

## Drogues, santé et société

# L'évaluation des limitations à l'emploi en contexte de dépendances : une question d'équité

## Assessing employment limitations in the context of addictions: A question of equity

## La evaluación de las limitaciones para el empleo en el contexto de las dependencias: una cuestión de equidad



**DROGUES,  
SANTÉ ET  
SOCIÉTÉ**

Nadia Giguère, Stéphane Handfield, David Barbeau and Marie-Dominique Beaulieu

Volume 21, Number 1, August 2023

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1106257ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1106257ar>

[See table of contents](#)

### Publisher(s)

Drogues, santé et société

### ISSN

1703-8839 (print)

1703-8847 (digital)

[Explore this journal](#)

### Cite this article

Giguère, N., Handfield, S., Barbeau, D. & Beaulieu, M.-D. (2023). L'évaluation des limitations à l'emploi en contexte de dépendances : une question d'équité. *Drogues, santé et société*, 21(1), 100–125. <https://doi.org/10.7202/1106257ar>

### Article abstract

(Re)entering the workforce and maintaining employment is a major challenge for people undergoing medical treatment for an opioid use disorder. These people therefore often turn to financial assistance programs, which can be increased by 57% if a medical report documenting functional limitations results in a recognition of severe work disability. However, the evaluation of these limitations is a complex medical act, particularly for patients with drug or alcohol use disorders.

The case study conducted in an opioid addiction treatment center aimed to document: 1) the criteria used by professionals involved in the assessment; and 2) the experiences of applicants. The data collected came from interviews with seven professionals and 18 service users and from two focus groups with about 20 professionals.

The thematic analysis shows that five types of criteria are used by the professionals: 1) medical and psychosocial factors; 2) the person's employability; 3) his or her credibility; 4) the potential impacts of recognizing work disability and of access to enhanced benefits; 5) their individual values. Five main themes also emerged from the interviews with users: 1) anxiety about the medico-administrative process; 2) the difficulty of accepting the refusal to recognize work disability; 3) the anticipated or felt impacts of access to enhanced benefits, which tend to show the strong potential of interventions on income; 4) the great value placed on work and the relief of having their employment difficulties recognized; 5) the variability of users' reactions to the formalization of a diagnosis.

Some ideas are proposed for the evaluation of employment limitations from a health promotion perspective. These include an interdisciplinary perspective as a facilitator for taking into account the social determinants of health in the evaluation.



**DROGUES,  
SANTÉ ET  
SOCIÉTÉ**

Réflexion sur la pratique

## **L'évaluation des limitations à l'emploi en contexte de dépendances : une question d'équité**

**Nadia Giguère**, Ph. D, chercheure, Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS), Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal et professeure associée, Département de médecine de famille et de médecine d'urgence (DMFMU), Université de Montréal

**Stéphane Handfield**, M.Sc, professionnel de recherche, CREMIS

**David Barbeau**, MD, M.Sc, médecin, GMF-U des Faubourgs et programme CRAN du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, chargé d'enseignement clinique, DMFMU, Université de Montréal et praticien-chercheur, CREMIS

**Marie-Dominique Beaulieu**, C.Q., M.D., CCMF, M.Sc., FCMF, professeure émérite, Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, Université de Montréal et chercheure associée, CREMIS

### **Correspondance**

Nadia Giguère

66, rue Sainte-Catherine Est

Montréal, Québec H2X 3E7

Téléphone : 514 527-9565, poste 3691

Courriel : [nadia.giguere.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:nadia.giguere.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca)

## Résumé

(Ré)intégrer le marché du travail et se maintenir en emploi représente un grand défi pour les personnes traitées pour un trouble lié à l'usage des opioïdes. Ces personnes se tournent donc souvent vers les programmes d'aide financière, qui peuvent être majorés de 57 % si un rapport médical documentant les limitations fonctionnelles donne lieu à une reconnaissance de contraintes sévères à l'emploi. L'évaluation de ces limitations est cependant un acte médical complexe, particulièrement pour des patients ayant des troubles liés à l'usage de drogue ou d'alcool.

L'étude de cas réalisée dans un centre de traitement de la dépendance aux opioïdes visait à documenter : 1) les critères utilisés par les professionnels impliqués dans l'évaluation ; et 2) le vécu des personnes requérantes. Les données recueillies proviennent d'entretiens menés auprès de sept professionnels et 18 usagers et de deux groupes de discussion formés d'une vingtaine de professionnels.

L'analyse thématique montre que cinq types de critères sont utilisés par les professionnels : 1) les facteurs médicaux et psychosociaux ; 2) l'employabilité de la personne ; 3) sa crédibilité ; 4) les impacts potentiels de la reconnaissance des contraintes à l'emploi et de l'accès aux prestations majorées ; 5) leurs valeurs individuelles. Également cinq thèmes principaux émergent des entretiens avec les usagers : 1) l'anxiété liée au processus médico-administratif ; 2) la difficulté à accepter le refus de reconnaissance des contraintes ; 3) les impacts anticipés ou ressentis de l'accès aux prestations majorées, qui tendent à montrer le fort potentiel des interventions sur le revenu ; 4) la grande valeur accordée au travail et le soulagement de voir reconnaître ses difficultés en emploi ; 5) la variabilité des réactions des usagers à l'égard de l'officialisation d'un diagnostic.

Des pistes de réflexion sont proposées pour l'évaluation des limitations à l'emploi dans une perspective de promotion de la santé. Celles-ci incluent une approche interdisciplinaire afin de faciliter la prise en compte des déterminants sociaux de la santé dans l'évaluation.

**Mots-clés :** limitations à l'emploi, dépendance, programmes sociaux, évaluation médicale, déterminants sociaux de la santé, approche interdisciplinaire

## **Assessing employment limitations in the context of addictions: a question of equity**

### **Abstract**

(Re)entering the workforce and maintaining employment is a major challenge for people undergoing medical treatment for an opioid use disorder. These people therefore often turn to financial assistance programs, which can be increased by 57% if a medical report documenting functional limitations results in a recognition of severe work disability. However, the evaluation of these limitations is a complex medical act, particularly for patients with drug or alcohol use disorders.

The case study conducted in an opioid addiction treatment center aimed to document: 1) the criteria used by professionals involved in the assessment; and 2) the experiences of applicants. The data collected came from interviews with seven professionals and 18 service users and from two focus groups with about 20 professionals.

The thematic analysis shows that five types of criteria are used by the professionals: 1) medical and psychosocial factors; 2) the person's employability; 3) his or her credibility; 4) the potential impacts of recognizing work disability and of access to enhanced benefits; 5) their individual values. Five main themes also emerged from the interviews with users: 1) anxiety about the medico-administrative process; 2) the difficulty of accepting the refusal to recognize work disability; 3) the anticipated or felt impacts of access to enhanced benefits, which tend to show the strong potential of interventions on income; 4) the great value placed on work and the relief of having their employment difficulties recognized; 5) the variability of users' reactions to the formalization of a diagnosis.

Some ideas are proposed for the evaluation of employment limitations from a health promotion perspective. These include an interdisciplinary perspective as a facilitator for taking into account the social determinants of health in the evaluation.

**Keywords:** work disability, addiction, social welfare programs, sickness certification, social determinants of health, interdisciplinarity

## La evaluación de las limitaciones para el empleo en el contexto de las dependencias: una cuestión de equidad

### Resumen

(Re)integrar el mercado laboral y mantenerse en el empleo representa un gran desafío para las personas tratadas por un trastorno relacionado con el uso de opioides. Estas personas recurren entonces a menudo a los programas de ayuda financiera, que pueden aumentar en un 57% si un informe médico que documente sus limitaciones funcionales da lugar al reconocimiento de restricciones graves para el empleo. La evaluación de estas limitaciones es, sin embargo, un acto complejo, especialmente para pacientes con trastornos relacionados con el consumo de drogas o alcohol.

El estudio de caso realizado en el centro de tratamiento de la dependencia a los opioides tuvo como objetivo documentar: 1) los criterios utilizados por los profesionales involucrados en la evaluación, y 2) la experiencia de los solicitantes. Los datos recogidos proceden de entrevistas realizadas con siete profesionales y 18 usuarios y de dos grupos de discusión con una veintena de profesionales.

El análisis temático indica que los profesionales utilizan cinco tipos de criterios: 1) los factores médicos y psicosociales; 2) la empleabilidad de la persona; 3) su credibilidad; 4) los impactos potenciales del reconocimiento de limitaciones laborales y el acceso al aumento de las prestaciones; 5) sus valores individuales. Surgen también de las entrevistas con los usuarios cinco temas principales: 1) la ansiedad relacionada con el proceso médico administrativo; 2) la dificultad de aceptar el no reconocimiento de las limitaciones laborales; 3) los impactos anticipados o experimentados del acceso a prestaciones aumentadas, que tienden a indicar el fuerte potencial de las intervenciones sobre el ingreso; 4) el gran valor que se le otorga al trabajo y el alivio de ver reconocidas las propias dificultades en materia de empleo; 5) la variabilidad de las reacciones de los usuarios ante la oficialización de un diagnóstico.

En este trabajo se proponen vías de reflexión para la evaluación de las limitaciones laborales desde un enfoque de promoción de la salud, incluyendo una perspectiva interdisciplinaria destinada a facilitar la consideración de los determinantes sociales en la evaluación.

**Palabras clave:** limitaciones de empleo, dependencia, programas sociales, evaluación médica, determinantes sociales de la salud, enfoque interdisciplinario

## Introduction

Un traitement médical accompagné d'un suivi multidisciplinaire a des impacts positifs importants sur les habitudes de consommation et la qualité de vie des personnes aux prises avec un trouble lié à l'usage des opioïdes (Bart, 2012; Institut national d'excellence en santé et services sociaux [INESSS], 2021). Un des défis demeure cependant de (ré)intégrer le marché du travail et de se maintenir en emploi. Pour différentes raisons médicales et psychosociales, ces personnes sont confrontées à des échecs répétés et se tournent souvent vers l'aide gouvernementale pour un revenu de survivance. Au Québec, cette aide financière de dernier recours est administrée par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS) et est divisée principalement en deux programmes distincts : 1) le Programme d'aide sociale accessible aux personnes à qui on ne reconnaît pas de contraintes à l'emploi ou à qui on reconnaît des contraintes temporaires à l'emploi; 2) le Programme de solidarité sociale (ci-après PSS) accessible aux personnes à qui on reconnaît des contraintes sévères à l'emploi.<sup>1</sup> En 2022, le revenu pour une personne seule bénéficiant du PSS était de 57 % plus élevé que le revenu d'aide sociale pour une personne sans contrainte à l'emploi (1 138 \$ contre 726 \$ par mois), permettant ainsi de se rapprocher du seuil de sortie de la pauvreté.<sup>2</sup>

En vigueur dans sa forme actuelle depuis 2007, le PSS rejoint plus de 115 000 personnes par an (Jetté et al., 2011; Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale [MTESS], 2022b). Le MESS définit les contraintes sévères à l'emploi comme un état physique ou mental altéré de façon significative, empêchant la personne d'occuper les emplois correspondant à ses caractéristiques socioprofessionnelles. Pour être considérées comme « sévères », les contraintes à l'emploi doivent être « susceptibles de perdurer 12 mois et plus, elles peuvent vraisemblablement acquies un caractère de permanence ou indéfini ». (MTESS, 2022a) À noter que la décision de donner accès au PSS peut être prise au niveau de l'agent d'aide sociale, dans une admission dite « simplifiée », si la personne bénéficiaire de l'aide financière de dernier recours fournit à son agent un formulaire médical SR-2100 incluant un diagnostic incapacitant inscrit sur la liste des « diagnostics évidents » du MESS. Si ce n'est pas le cas, l'évaluation de l'éligibilité au programme se fait par le Centre des services d'évaluation médicale et socioprofessionnelle (CSEMS) du MESS. Cette évaluation dite « approfondie » se base principalement sur l'analyse des informations contenues dans le formulaire médical SR-2100, dans lequel les médecins doivent se prononcer sur les limitations fonctionnelles de leurs patients. Le CSEMS tient également compte de toutes les informations médicales complémentaires fournies par le médecin traitant, le cas échéant (rapport d'examen, rapport d'évaluation d'un intervenant psychosocial, etc.). En sus des facteurs médicaux, le CSEMS tient compte des facteurs socioprofessionnels entravant la capacité à l'emploi. Pour se faire,

---

<sup>1</sup> Le Programme Objectif emploi n'est pas abordé dans cet article. Celui-ci s'adresse aux primodemandeurs, afin de leur offrir en parallèle avec un soutien de revenu un accompagnement personnalisé pour l'intégration sur le marché du travail. Pour une perspective critique sur les logiques d'activation qui sous-tendent ce programme, voir Charron, 2019. La mesure du panier de consommation (indexée pour 2022) pour une personne seule vivant à Montréal est de 1 865 \$/mois (Institut de recherche et d'informations

<sup>2</sup> La mesure du panier de consommation (indexée pour 2022) pour une personne seule vivant à Montréal est de 1 865 \$/mois (Institut de recherche et d'informations socioéconomiques [IRIS], 2022). Selon cette mesure, une personne ayant accès au PSS couvre ainsi 61 % de ses besoins de base, contre 39 % pour une personne ayant accès au Programme d'aide sociale.

il consulte également le formulaire SR-2105, rempli par le patient lui-même, et qui compile diverses informations sur son historique de formations et d'emplois.

Le formulaire médical est néanmoins nécessaire pour faire une demande d'accès au PSS. Or, l'évaluation des limitations fonctionnelles est un acte médical qui comporte d'emblée son lot de défis, et il se complexifie davantage lorsqu'il est question de patients ayant des troubles d'usage de substances. Lors des discussions préliminaires ayant mené à l'élaboration du projet de recherche, nous avons été témoins des questionnements récurrents des médecins au sujet des impacts de leurs pratiques sur les usagers. Y a-t-il un risque, en permettant l'accès au PSS, de démobiliser le patient pour des recherches d'emploi futures ? Y a-t-il un risque de stigmatisation en raison de l'étiquette « d'inapte » associée au programme ? Quels sont les impacts d'un revenu disponible plus élevé sur des patients ayant des problématiques de dépendance ?

Le projet de recherche combinait deux objectifs spécifiques, soit de documenter : 1) les critères utilisés (et leur variabilité, le cas échéant) par les différents professionnels impliqués dans l'évaluation des limitations de personnes ayant des problématiques de dépendance ; et 2) le vécu des personnes requérantes. Nous souhaitons ainsi comprendre dans un premier temps comment étaient pris en compte différents déterminants sociaux de la santé (DSS) dans le cas spécifique d'une évaluation des limitations chez des personnes bénéficiaires de l'aide sociale ayant des problématiques de dépendance ; et dans un deuxième temps, quelles répercussions avaient ces pratiques professionnelles sur le vécu du processus d'évaluation et les trajectoires des patients.

Après avoir fait un tour d'horizon des défis entourant l'action sur les DSS, l'article présente les enjeux spécifiques relatifs à l'évaluation des limitations à l'emploi et l'approche méthodologique ayant guidé notre recherche. Les résultats sont ensuite présentés en deux blocs, suivant les deux objectifs spécifiques du projet de recherche. Nous proposons finalement des pistes de réflexion pour des pratiques d'évaluation des limitations fonctionnelles qui intègrent une perspective de promotion de la santé et de justice sociale.

### **Agir sur les déterminants sociaux de la santé : importance et défis**

L'obligation de responsabilité sociale des médecins fait consensus au sein des organisations internationales en santé et des facultés de médecine (Sharma et al., 2018). Les médecins ont un rôle primordial à jouer pour promouvoir l'équité en santé, notamment en agissant sur les DSS. Plusieurs guides pratiques à l'intention des praticiens en santé, dont les médecins, réfèrent au *Cadre d'action à l'égard des déterminants sociaux des inégalités de santé de l'Organisation mondiale de la santé* (OMS) afin de les aider à cerner les niveaux d'action prioritaires (Conseil canadien des déterminants de la santé [CCDSS], 2015 ; Commission on Social Determinants of Health [CSDH], 2008 ; Lucyk et McLaren, 2017). Selon ce cadre, les médecins peuvent agir à trois niveaux : 1) au niveau micro, ou individuel, par leurs actions de tous les jours auprès de leurs patients ; 2) au niveau méso, par des actions au niveau communautaire ; et 3) au niveau macro, par des actions sur les politiques publiques (Buchman et al., 2016 ; Collège des médecins de famille du Canada [CMFC], 2018 ; Canadian Medical Association [CMA], 2013a ; Organisation mondiale de la

santé [OMS], 2010). Ces niveaux d'action sont bien connus des médecins, qui sont familiers avec le concept théorique des DSS. Le défi demeure cependant d'intégrer cette prise en compte des DSS dans leurs pratiques quotidiennes (Baum et al., 2009; CMA, 2013b; CMFC, 2015; Mikkonen et Raphael, 2010; Naz et al., 2016; Sharma et al., 2018; Tudrej et al., 2018). Plusieurs médecins témoignent en effet d'un certain sentiment d'impuissance face aux DSS (Bloch et al., 2011; Carde et al. 2018; Carde 2020; CMFC, 2015). Le constat que les problèmes sociaux sous-jacents aux enjeux de santé ne relèvent pas de leurs compétences cliniques, combiné aux contraintes temporelles quotidiennes dans l'exercice de leurs fonctions, explique en partie pourquoi le niveau micro leur semble généralement le plus à leur portée (Sharma et al., 2018).

Or, parmi les actions sur les DSS suggérées à ce niveau, on mentionne l'importance du repérage de la pauvreté à travers une « anamnèse sociale »<sup>3</sup> (Buchman et al., 2016; CMA, 2013a et b; CMFC, 2015; Goel et al., 2016; Tudrej et al., 2018). Considérant que le revenu disponible est un déterminant majeur de la santé, les interventions succédant à ce repérage peuvent prendre différentes formes: interventions interdisciplinaires visant à augmenter le revenu disponible des patients, conseils ou outils pratiques pour le patient sur l'accès aux différents programmes de soutien de revenu (incluant la disponibilité en clinique des formulaires appropriés) ou encore plaider pour l'accès à ces programmes (Jones et al., 2017; Marmot, 2017; Phelan et al., 2010). Néanmoins, plusieurs facteurs expliquent que ces actions au niveau micro posent des difficultés pour les médecins. Ceux-ci manquent d'outils, de temps et d'habiletés pour évaluer et aborder les enjeux sociaux sous-jacents aux problèmes de santé (Bloch et al., 2011; CMA, 2013b; CMFC 2015; Nordling et al., 2020; Tudrej et al., 2018). Le cas échéant, les interventions sur le revenu exigent une compréhension préalable des rouages des différents programmes de soutien, nécessitant aussi du temps et des ressources qu'ils n'ont pas (CMA, 2013b; CMFC, 2015).

### **Enjeux relatifs à l'évaluation médicale des limitations à l'emploi**

Dans plusieurs pays de l'OCDE, le processus d'accès à un programme de soutien de revenu pour une personne ayant des limitations à l'emploi repose sur une double évaluation: médicale, puis administrative. Ce processus médico-administratif fait des médecins la principale porte d'entrée vers ces programmes de soutien, leur donnant par le fait même l'occasion d'intervenir sur le revenu disponible de leurs patients. Cette situation génère chez eux un malaise à l'idée de jouer le double rôle de soignant et de gardien de l'accès aux programmes (Ekberg et al., 2019; Engblom et al., 2011; Nordling et al., 2020; Plante, 2008). En outre, les défis liés aux pratiques de certification médicale pour limitations à l'emploi sont bien documentés. Ils incluent notamment l'incertitude face à la capacité fonctionnelle lorsqu'il n'y a pas de pathologie claire et l'incertitude face au pronostic (Engblom et al., 2011; Foley et al., 2013; Letrilliart et Barrau, 2012; Macdonald

---

<sup>3</sup> L'anamnèse permet de reconstituer l'historique médical avant l'examen clinique. En complément à cette étape du processus diagnostique, l'anamnèse sociale consiste à recueillir des renseignements permettant de situer le patient dans son contexte social. Sont généralement inclus dans l'anamnèse sociale: l'identité (ethnique, religieuse, de genre, etc.) et les caractéristiques démographiques, les sources de revenus et l'accès à l'assurance-médicament, la situation du logement, les caractéristiques socioprofessionnelles, le soutien social, les besoins juridiques et les antécédents familiaux (Goel et al., 2016).



et al., 2012). Les personnes souffrant de problèmes de santé mentale sont ainsi particulièrement désavantagées dans l'accès à certains programmes, en raison de la nature complexe, fluctuante et imprévisible de leurs problèmes (Giguère et Handfield, 2021 ; McAllister et al., 2017 ; SafetyNet Center for Occupational Health and Safety Research, 2019). Les craintes de bloquer les possibilités d'emploi futures ainsi que le manque d'informations sur le parcours d'emploi, la capacité résiduelle de travail et l'impact du travail sur la santé du patient font également partie des défis rencontrés par les médecins évaluant la capacité au travail (Ekberg et al., 2019).

Des études menées dans différents contextes illustrent en outre la très grande variabilité dans les pratiques d'évaluation selon le milieu clinique, la formation reçue, les expériences professionnelles, le genre des médecins et leurs valeurs relativement à l'importance de la lutte aux inégalités sociales (Arrelöv et al., 2005 ; Bremander et al., 2012 ; Nordling et al., 2020 ; Winde et al., 2011). Elles varient aussi selon l'âge, l'ethnicité ou le niveau socioéconomique du patient et selon la crédibilité accordée à son récit (Foley et al., 2013 ; Moskowitz et al., 2011 ; Nilsen et al., 2015 ; Stigmar et al., 2010 ; Wainwright et al., 2015). Des enjeux de crédibilité se font particulièrement sentir dans les cas spécifiques de dépendance. En effet, ce problème de santé, souvent perçu comme étant causé par la personne elle-même, fait ressortir avec acuité comment les constructions sociales peuvent interférer dans l'application des critères d'éligibilité à un programme (Brucker, 2009). Finalement, le désir de préserver l'alliance thérapeutique influence aussi les pratiques de certification (Coutu et al., 2013 ; Nilsen et al., 2015 ; Wainwright et al., 2015). En somme, plusieurs facteurs relatifs aux parcours des médecins et aux rapports sociaux qu'ils entretiennent avec leurs patients s'invitent dans la clinique et impactent les pratiques d'évaluation.

Une façon d'appréhender cette variabilité dans les pratiques, suggérée par certains auteurs, est de mettre en lumière la difficulté qu'ont les médecins à déterminer le poids relatif à accorder aux symptômes cliniques et aux DSS dans l'évaluation des limitations à l'emploi (Falvo, 2013 ; Nilsen et al., 2015 ; Nordby et al., 2011). Théoriquement, il est admis que la prise en compte de plusieurs DSS est primordiale pour la qualité de l'évaluation des limitations à l'emploi, considérant que le niveau de fonctionnement d'une personne est le résultat des interactions entre sa condition de santé, des facteurs personnels et des facteurs environnementaux (Drake et al., 2012 ; Falvo, 2013 ; Leo et Del Regno, 2001 ; Loisel et Côté, 2014 ; Madden et al., 2011 ; McAllister et al., 2017 ; Ustun et al., 2010). En pratique cependant, les médecins ont de la difficulté à aborder avec leurs patients les problèmes sociaux sous-jacents aux enjeux de santé (Barry et al., 2000 ; Bloch et al., 2011). Il est peu étonnant dès lors qu'on note, chez les professionnels appelés à évaluer la capacité au travail, une variabilité dans la nature des informations prises en compte, notamment en ce qui concerne les capacités d'adaptation, la tolérance émotionnelle au marché du travail ou encore le contexte socioéconomique de la personne requérante (Dewa et al., 2015).

Plusieurs études ont documenté la variabilité des pratiques d'évaluation des limitations à l'emploi et les défis rencontrés par les praticiens (Nordling et al., 2020), mais étonnamment, peu d'études se sont penchées sur le processus d'évaluation en tant que tel. Que font les médecins exactement ? Quels critères utilisent-ils pour prendre leurs décisions ? Et quels apports peuvent avoir les autres

professionnels de la santé et des services sociaux impliqués dans l'évaluation, le cas échéant? Cet article contribue à ce champ de recherche en développement à partir du cas particulier des évaluations des limitations à l'emploi chez des personnes bénéficiaires traitées pour des troubles d'usage de substance.

### **Approche méthodologique**

L'étude de cas a été réalisée au Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (CRAN) à Montréal en 2015 et 2016. Les problèmes de dépendance étant souvent associés à des problèmes de santé physique et mentale et à des problématiques psychosociales affectant l'employabilité (Khan, 2017; Suissa, 2009), ce milieu a été considéré comme particulièrement approprié à l'étude de cas, pour mieux comprendre les pratiques des professionnels de la santé et des services sociaux lors d'évaluations des limitations à l'emploi dans des dossiers complexes. L'équipe clinique interdisciplinaire y offre des suivis de longue durée, chaque usager<sup>4</sup> recevant les services d'un médecin, d'une infirmière et d'un intervenant psychosocial. Bien que le médecin soit responsable de la signature du formulaire, les cas y sont souvent discutés en équipe.

Trois catégories de participants étaient recherchées : des usagers, des médecins et des professionnels membres de l'équipe interdisciplinaire. Les vingt-six professionnels des services réguliers du CRAN ont été invités à recruter des usagers avec qui ils avaient discuté de l'accès au PSS, en excluant les dossiers dans lesquels il y avait un diagnostic clairement incapacitant (ex. : insuffisance cardiaque sévère, schizophrénie paranoïde). Seize d'entre eux ont fourni des références. Sur les 30 références reçues, 18 usagers ont accepté de participer à des entretiens semi-dirigés d'environ deux heures. Pour les autres références, il s'agit majoritairement d'usagers que nous n'avons pas réussi à joindre après de multiples tentatives. Parmi les 18 usagers interviewés, 10 avaient un diagnostic principal en santé mentale, 6 avaient un diagnostic principal en santé physique et 2 étaient en attente d'un diagnostic. Au moment de l'entrevue, 9 usagers avaient accès au PSS (dont 2 à la suite d'un processus de révision), 3 étaient en attente d'une décision de leur médecin, 3 étaient en attente d'une décision du MESS et 3 étaient en processus de révision à la suite d'un refus du MESS.

Parmi les professionnels recruteurs, nous avons interviewé ceux s'inscrivant dans une dyade, c'est-à-dire ceux dont les patients ont participé à la recherche. Parmi les professionnels interviewés (4 hommes et 3 femmes), on retrouvait 3 médecins, 2 infirmières et 2 intervenants psychosociaux.

Différentes sources de données ont été utilisées pour cette étude de cas : des entrevues individuelles et deux groupes de discussion. Les entrevues avec les usagers portaient sur leur vécu au regard du processus d'évaluation de leurs limitations à l'emploi (au CRAN ou ailleurs), leur adhésion au plan d'intervention professionnel et leur perception de l'évolution de leur situation en regard de différents DSS. Les entrevues avec les professionnels portaient sur les pratiques d'évaluation

---

<sup>4</sup> Lorsque nous référons au contexte précis du CRAN, nous utilisons le terme usager plutôt que patient, conformément à la terminologie du programme CRAN.

des limitations fonctionnelles et la prise en compte de différents DSS dans cette évaluation. Avec leur consentement préalable, les cas de huit usagers ont aussi été discutés avec les professionnels lors de ces entretiens, ce qui a permis de mettre à l'épreuve d'un cas clinique les considérations générales des professionnels sur leurs pratiques d'évaluation. Deux groupes de discussion d'environ deux heures ont également été réalisés avec une vingtaine de professionnels présents lors de réunions d'équipe interdisciplinaire. Le premier groupe de discussion portait sur les enjeux liés à l'évaluation des limitations à l'emploi et le deuxième sur les analyses préliminaires des entretiens individuels. L'ajout des groupes de discussion, en complément aux entretiens individuels avec les professionnels, a permis de mieux mettre en relief la diversité des pratiques d'évaluation et la contribution des différents membres de l'équipe.

Les entrevues et discussions se sont déroulées au CRAN et ont été enregistrées, transcrites, et soumises à une analyse thématique de contenu en quatre étapes : 1) l'identification des thèmes préliminaires et la codification ; 2) le regroupement des thèmes et l'identification des catégories centrales ; 3) la rédaction d'une fiche analytique (une par entrevue/discussion de groupe) pour situer le contexte des entretiens et expliciter les liens entre les catégories ; et 4) l'analyse explicative, reprenant l'ensemble des fiches analytiques pour faire ressortir les représentations et les pratiques relatives à l'évaluation des limitations à l'emploi, avec une focale sur les contrastes par catégories d'acteurs (médecins, autres professionnels, personnes bénéficiaires). La grille finale de codification a été testée par deux chercheurs sur une série de trois entretiens et les différences d'interprétation ont été discutées en équipe de recherche multidisciplinaire (sociologie, anthropologie, médecine de famille) pour atteindre un consensus. La triangulation des données recueillies auprès des usagers, des médecins et des professionnels du CRAN et l'émergence de catégories collectivement partagées a permis de documenter de façon exhaustive l'expérience de certification dans ce milieu clinique (Alami et al., 2013 ; Fossey et al., 2002 ; Strauss, 1987). Les discussions des résultats de recherche avec les professionnels du CRAN les ont en outre amenés à davantage considérer l'expérience des usagers dans leur évaluation (Hunt et Arar, 2001), mais également à entamer une discussion au sujet de la variabilité de leurs pratiques et de la nécessité de se doter de balises collectives d'évaluation, qui seraient moins médecin-dépendant.

Le projet de recherche a été approuvé initialement par le Comité d'éthique de la recherche du CSSS Jeanne-Mance, puis renouvelé par le Comité d'éthique de la recherche en dépendances, inégalités sociales et santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

## Résultats

### Critères d'évaluation utilisés par les professionnels du CRAN

L'analyse des entretiens individuels réalisés auprès des professionnels du CRAN (médecins, infirmières et intervenants psychosociaux) a permis de faire émerger cinq types de critères retenus pour évaluer la présence de limitations fonctionnelles (Tableau 1). À noter que l'ordre de présentation

des thèmes est imputable aux auteurs. Aucune séquence temporelle n'a été décelée dans les récits de pratique d'évaluation. Le premier critère est l'évaluation médicale et psychosociale. Au-delà des problèmes de santé objectivables, ils tiennent compte des impacts d'un faible revenu sur l'état de santé, des effets secondaires de la médication utilisée pour traiter le trouble lié à l'usage des opioïdes, du niveau de fonctionnement social et des antécédents personnels.

Deuxièmement, ils évaluent l'employabilité de la personne et établissent une distinction entre la capacité à travailler et la capacité à être employé. Bien que les professionnels s'entendent sur l'importance du travail comme vecteur de réinsertion sociale, ils souhaitent éviter aux usagers des échecs répétés et éprouvants sur le marché du travail. Certains facteurs socioéconomiques deviennent ainsi des critères dans l'évaluation : l'âge, le niveau de scolarité, ou encore des éléments qui sont associés à une plus grande difficulté à se (ré)insérer professionnellement – particulièrement s'il n'y a pas d'historique d'emploi – par exemple un casier judiciaire ou des aptitudes sociales limitées. L'idée selon laquelle l'accès au PSS empêche le retour en emploi ou en formation<sup>5</sup> ou démobilise pour la recherche d'emploi incite aussi à tenir compte du pronostic, ou de la durée des limitations à l'emploi : les professionnels reconnaissent plus aisément des limitations à l'emploi si celles-ci leur semblent permanentes.

Troisièmement, l'évaluation repose en partie sur la crédibilité accordée au requérant. Considérant que des informations sont souvent manquantes au dossier, c'est le récit de l'usager qui permettra au professionnel de témoigner des limitations dans un rapport médical. Lors d'une évaluation, qui s'étale souvent au fil des suivis médicaux, il n'est ainsi pas rare que les usagers doivent démontrer leurs efforts et leurs échecs répétés d'insertion à l'emploi pour gagner la confiance du professionnel.

Quatrièmement, les professionnels évaluent les impacts potentiels de la reconnaissance des limitations à l'emploi et de l'accès au PSS sur l'estime de soi de la personne, sur sa reconnaissance sociale, sur son potentiel de (ré)insertion, et pour cette clientèle particulière, sur les risques de rechute : l'accès au PSS accroîtra-t-il les comportements délétères et la stigmatisation, ou au contraire, permettra-t-il une plus grande stabilité sociale et émotionnelle ?

Finalement, des valeurs individuelles entrent en ligne de compte dans le processus d'évaluation, par exemple des idéaux de justice, la valeur accordée au travail, ou encore une préoccupation pour les inégalités sociales.

Les différents membres de l'équipe interdisciplinaire utilisent ces cinq critères dans leur évaluation des limitations à l'emploi, indépendamment de leur discipline ou de leur rôle professionnel dans l'équipe, bien qu'à des degrés divers. Certains professionnels ont plus de temps pour recueillir des informations sur le profil socioéconomique du patient, comme l'explique ce médecin.

---

<sup>5</sup> Dans les faits, les bénéficiaires du PSS ont tout de même accès à des programmes d'emploi ou de formation, certains programmes leur étant même dédiés.

C'est précieux toute l'information que les infirmières et travailleurs psychosociaux récoltent. [...] L'impact que l'invalidité ou le supplément monétaire aurait concrètement sur leur vie, ce n'est pas qu'on l'oublie, mais il est moins mis de l'avant parce qu'on a toutes les problématiques médicales à aborder. C'est précieux, ce travail d'équipe [au CRAN], on ne trouve pas ça nulle part. (Médecin, premier groupe de discussion)

Selon le médecin et la situation du patient, cette interdisciplinarité bénéfique à l'évaluation peut néanmoins être mise en pratique de manières diverses, allant de la délibération collective à une décision prise par le médecin seulement, appuyée sur des informations complémentaires obtenues des autres professionnels.

TABLEAU 1 – Critères d'évaluation utilisés par les professionnels du CRAN

1. Évaluation médicale et psychosociale	
Impact du revenu sur la santé	Je voyais bien que c'était quelqu'un qui allait bien quand il avait un peu plus de sous. (Md3)
Effets secondaires des traitements de substitution	Si on prend en charge cette dépendance aux opiacés, que notre médicament a des effets secondaires qui empêchent les patients de travailler, c'est clairement notre responsabilité de dire « ce patient-là ne peut pas travailler. » (Md3)
Niveau de fonctionnement social	Ce n'est pas juste d'avoir la capacité physique de pouvoir travailler, c'est d'avoir ce qu'on appelle les outils internes, qui peuvent être aussi banals que d'avoir une régularité au niveau du sommeil, d'avoir la capacité de pouvoir se lever, d'avoir la motivation pour pouvoir se lever. (Inf1)
Facteurs non-médicaux	On peut trouver des diagnostics, mais c'est souvent des raisons non médicales qui font qu'une personne ne peut pas travailler. Des enfances très difficiles, ayant causé des problèmes psychologiques, des retards dans l'éducation [...] Ça entraîne une mauvaise estime de soi, un manque de confiance en soi... Ce n'est pas médical, mais ça contribue au fait que la personne n'ait pas la motivation requise ou les compétences requises pour retourner à l'emploi. (Md1)
2. Évaluation de l'employabilité	
Historique d'emploi	Je suis devant un patient qui me dit: « Oui, j'en ai fait des formations. » Mais est-ce que c'est vrai? S'il en a vraiment fait, lesquelles? Est-ce que ça a marché? Toute cette information-là, je ne l'ai pas. (Md1)  Quand on a une personne, je dirais en haut de 45 ans, qui n'a pas travaillé dans les 10 dernières années, qui vient de faire de l'incarcération, un moment donné... (Inf1)
Marché de l'emploi	Tu ne veux pas juste qu'il ait une <i>job</i> . Il faut penser à l'autre bord, la personne qui va l'employer. Est-ce qu'il est capable de rentrer le matin? (Md3)  Quel emploi elle pourrait faire? Elle ne pourrait pas être avec la clientèle, elle a de la misère à se concentrer. Je ne vois pas dans quoi elle pourrait être capable de travailler. (Inf2)

## L'évaluation des limitations à l'emploi

Pronostic	<p>Il était jeune, il avait dans la vingtaine. Tu te dis : « Bon, lui c'est quelqu'un qui est apte, je ne vais pas le mettre en incapacité permanente ». Il n'y en a pas de dilemme, au début. Mais c'est à force de signer le temporaire [...] Ça a dû me prendre 1 an, peut-être, pour me décider. [...] [J'évalue] vraiment avec le temps, l'évolution, l'observation... (Md1)</p> <p>Je n'ai pas un critère de durée, mais c'est sûr qu'il faut que je m'assure que le patient n'est franchement pas employable, ou ne peut pas travailler. Ça prend un certain temps pour m'en rendre compte. (Md3)</p>
<b>3. Évaluer la crédibilité du requérant</b>	
Recherche de cohérence dans le récit	Si je vois que la personne me raconte n'importe quoi juste pour l'obtenir [le PSS], et qu'il y a des informations contradictoires, je ne signerai pas. (Md2)
Recherche de motivation	<p>Un patient qui est vulnérable, mais qui fait ce qu'il faut pour s'aider, je vais le défendre très fort. Je me vois comme son avocat auprès du reste du système. Mais il faudra qu'il me prouve... pas son innocence, mais qu'il me prouve sa bonne volonté. Démène-toi, dis-moi que tu es prêt à t'aider [...] Démontre-moi que ce n'est pas juste que tu veux avoir 300 \$ de plus et que tu te fous du reste. (Md3)</p> <p>Quelqu'un qui est dans la consommation, qui ne veut rien savoir de travailler, parce que pour lui, le gouvernement a juste à payer pour lui, puis qui demande plus parce qu'il a le goût de consommer plus, je ne vois pas pourquoi je lui demanderais une incapacité permanente. (Inf2)</p>
<b>4. Évaluer l'impact possible du PSS</b>	
Sur l'estime de soi	Dans un sens, ça condamne la personne, de lui dire : « Regarde, tu ne seras jamais capable de travailler ». Ce n'est pas sûr que ça l'aide pour son estime de soi. Dans l'autre sens, ça peut dire : « Regarde, on sait que c'est difficile pour toi, prends un break, 2 ans, 3 ans, après ça on en reparle. Essaie de te refaire une santé physique, psychologique, après ça on verra ce que tu es capable de faire ». (Inf2)
Sur la reconnaissance sociale	Ce ne serait pas une punition de dire « Ah non ! Je ne suis pas capable de travailler ». Ce serait plutôt « Depuis le début que je dis que j'ai de la misère, puis enfin on le reconnaît. » (Inf2)
Sur la consommation	<p>L'argent que nous payons de nos taxes, il s'en va dans la consommation. [...] Un client que je sais qu'il consomme pour 100 \$/jour d'héroïne... au final, on finance sa consommation. (Inf1)</p> <p>J'ai peur qu'on augmente la consommation en augmentant leur revenu disponible. [...] Puis je veux prévenir la rechute, je le sais que le stress c'est une source de rechute. Ça nous place vraiment dans des situations difficiles. (Md1)</p> <p>C'est quelqu'un qui était abstinent depuis longtemps. Elle est en rechute, bien c'est qu'il y a des choses qui ne marchent pas bien dans sa vie. [...] C'est sûr que c'est un risque à prendre, mais je trouvais que ça valait la peine de lui donner cette chance-là, de rebondir, de prendre soin d'elle. (TS1)</p>
Sur la réinsertion en emploi	<p>Je sais que ça ne devrait pas être comme ça, puis que c'est un an [ou plus pour être éligible], mais... [...] à date, je n'ai pas eu d'expérience de gens qui se sont sortis du permanent. (Md3)</p> <p>Le questionnement du médecin, c'est : « Est-ce que ça peut avoir l'effet pervers qu'elle ne se cherche pas d'emploi ? » [...] Je le voyais [plutôt] comme un temps d'arrêt, où elle prenait du temps pour elle, prendre soin d'elle, pour après ça pouvoir... se lancer mieux. (TS1)</p>

## 5. Valeurs individuelles

Justice sociale	On a un rôle de justice par rapport à tout le reste de la société. Moi je vois d'autres patients qui se démènent comme des fous, avec 80 h/semaine puis deux jobs. (Md3)  C'est une personne qui a travaillé fort, qui a élevé ses enfants, qui a donné ce qu'elle a pu, puis je la sens très épuisée, au niveau de la santé physique et psychologique. Elle a fait sa part. Je pense qu'elle pourrait bénéficier [du PSS], pour ces raisons-là principalement. (TS2)
Valeur accordée au travail	Travail, travail, comme si le travail c'était la seule chose qu'il y avait dans la vie. (Inf 1)  C'est sûr qu'il y a de la morale, des convictions personnelles, d'où tu viens. Moi je viens d'un milieu où mon père a travaillé 80 h/semaine pour nous envoyer à l'école. (Md3)
Responsabilité sociale	Pour ceux, quand même assez nombreux, qui ne sont pas capables de retourner travailler – pour toutes sortes de raisons – je pense qu'on a un rôle à jouer dans la réduction des inégalités en augmentant leur revenu. [...] Comment agir là-dessus ? Ce n'est pas facile. Le plus concret, pour moi, c'est le formulaire de l'aide sociale. (Md1)

**Vécu et trajectoires des usagers du CRAN**

Cinq thèmes émergent des entretiens avec les usagers du CRAN (Tableau 2). Le premier thème est l'anxiété liée au processus médico-administratif d'accès au PSS. La rencontre décisive avec le médecin est très stressante pour l'utilisateur, qui a le sentiment de devoir le convaincre de ses limitations au travail, mais sans trop savoir comment faire valoir toute la complexité de sa situation. Souvent, le médecin évaluera la situation sur plusieurs mois, renouvelant à répétition des formulaires décrivant des limitations temporaires à l'emploi. Lors de cette période, l'utilisateur devra composer avec l'incertitude et avec un budget restreint, et souvent discontinu : faute de capacités d'organisation, d'accès régulier à un rendez-vous médical ou simplement de la santé nécessaire pour s'y rendre, plusieurs peinent en effet à faire renouveler ces rapports à leur arrivée à échéance. L'anxiété et l'incertitude se poursuivent lors de l'évaluation subséquente du MESS.

Deuxièmement, les usagers expriment des difficultés à accepter le refus du médecin ou du MESS de reconnaître des contraintes à l'emploi. Ils font part de leurs sentiments d'incompréhension, d'injustice ou de colère du fait de ne pas pouvoir accéder à un soutien qui aurait un impact significatif sur leurs conditions de vie et auquel ils jugent avoir droit, de même que de leurs sentiments d'impuissance et de désespoir pouvant mener à des cycles de découragement pouvant s'étirer sur plusieurs années.

Troisièmement, lorsqu'interviewés sur les impacts anticipés ou ressentis (selon leur cas) de la reconnaissance des contraintes à l'emploi, les usagers mentionnent abondamment les avantages découlant de la relative sécurité financière liée à l'accès au PSS : sécurité alimentaire, possibilités de socialisation, diminution de l'anxiété et du sentiment de désespoir occasionné par le manque récurrent d'argent. Pour des personnes ayant des problématiques de dépendance, l'apaisement

du stress financier peut aussi permettre une stabilisation émotionnelle contribuant à contrôler ou à diminuer la consommation et les pratiques d'automédication. Dans certains cas, cela amène à se sortir de cycles d'itinérance ou d'incarcération qui perduraient depuis de nombreuses années, et qui étaient liés à des contextes de rechute. L'accès au PSS est aussi lié à leur participation sociale. L'augmentation du revenu disponible est en effet souvent mentionnée comme le point tournant dans une trajectoire pour amorcer une nouvelle démarche (thérapie, bénévolat, projet parental, etc.).

Quatrièmement, concernant leur rapport au travail, bien que la plupart des usagers rencontrés n'avaient pas de projets concrets de retour en emploi à court terme, la plupart exprimaient un intérêt pour le travail et une profonde déception à l'idée de ne pas ou de ne plus pouvoir travailler. Certains entrevoyaient une possibilité de retour au travail, alors que pour d'autres, la crainte de perdre le filet de sécurité sociale que représente le PSS pouvait être un frein au retour à l'emploi. Malgré une part de stigmatisation face à un statut « d'invalidé » ou « d'inapte à vie » associé aux contraintes sévères à l'emploi, l'accès au PSS représentait souvent un grand soulagement du fait de voir son statut de bénéficiaire légitimé par la reconnaissance sociale de ses difficultés en emploi.

Finalement, la réception d'un diagnostic justificatif des limitations à l'emploi peut être vécue ou anticipée négativement par l'utilisateur, qui peut trouver très difficile de voir ses difficultés être « officialisées » dans un rapport médical. À l'opposé, la réception du diagnostic peut être vécue positivement, légitimant a posteriori les difficultés vécues et servant parfois de levier pour amorcer une démarche d'aide.

TABLEAU 2 – Le vécu des usagers du CRAN

1. Processus anxigène	
Difficulté de convaincre / prouver	<p>C'est dur à justifier. J'ai eu de la misère à l'avoir, il a fallu que je me batte, que je me démène, même si j'étais malade. (UE)</p> <p>J'avais peur qu'on me le refuse, justement parce que je consommais et que je ne prenais pas mes médicaments. [...] Je sentais que la société pensait que je profitais. (UI)</p>
Difficulté à renouveler des certificats temporaires	<p>J'étais trop déprimé pour aller me chercher un certificat médical [temporaire]. [...] Souvent j'étais marqué « apte au travail » même si je n'étais pas capable de bouger de chez nous. Je n'avais pas le courage d'aller chercher un rapport médical. Quand je commençais à aller un peu mieux, j'allais me chercher un rapport médical, je l'avais pour 3 mois. (UB)</p> <p>On n'a pas d'énergie à mettre là-dedans ! Juste de devoir <i>dealer</i> aux 3 mois ou aux 6 mois à refaire une demande, il ne faut pas que tu oublies de remettre [le formulaire] au médecin... Pour le gars qui fonctionne normalement, ç'a l'air d'une évidence [...] Pour quelqu'un qui essaye de s'en sortir [de la consommation] [...] tu n'es pas normal, puis juste de s'occuper d'une affaire, c'est déjà la mer à boire. (UQ)</p>



2. Refus difficiles à accepter	
Incompréhension	Je me sens incomprise. J'ai l'impression que les médecins [de l'aide sociale] qui ont pris la décision n'ont pas pris le temps d'essayer de comprendre ma situation. Je suis juste un numéro dans le fond, juste une demande de plus. (UG)
Sentiment d'injustice	Si je suis assez malade pour devoir aller à l'hôpital du matin au soir et ne pas pouvoir aller à l'école, ce n'est pas normal que je n'aie pas le droit à ça. (UG)  J'ai trouvé ça <i>cheap</i> . Moi j'ai moins mangé pour qu'elle [le médecin] elle puisse apaiser sa conscience. [...] Je ne sais pas ce qui pèse le plus dans la balance, si c'est le bien-être du patient ou le malaise du médecin. (UP)
Colère	J'étais fâché, j'étais en rage. Me laisser pourrir de même! (UF)
Découragement	Il [le médecin] ne voulait rien savoir. Il y avait toujours une défaite sur quelque chose. C'était dur à comprendre. Tu n'as plus le goût de te battre, tu n'as plus le goût de ne rien faire! (UM)
3. Impacts ressentis ou anticipés sur les DSS	
Diminution des comportements délétères	Ça va me permettre de rester dehors, de vivre de mes propres moyens, et non d'aller voler, commettre des conneries, me décourager et me ramasser en dedans [incarcéré]. (UE)  Mon plan de match, c'est de laisser ça [les doses élevées de médicaments] et d'avoir une vie équilibrée. (UF)
Stabilité émotionnelle	Moi ça m'a sauvé la vie, ça m'a donné la chance de pouvoir garder une stabilité dans ma vie, autant le côté financier, que le côté consommation, que le côté personnel. [...] Ça m'a donné beaucoup d'espoir aussi [...] Ça m'a donné le goût de faire des efforts et d'essayer de me comprendre moi-même. (UI)  D'avoir ce revenu-là, ça va me permettre de prendre le temps et d'avoir la profondeur émotive de <i>dealer</i> avec des choses et de les occulter ou de les sublimer ou <i>whatever</i> , mais de ne pas avoir toujours une partie importante de ton émotivité et de ton énergie qui sert juste à la survie, [...] de prendre du recul, de me préparer à faire un retour au travail qui ne sera pas juste un déraillement vers la prochaine rechute. (UQ)
Participation sociale	Je n'aurais plus à me concentrer sur essayer de trouver de l'emploi, puis perdre mon emploi. [...] Je pourrais voir plus mon intervenant psychosocial, participer à des activités. (UO)  Quand tu es en mode survie, comme moi, que tu ne manges pas bien, ça a un impact sur toute ton hygiène de vie. Si tu te couches et que tu as faim, tu ne dors pas bien [...] Ça va-tu te le dire, d'aller te chercher une <i>job</i> , quand tu files comme de la merde? (UP)
4. Rapport au travail	
Valeur accordée au travail / déception de ne pas travailler	J'aimerais ça travailler, parce que côté estime de soi... Un homme qui est bien dans sa peau, c'est un homme qui travaille. (UE)  J'ai toujours voulu travailler. Je sais que c'est de même qu'on se réalise dans la vie, c'est à travers le travail, principalement. C'est ça qui détermine ce que l'on est. [...] Devenir chauffeur de lift, livreur de pizza, peu importe. C'était important pour moi. Mais c'est devenu trop dur, je n'arrive pas à le faire. (UO)

## L'évaluation des limitations à l'emploi

Possibilités de retour au travail	<p>Les gens voient ça un peu comme une sentence ; moi, je ne vois pas ça comme ça, ce n'est pas un boulet. [...] Si je veux travailler, je vais y aller, travailler. (UP)</p> <p>Si tu commences à déclarer de quoi [des revenus de travail], si je me mets en péril, je peux perdre la sécurité que j'ai [avec le PSS]. Ce sont des décisions importantes à prendre. (UK)</p>
Reconnaissance sociale de ses difficultés	<p>Le monde se dit « Regarde, un autre hostie de BS, qu'il aille travailler ». Mais là, aujourd'hui, je me sens peut-être un petit peu moins comme ça. Regarde, j'ai un gros montant, c'est parce que je ne peux pas aller travailler. (UE)</p> <p>C'est impossible de trouver un emploi à moins d'avoir un employeur extrêmement compréhensif qui pourrait dire : « Ok, je comprends ta maladie, je comprends ta condition, je suis prêt d'accepter que tu manques à l'occasion parce que tu ne peux pas rentrer ». [...] Je ne travaille pas, mais le sevrage et la croissance personnelle, c'est du travail intensif, c'est plus que du 40 h/semaine, ce que je fais. (UI)</p>
<b>5. Réception diagnostique</b>	
Difficile	D'un côté, je savais déjà ça, mais de l'autre côté, c'est comme juste... rentrer le fer dans plaie. (UG)
Révélatrice	Ça m'a fait drôle, ça m'a fait réaliser qu'effectivement, j'avais peut-être vécu quelque chose de grave, que moi-même je n'en voyais pas la portée, jusque dans ma vie de tous les jours, même aujourd'hui. (UO)

## Discussion

La littérature la plus récente sur l'évaluation de la capacité au travail indique que les médecins devraient, pour mener à bien ces évaluations, prendre conscience de la complexité de cet acte médical, comprendre les liens entre la santé, le marché du travail et la sécurité sociale, s'assurer d'aller chercher des expertises complémentaires pour bien comprendre les limitations à l'emploi du patient et utiliser leur jugement professionnel pour soupeser les différentes informations, incluant les effets potentiels de leur décision sur le patient (Nordling et al., 2020).

Le volet de l'étude se penchant sur les critères d'évaluation montre que les professionnels du CRAN sont sensibles à cette complexité et tiennent compte de plusieurs facteurs dans leur évaluation. Le contexte spécifique du CRAN a fort probablement contribué à cette évaluation multifactorielle. Les différentes modalités de travail en équipe interdisciplinaire permettent en effet de mettre à profit les expertises de chacun, pour avoir un portrait global de la situation de l'utilisateur. Sans l'apport de l'équipe interdisciplinaire, le médecin peine à faire son évaluation de façon exhaustive ; les professionnels n'ayant pas à faire la prise en charge des besoins médicaux, de leur côté, ont plus de temps de rencontre avec l'utilisateur et des contacts souvent plus réguliers avec lui, et sont ainsi mieux à même de contribuer à l'anamnèse sociale. Leurs connaissances des utilisateurs sont mobilisées dans les discussions cliniques, ce qui alimente ainsi la réflexion des médecins imputables de la signature du formulaire.

Notre recherche montre cependant que même dans un contexte (qualifié « d'idéal » par les professionnels) où l'équipe clinique est interdisciplinaire et assure des suivis réguliers de longue durée avec les usagers, plusieurs zones d'ombre persistent. En particulier, la collecte d'informations sur l'historique et la situation d'emploi est très peu structurée et variable d'un professionnel à l'autre.<sup>6</sup> La méconnaissance au sujet de l'accessibilité des personnes bénéficiaires du PSS à des programmes de formation et d'employabilité adaptés à leur situation influence aussi leur décision, empêchant certains professionnels de penser ce programme comme étant un tremplin dans la vie de l'usager. La très grande valeur accordée au travail, la recherche de motivation au changement dans le récit de l'usager et son déficit de crédibilité peuvent aussi influencer l'évaluation, escamotant le fait qu'un « manque de motivation » puisse être lié à des DSS affectant la capacité à se conformer à un plan thérapeutique ou à se projeter dans l'avenir (Bloch et al., 2011; Buchman et al., 2016; Naz et al., 2016). Face à un manque d'informations, à une méconnaissance des rouages du programme et incertains des impacts concrets de la pauvreté et des impacts de leurs décisions dans les trajectoires des patients, les professionnels déploient une diversité de pratiques, entraînant potentiellement une iniquité dans l'accès au PSS<sup>7</sup>.

Cette diversité de pratiques constatée au CRAN ne serait cependant que la pointe de l'iceberg. Les rétroactions obtenues dans d'autres milieux cliniques lors de la présentation des résultats de recherche, les récits des usagers sur leurs expériences antérieures dans d'autres milieux cliniques que le CRAN, de même que les récits de personnes bénéficiaires recueillis dans le cadre d'un autre projet (Giguère et Handfield, 2021), suggèrent en effet que certains médecins refusent d'emblée de signer un formulaire SR-2100, sous prétexte que les limitations de la personne requérante ne relèvent pas, ou pas totalement, d'une condition médicale incapacitante. Or, la présence d'un « diagnostic évident » peut certes faciliter l'accès au PSS, mais le médecin peut néanmoins faire valoir qu'une condition médicale qui ne serait pas incapacitante en elle-même, mais qui, combinée à d'autres comorbidités, à un historique d'adversité et à des caractéristiques socioprofessionnelles (trauma, faible scolarité, faible capacité d'adaptation, etc.) peut être limitative pour l'emploi. Par méconnaissance des critères d'accès au PSS, certains médecins bloquent l'accès à une évaluation approfondie du MESS, alors que celle-ci inclut pourtant la prise en compte des comorbidités et des facteurs socioprofessionnels.

En ignorant que des raisons psychosociales peuvent aussi être invoquées en appui à un diagnostic, des médecins peuvent ainsi se sentir contraints de réduire une problématique multifactorielle à une problématique biomédicale, complexifiant ainsi l'accès au programme. Les rouages du processus médico-administratif contribuent aussi à cette « médicalisation » : le fait d'exiger, comme condition première d'éligibilité, qu'un diagnostic soit posé, ainsi que le fait de ne pas inclure de questions explicites sur les facteurs contributifs dans le formulaire médical, induisent chez les

---

<sup>6</sup> Nordling et al. (2020) arrivent au même constat. Ils identifient pour leur part trois niveaux d'informations utilisés par les médecins : 1) la condition médicale du patient et ses effets sur la vie quotidienne; 2) la situation sociale du patient; et 3) plus rarement, les informations relatives au milieu de travail.

<sup>7</sup> L'iniquité dans l'accès à certains programmes de soutien de revenu a été constaté ailleurs au Canada, notamment pour les prestataires souffrant de problèmes de santé mentale (Giguère et Handfield, 2021; Protecteur du citoyen, 2019; SafetyNet Centre of Occupational Health and Safety Research, 2019).

professionnels de la santé l'impression qu'ils doivent apporter une réponse médicale à un problème dont les enjeux se situent parfois ailleurs, ceci afin de faciliter le processus d'accès à certains programmes (Nordling et al., 2020 ; Thomas et al., 2018).

Nos résultats montrent également que le déficit de crédibilité parfois accordé à l'usager, combiné au manque d'informations au dossier, amène souvent le médecin responsable de la signature du formulaire à étaler son évaluation dans la durée, parfois sur plusieurs années. Cela lui permet d'être lui-même « témoin » de la pérennité des limitations à l'emploi au fil du temps et de mieux évaluer les impacts potentiels de l'accès au PSS pour l'usager. Pourtant, à la lumière des témoignages des usagers, on constate que cette évaluation dans la durée peut être doublement néfaste. D'abord, parce que la durée prolongée de l'évaluation risque de favoriser une détérioration de l'état de santé physique et mentale, les revenus très en deçà du seuil de pauvreté et l'anxiété liée au processus agissant sur l'état de santé. Ensuite, parce que cette évaluation prolongée cristallise la perception d'un manque de crédibilité accordé au récit de l'usager, donnant préséance au statu quo plus confortable pour le médecin, et nuisant ainsi à la qualité de la relation thérapeutique. Ces phénomènes ont été rapportés dans d'autres contextes (McAll et al., 2013 ; O'Brien et al., 2008 ; Wainwright et al., 2015). À la lumière de ces résultats, on peut se demander si cette « stratégie des petits pas », bien que rassurante pour les médecins, ne prive pas les patients de certaines possibilités (Carde et al. 2018 ; Carde 2020), dans ce cas-ci d'un accès à un programme de soutien de revenu plus généreux auquel ils pourraient être éligibles. Encore une fois, nos résultats de recherche pourraient bien n'être que la manifestation d'une problématique beaucoup plus vaste, considérant que les professionnels du CRAN ont l'habitude de travailler avec une clientèle ayant des troubles liés à l'usage et que leur méfiance à l'égard de cette clientèle pourrait être moindre que dans un contexte clinique moins spécialisé.

Finalement, il appert que les craintes exprimées au départ concernant les impacts potentiellement négatifs de l'accès au PSS chez des personnes ayant des problématiques de dépendance (ex. : augmentation de la consommation, démotivation) ne semblent pas s'être incarnées à la lumière des entrevues avec les usagers du CRAN. L'accès au PSS semble avoir permis une amélioration des conditions de vie et contribué à une stabilisation sociale et émotionnelle, favorisant en retour la stabilisation de la consommation, mais aussi le travail sur soi, l'adoption d'une vision plus positive de l'avenir et l'implication sociale. Un constat qui confirme le fort potentiel des interventions sur le revenu disponible pour améliorer la trajectoire sanitaire et sociale des patients, et qui doit être pris en compte par le médecin lorsqu'il doit juger du poids relatif à accorder aux différents DSS dans son évaluation. Cependant, au regard des impacts que peuvent avoir certains diagnostics justificatifs sur l'image de soi du patient, il est primordial pour les professionnels impliqués dans l'évaluation d'être transparents quant au processus d'évaluation et à ses rouages potentiellement réducteurs, ceci afin d'éviter chez le patient l'emprisonnement dans une étiquette « d'invalidé », tant redoutée par les professionnels eux-mêmes.

### **Forces et limites de l'étude**

Nos résultats viennent bonifier les rares études s'attardant aux critères utilisés dans les pratiques d'évaluation médicale de la capacité au travail. Elle est à notre connaissance la première à documenter spécifiquement les pratiques d'évaluation des limitations à l'emploi pour des personnes ayant entre autres problèmes de santé un trouble lié à l'usage de substances. L'étude de cas a permis d'utiliser plusieurs types de données, et donc d'inclure la perspective de différents professionnels (en sus des médecins) impliqués dans l'évaluation ainsi que celle des usagers. L'étude de cas a ainsi permis de comprendre le vécu du processus par les usagers, de documenter les impacts potentiels des pratiques d'évaluation, de répondre à certains questionnements initiaux des professionnels et à alimenter leur réflexivité.

Parmi les limites de l'étude, notons que le projet a été mené dans un seul milieu de pratique. Cela nous oblige à être prudents dans la transférabilité des résultats. Cependant, le projet de recherche a donné lieu à de nombreuses présentations des résultats dans des milieux cliniques variés, notamment par le biais d'une formation destinée aux médecins et aux résidents en médecine familiale, à laquelle étaient également conviés d'autres professionnels du réseau de la santé et des services sociaux. Les rétroactions obtenues lors de ces présentations témoignent de la pertinence de nos résultats pour alimenter la réflexivité des professionnels œuvrant dans des milieux cliniques très différents du CRAN. Il faut aussi noter que si l'échantillon de répondants a permis d'obtenir une diversification interne en termes d'âge et d'habitudes de consommation des usagers, il n'a pas permis de réaliser une analyse genrée de leurs expériences de certification. À noter finalement que les craintes initiales des professionnels d'induire une augmentation de la consommation en donnant accès au PSS ont pu les avoir amenés à éviter de reconnaître des limitations prolongées aux personnes les plus à risque de rechute. Il est aussi fort probable que les usagers avec consommation désorganisée fassent partie des usagers que nous n'avons pas réussi à rejoindre pour cette recherche.

### **Pour conclure : de la nécessité d'adopter une perspective de promotion de la santé et de justice sociale**

Un rôle spécifique a été dévolu aux médecins dans l'accès aux programmes de soutien de revenu. Mais trop souvent, la tâche de remplir ce type de formulaire médical est accueillie comme un fardeau par les médecins, qui n'ont pas toujours accès à une équipe interdisciplinaire pour les aider à mener à bien une anamnèse sociale exhaustive. La littérature montre bien que les médecins connaissent, théoriquement, l'impact majeur que peut avoir un supplément de revenu dans la vie de leurs patients, mais que les interventions sur le revenu leur posent des défis. Les nombreuses rétroactions de médecins provenant de milieux variés obtenues dans la foulée de ce projet nous montrent que rarement l'acte médical qui consiste à évaluer les limitations à l'emploi est envisagé comme un levier thérapeutique pour améliorer le bien-être de leurs patients. Considérer qu'une évaluation éclairée de la capacité au travail puisse en soi faire partie de leur rôle de promoteur de la santé amènerait un changement intéressant de perspective, qui pourrait changer la donne pour de nombreuses personnes bénéficiaires de l'aide de dernier recours confrontées à de multiples difficultés d'insertion à l'emploi. Plusieurs implications cliniques découlent de ce constat.

Premièrement, une meilleure connaissance des critères d'accès au PSS pourrait inciter les professionnels à utiliser le temps et les ressources nécessaires pour faire une anamnèse sociale plus complète. Celle-ci est une étape nécessaire à une évaluation éclairée de la capacité au travail. Bien qu'elle puisse paraître énergivore, elle pourrait permettre de remplir le rapport médical de façon plus exhaustive ou d'y annexer un rapport d'évaluation psychosociale et ainsi de faciliter en aval le travail d'évaluation approfondie fait par le MESS. En fournissant un portrait plus complet de la situation de l'usager au ministère chargé de l'évaluation finale, les professionnels impliqués directement ou indirectement dans l'évaluation contribueraient ainsi à réduire les délais de traitement de la demande, et au final à minimiser les impacts du processus sur la personne requérante.

Deuxièmement, une meilleure connaissance des impacts des interventions sur le revenu et des services disponibles pour les usagers ayant accès au PSS (comme les programmes spécifiques de formation et les mesures adaptées de soutien à l'emploi), pourrait amener les professionnels à relativiser leurs craintes d'avoir un impact négatif sur la participation sociale des usagers et contribuer à une évaluation plus éclairée.

Finalement, une meilleure compréhension du vécu du processus par les usagers pourrait permettre aux professionnels impliqués dans cette évaluation de mieux accueillir les demandes qui leur sont faites. Considérant l'anxiété liée à ce processus médico-administratif et l'ambivalence des usagers face à leurs capacités au travail, l'écoute empathique d'un professionnel au fait de la complexité liée aux limitations à l'emploi pourrait faciliter l'entretien clinique, contribuer à l'alliance thérapeutique et au final grandement faciliter l'anamnèse sociale.

À la lumière de nos résultats, on peut certes penser que l'intégration des perspectives d'autres professionnels de la santé et des services sociaux dans l'évaluation permettrait de faciliter cette anamnèse sociale, évitant ainsi au médecin de devoir «jouer aux devinettes» (Nordling et al., 2020) faute d'avoir une bonne connaissance de la situation globale du patient. L'approche interdisciplinaire n'est cependant pas une panacée, dans un contexte où l'action au niveau micro ne peut suffire. Au Québec comme ailleurs, les programmes de soutien de revenu tendent à faire des distinctions entre les catégories de prestataires, accordant un revenu plus élevé à ceux pouvant faire la preuve médicale de leurs contraintes prolongées au travail. Or, en plus de ne pas toujours avoir accès à une évaluation éclairée de leur situation, les prestataires que l'on juge «employables» se voient accorder un montant qui ne leur permet pas de participer socialement. Au contraire, ce revenu mensuel les maintient dans une logique de survie néfaste pour leur santé physique et mentale et limite leurs possibilités de travail et de participation sociale. Au-delà d'une évaluation éclairée des limitations à l'emploi, la responsabilité sociale du médecin comporte un rôle d'agent de changements. Et cela implique de participer pleinement aux plaidoyers pour revendiquer des programmes de soutien de revenu favorables à la santé (Buchman et al., 2016; CMFC, 2015; Meili et al, 2016; Woollard et al., 2016). C'est peut-être par ces actions renforçant la capacité collective d'agir à plus large échelle (Marmot, 2017; Sharma et al., 2018) que pourra être surpassé le sentiment d'impuissance exprimé par les médecins quant à l'action sur les causes sociales sous-jacentes des inégalités de santé.

## Références

- Alami, S., Desjeux, D. et Garabuaou-Moussaoui, I. (2013). L'analyse et la restitution des résultats. Dans S. Alami S. (dir.), *Les méthodes qualitatives* (p. 107-120). Presses Universitaires de France.
- Arrelöv, B.E., Borgquist, L. et Svärdsudd, K.F. (2005). Influence of Local Structural Factors on Physicians' Sick-listing Practice: A Population-based Study. *European Journal of Public Health*, 15(5), 470-474.
- Barry, C.A., Bradley, C.P., Britten, N., Stevenson, F.A. et Barber, N. (2000). Patients' Unvoiced Agendas in General Practice Consultations : Qualitative Study. *British Medical Journal*, 320(7244), 1246-1250.
- Bart, G. (2012). Maintenance Medication for Opiate Addiction: The Foundation of Recovery. *Journal of addictive diseases*, 31(3), 207-225.
- Baum, F.E., Bégin, M., Houweling, T.A. et Taylor, S. (2009). Changes not for the Fainthearted: Reorienting Health Care Systems toward Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. *American Journal of Public Health*, 99(11), 1967-1974.
- Bloch, G., Rozmovits, L. et Giambone, B. (2011). Barriers to Primary Care Responsiveness to Poverty as a Risk Factor for Health. *British Medical Journal family practice*, 12(1), 1-6.
- Bremander, A.B., Hubertsson, J., Petersson, I.F. et Grahn, B. (2012). Education and Benchmarking among Physicians may Facilitate Sick-listing Practice. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22(1), 78-87.
- Brucker, D. L. (2009). Social construction of disability and substance abuse within public disability benefit systems. *International Journal of Drug Policy*, 20(5), 418-423.
- Buchman, S., Woollard, R., Meili, R. et Goel, R. (2016). Pratiquer la responsabilité sociale : de la théorie à l'action. *Canadian Family Physician*, 62(1), 24-27.
- Canadian Medical Association (CMA). (2013a). *Health Equity and the Social Determinants of Health: A Role for the Medical Profession*. CMA policy. <https://policybase.cma.ca/en/permalink/policy10672>.
- Canadian Medical Association (CMA). (2013b). *Physicians and Health Equity: Opportunities in Practice*.
- Carde, E., Isabel, M., Giguère, N. et Karazivan, P. (2018). *Inégalités sociales, patients difficiles et médecins de première ligne : une étude exploratoire*. CREMIS, CCSMTL. [https://api.cremis.ca/wp-content/uploads/2020/04/rapport\\_de\\_recherche\\_inegalites\\_sociales\\_patients\\_difficiles.pdf](https://api.cremis.ca/wp-content/uploads/2020/04/rapport_de_recherche_inegalites_sociales_patients_difficiles.pdf)
- Carde, E. (2020). Quand les inégalités sociales rendent les patients «difficiles». *Emulations - Revue de sciences sociales*, 35-36, 51-64.
- Charron, C. (2019). Des travailleurs et des travailleuses pauvres à « mettre en mouvement » : l'activation et la notion d'aptitude au travail au sein des services publics d'emploi. *Cahiers de recherche sociologique*, 66-67, 25-42. <https://doi.org/10.7202/1075974ar>
- Collège des médecins de famille du Canada (CMFC). (2015). *Conseil pratique sur les déterminants sociaux de la santé*. <https://patientsmedicalhome.ca/fr/resources/conseils-pratiques/conseil-pratique-sur-les-determinants-sociaux-de-la-sante/>

Collège des médecins de famille du Canada (CMFC). (2018). *Le point de vue de la justice sociale du CMFC*. <https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Resources/Health-Policy/SJ-Lens-Worksheet-Fillable-FR.pdf>

Commission on Social Determinants of Health (CSDH). (2008). *Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/97892?sequence=1>

Conseil canadien des déterminants sociaux de la santé (CCDSS). (2015). *Examen de cadres relatifs aux déterminants de la santé*. [https://nccdh.ca/images/uploads/comments/CCSDH\\_A-review-of-frameworks-on-the-determinants-of-health\\_FR.pdf](https://nccdh.ca/images/uploads/comments/CCSDH_A-review-of-frameworks-on-the-determinants-of-health_FR.pdf)

Coutu, M.F, Baril, R., Durand, M.J., Côté, D. et Cadieux, G. (2013). Clinician-patient Agreement about the Work Disability Problem of Patients Having Persistent Pain: Why it Matters. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 23(1), 82-92.

Dewa, C.S., Hees, H., Trojanowski, L. et Schene, A.H. (2015). Clinician Experiences Assessing Work Disability Related to Mental Disorders. *PLoS One*, 10(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0119009>

Drake R.E., Bond, G.R., Thornicroft, G., Knapp, M. et Goldman, H.H. (2012). Mental Health Disability : An International Perspective. *Journal of Disability Policy Studies*, 23(2), 110-120.

Ekberg, K., Bronson, D., Bartel, E. et MacEachen, E. (2019). How Physicians Deal With the Task of Sickness Certification in Cause-Based and Comprehensive Disability Systems—A Scoping Review. *Am J Nur & Pract*, 2(1), 1-10.

Engblom, M., Nilsson, G., Arrelöv, B., Löfgren, A., Skånér, Y., Lindholm, C., Hinas, E. et Alexanderson, K. (2011). Frequency and Severity of Problems that General Practitioners Experience Regarding Sickness Certification. *Scandinavian Journal Of Primary Health Care*, 29(4), 227-233.

Falvo, D. (2013). Psychosocial and Functional Aspects of Health Condition. Dans D. Falvo (dir.) *Medical and Psychosocial Aspects of Chronic Illness and Disability* (p. 9-30). Jones & Bartlett.

Foley, M., Thorley, K. et Van Hout, M.C. (2013). Assessing Fitness for Work: GPs Judgment Making. *European Journal of General Practice*, 9(4), 230-236.

Fossey, E., Harvey, C., McDermott, F. et Davidson, L. (2002). Understanding and Evaluating Qualitative Research. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(6), 717-732.

Giguère, N. et Handfield, S. (2021). Faire la preuve de choses invisibles : les impacts du processus d'accès au programme de solidarité sociale sur les personnes souffrant de problèmes de santé mentale. *Nouvelles Pratiques Sociales - Dossier Les transformations de la protection sociale : un regard sur les tendances récentes*, 32(1), 195-217.

Goel, R., Buchman, S., Meili, R. et Woollard, R. (2016). La responsabilité sociale au microniveau : Un patient à la fois. *Canadian Family Physician*, 62(4), 299-302.

Hunt, L.M. et Arar, N.H. (2001). An Analytical Framework for Contrasting Patient and Provider Views of the Process of Chronic Disease Management. *Medical Anthropology Quarterly*, 15(3), 347-67.



- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2021). *Trouble lié à l'usager d'opioïdes (TUO)*. [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Medicaments/GUO\\_TUO\\_FR.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Medicaments/GUO_TUO_FR.pdf)
- Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS). (2022). *Le revenu viable 2022 en période de crises multiples. Données pour différentes localités du Québec*. [https://iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2022/05/Revenu-viable-2022\\_WEB-1.pdf](https://iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2022/05/Revenu-viable-2022_WEB-1.pdf)
- Jetté, N., Brunet, F. et Martineau, V. (2011). L'histoire du droit à l'aide sociale au Québec (1969-2011). *Front commun des personnes assistées sociales du Québec*. <http://gaphrsm.ca/documents/Documentation/histoire-aide-sociale.pdf>
- Jones, M.K., Bloch, G. et Pinto, A.D. (2017). A novel Income Security Intervention to Address Poverty in a Primary Care Setting: A Retrospective Chart Review. *British Medical Journal Open*, 7(8). <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01356-4>
- Khan, S. (2017). Troubles concomitants de santé mentale et de consommation d'alcool ou de drogues au Canada. *Rapports sur la santé*, 28(8), 3-8.
- Leo, R.J. et Del Regno, P. (2001). Social Security Claims of Psychiatric Disability : Elements of Case Adjudication and the Role of Primary Care Physicians. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 3(6), 255-262.
- Letrilliart, L. et Barrau, A. (2012). Difficulties with the Sickness Certification Process in General Practice and Possible Solutions: A Systematic Review. *European Journal of General Practice*, 18(4), 219-228.
- Loisel, P. et Côté, P. (2014). The Work Disability Paradigm and its Public Health Implications. Dans P. Loisel et Anema J. (dir.), *Handbook of Work Disability. Prevention and Management* (p.59-67). Springer.
- Lucyk, K. et McLaren, L. (2017). Taking Stock of the Social Determinants of Health: A Scoping Review. *PloS one*, 12(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177306>
- Macdonald, S., Maxwell, M., Wilson, P., Smith, M., Whittaker, W., Sutton, M. et Morrison, J.A. (2012). Powerful Intervention: General Practitioners' Use of Sickness Certification in Depression. *BMC Family Practice*, 13(1), 1-9.
- Madden, R., Glozier, N., Mpofu, E. et Llewellyn, G. (2011). Eligibility, the ICF and the UN Convention : Australian Perspectives. *BMC Public Health*, 11(4), 1-11.
- Marmot, M. (2017). The Health Gap: Doctors and the Social Determinants of Health. *Scandinavian journal of public health*, 45(7), 686-693.
- McAll, C., Awad, J., Desgagné, J.Y., Gagné, J., Godrie, B., Keays, N., Plante, M.C., Stoetzel, N. et Gaudet, L. (2013). *Au-delà du préjugé. Trajectoires de vie, pauvreté et santé*. Presses de l'Université du Québec.
- McAllister, A., Hackett, M.L. et Leeder, S.R. (2017). Disability Income Support Design and Mental Illnesses: A Review of Australia and Ontario. *Public Health Research Practice*, 27(2). <http://dx.doi.org/10.17061/phrp2721715>

## L'évaluation des limitations à l'emploi

- Meili, R., Buchman, S., Goel, R. et Woollard, R. (2016). La responsabilité sociale au macroniveau : concrétisation à l'échelle globale. *Canadian Family Physician*, 62(10), e568-e571.
- Mikkonen, J. et Raphael, D. (2010). *Social Determinants of Health. The Canadian Facts*. York University School of Health Policy and Management. <http://torontohealthequity.ca/wp-content/uploads/2017/05/Social-Determinants-of-Health.pdf>
- Moskowitz, D., Thom, D.H., Guzman, D., Penko, J., Miaskowski, C. et Kushel, M. (2011). Is Primary Care Provider's Trust in Socially Marginalized Patients Affected by Race? *Journal of General Internal Medicine*, 26(8), 846-51.
- Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité Sociale (MTESS), (2022a). *Admissibilité en raison de contraintes sévères à l'emploi démontrées par un rapport médical*. ADEL – Aide à la décision en ligne. <https://www.mani.mess.gouv.qc.ca/?sujet=42486>
- Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité Sociale (MTESS), (2022 b). Rapport statistique sur la clientèle des programmes d'assistance sociale. [www.mtess.gouv.qc.ca/statistiques](http://www.mtess.gouv.qc.ca/statistiques)
- Naz, A., Rosenberg, E., Andersson, N., Labonté, R. et Andermann, A. (2016). Health Workers Who Ask About Social Determinants of Health are More Likely to Report Helping Patients: Mixed-methods Study. *Canadian Family Physician*, 62(11), e684-e693.
- Nilsen, S., Malterud, K., Werner, E.L., Maeland, S. et Magnussen, L.H. (2015). GPs' Negotiation Strategies Regarding Sick Leave for Subjective Health Complaints. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 33(1), 40-46.
- Nordby, H., Ronning, R. et Tellnes, G. (2011). *Social Aspects of Illness, Disease and Sickness Absence*. Unipub.
- Nordling, P., Priebe, G., Björkelund, C. et Hensing, G. (2020). Assessing Work Capacity—Reviewing the What and How of Physicians' Clinical Practice. *BMC Family Practice*, 21, 1-14.
- O'Brien, K., Cadbury, N., Rollnick, S. et Wood, F. (2008). Sickness Certification in the General Practice Consultation: The Patients' Perspective, A Qualitative Study. *Family Practice*, 25(1), 20-26.
- Phelan, Jo C., Link, B.G. et Tehranifar, P. (2010). Social Conditions as Fundamental Causes of Health Inequalities : Theory, Evidence, and Policy Implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51, S28-S40.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2010). *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44489/9789241500852\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44489/9789241500852_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Plante, M-C. (2008). Double jeu : le dilemme éthique des médecins avec les personnes à l'aide sociale. *Revue du CREMIS*, 1(1), 16-20. <https://www.cremis.ca/publications/articles-et-medias/double-jeu-le-dilemme-ethique-des-medecins-avec-les-personnes-a-laide-sociale/>
- Protecteur du citoyen. (2019). *Rapport annuel d'activités 2018-2019*. <https://protecteurducitoyen.qc.ca/fr/enquetes/rapports-annuels/2018-2019>

- SafetyNet Centre for Occupational Health and Safety Research. (2019). *Work Disability Programs in Newfoundland & Labrador and New Brunswick: Mapping Eligibility Criteria and Identifying Barriers for the Employment of Selected Disability Populations*. Memorial University. [https://www.crwdp.ca/sites/default/files/documentuploader/crwdp\\_2016\\_seed\\_grant\\_study\\_nl\\_-\\_report\\_june\\_2019.pdf](https://www.crwdp.ca/sites/default/files/documentuploader/crwdp_2016_seed_grant_study_nl_-_report_june_2019.pdf)
- Sharma, M., Pinto, A.D. et Kumagai, A.K. (2018). Teaching the Social Determinants of Health: A Path to Equity or a Road to Nowhere? *Academic medicine*, 93(1), 25-30.
- Stigmar, K., Grahn, B. et Ekdahl, C. (2010). Work Ability – Experiences and Perceptions Among Physicians. *Disability and Rehabilitation*, 32(21), 1780-89.
- Strauss, A. L. (1987). *Qualitative Analysis for Social Scientists*. Cambridge University Press.
- Suissa, J.A. (2009). Du concept d'addictus au processus de dépathologisation : la richesse psychosociale du concept de dépendance de Stanton Peele. *Drogues, santé et société*, 8(2), 75-108.
- Thomas, F., Hansford, L., Ford, J., Wyatt, K., McCabe, R. et Byng, R. (2018). Moral Narratives and Mental Health : Rethinking Understandings of Distress and Healthcare Support in Contexts of Austerity and Welfare Reform. *Palgrave Communications*, 4(1), 1-8.
- Tudrej, B. V., Etonno, R., Martinière, A., Hervé, C. et Birault, F. (2018). Clinique de la précarité ? Réflexions éthiques et retour d'expériences autour d'un modèle de repérage des déterminants sociaux de la santé vers la santé publique clinique. *Ethics, Medicine and Public Health*, 6, 15-25.
- Üstün, T.B., Kostanjsek, N., Chatterji, S. et Rehm, J. (2010). *Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0*. World Health Organization. [https://www.who.int/publications/i/item/measuring-health-and-disability-manual-for-who-disability-assessment-schedule-\(-whodas-2.0\)](https://www.who.int/publications/i/item/measuring-health-and-disability-manual-for-who-disability-assessment-schedule-(-whodas-2.0))
- Wainwright, E., Wainwright, D., Keogh, E. et Eccleston, C. (2015). The Social Negotiation of Fitness for Work: Tensions in Doctor-patient Relationships Over Medical Certification of Chronic Pain. *Health*, 19(1), 17-33.
- Winde, L.D, Hansen, H.T et Gjesdal, S. (2011). General Practitioner Characteristics and Sickness Absence – A Register-based Study of 348 054 Employed Norwegians. *European Journal of General Practice*, 17(4), 210-16.
- Woollard, R., Buchman, S., Meili, R., Strasser, R., Alexander, I. et Goel, R. (2016). Responsabilité sociale au mésoniveau : au sein de la communauté. *Canadian Family Physician*, 62(7), 547-550.