillancourt, T.S., CSSS Champlain–Charles-Le Moyne

MISE EN PAGE :

Isabelle Tessier, secrétaire, direction des communications, OTSTCFQ, stagiaire-technicienne, Bureautique, Microédition et Hypermédia, Collège de Rosemont

RÉVISION ET PRODUCTION :

Direction des communications, OTSTCFQ

DÉPÔT LÉGAL

ISBN 978-2-920215-44-3 (Imprimé)
ISBN 978-2-920215-45-0 (PDF)
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013
Bibliothèque et Archives Canada, 2013

L'énoncé de position : L'intervention sociale individuelle en santé mentale dans une perspective professionnelle, a été adopté par le Conseil d'administration de l'OTSTCFQ, le 4 octobre 2013.

NOTA : Dans ce texte, le genre masculin désigne aussi bien les femmes que les hommes. L'utilisation du pluriel comprend le singulier, le cas échéant.



Ce document a été rendu public dans le cadre du *Symposium Santé mentale et intervention sociale* de l'OTSTCFQ, le 7 octobre 2013.

La reproduction en tout ou en partie du contenu de ce document est permise à la condition d'en mentionner clairement la source. Ce document est soumis à la politique de réduction d'empreinte écologique de l'Ordre, voulant que tous les documents soient d'abord et avant tout accessibles sur notre site Internet (www.otstcfq.org) et qu'un nombre minimal de copies soit imprimé.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.....	1
CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES	2
Mise en contexte	2
Les problèmes de santé mentale et les troubles mentaux	5
DÉFINITION ET ÉLÉMENTS CONSTITUTIFS	7
Définition de l'intervention sociale individuelle en santé mentale	7
La personne	7
L'environnement	8
La souffrance et la détresse au plan personnel et social	9
Des actions professionnelles qui ciblent à la fois la personne et son environnement	10
L'accompagnement	10
Le soutien.....	11
La défense de droits et la représentation (<i>advocacy</i>)	12
La mobilisation de ressources personnelles et de ressources sociales	12
La portée souhaitée et la finalité de l'intervention sociale	13
ÉLÉMENTS EXPLICATIFS	15
Une intervention fondée sur une évaluation initiale rigoureuse du fonctionnement social	15
L'histoire sociale	16
Une démarche fondée sur les principes d'empowerment et de rétablissement	17
L' <i>empowerment</i>	18
Le rétablissement	18
Une intervention qui intègre les déterminants sociaux de la santé	19
ÉLÉMENTS COMPLÉMENTAIRES	23
Les théories et les approches de référence	23
Des outils cliniques en lien avec la personne et son environnement	24
Les dispositifs et les paramètres de l'intervention sociale	25
MESSAGES CLÉS.....	27
Notes.....	29
Références bibliographiques.....	30
Bibliographie complémentaire.....	36

AVANT-PROPOS

Le présent document est rédigé sous la forme d'un énoncé de position. Il ne s'agit ni d'un traité académique, ni d'un guide de pratique, ni de lignes directrices ou encore de normes de pratique professionnelle. Ainsi, il ne cherche pas à déterminer la conduite professionnelle à adopter par les travailleurs sociaux au plan méthodologique.

Ce document expose plutôt la position de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ) au sujet de l'intervention sociale individuelle¹ en santé mentale. Cet énoncé s'appuie sur la littérature et les données de la recherche.

Cet énoncé de position est publié en réponse aux questions qui se posent dans les milieux de pratique au sujet de la nature et de la contribution de l'intervention clinique des travailleurs sociaux en santé mentale dans le contexte actuel. Il vise également à alimenter la réflexion quant à l'importance d'agir sur les déterminants sociaux pour améliorer la santé mentale des personnes.

Afin d'être bien compris, ce document doit être lu dans son ensemble. Nous souhaitons que les repères qu'il propose puissent à la fois soutenir les travailleurs sociaux et inspirer les décideurs afin de leur permettre de contribuer à leur juste valeur, par leur expertise et leurs compétences, à l'amélioration de la santé mentale de la population du Québec.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Mise en contexte

Dans son rapport de 2010, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) estimait que 450 millions de personnes étaient atteintes de troubles mentaux à travers le monde. Ce chiffre ne serait que la pointe de l'iceberg considérant la stigmatisation associée aux troubles mentaux et le manque de services adéquats qui contribuent à sous-estimer la prévalence de ces troubles dans une majorité de pays (CSBE, 2012). Au Canada, une personne sur cinq est aux prises avec une maladie mentale chaque année alors qu'au Québec c'est près d'une personne sur quatre qui est susceptible de souffrir d'un problème de santé mentale au cours de sa vie (CSMC, 2012; ISQ, 2010). La prévalence des problèmes de santé mentale associée aux impacts de ces problèmes pour les individus et les communautés font de la santé mentale un champ de préoccupation de l'heure.

Depuis toujours, les travailleurs sociaux œuvrent dans le champ de la santé mentale, que ce soit à travers les réseaux institutionnels, les milieux communautaires ou encore le secteur privé. Des transformations majeures marquent cependant le contexte de pratique du travailleur social dans le domaine de la santé mentale depuis la réforme survenue dans le réseau de la santé et des services sociaux, en 2003-2004, et la publication du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 *La force des liens*. Pensons notamment à l'organisation des services qui s'articule de plus en plus autour d'interventions ayant démontré leur efficacité sur la base des données probantes, aux normes d'efficience et de productivité auxquelles souhaitent répondre les organisations sous la gouverne de la nouvelle gestion publique et à la redéfinition du champ d'exercice de la profession de

travailleur social et des autres disciplines dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, ainsi que la réglementation de la psychothérapie issues du projet de loi 21.

Largement documenté ces dernières années, le construit social autour des logiques de performance, de productivité, d'autonomie et d'épanouissement sur lequel se fonde l'analyse des problèmes de santé mentale favorise des interventions psychologisantes, axées sur la symptomatologie (De Gaulejac, 2010; Moreau, 2011; Otero, 2012 et 2007). Ces interventions responsabilisent l'individu d'abord tant dans l'explication que dans la réponse à donner à ses difficultés et ce, au détriment des interventions qui ciblent les déterminants sociaux tels que le revenu, le statut social, le niveau de scolarité, l'environnement physique, les conditions de logement et de travail et les réseaux de soutien social et personnel.

Or, la recherche actuelle met en évidence le rôle crucial des inégalités sociales et des déterminants sociaux sur la santé. Une association étroite entre le statut socio-économique et la santé a été établie au regard de plusieurs facteurs dans toutes les sociétés où elle a été examinée, suivant ce qu'on appelle le gradient de la santé (Dorvil, 2007) et la santé mentale ne fait pas exception. Il s'agit d'une donnée probante : les personnes vivant dans des conditions désavantageuses au plan social et économique sont plus susceptibles de vivre des problèmes de santé mentale. D'ailleurs, l'important rapport de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé (2009) fait un appel pressant pour une action à l'échelle locale et internationale en vue d'agir sur les déterminants sociaux dans une perspective de réduction des inégalités.

Cet appel à agir sur les inégalités sociales pour améliorer la santé mentale des personnes et des collectivités rejoint le travail social non seulement dans ses

fondements historiques, mais également dans ses grands courants actuels, notamment au plan international². Comme profession, le travail social s'est développé en grande partie en réaction aux inégalités sociales et à leurs impacts sur la vie, la santé et le quotidien des personnes, tant au plan individuel que collectif. Témoins au quotidien des répercussions réelles qu'ont les conditions de vie des personnes sur leur qualité de vie, plus particulièrement sur leur santé physique et mentale, les travailleurs sociaux ont développé tout un savoir pour intervenir à la jonction des personnes et de leur environnement et pour prendre en compte leur réalité subjective, leur contexte et leurs conditions de vie, leurs rôles sociaux et leur réseau, dans une perspective de rétablissement, de pouvoir d'agir, de pleine citoyenneté et de justice sociale.

Considérant toute l'expertise développée en travail social dans le domaine de la santé et de la santé mentale et l'état des connaissances concernant les déterminants sociaux de la santé, les grandes associations et regroupements en travail social font actuellement valoir publiquement la légitimité, voire la responsabilité des travailleurs sociaux de demeurer engagés dans la lutte aux inégalités sociales à travers leur pratique professionnelle³ (Clark, 2013). Plus précisément, ils rappellent l'importance et le devoir de poser des actions à l'échelle macrosociale et microsociale dans le but de renforcer à la fois les communautés et les individus qui la composent (Hudson, 2012). Ceci implique d'agir tant au niveau des structures, des politiques sociales et du développement des communautés par l'intervention collective qu'en ce qui concerne le soutien des personnes dans le développement de leurs compétences et de leurs ressources personnelles à travers l'intervention sociale individuelle et de groupe (Bywaters, McLeod & Napier, 2009; FITS, 2012; Rosenberg, 2008).

À ce jour, au Québec, le traitement des problèmes de santé mentale est essentiellement abordé dans une perspective biomédicale et psychologique. Les déterminants sociaux de la santé sont souvent considérés comme étant uniquement du ressort de l'action communautaire, de la santé publique et des politiques sociales. L'OTSTCFQ estime qu'il est grand temps d'intégrer la prise en compte des déterminants sociaux, non seulement dans la lecture et l'analyse des problèmes de santé mentale, mais également dans leur traitement. L'intervention sociale individuelle constitue une contribution essentielle en ce sens.

Les problèmes de santé mentale et les troubles mentaux

L'OMS (2010) définit la santé mentale comme « un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté ». Dans cette définition, la santé mentale est plus que l'absence de troubles ou de handicaps mentaux. Elle est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté. La Fédération internationale des travailleurs sociaux, une organisation qui constitue une référence d'envergure mondiale pour la discipline du travail social, abonde dans le même sens en rappelant que cette compréhension de la santé mentale est en parfaite concordance avec le travail social (FITS, 2012).

Ainsi, pour agir sur la santé mentale des personnes et des populations, il importe non seulement d'agir sur les déterminants physiques, physiologiques et psychologiques, mais également sur les déterminants sociaux de la santé, c'est-à-dire, les facteurs qui configurent la santé tels que le statut social, le revenu, les conditions de vie et de travail, le réseau familial et social ainsi que le soutien communautaire.

Dans cet esprit, la santé mentale des personnes est aussi une réalité éminemment sociale qui se doit d'être comprise et traitée en considération de l'environnement (immédiat et sociétal) dans lequel elle s'inscrit, s'installe, existe et persiste. La prise en compte de cet environnement est fondamentale pour saisir le sens que la personne et son milieu donnent aux diagnostics, aux manifestations du trouble mental ainsi qu'à leurs conséquences. L'aide offerte aux personnes aux prises avec un ou des problèmes de santé mentale ou atteintes de troubles mentaux doit donc également impliquer des actions sur les facteurs environnementaux et sociétaux sous l'angle de leur interaction dynamique avec et sur les personnes.

L'intervention sociale individuelle agit sur le rapport dynamique entre la personne et l'environnement au-delà du diagnostic, des symptômes, des déficits de la personne. En raison du sens social donné aux difficultés éprouvées par la personne aux prises avec un problème de santé mentale ou au trouble mental sur lequel elle se fonde, l'intervention sociale directe auprès des personnes implique un ensemble d'actions, de rôles et d'activités dont la portée se veut aussi collective même si l'intervention comme telle se fait auprès de la personne et de son réseau principalement.

Pour l'Ordre, en fonction de sa nature et de ses visées, l'intervention sociale individuelle telle que l'entendent les travailleurs sociaux, doit être considérée parmi les pratiques essentielles en matière de santé mentale et ce, non seulement dans une perspective de traitement, mais également de promotion et de prévention.

DÉFINITION ET ÉLÉMENTS CONSTITUTIFS

Définition de l'intervention sociale individuelle en santé mentale

L'OTSTCFQ définit l'intervention sociale individuelle en santé mentale comme suit.

L'intervention sociale individuelle en santé mentale est une réponse d'aide professionnelle pour une personne dont les difficultés associées à son état de santé mentale ou au trouble mental qui lui a été attesté, entraîne une souffrance ou une détresse au plan personnel et social. Cette réponse se fonde sur une alliance collaborative et comprend une combinaison stratégique et structurée d'actions professionnelles qui ciblent à la fois la personne et son environnement dans une perspective d'interaction dynamique entre les deux. Elle implique l'accompagnement, le soutien, la défense de droits, la représentation et la mobilisation de ressources personnelles et de ressources sociales. Elle a pour but d'apporter des changements significatifs pour la personne au plan personnel, interactionnel, environnemental.

Cette définition s'inscrit dans le paradigme de la profession de travailleur social, laquelle évalue et intervient dans une perspective d'interaction entre la personne et son environnement, en intégrant une réflexion critique des aspects sociaux qui influencent les situations et les problèmes vécus par la personne⁴.

La personne

La personne est vue avant tout comme un acteur social qui doit nécessairement être considéré dans son contexte de vie et abordé par ses relations

interpersonnelles et sociales. De ce point de vue, la situation d'une personne aux prises avec un problème de santé mentale est appréhendée en prenant en considération ses rapports sociaux en regard de son statut social et économique, son groupe ethnique, son sexe, ses appartenances religieuses, culturelles, ses handicaps ainsi que des normativités sociales dans une perspective d'inégalité, de stigmatisation, d'oppression et d'exclusion sociales.

La personne est considérée capable de changer, d'évoluer selon ses besoins et ses aspirations. Elle est aussi considérée capable d'influencer et d'agir sur son environnement en lien avec ses droits fondamentaux. Dans cet esprit, le regard porté sur la personne aux prises avec un problème de santé mentale se veut global et s'attarde à ses besoins, ses aspirations, ses compétences, ses habiletés et ses connaissances, au-delà du diagnostic et des symptômes associés. Le rétablissement de la personne n'est donc pas vu comme une fin en soi, ni comme un objectif absolu à atteindre, mais plutôt comme un processus unique et propre à chaque personne qui le définit, lui donne un sens et l'articule selon ses forces, son potentiel et ses ambitions (OTSTCFQ, 2011a).

L'environnement

Il concerne à la fois l'environnement qui a une influence sur la vie quotidienne de la personne (environnement immédiat) et le contexte social dans lequel elle évolue (environnement sociétal). L'environnement immédiat réfère aux interrelations entre la personne et les différents acteurs présents dans son milieu de vie (réseau familial et social), ses conditions de vie et matérielles, les caractéristiques de son milieu ainsi que les ressources formelles. L'environnement sociétal réfère aux normativités sociales, aux politiques sociales et économiques, dont les mesures de

protection sociale de la société en général et de la communauté d'appartenance de la personne en particulier (OTSTCFQ, 2011b).

L'environnement, à la fois immédiat et sociétal, est considéré comme fondamental dans l'analyse des situations vécues par les personnes au plan individuel. Cet environnement influence la personne dans ses rapports avec la société, ses relations interpersonnelles ainsi que son rapport avec elle-même. Il influence également ses conditions de vie, son état de santé ainsi que son état de santé mentale. Il est abordé autant dans ses dimensions de protection, de soutien et de sécurité pour la personne que dans ses dimensions de risque, de stigmatisation, d'oppression, d'aliénation et d'exclusion au plan personnel et social.

La souffrance et la détresse au plan personnel et social

La souffrance et la détresse sont ici considérées d'une part à travers une lecture intrapersonnelle, en prenant en compte les sentiments, les affects et l'état physique et émotionnel de la personne. D'autre part, elles sont appréhendées à travers une lecture interactionniste et sociale qui prend en compte les composantes morales et normatives de l'environnement dans lequel la personne évolue ainsi que de leur impact au plan personnel, relationnel et social, notamment en terme de préjugés et de stigmatisation.

Il est en effet reconnu que les préjugés à l'égard des troubles mentaux constituent un stress environnemental qui affecte lourdement l'estime de soi, la santé et la réinsertion sociale des personnes diagnostiquées (Dorvil, 2010). À l'instar des usagers en santé mentale, Dorvil (2007) souligne que tout le problème de la stigmatisation réside dans la confusion entre « avoir un trouble mental » et « être un malade mental ». Cette stigmatisation discrimine les personnes, les exclut de

plusieurs sphères de nos sociétés telles que les services de santé, le logement et le travail. Elle engendre aussi très souvent une perte de dignité et un retrait de participation à la société de la part des personnes, en raison de leur regard sur elles-mêmes. Dans le domaine de la santé mentale, la stigmatisation constitue clairement une forme spécifique d'inégalité sociale (Dorvil, 2010 et 2009).

Des actions professionnelles qui ciblent à la fois la personne et son environnement

L'intervention sociale en santé mentale est une réponse d'aide professionnelle qui se fonde sur une alliance collaborative⁵. Elle se décline sous différentes actions dans une perspective interactionniste et constructiviste. En effet, d'une part, ces actions ciblent à la fois la personne, son environnement et leur dynamique interactionnelle. D'autre part, elles sont privilégiées, choisies et déployées à partir du caractère unique de chaque personne et de chaque situation avec la participation des acteurs sociaux concernés. La portée de ces actions se veut à la fois sur la personne et sur la collectivité dans une perspective d'amélioration de conditions de vie, de développement social et de lutte à la stigmatisation.

L'accompagnement

Selon le paradigme de la profession de travailleur social, l'accompagnement revêt différents sens. D'abord, l'accompagnement renvoie à la notion « d'aller avec » (OTSTCFQ, 2012a). Dans le domaine de la santé mentale, cet accompagnement peut prendre la forme de visiter avec la personne une ressource d'hébergement, de se déplacer avec elle pour une démarche de demande d'aide auprès d'une instance gouvernementale ou encore de se présenter avec elle devant un tribunal.

L'accompagnement renvoie aussi à la notion de fournir des conseils personnalisés dans une perspective de développement d'aptitudes et de compétences dans le but de trouver un mieux-être et des solutions à des difficultés. À cet égard, l'accompagnement peut prendre ici la forme de rencontres sous diverses modalités (face à face, entretiens téléphoniques ou virtuels, etc.) de façon régulière ou ponctuelle à travers lesquelles le travailleur social écoute, reçoit, accueille la détresse et la souffrance de la personne, lui prodigue des conseils et lui fait des recommandations. Enfin, dans l'intervention sociale contemporaine, l'accompagnement réfère souvent au fait d'aider la personne à élaborer et mettre en action son projet de vie (Astier, 2013).

Le soutien

Le soutien revêt également plusieurs sens et s'articule autour de différents moyens. Il renvoie non seulement à la notion d'appuyer, de supporter, d'encourager, d'épauler, mais également à la notion de renforcer, de promouvoir et de favoriser. Dans un contexte d'intervention sociale en santé mentale, le soutien peut se déployer auprès de la personne par un accueil, une écoute, une réassurance, des conseils et de l'information dans le cadre d'entretiens individuels afin de renforcer sa capacité à utiliser ses ressources personnelles et celles de la communauté pour résoudre ses problèmes (ACTS, 2009). Le soutien peut également impliquer d'appuyer une démarche, une demande d'accès à une ressource ou un service, d'encourager des stratégies déployées par la personne ou par son environnement pour résoudre des problèmes ou faire face à la situation. Le soutien peut se faire tant auprès de la personne directement, qu'auprès de son environnement et des acteurs qui le composent, dont sa famille et ses proches, dans une visée du mieux-être de la personne dans et avec son environnement.

La défense de droits et la représentation (*advocacy*)

S'inscrivant dans la finalité même de la profession de travailleur social, laquelle est de favoriser et de renforcer le pouvoir d'agir des personnes dans leurs relations interpersonnelles, l'accomplissement de leurs rôles sociaux et l'exercice de leurs droits individuels et sociaux, la défense de droits et la représentation constituent une part importante, voire essentielle de l'intervention sociale. Connues également par l'expression *advocacy*, ces deux actions renvoient à la notion d'intercession avec la personne, ou en son nom, pour défendre ses droits, faire valoir ses intérêts ou promouvoir sa cause auprès de l'environnement tant immédiat que sociétal.

En contexte d'intervention dans le domaine de la santé mentale, la défense de droits et la représentation impliquent notamment de lutter avec la personne, ou en son nom, pour défendre son droit à une ressource, à une aide financière ou à un programme social en particulier; faire valoir avec la personne, ou en son nom, ses volontés par rapport à son traitement, la gestion de sa médication auprès de l'équipe soignante et auprès de sa famille (Peterson, 2012; Regehr & Glancy, 2010; Rodriguez del Barrio & Poirel, 2007). La défense de droits et la représentation peuvent donc prendre différentes formes et s'articulent autour de moyens variés selon la personne et la situation, allant de la sensibilisation et l'éducation à l'implication dans des démarches administratives pouvant porter sur la modification de procédures d'attribution d'un service ou la mise en place de services ou ressources adaptés aux besoins de la personne (Bilodeau, 2005).

La mobilisation de ressources personnelles et de ressources sociales

Fondées sur les valeurs et les principes de la profession de travailleur social, ces deux actions sont au cœur de l'intervention sociale. Elles consistent d'une part à

miser et à utiliser les ressources personnelles et sociales en répertoriant avec la personne aidée celles qui existent, celles qui peuvent être offertes, celles qui peuvent être obtenues ou celles qui doivent être créées. Ces actions doivent être considérées ici dans une perspective interactionniste ou, tant la personne que son environnement, dans toutes les dimensions qui les constituent et les influencent sont pris en considération et mis à contribution dans une visée de mieux-être psychologique et social pour la personne et de développement social pour l'ensemble de la société. En contexte d'intervention en santé mentale, cela implique notamment de miser sur les habiletés, les compétences, les connaissances, les aspirations de la personne, ses relations significatives, les services disponibles dans sa communauté comme leviers et ancrages dans son processus de rétablissement. Cela consiste aussi à saisir des occasions dans la communauté dans le but de contrer la stigmatisation, d'améliorer les conditions de vie de la personne en ayant recours par exemple à des programmes d'insertion et réinsertion sur le marché du travail, des programmes d'intégration ou de réintégration scolaire et professionnel pertinents.

La portée souhaitée et la finalité de l'intervention sociale

L'intervention sociale en santé mentale a pour but d'apporter des changements significatifs pour la personne au plan personnel, relationnel, environnemental. Ces changements s'inscrivent dans une démarche planifiée et sont définis conjointement entre la personne et le travailleur social. Ils peuvent être de l'ordre de modifications dans les croyances de la personne, dans ses perceptions, ses comportements, dans sa façon d'être avec les autres et d'interagir avec son environnement. Par ailleurs, les actions posées dans le processus de l'intervention sociale peuvent également modifier des éléments dans l'environnement de la

personne dans le but d'un mieux-être pour elle et d'un mieux vivre ensemble au plan social. Ces changements peuvent être de l'ordre des perceptions, des attitudes et du comportement de la part de l'environnement par rapport à la personne, ou encore dans les structures et politiques en lien avec ses besoins. Ces changements visent ultimement à réduire, voire faire disparaître la détresse émotionnelle et la souffrance sociale qu'entraînent les difficultés associées aux problèmes de santé mentale que vit une personne. À cet égard, la portée de l'intervention se veut clairement thérapeutique.

ÉLÉMENTS EXPLICATIFS

Une intervention fondée sur une évaluation initiale rigoureuse du fonctionnement social

L'évaluation du fonctionnement social constitue un préalable incontournable pour déterminer la pertinence d'entreprendre une intervention sociale. En effet, ni le diagnostic, ni les symptômes associés au trouble mental ou au problème de santé mentale ne justifient à eux seuls la nécessité ou encore la pertinence d'entreprendre une intervention sociale. Ce sont surtout les difficultés, les obstacles ou toutes autres conditions associées à l'état de santé mentale qui entraînent, maintiennent ou exacerbent la vulnérabilité, la souffrance sociale ou la détresse émotionnelle de l'individu, au plan personnel et social, qui légitiment l'intervention sociale.

L'évaluation du fonctionnement social consiste en une analyse contextuelle de la situation sociale de la personne dans une perspective d'interaction dynamique entre elle et son environnement. Elle intègre également une réflexion critique des aspects sociaux qui influencent la situation de la personne et les problèmes qu'elle rencontre en accordant une attention particulière aux questions de préjudice, de stigmatisation, de discrimination, d'exclusion et d'oppression ainsi qu'aux inégalités sociales et économiques (Thornicroft, 2006). Elle conduit à porter un jugement professionnel éclairé et crédible sur la nature des rapports entre les personnes et leurs contextes de vie ainsi que sur leurs conséquences en termes d'obstacles, de limites, de défis pour la personne, mais aussi d'opportunités en lien avec ses besoins, ses aspirations, l'exercice de ses rôles sociaux et de ses droits (OTSTCFQ, 2012a; 2012b). Dans cet esprit, le fonctionnement social est documenté, analysé et jugé sous l'angle des rapports entre la personne et son environnement

dans une visée de bien-être, de participation sociale et de développement social plutôt que du fonctionnement social adéquat attendu de la personne selon les normativités sociales.

Dans le domaine de la santé mentale, l'évaluation du fonctionnement social consiste à produire une compréhension de la situation actuelle de la personne à la lumière des multiples facteurs et dimensions qui sont en cause. L'interaction dynamique entre les facteurs et dimensions propres à la personne et l'environnement renvoie nécessairement à la notion de complexité. Cette complexité est au cœur du paradigme de la profession de travailleur social pour comprendre et intervenir en santé mentale.

L'histoire sociale

L'histoire sociale constitue la pièce maîtresse de l'évaluation. Elle consiste en une description détaillée et une analyse des différents aspects et dimensions concernant la personne et son environnement qui s'avèrent pertinents avec la situation actuelle. L'histoire sociale inscrit également la situation actuelle de la personne dans son contexte global en accordant une attention particulière tant aux conditions objectives de vie et de développement de la personne, qu'aux subjectivités liées à sa trajectoire et ses expériences.

En contexte de pratique en santé mentale, l'histoire sociale traite de la situation actuelle de la personne en ce qui a trait aux difficultés vécues, aux manifestations en lien avec son état physique et psychologique, aux conditions de vie au plan familial, social et économique. Elle reprend ses antécédents au plan médical, psychologique, familial. Elle relate son histoire familiale et sa trajectoire sociale (au plan scolaire, migratoire, professionnel) à travers le temps en accordant une

attention particulière aux évènements considérés ou vécus comme marquants pour la personne (Barker, 2003; OTSTCFQ, 2011a). L'histoire sociale rapporte également les besoins exprimés par la personne et ses aspirations, non seulement en lien avec son rétablissement par rapport à son état de santé mentale, mais aussi en lien avec l'exercice de sa citoyenneté, de ses rôles sociaux et de ses droits. Enfin, l'histoire personnelle est intégrée dans son contexte social plus large, lequel est également décrit et analysé. Selon leur pertinence avec la personne et sa situation, des informations supplémentaires concernant l'environnement au plan démographique, culturel, politique, social, économique et sanitaire pourront compléter l'histoire sociale.

En raison de sa valeur au plan scientifique et empirique, l'histoire sociale constitue un référent précieux pour saisir le tableau clinique. Elle s'avère particulièrement utile et aidante pour analyser et comprendre les situations de grande complexité, notamment celles de comorbidité ou de cooccurrence. Par ailleurs, l'histoire sociale se révèle également un puissant levier pour l'intervention. En effet, elle permet à la fois d'établir l'alliance collaborative avec la personne, de reconnaître et de valider son expérience et ce, au-delà de son vécu comme personne atteinte d'un trouble mental ou aux prises avec un problème de santé mentale. Elle la révèle au-delà du diagnostic et de la symptomatologie, dégage ses forces et ses capacités sur lesquelles il est possible de miser en intervention.

Une démarche fondée sur les principes d'*empowerment* et de rétablissement

Les principes d'*empowerment* et de rétablissement guident l'intervention sociale en santé mentale tant au plan méthodologique, analytique que pratique.

L'empowerment

L'empowerment, ou le pouvoir d'agir, est à la fois un processus et une finalité à travers lequel une personne, un groupe ou une collectivité acquiert la maîtrise de moyens qui lui permettent de se conscientiser, de renforcer son potentiel, de se transformer et ce, dans une perspective de développement, d'amélioration de ses conditions de vie et de son environnement (Bilodeau, 2005; Ninacs, 2008). La notion d'*empowerment* se reflète tant dans les méthodes et techniques d'intervention utilisées, le choix des moyens pour atteindre les objectifs que dans l'attitude du travailleur social. En contexte d'intervention sociale en santé mentale, *l'empowerment* se traduit par la mise en place d'un dispositif d'intervention qui encourage et reconnaît l'implication de la personne à toutes les étapes du processus d'intervention et qui permet d'établir un rapport de complémentarité entre les compétences issues des expériences de la personne et les compétences professionnelles du travailleur social. Concrètement, cela se traduit en interpellant la personne tant dans l'analyse et la compréhension de sa situation que dans la décision des moyens et des actions à mettre en place pour atteindre les objectifs de changements au plan personnel et social.

Le rétablissement

Découlant de l'influence déterminante du mouvement des usagers, le rétablissement est également une notion fondamentale de l'intervention sociale en santé mentale (Gould, 2010; Regehr & Glancy, 2010). Fondé sur la singularité qu'est l'expérience de vivre un problème de santé mentale, le rétablissement renvoie au processus unique qu'implique de vivre, au plan personnel et social, avec ou à la suite d'un problème de santé mentale. Il implique d'affronter autant les obstacles (préjugés sociaux, pauvreté économique, effets iatrogènes de l'aide)

qu'à surmonter les contraintes exercées par la maladie, les handicaps (Bilodeau, 2005). Le rétablissement est avant tout un projet « sur mesure » en regard des caractéristiques de la personne, celles de son environnement, à la lumière de ses désirs, ses aspirations, ses forces, ses possibilités ainsi que les ressources et les opportunités de son environnement. Il ne vise donc ni une rémission des symptômes, ni un retour à la vie « avant la maladie ». Misant sur l'espoir, le rétablissement s'inscrit dans une démarche de réflexion et de conscientisation face à la santé mentale au plan personnel et social (Dorvil, 2009).

Une intervention qui intègre les déterminants sociaux de la santé

L'intervention sociale individuelle en santé mentale intègre les déterminants sociaux de la santé tant dans l'analyse de la situation de la personne que dans le choix des cibles d'intervention possible.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit les déterminants sociaux de la santé comme étant les conditions dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent. À leur tour, les conditions dans lesquelles les gens vivent et meurent dépendent des forces politiques, sociales et économiques (CDSS, 2009). On parle traditionnellement, en travail social, des facteurs sociaux et environnementaux dont on a nommé certains, historiquement, les « conditions objectives de vie » (Bilodeau, 2005 : 67). Ainsi, parler de déterminants sociaux de la santé, c'est dépasser le strict point de vue biomédical et considérer la santé comme un fait social (Dorvil, 2007).

De nombreux modèles conceptuels ont été élaborés au cours des dernières années afin de rendre compte des processus en jeu dans l'influence des déterminants sociaux sur l'état de santé des personnes (DC-MSSS, 2010; Solar & Irwin, 2010;

Thomas, Crouse Quinn, Butler, Fryer & Garza, 2011). Plusieurs soutiennent que l'interaction de certains de ces déterminants induit un état de stress qui affecte la personne de manière telle qu'à force de persistance et d'intensité en découle, en interaction avec ses caractéristiques personnelles, certains problèmes de santé (Brunner & Marmot, 2006; Fisher & Baum, 2010) dont des problèmes de santé mentale (Patel, Lund, Hatherill, Plagerson, Corrigan, Funk & Flisher, 2009).

Il existe également un grand nombre de nomenclatures des déterminants sociaux de la santé. Celle que proposent Mikkonen & Raphaël (2011) présente l'avantage d'être assez opérationnelle pour l'intervention sociale individuelle. Elle comporte les déterminants suivants : chômage et sécurité d'emploi, emploi et conditions de travail, filet de sécurité sociale, insécurité alimentaire, petite enfance, revenu et répartition du revenu, sexe, éducation, exclusion sociale, handicap, logement, race, services de santé, statut d'Autochtone. En santé mentale, on a notamment documenté au cours des dernières années le rôle crucial joué par certains déterminants tels que le revenu (Caron & Lui, 2010; Rosenberg, 2008), l'habitation (Gilbertson & Green, 2006; Morin, Crevier, Couturier, Dallaire, & Johnson-Lafleur, 2009; Pelletier, Piat, Côté & Dorvil, 2009), le soutien social (Caron & Guay, 2005; Mackereth & Appleton, 2008), les conditions de travail (Stanfeld & Candy, 2006; Vézina, Bourbonnais, Marchand, & Arcand, 2008) et le capital social/inclusion sociale (De Silva, McKenzie, Harpham, & Huttly, 2005; Gould, 2010; Tew, Ramon, Slade, Bird, Melton & Le Boutillier, 2012).

Par ailleurs, chacun de ces déterminants comporte différentes facettes, lesquelles joueront un rôle différent selon la personne, la situation et le contexte. Le logement en est un bon exemple. En effet, ce déterminant à lui seul comporte plusieurs éléments, que ce soit au plan physique, géographique, social, voire psychologique. Le logement ne peut donc être considéré comme une donnée objective, neutre,

mais doit plutôt être analysé sous ses différentes composantes pour en saisir toute l'influence dans la situation et l'état de santé de la personne. Ainsi, la salubrité et sécurité des lieux, les possibilités d'accès aux services et ressources dans le quartier, la sécurité du quartier, le voisinage en termes de rapport et soutien social ne sont que quelques exemples d'éléments qui peuvent influencer la qualité de vie des personnes et contribuer ou non à leur mieux-être. Aussi, les déterminants agissent très souvent les uns sur les autres. Pensons simplement au revenu qui détermine le type de logement, le quartier, l'accès à la propriété ou encore au travail qui influence clairement le revenu et le réseau social des personnes.

Ces exemples démontrent à quel point les différents éléments reliés aux déterminants sociaux qui entrent en jeu, le font dans des processus complexes et en fonction de la situation singulière de chaque personne et des caractéristiques de sa communauté (Frohlich, De Koninck, Demers & Bernard, 2008). Aussi, faut-il éviter les généralisations ou les associations causales simplistes et linéaires.

En contexte d'intervention, les déterminants sociaux impliqués en rapport avec les problèmes de santé mentale vécus par la personne sont identifiés. Des hypothèses sur leur influence et leur importance relative sont formulées et partagées avec elle afin de lui fournir une compréhension de ce qu'elle vit et qui reflète les aspects sociaux impliqués dans ses difficultés. Cette compréhension contextualisée de la situation de la personne est également partagée avec les autres intervenants impliqués auprès d'elle afin de les aider à saisir l'impact des facteurs sociaux sur ses difficultés. Il s'agit là d'une contribution spécifique de l'intervention sociale à l'équipe interdisciplinaire (Morley & Macfarlane, 2010).

En lien avec les éléments reliés à un ou à plusieurs déterminants sociaux, des cibles de changement sont convenues avec la personne. Les objectifs et les actions sont

donc planifiés selon ce qu'elle souhaite apporter comme changement dans les sphères de vie concernées et en fonction de ce qui est possible compte tenu de ses ressources personnelles et des ressources de l'environnement (Hudson, 2012).

ÉLÉMENTS COMPLÉMENTAIRES

Les théories et les approches de référence

L'intervention sociale individuelle en santé mentale se fonde d'une part sur les théories reconnues scientifiquement pour comprendre l'individu au plan psychique, émotif, cognitif, comportemental, développemental et relationnel, théories issues notamment de la psychiatrie, de la psychanalyse et de la psychologie. D'autre part, elle se base également sur les théories reconnues pour comprendre les phénomènes sous-jacents aux problèmes personnels et sociaux issues notamment de la sociologie et des disciplines connexes, comme l'anthropologie, les sciences économiques et politiques. À cet égard, les théories psychanalytiques, de l'apprentissage, du développement, la théorie des systèmes, la théorie marxiste et les théories féministes sont les références principales des approches les plus utilisées en intervention sociale dans le domaine de la santé mentale (Van de Saude, Beauvolks & Renault, 2011).

Les approches utilisées en intervention sociale s'inscrivent dans le large spectre « personne-environnement » allant de celles axées principalement sur la personne à celles davantage axées sur l'environnement, en passant par celles s'attardant surtout à leur interaction dynamique. Elles englobent les approches classiques en travail social clinique, dont l'approche psychosociale, l'approche centrée sur la modification du comportement, l'approche systémique, l'approche écologique, l'approche structurelle et l'approche féministe. Elles comptent aussi les approches plus contemporaines et tout aussi pertinentes telles que l'approche axée sur les forces, l'approche court terme planifiée ou centrée sur la tâche, l'approche centrée sur la résolution de problème, l'approche centrée sur les solutions, l'approche

narrative, l'approche interculturelle, l'approche milieu ou réseau (Bilodeau, 2005; DuRanquet, 1991; Van de Saude, Beauvolks & Renault, 2011).

Selon le contexte, la situation de la personne, ses besoins, les changements souhaités de sa part, les objectifs d'intervention ciblés ainsi que les orientations théoriques du travailleur social, une ou plusieurs approches seront privilégiées à travers le processus clinique. Ainsi, pour aider une femme nouvellement établie au Québec après avoir fui son pays d'origine en guerre et ayant un diagnostic de syndrome post-traumatique, la travailleuse sociale pourrait s'inspirer de l'approche interculturelle et de l'approche psychosociale pour comprendre et travailler les aspects liés aux émotions, aux perceptions, aux croyances, aux relations entre la personne et son environnement. Elle pourrait également recourir à des techniques issues de l'approche réseau pour soutenir et faciliter notamment ses démarches d'immigration et de recherche de logement. Enfin, elle pourrait utiliser d'autres techniques issues de l'approche cognitivo-comportementale pour l'aider à faire face à certaines situations reliées aux traumatismes vécus dans son pays d'origine.

Des outils cliniques en lien avec la personne et son environnement

Considérant la perspective sous laquelle la santé mentale est appréhendée, analysée et comprise, les outils cliniques qui sont privilégiés tant dans l'évaluation que dans l'intervention sociale qui en découle visent d'une part à prendre et rendre compte de la complexité des rapports entre la personne et son environnement. Ils ont également comme objectif de clarifier, voire d'élucider le sens personnel et social donné aux difficultés et aux expériences vécues. Ces outils sont utilisés de manière co-constructive et évolutive, c'est-à-dire avec la personne de façon continue, à la lumière de l'évolution du processus d'intervention. Pensons

notamment au récit de vie, au génogramme, au sociogramme, à l'« écomap » et à la carte du réseau social. Ces outils documentent et démontrent très bien, souvent même de façon graphique, la teneur et la complexité des rapports entre la personne et son environnement. Ils constituent également des leviers de changement dans la mesure où ils génèrent un processus de réflexion, de construction de sens et de solutions pour la personne.

Les dispositifs et les paramètres de l'intervention sociale

L'intervention sociale se distingue particulièrement par la diversité et la variété des lieux où elle s'exerce. C'est pourquoi il est probablement plus juste de recourir au terme « dispositif » plutôt qu'à celui de « cadre » lorsqu'il s'agit d'expliquer le déploiement de l'intervention sociale.

Essentiellement, le ou les dispositifs mis en place en intervention sociale s'inscrivent, eux aussi, dans un paradigme interactionniste et constructiviste. Ils sont privilégiés selon la situation de la personne, ses besoins, ses conditions de vie et les particularités de son environnement. Pour cette raison, les dispositifs mis en place doivent être flexibles, évolutifs, variés et permettre des actions ciblant tant la personne (interventions directes) que son environnement (interventions indirectes). Ils sont aussi discutés et convenus avec la personne à la lumière des objectifs de l'intervention. Ainsi, l'intervention sociale peut se déployer dans le milieu de vie de la personne, que ce soit à son domicile ou encore dans son lieu d'hébergement. Elle peut aussi se faire dans les lieux où exerce le travailleur social, à ciel ouvert, dans les espaces publics, dans un organisme ou encore dans toutes autres ressources dans la communauté.

Selon la situation et les particularités de la personne et de son environnement, les dispositifs peuvent varier à travers le processus d'intervention ou demeurer les mêmes. Par exemple, l'intervention sociale pourra se déployer en rencontres individuelles au bureau du travailleur social pour des interventions directes auprès de la personne et en rencontres à domicile pour des interventions auprès des proches ou du voisinage. Pour une autre personne, l'intervention se déroulera dans son milieu de vie pour des rencontres individuelles et familiales et dans le quartier pour un accompagnement dans certaines démarches afin de lui permettre de mieux connaître les ressources disponibles dans sa communauté, d'y obtenir du soutien au plan social ou encore, y recevoir des services particuliers au plan personnel.

Enfin, l'intervention sociale est planifiée et structurée. Encore là, selon le contexte, la situation de la personne, ses besoins, les changements souhaités de sa part, les objectifs d'intervention ciblés et les approches privilégiées par le travailleur social, l'intervention sociale pourra soit s'inscrire dans un suivi à court, moyen ou long terme ou se déployer sur une base ponctuelle. Les paramètres du suivi sont discutés et convenus avec la personne visée par l'intervention sociale afin que celle-ci puisse consentir de façon éclairée à l'aide et aux dispositifs qui lui sont proposés.

MESSAGES CLÉS

Ce document présente la position de l'OTSTCFQ au sujet de l'intervention sociale individuelle en santé mentale. Fondée sur la littérature scientifique en travail social, cette position s'inscrit dans le courant international qui cible tant les aspects personnels que les déterminants sociaux dans le cadre de l'intervention clinique. Les principaux éléments à retenir sont résumés sous la forme de messages clés.

La recherche actuelle démontre l'influence cruciale des déterminants sociaux sur la santé mentale des personnes, c'est-à-dire, des facteurs tels que le statut social, le revenu, les conditions de vie et de travail, le réseau familial et social ainsi que le soutien communautaire.

La profession de travailleur social s'est développée en grande partie en réaction aux inégalités sociales et à leurs impacts sur la vie et la santé des personnes tant au plan individuel que collectif.

L'intervention sociale individuelle constitue une méthode du travail social qui intègre les déterminants sociaux tant dans l'analyse de la situation de la personne aux prises avec un problème de santé mentale que dans les actions qu'il est possible de convenir avec elle pour améliorer sa situation.

L'intervention sociale en santé mentale, telle que l'entendent les travailleurs sociaux, agit sur le rapport dynamique entre la personne et son environnement au-delà des diagnostics et des symptômes, en s'appuyant sur ses forces, dans une perspective de pouvoir d'agir, de rétablissement, de lutte à la stigmatisation et de développement social.

Ce sont surtout les difficultés, les obstacles ou toutes autres conditions associées à l'état de santé mentale qui entraînent, maintiennent ou exacerbent la vulnérabilité, la souffrance sociale ou la détresse émotionnelle de l'individu au plan personnel et social qui légitiment l'intervention sociale.

En raison du sens social donné aux difficultés de la personne aux prises avec un problème de santé mentale, l'intervention sociale implique un ensemble d'actions, de rôles et d'activités dont la portée se veut collective même si l'intervention se fait auprès de la personne et de son réseau principalement.

L'intervention sociale individuelle, telle que l'entendent les travailleurs sociaux, doit être considérée parmi les pratiques essentielles en matière de santé mentale non seulement dans une perspective de traitement, mais également de promotion et de prévention.

Notes

- 1 Dans la littérature francophone, il est soit question d'intervention sociale individuelle (Bourgon & Gusew, 2007); De Robertis, 2007; Drolet, 2013) ou d'intervention sociale personnelle (Turcotte & Deslauriers, 2011) pour décrire le travail social clinique auprès des individus. Cette méthode d'intervention du travail social inclut l'intervention auprès des proches et des familles.
- 2 C'est d'ailleurs un des principaux messages qui ressort lors de la 7^e Conférence internationale sur le travail social en santé et en santé mentale tenue du 23 au 27 juin 2013 à la USC School of Social Work à Los Angeles à laquelle nous avons participé.
- 3 Social Work & Health Inequalities Network - SWHIN est un réseau qui vise à promouvoir la recherche, les échanges et les actions de différents acteurs du travail social (chercheurs, professeurs, praticiens et gestionnaires) dans le but de combattre les causes et les conséquences des inégalités en santé : www.warwick.ac.uk/go/swhin.
- 4 Plusieurs textes ont été consultés lors de la rédaction de cet énoncé de position, notamment des textes de référence en travail social et des documents de référence de l'OTSTCFQ. Une bibliographie complémentaire est annexée à la fin du document, en plus des références.
- 5 L'alliance collaborative est « constituée de composantes qui peuvent être divisées comme suit : les composantes associées à l'établissement d'une alliance à l'aide de l'empathie, de la réceptivité, de la compréhension, etc., les composantes liées à l'engagement et à la mobilisation vers des objectifs thérapeutiques, de développement ou d'adaptation » (OTSTCFQ, 2012a : V).

Références bibliographiques

- Association canadienne des travailleurs sociaux – ACTS (2009). *La pratique du service social en santé mentale*. Repéré à <http://www.casw-acts.ca/fr/la-pratique-du-service-social-en-sant%C3%A9-mentale>.
- Astier, I. (2013). Accompagner, activer, responsabiliser. Dans M. Otero et S. Roy (dir.), *Qu'est-ce qu'un problème social aujourd'hui. Repenser la non-conformité* (p. 43-56). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Barker, R. L. (2003). *The social work dictionary* (fifth revised edition). Cary: NASW Press.
- Bilodeau, G. (2005). *Traité du travail social. Politiques et interventions sociales*. Rennes : Éditions de l'école nationale de santé publique.
- Bourgon, M., & Gusew, A. (2007). L'intervention individuelle en travail social. Dans J.-P. Deslauriers et R. Hurtubise (dir.), *Introduction au travail social* (2e éd., p. 121-141). Québec : Presses de l'Université Laval.
- Brunner, E., & Marmot, M. G. (2006). Social organization, stress, and health. Dans M. Marmot & R.G. Wilkinson (dir.), *Social determinants of health* (p. 6-13). Oxford: Oxford University Press.
- Bywaters, P., McLeod., E., & Napier, L. (2009). *Social work and global health inequalities: Practice and policy developments*. Oxford: Policy Press.
- Caron, J., & Lui, A. (2010). Étude descriptive de la prévalence de la détresse psychologique et des troubles mentaux au sein de la population canadienne : comparaison entre la population à faible revenu et la population à revenu plus élevé. *Maladies chroniques au Canada*, 30 (3), 86-97.
- Caron, J., & Guay, S. (2005). Soutien social et santé mentale : concept, mesures, recherches récentes et implications pour les cliniciens. *Santé mentale au Québec*, 30 (2), 15-41.
- Clark, E. J. (2013, juin). *The essential role of social work in global health*. Communication présentée à The 7th International conference on social work in health and mental health, L. A.: California.

- Commissaire à la santé et au bien-être – CSBE (2012). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2012. Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Commission de la santé mentale du Canada – CSMC (2012). *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*. Calgary, Alberta : CSMC. Repéré à <http://strategie.commissionsantementale.ca/>.
- Commission des déterminants sociaux de la santé – CDSS (2009). *Comblé le fossé en une génération. Instaurer l'équité en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Genève : Organisation mondiale de la santé. Repéré à http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242563702_fre.pdf.
- De Gaulejac, V. (2010). La NGP : Nouvelle gestion paradoxante. *Nouvelles pratiques sociales*, 22 (2) : 83-98.
- De Robertis, C. (2007). *Méthodologie de l'intervention en travail social*. Paris : Bayard.
- De Silva, M.J., McKenzie, K., Harpham, T., & Huttly, S.R.A. (2005). Social capital and mental illness: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*, 59, 619-627.
- Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec- DC-MSSS (2010). *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants : Résultat d'une réflexion commune*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Dorvil, H. (2010). Le stigma, une forme spécifique d'inégalité sociale en santé mentale. Dans H. Dorvil et M. Thériault (dir.), *Problèmes sociaux, médiation communautaire, recherche et santé* (p. 267-291). Montréal : ACFAS.
- Dorvil, H. (2009). Introduction. Dans J.-F. Pelletier, M. Piat, S. Côté, et H. Dorvil (dir.), *Hébergement, logement et rétablissement en santé mentale*. Montréal : Presses de l'Université du Québec.
- Dorvil, H. (2007). Les inégalités sociales en santé. Le cas spécifique de la santé mentale. Dans H. Dorvil (dir.), *Problèmes sociaux – Tome 3. Théories et méthodologie de la recherche* (p. 169–202). Québec : Presses de l'Université du Québec.

- Drolet, M. (2013). L'intervention individuelle en travail social et son processus : Un choix d'angle pour l'analyse et l'action. Dans E. Harper et H. Dorvil (dir.), *Le travail social : Théories, méthodologies et pratiques* (p. 171-190). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- DuRanquet, M. (1991). *Les approches en service social*. Québec : EDISEM.
- Fisher, M., & Baum, F. (2010). The social determinants of mental health: Implications for research and health promotion. *Aust N Z J Psychiatry*, 44 (12): 1053-1063.
- Fédération Internationale du Travail Social - FITS (2012). *Health. Issues and statement*. Repéré à <http://ifsw.org/policies/health/>.
- Frohlich, K., De Koninck M., Demers, A., & Bernard, P. (dir.) (2008). *Les inégalités sociales de santé au Québec*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Gilbertson, J., & Green, G. (2006). *Good housing and good health? A review and recommendations for housing and health practitioners*. UK: Housing Corporation and The Housing learning and improvement network in the care services improvement partnership at the department of health.
- Gould, N. (2010). *Mental health social work in context*. UK: Routledge.
- Hudson, C. G. (2012). Disparities in the geography of mental health: Implications for social work. *Social Work*, 57 (2), 107-119.
- Institut de la statistique du Québec - ISQ (2010). *Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois : une synthèse pour soutenir l'action. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*. Québec : Gouvernement du Québec, ISQ.
- Mackereth, C., & Appleton, J. (2008). Social network and health inequalities: evidence for working with disadvantaged groups. *Community Pract.*, 81 (8), 23-36.
- Mikkonen, J., & Raphael, D. (2011). *Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes*. Toronto : École de gestion publique de la santé de l'Université de York. Repéré à <http://www.thecanadianfacts.org/>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : la force des liens*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

- Moreau, N. (2011). De la norme sociale aux troubles dépressifs. Dans M. Fahmy (dir.), *L'état du Québec 2011* (p. 286-290). Montréal : Institut du Nouveau Monde et Boréal.
- Morin, P., Crevier, M., Couturier, Y., Dallaire, N., Dorvil, H., & Johnson-Lafleur, J. (2009). *Signification du chez-soi et intervention psychosociale à domicile dans les programmes de soutien à domicile, enfance/jeunesse/famille et santé mentale* (rapport de recherche). Sherbrooke : Centre de santé et de services sociaux – Institut de gériatrie de Sherbrooke.
- Morley, C., & Macfarlane, S. (2010). Repositioning social work in mental health: Challenges and opportunities for critical practice. *Critical Social Work*, 11 (2), 46-59.
- Ninacs, W. A. (2008). *Empowerment et intervention : Développement de la capacité d'agir et de la solidarité*. Québec : Les presses de l'Université Laval.
- Organisation mondiale de la santé (2010). *La santé mentale : renforcer notre action*. Aide-mémoire N°220. Repéré à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/> .
- Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec - OTSTCFQ (2012a). *Référentiel d'activité professionnelle lié à la profession de travailleur social*. Montréal : OTSTCFQ.
- OTSTCFQ (2012b). *Référentiel de compétences des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux*. Montréal : OTSTCFQ.
- OTSTCFQ (2011a). *Lignes directrices. Évaluer une personne ayant un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité*. Montréal : OTSTCFQ.
- OTSTCFQ (2011b). *Cadre de référence. L'évaluation du fonctionnement social*. Montréal : OTSTCFQ.
- Otero, M. (2012). *L'ombre portée. L'individualité à l'épreuve de la dépression*. Montréal : Boréal.
- Otero, M. (2007). La dépression. Figure emblématique de la nervosité sociale contemporaine. Dans H. Dorvil (dir.), *Problèmes sociaux – Tome 3. Théories et méthodologie de la recherche* (p. 145-167). Québec : Presses de l'Université du Québec.

- Patel, V., Lund, C., Hatherill, S., Plagerson, S., Corrigall, J., Funk, M., & Flisher, A. J. (2009). Mental disorders: Equity and social determinants. Dans E. Blas & A. Sivasankara Kurup (dir.), *Equity, social determinants and public health programmes* (p. 115-134). Geneva: World Health Organisation.
- Pelletier, J.-F., Piat, M., Côté, S., & Dorvil, H. (2009). *Hébergement, logement et rétablissement en santé mentale*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Peterson, J. (2012). Shared decision making in health care settings: A role for social work. *Social Work in Health Care*, 51 (10), 894-908.
- Regehr, C., & Glancy, G. (2010). *Mental health social work practice in Canada*. Don Mills: Oxford University Press.
- Rodriguez del Barrio, L., & Poirel, M.-L. (2007). Émergence d'espaces de parole et d'action autour de l'utilisation des psychotropes. La Gestion autonome des médicaments. *Nouvelles pratiques sociales*, 19 (2), 111-127.
- Rosenberg, G. (2008). Social determinants of health: Twenty-first-century social work priorities. Dans K.M. Sowers & C.N. Dulmus (dir.), *Comprehensive handbook of social work and social welfare* (p. 237-247). Mississauga : John Wiley and Sons, Inc.
- Solar, O., & Irwin, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social determinants of health discussion paper 2 (Policy and practice)*. Geneva: World health organization.
- Stanfeld, S., & Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health – a meta-analytic review. *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*, 32 (6), 443-462.
- Tew, J., Ramon, S., Slade, M., Bird, V., Melton, J., & Le Boutillier, C. (2012). Social factors and recovery from mental health difficulties: A review of the evidence. *British Journal of Social Work*, 42, 443-460.
- Thomas, S. B., Crouse Quinn, S., Butler, J., Fryer, C. S., & Garza, M. A. (2011). Toward a fourth generation of disparities research to achieve health equity, *Annu.Rev. Public Health*, 32, 399-416.
- Thornicroft, G. (2006). *Shunned-discrimination against people with mental illness*. Oxford: Oxford University Press.

Turcotte, D., & Deslauriers, J.-P. (dir.) (2011). *Méthodologie de l'intervention sociale personnelle*. Québec : Les Presses de l'Université Laval.

Van de Saude, A., Beauvolsk, M. A., & Renault, G. (2011). *Le travail social. Théories et pratique* (2e éd.). Montréal : Chenelière Éducation inc.

Vézina, M., Bourbonnais, R., Marchand, A., & Arcand, R. (2008). *Stress au travail et santé mentale chez les adultes québécois : enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (cycle 12.2). Québec : Institut de la statistique du Québec.

Bibliographie complémentaire

- Archambault, C. & Doutrelepon, F. (2008). Complémentarité des visions cartésienne et systémique. Dans L. Landry Balas (dir.), *L'approche systémique en santé mentale* (p. 95-102). Montréal : Les presses de l'Université de Montréal.
- Baldwin, C. (2013). *Narrative social work. Theory and application*. Bristol : The Policy Press.
- Baum, F. E., Legge, D. G., Freeman, T., Lawless, A., Labonté, R., & Gwyneth, M. J. (2013). The potential for multi-disciplinarity primary health care services to take action on the social determinants of health: actions and constraints. *BMC Public Health*, 13,460.
- Bourque, D. (2009). *Concertation et partenariat. Entre levier et piège du développement des communautés*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Bourque, D. (2009). La création des CSSS et certains de ces effets sur les pratiques des travailleuses sociales. *Intervention*, 131, 161-171.
- Clément, M., Rodriguez, L., Gagné, J., Lévesque, A., & Vallée, C. (2012). *État de situation sur la participation des personnes utilisatrices suite au Plan d'action en santé mentale 2005-2010. Rapport de recherche, Santé mentale et citoyenneté*. Québec : ARUC.
- Collin, J., & Suissa, A. J. (dir) (2007). Le phénomène de la médicalisation du social : enjeux et pistes d'intervention, *Nouvelles pratiques sociales*, 19 (2).
- Corin, E., Poirel, M.-L., et Rodriguez, L. (2011). *Le mouvement de l'être. Paramètres pour une approche alternative du traitement en santé mentale*. Québec : Les Presses de l'Université du Québec.
- Couturier, Y., Gagnon, D., & Carrier, S. (2009). Management des conduites professionnelles par les résultats probants de la recherche. Une analyse critique. *Criminologie*, 42 (1), 185-199.
- Deegan, P. (1996). Recovery as a journey of the heart. *Psychiatric rehabilitation journal*, 19 (3), 91-97.
- De Gaulejac, V. (2012). *La recherche malade de management*. Paris : Éditions Quae.
- De Gaulejac, V. (2005). *La société malade de la gestion : idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social*. Paris : Seuil.

- Dorvil, H. (2009). Logement et santé mentale. Les droits d'Éloïse. *Revue du CRÉMIS*, 2 (2), 6-8.
- Dorvil, H. (2001). *Problèmes sociaux - Tome I. Théories et méthodologies*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Ehrenbert, A. (2008). *La Fatigue d'être soi : dépression et société*. Paris : Odile Jacob.
- Fournier, L., Roberge, P., & Brouillet, H. (2012). *Faire face à la dépression au Québec. Protocole de soins à l'intention des intervenants de première ligne*. Montréal : Centre de recherche du CHUM.
- Guichard, A., & Potvin, L. (2010). Pourquoi faut-il s'intéresser aux inégalités sociales de santé? Dans Potvin, L., Moquet, M.-J. et Jones, C.M. (dir.), *Réduire les inégalités sociales en santé* (35-51). Saint-Denis (France) : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.
- Institut national de santé publique du Québec (2008). *Santé : pourquoi ne sommes-nous pas égaux? Comment les inégalités sociales se créent et se perpétuent*. Québec : Institut national de santé publique du Québec.
- Institut du nouveau monde (2011). *L'état du Québec 2011. Dossier sur les inégalités sociales*. Montréal : Boréal.
- Landry Balas, Louise (dir.) (2008). *L'approche systémique en santé mentale*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Larivière, C. (2012). Comment les travailleurs sociaux du Québec réagissent-ils à la transformation du réseau public? *Intervention*, 136, 30-40.
- Larivière, C. (2005, juillet). *Les risques de la nouvelle gestion publique pour l'intervention sociale*. Communication présentée au Congrès international francophone des formateurs en service social, Caen.
- Lorant, V., Croux, C., Weich, S., Delière, D., Machenbach, J., & Anseau, M. (2007). Depression and socio-economic risk factors: 7-year longitudinal population study. *The British Journal of Psychiatry*, 190, 293-298.
- Merrien, F.-X. (1999). La Nouvelle Gestion publique : un concept mythique. *Lien social et Politiques*, 41, 95-103.

- Ministère de la santé et des services sociaux - MSSS (2012). *Évaluation de l'implantation du Plan d'action 2005-2010 La force des liens*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la santé et des services sociaux - MSSS (2011). *Orientations relatives à l'organisation des soins et des services offerts à la clientèle adulte par les équipes en santé mentale de première ligne en CSSS*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Mongeau, S., Asselin, P., & Roy, L. (2013). L'intervention clinique avec les familles et les proches en travail social. Pour une prise en compte de la complexité – Prise deux. Dans E. Harper et H. Dorvil (dir.), *Le travail social : Théories, méthodologies et pratiques* (p. 191-222). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Moreau, N., & Larose-Hébert, K. (2013). *La souffrance à l'épreuve de la pensée*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Moreau, N., & Lapierre, S. (dir.) (2011). Psychologisation de l'intervention sociale. Enjeux et perspectives. *Reflète : revue d'intervention sociale et communautaire*, 17 (1).
- Morin, P., & Baillargeau, E. (dir.) (2008). *L'habitation comme vecteur du lien social*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Otero, M., & Roy, S. (dir.) (2013). *Qu'est-ce qu'un problème social aujourd'hui. Repenser la non-conformité*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Otero, M., & Namian, D. (2010). L'efficacité sociale des antidépresseurs : être « mieux que bien », fonctionner, survivre. Dans H. Dorvil et M. Thériault (dir.), *Problèmes sociaux, médiation communautaire, recherche et santé* (p. 239-258). Montréal : ACFAS.
- Office des professions du Québec (2012). *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé et des relations humaines – Guide explicatif*. Québec : Gouvernement du Québec.
- OTSTCFQ (2012). *Revue Intervention, thème Les transformation du réseau de la santé et des services sociaux et leur impact sur les pratiques professionnelles*, 136.
- Perlman, H. (1957). *Social Casework. A Problem-Solving Process*. Chicago: The University Of Chicago Press.

- Pope, N. D., Rollins, L., Chaumba, J., & Risler, E. (2011). Evidence-based practice knowledge and utilization among social workers. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 8 (4), 349-368.
- Potvin, L., Moquet, M.-J., & Jones, C.-M. (dir.) (2010). *Réduire les inégalités sociales en santé*. Saint-Denis, France : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé - INPES.
- Ramon, S. (2007). *Inequality in mental health: The relevance of current research and understanding to potentially effective social work responses*. Cambridge: Institute of Health and Social Care and Anglia Ruskin University.
- Raphael, D. (dir.) (2009). *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives* (2nd ed.). Toronto: Canadian's Scholar's Press Incorporated.
- Regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire en CSSS - RQIIAC (2010). *Pratiques d'organisation communautaire en CSSS. Cadre de référence du Regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire en CSSS*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Rodrigues, L., Bourgeois, L., Landry, Y., Guay, L., & Pinard, J. L. (2006). *Repenser la qualité des services en santé mentale dans la communauté : Changer de perspective*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Rondeau, G., & Commelin, D. (2005). La profession de travailleur social au Québec. Dans R. Hurtubise & J.-P. Deslauriers (dir.), *Le travail social international. Éléments de comparaison* (p. 255-282). Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Roscoe, K. D., & Madoc, I. (2009). Critical social work practice a narrative approach. *International Journal of Narrative Practice*, 1 (1), 9-19.
- Rothman, J. (2009). An Overview of Case Management. Dans A.R. Roberts (dir.), *Social worker's desk reference* (2nd ed., p. 751-755). New York: Oxford University Press.
- Town's, A., & Schwartz, K. (2012). Social worker's role in the canadian mental health care system. *Research on Social Work Practice*, 22 (2), 214-218.
- Wilkinson, R. (2010). *L'égalité, c'est la santé*. Rhône-Alpes : Démopolis.

**Ordre des travailleurs sociaux
et des thérapeutes conjugaux
et familiaux du Québec**

255, boulevard Crémazie Est, bureau 520
Montréal (Québec) H2M 1M2

MÉTRO CRÉMAZIE

Tél. : 514 731-3925
Sans frais : 1 888 731-9420
Télécopieur : 514 731-6785

info.general@otstcfq.org

www.otstcfq.org



**Ordre des travailleurs sociaux
et des thérapeutes conjugaux
et familiaux du Québec**

L'HUMAIN. AVANT TOUT.