

La réinsertion sociale des ex-patients psychiatriques : un profil professionnel, social et psychiatrique

Social Reintegration of Ex-Psychiatric Patients: A Professional, Social, and Psychiatric Profil

Anne HÉBERT

Volume 17, Number 1, avril 1985

Santé mentale et processus sociaux

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/001339ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/001339ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Les Presses de l'Université de Montréal

ISSN

0038-030X (print)

1492-1375 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

HÉBERT, A. (1985). La réinsertion sociale des ex-patients psychiatriques : un profil professionnel, social et psychiatrique. *Sociologie et sociétés*, 17(1), 61–72. <https://doi.org/10.7202/001339ar>

Article abstract

This paper deals with the issue of the professional réintégration of ex-psychiatric patients. It attempts to give an account of a research project which established the social, psychiatric, and professional profile of a sample populations released from three psychiatric hospitals. The findings point toward a phenomenon of withdrawal from the labor force after hospitalization. This phenomenon occurs in a differentiated fashion: the number of hospitalizations and the previous professional history are the determining factors. To sum up, we may say that those affected by this phenomenon are the most fragile.

La réinsertion sociale des ex-patients psychiatriques : un profil professionnel, social et psychiatrique



ANNE HÉBERT

Il a lieu de s'interroger sur le sort qui attend les personnes au moment d'un congé d'hospitalisation en milieu psychiatrique. Comment ces personnes feront face à la réinsertion? Ce passage, dans un milieu hospitalier psychiatrique, les empêchera-t-elles de travailler? Les difficultés seront-elles les mêmes pour tous? Peut-on dégager des profils quant aux types de phénomènes de retour ou de non-retour au marché du travail? Toutes ces interrogations sont d'une grande importance pour la compréhension du phénomène de réinsertion sociale suite à l'expérience d'hospitalisation en milieu psychiatrique.

Longtemps, le statut social des personnes ayant une histoire d'hospitalisation en milieu psychiatrique a été marqué par le sceau de la stigmatisation et de la ségrégation sociale. Or, depuis la seconde moitié du vingtième siècle, par le biais d'importantes transformations, le système de soins psychiatriques a voulu rompre avec cette tradition d'exclusion et de marginalisation sociale. Ce système se veut désormais conciliable avec le maintien de ces personnes dans la communauté.

C'est ainsi que la question de l'intégration au marché du travail des personnes ayant vécu l'expérience d'hospitalisation en milieu psychiatrique est devenue cruciale. Le travail devient le moyen de réaliser cet objectif d'intégration sociale d'une population longtemps tenue à l'écart du reste du groupe social.

Pourtant, les processus sociaux d'insertion et de réinsertion au travail de cette population sont tout à fait méconnus. Le sort de ces personnes, au moment de leur sortie de l'hôpital, suscite même de vives inquiétudes: le stigmate attaché aux problèmes psychiatriques semble avoir conservé toute sa force et être un obstacle majeur à cette intégration au marché du travail¹. Or, on connaît, dans nos sociétés, l'importance du travail comme facteur déterminant du statut social. Toute mise à l'écart du marché du travail conduit inévitablement à une détérioration du statut social.

Cet article veut rendre compte des résultats d'une recherche portant sur les processus d'insertion et de réinsertion professionnelle de personnes ayant vécu l'expérience d'hospitalisation en milieu psychiatrique. L'objectif de cette recherche consistait à suivre une cohorte de la population sortante

1. Ce stigmate semble avoir conservé toute sa force dans le domaine de l'emploi. À tel point, que cette population est considérée comme l'une des populations les plus sujettes à la discrimination: «*The far greater problem relates to the hiring of Former psychiatric patients into the regular work Force. Bruce Ennis of the American Civil Liberties Union has commented that in the job market it is better to be an ex-convict than an ex-psychiatric patient.*» Hill, P. Brian, «Civil rights of the psychiatric patient in Quebec», *Revue juridique Thémis*, n° 3, 12, 1977, p. 527. C'est dans ce contexte qu'il faut situer l'adoption récente au Québec et au Canada d'une protection antidiscriminatoire, pour les «personnes handicapées» dont la définition est suffisamment large pour inclure le handicap mental.

de trois hôpitaux psychiatriques de Montréal afin d'établir son portrait social et psychiatrique et de tracer ses modalités d'insertion et de réinsertion².

Cet objectif prend sens si l'on prend tout d'abord en considération la nouvelle problématique de ce problème et l'état actuel des études portant sur cette question.

LA NOUVELLE PROBLÉMATIQUE DE L'INSERTION ET RÉINSERTION AU TRAVAIL

La méconnaissance des processus d'intégration au travail s'explique par l'apparition d'une nouvelle situation caractérisée par la transformation des soins psychiatriques et l'ampleur croissante de la population touchée par l'expérience d'hospitalisation. On assiste donc à l'émergence d'une nouvelle problématique de l'insertion et de la réinsertion au travail.

La transformation du système de soins psychiatriques. La transformation des soins psychiatriques, au cours des années 60 et 70, est un thème qui a été souvent abordé³. Nous voulons ici faire un court rappel de ces transformations pour souligner surtout l'importance du thème de la réinsertion sociale au cours de cette période de «réorganisation».

D'abord, les politiques hospitalières changent: c'est l'époque dite «d'ouverture» ou de «libération» des hôpitaux. Plusieurs «malades chroniques» obtiennent leur congé après une longue période d'hospitalisation. On assiste également à la réduction de la durée des séjours. Peu à peu, l'hôpital ne sera plus défini comme le lieu unique du traitement: c'est l'époque de la création de services intermédiaires à l'hôpital — maison de transition, familles d'accueil, etc. — des cliniques externes, des centres communautaires, etc. On cherche à tout prix à éviter une coupure avec le reste du groupe social.

L'apparition et la généralisation de l'utilisation des drogues psychotropes est par ailleurs un élément important du suivi et du traitement à l'externe. Le contrôle chimique des comportements nuisibles au «fonctionnement social» a engendré maints espoirs quant à la possibilité d'exercer une activité de travail et d'accéder au marché régulier du travail. Diverses initiatives autour du travail se développent d'ailleurs en milieu hospitalier et extra-hospitalier: atelier protégé, centre d'entraînement professionnel, ergothérapie, travail industriel, etc. Un colloque tenu à Montréal en 1966⁴, témoigne de l'importance du mouvement autour du thème de la réinsertion par le travail. Le travail est devenu le moyen majeur de réaliser les objectifs de réinsertion sociale et de donner «suite au progrès récent de la psychiatrie».

Ces transformations ont donc fait apparaître un nouveau mode de rapport à l'hôpital et une nouvelle condition du patient psychiatrique. Celles-ci ont à la fois ouvert des possibilités réelles quant à l'insertion sur le marché du travail (ses séjours sont brefs, on peut garder un emploi même si on est hospitalisé) et suscité de nombreux espoirs quant à l'accès et au maintien de ces personnes sur le marché du travail (particulièrement à cause des psychotropes).

Ampleur de la population touchée. Au cours de cette période de transformation, la population qui vit l'expérience d'hospitalisation en milieu psychiatrique s'est accrue considérablement. Plusieurs statistiques tendent même à démontrer que la situation est dramatique. Par exemple, l'augmentation des hospitalisations est telle que les données les plus conservatrices évaluent qu'environ 8 à 10% de la population canadienne est susceptible de vivre un jour une admission en milieu psychiatrique⁵. Au Canada, en 1978, on enregistrait 60 000 nouvelles admissions⁶. Celles-ci arrivent le plus souvent à un âge où l'on est normalement actif sur le marché du travail.

2. Cette étude a été effectuée dans le cadre d'un contrat de recherche du Secrétariat d'État du Canada en collaboration avec la Commission des droits de la personne du Québec. Le projet a été dirigé par M^{me} Muriel Garon-Audy du Service de la Recherche de la Commission des droits de la personne du Québec. Un mémoire de maîtrise en sociologie est en préparation sur ce sujet.

3. On trouve une très bonne analyse de ces transformations au Québec, dans les travaux de Françoise Boudreau. Par exemple, on peut consulter Boudreau, Françoise, «La psychiatrie québécoise depuis 1960: de structure en structure, la loi du plus fort est-elle toujours la meilleure?», *Santé mentale au Québec*, vol. VI, n° 2, novembre 81, p.

4. Hôpital St-Jean-de-Dieu, *le Malade mental, le travail et la société*, rapport du colloque tenu à St-Jean-de-Dieu, Montréal, novembre 1966, 211 p.

5. Statistique Canada, *Statistique de l'hygiène mentale: probabilité d'hospitalisation dans un établissement psychiatrique du Canada*, Catalogue 83 — 506, occasionnel — 1968.

6. Statistique Canada, Ableson, J., P. Paddon, et C. Strohmenger, *Perspective sur la santé*, Hors-série, catalogue 82-540 F, 983, p. 71.

D'autres données sont inquiétantes: 75% des admissions sont en fait des réadmissions⁷. Ces statistiques décrivent le phénomène défini par le terme de *revolving door*. Ainsi, pour un bon nombre de personnes qui ont eu un contact avec le milieu hospitalier psychiatrique, il leur sera difficile d'échapper au remous des réhospitalisations. Cela ne sera pas sans compromettre leur processus de réinsertion sociale. Cette situation nouvelle — transformation des services, ampleur croissante — se résume donc par la présence plus nombreuse de personnes qui ont connu l'expérience d'hospitalisation en milieu psychiatrique et qui sont désireuses d'accéder au marché du travail. Il y a donc multiplicité et diversité des problèmes possibles de réintégration au marché du travail qui soulève plusieurs interrogations.

Comment pour ces personnes l'interrelation entre l'histoire d'hospitalisation et l'histoire de travail se traduit-elle? Quels sont les processus de réinsertion? Cette population vit-elle une marginalisation par rapport au marché du travail? La nouvelle condition du patient psychiatrique et son mode de relation à l'hôpital sont-ils conciliables avec un maintien sur le marché du travail? Si le stigmate d'hospitalisation a changé de forme (d'une coupure nette avec le groupe social, on est passé à une coupure plus brève, plus diffuse) est-il devenu, pour autant, moins préjudiciable? Examinons maintenant comment ces études apportent des réponses à ces interrogations.

LES ÉTUDES SUR LA RÉINSERTION PROFESSIONNELLE DES EX-PATIENTS PSYCHIATRIQUES

Les études existantes sur le sujet nous renseignent peu sur les processus de réinsertion⁸. Il faut mentionner que ces études ont connu un développement limité: elles sont apparues au cours des années 50, ont connu leur véritable essor au cours des années 60 mais ont suscité peu d'intérêt depuis. Ce développement limité se traduit par la quasi-absence de spécialistes de la question.

Premièrement, la plupart de ces études insistent pour accorder un rôle primordial au travail dans le processus de réinsertion sociale. L'obtention d'un emploi est le signe de la guérison, l'accession à un statut «normal», le moyen d'effacer son passé psychiatrique⁹. Également, on reconnaît l'importance du travail par le fait qu'il semble influencer le maintien dans la communauté. En effet, des études ont montré que des variables sociales influencent le processus de réhospitalisation. Le fait de travailler ou de ne pas travailler en serait l'une des plus déterminantes: le statut de travailleur augmente les chances d'éviter le remous des réhospitalisations¹⁰.

Par ailleurs, l'ensemble de ces études soulignent l'existence d'un phénomène de détérioration de la situation par rapport au marché du travail suite à l'expérience d'hospitalisation. Ces études s'inspirent largement d'un courant théorique qui décrit le processus d'hospitalisation comme un processus de stigmatisation sociale. L'étiquette de malade mental acquise définitivement à ce moment de l'hospitalisation détruit considérablement les chances de réintégration au travail¹¹. Ainsi, plusieurs de ces études attribuent le faible pourcentage de personnes qui réussissent à travailler

7. Statistique Canada, *Statistique de l'hygiène mentale*, Admissions et radiations, Catalogue 83 — 204. (Annuel).

8. En fait, et c'est l'opinion de Chew Foon McDougall dans sa revue de littérature, les études existantes ne donnent pas lieu à une véritable connaissance théorique ou exhaustive du problème. «*Yet, there is little to indicate that social scientific knowledge regarding employment of ex-psychiatric patients is either extensive or has cumulated.*» McDougall, Chew-Foon, *Employment of ex-psychiatric patients: a review of literature*, University of Maryland, p. 1.

9. *Work provides a means of denying one's illness and avoiding the heart of rehospitalisation. As long as one continued to work, one's normality will be accepted by oneself as well as by significant others, work becomes a visible measure of normality. In fact, there are few other visible means available to the ex-patient to prove his wellness.* Olshansky and Unterbeger. «The meaning of work and its implication for the ex-mental hospital patient», *Mental Hygiene*, vol. 47, janvier 63, p. 43.

10. À titre d'exemple, voir l'étude de Maisel, Robert, «The ex-mental Patient and Rehospitalisation: some research findings», *Social Problems*, vol. 5, 1967, p. 18-24.

11. C'est le courant de la sociologie de la déviance qui a principalement inspiré ces études. On retrouve un bon résumé de la description du processus de stigmatisation sociale faite par ce courant dans l'article suivant: Massé, Jacqueline et Brault, M. Marthe. «Maladie mentale et stigmatisation ou comment on devient malade mental pour la vie», dans *Santé mentale au Québec*, vol. IV, n° 1, juin 79, pp. 73-83.

après un congé de l'hôpital aux attitudes discriminatoires des employeurs¹². En ce sens, cacher son passé psychiatrique à un éventuel employeur demeure le meilleur moyen d'obtenir un emploi¹³.

Le défaut principal de ces études est que la majorité d'entre elles ont un modèle d'analyse centré sur la situation de travail posthospitalisation sans resituer cette détérioration par rapport à l'histoire professionnelle antérieure, aux antécédents psychiatriques et caractéristiques sociales tels l'âge, le sexe, l'état-civil, etc. Heureusement, trois principales études ont tenté d'identifier les processus de réinsertion en tenant compte de quelques unes de ces variables. Leurs résultats montrent que le phénomène de détérioration n'est pas uniforme et qu'il varie selon des caractéristiques sociales, selon les cheminements professionnels et psychiatriques antérieurs. L'attitude discriminatoire des employeurs n'explique que faiblement la détérioration. Dans certains cas, la révélation du passé psychiatrique ne compromet en rien les chances de réussite.

Par exemple, une première étude de Olshansky¹⁴, auprès d'ex-patients de la ville de Boston, montre que la majorité de ces hommes ont trouvé un emploi à la sortie de l'hôpital. L'auteur a identifié cependant des types distincts de processus de réinsertion. Ces types sont très différenciés selon certaines caractéristiques comme l'histoire d'hospitalisation, le statut «civil», l'histoire de travail antérieur. Ainsi, le premier groupe numériquement peu important, est composé de ceux qui ont «bien réussi» leur réinsertion. Cette réussite se résume par une réintégration à l'ancien emploi et une stabilité d'emploi antérieure. L'histoire d'hospitalisation de ces hommes est courte. Il ont été majoritairement diagnostiqués dépressifs et sont mariés pour la plupart. Le deuxième groupe, numériquement majoritaire, a vécu un retour au travail assez stable. Les changements d'emplois antérieurs à l'hôpital étaient d'ailleurs plus fréquents. Leur histoire d'hospitalisation est plus longue. Ils sont aux trois quarts diagnostiqués schizophrènes et sont mariés. Quant aux deux derniers groupes, leur réinsertion est plutôt précaire. Leur histoire professionnelle antérieure est marginale. Dans le cas du troisième groupe, ils n'ont jamais été capable de garder un emploi. Dans le cas du quatrième groupe, ils n'en ont jamais obtenu. La majorité des hommes de ce groupe ont un diagnostic de schizophrénie et sont célibataires.

L'étude de Ozzie Simmons¹⁵ sur l'histoire de travail de huit hommes considérés comme psychotiques arrive aux mêmes conclusions. L'histoire d'hospitalisation n'opère pas une coupure à tout coup. C'est plutôt le profil professionnel antérieur qui est déterminant de l'impact de l'hospitalisation sur l'évolution de la carrière professionnelle. Une étude très récente¹⁶ auprès d'ex-patients qui ont réussi à travailler montre que la plupart ont réintégré d'anciens emplois. Ainsi, la plupart des employeurs connaissaient le motif de leur hospitalisation. En général, ces employeurs se disaient satisfaits de ces employés.

En résumé, pour bien saisir la diversité des processus sociaux de réinsertion, il importe de les situer en relation avec des éléments de l'histoire psychiatrique, sociale et professionnelle¹⁷. Actuellement, les études existantes sont limitées quant à l'analyse du processus de retour au travail

12. À titre d'exemple, parmi la dizaine d'études qui ont développé cette perspective on retrouve l'étude de: Miller, Dorothy and Dawson, W., «Effects of stigma on re-employment of ex-mental patients», *Mental Hygiene*, vol. 49, 1965, pp. 228-287. Cette recherche porte sur un échantillon de 1 082 patients sortants et sur un sous-échantillon de 163 patients pour des entrevues. La période de suivi s'étend du mois de juin 1962 jusqu'à juillet 63. L'étude a comparé le pourcentage de travailleurs avant l'admission et celui après la période de suivi. Au cours des entrevues, les personnes ont été interrogées sur les obstacles rencontrés à la sortie. Une seconde étude, celle de: Cole, N.J., Covey, D. Kapsa, R., Branch; C. H., «Employment and Mental Illness», *Mental Hygiene*, vol. 49, n° 2 avril 1965, pp. 251-259, tente par exemple, de mesurer les pratiques réelles des employeurs vis-à-vis des ex-patients. Supposant que les ex-patients cachent leur passé, on a présenté à 67 employeurs parmi plusieurs candidats (à expérience équivalente) 15 types de personnalité associés aux maladies mentales. Les résultats montrent des jugements négatifs des employeurs vis-à-vis de ces candidats.

13. Olshansky, S., «Passing: road to normalization for ex-mental patients», *Mental Hygiene*, vol. 50, janvier 1966, n° 1, p. 86-88.

14. Olshansky, S., Grob, S., Ekdal, N., «Survey of employment experiences of patients discharged from three state mental Hospital during period 1951-1953», *Mental Hygiene*, vol 44, octobre 60, pp 510-521. Cette étude a été faite auprès de 160 patients de la Ville de Boston, qui ont obtenu un congé de l'hôpital entre 1951 et 1953.

15. Simmons, O. G., *Work and mental illness*, 8 cases studies, New York. John Wiley and Sons Inc., 1965. 271 p. L'histoire professionnelle de ces 8 hommes a été tracée sur la base d'entrevues. Leur histoire a été reconstruite selon 3 étapes de l'histoire d'hospitalisation (avant la première admission, pendant la première et après la première admission).

16. Wansbrough, N. and Cooper, P., *Open Employment after Mental Illness*, London. Tavistock, 1981, 208 p.

17. MacDougall, dans sa revue de la littérature, souligne également l'importance de situer les modalités de réinsertion par rapport à l'ensemble de l'histoire sociale, professionnelle et psychiatrique. Elle suggère même un modèle qui situe ces processus à différentes étapes et en relation avec plusieurs variables: sociales, psychiatriques et professionnelles. Ces étapes sont (1) la situation antérieure au statut de patient; (2) la situation transitoire de rentrée après le congé; (3) la situation psychiatrique; (4) la situation à l'hôpital d'employabilité; (5) la situation de «sortie». MacDougall, Sock Foon Chew, *Employment of ex-psychiatric patients: A Review of the literature*, University of Maryland, 35 p.

selon différentes variables sociales. Par exemple, on a peu de connaissance sur le processus de réinsertion des femmes. Les recherches futures devront se soucier d'intégrer le plus d'éléments possibles dans l'analyse de ces processus.

LES PROCESSUS SOCIAUX DE RÉINSERTION AU MARCHÉ DU TRAVAIL D'UNE COHORTE DE LA POPULATION SORTANTE DE 3 HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES DE MONTRÉAL

Le souci principal de cette recherche a donc été de faire l'analyse des processus sociaux de réinsertion dans le cadre le plus large possible. On voulait resituer l'évolution des cheminements par rapport au marché du travail, selon l'ensemble du processus d'hospitalisation, en tenant compte de la diversité des variables sociales et psychiatriques.

Cette perspective générale étant fixée, il fallait définir un cadre de recherche réaliste. Les populations à rejoindre sont en effet extrêmement diverses et fuyantes. Dès qu'elles ont quitté l'hôpital, leur repérage devient difficile. Nos objectifs exigeaient une couverture systématique de larges éventails de la population visée, mais le cadre restreint des ressources tant pécuniaires que temporelles rendait impensable une analyse par entrevues d'une sous-population sélectionnée à partir de diverses caractéristiques.

Cet ensemble de contraintes et de déterminants nous ont amenés à faire deux choix méthodologiques généraux: d'abord de travailler à partir de dossiers plutôt que d'entrevues, ensuite de nous limiter à la clientèle quittant l'hôpital à un moment donné. Cette cohorte, située dans le temps, sera considérée ici comme le prototype de la population présentant un «handicap» d'hospitalisation au moment où elle quitte l'hôpital et où se présente pour elle le problème de la réinsertion sociale.

Notre méthodologie a donc consisté à suivre une cohorte de la population sortante de 1979 de trois hôpitaux psychiatriques de Montréal¹⁸. L'échantillon comptait un total de 775 personnes réparties comme tel dans les trois hôpitaux suivants: 322 personnes de L.-H. Lafontaine, 266 personnes à Albert-Prévost et 187 à Maisonneuve-Rosemont¹⁹. Ces 3 hôpitaux ont été sélectionnés en fonction d'un souci de représentativité en termes d'âge et de couches sociales, de la nécessité d'inclure un centre hospitalier dont les soins psychiatriques s'intègrent à une vocation plus générale et la nécessité d'inclure des hôpitaux desservis par un service de placement spécialisé pour cette clientèle (L'Arrimage). Les données ont été recueillies dans les dossiers d'hospitalisation et les dossiers auxiliaires de l'hôpital (centre de placement centre d'orientation, ateliers thérapeutiques).

La cueillette de données a été beaucoup plus riche que prévu, principalement en ce qui concerne l'histoire professionnelle des individus. Les données recueillies portaient sur l'histoire de vie des patients et pouvaient s'échelonner sur des périodes de diverses longueurs. Il nous a donc fallu construire un découpage de l'histoire d'hospitalisation suivant lequel on pourrait suivre l'évolution des cheminements professionnels²⁰. Deuxièmement, il nous a fallu créer deux variables permettant de décrire la situation par rapport au marché du travail. La première est celle de la situation d'insertion sur le marché du travail²¹ et la seconde, celle du statut d'autonomie ou de dépendance économique²².

18. Le choix de l'année 1979 est motivé par deux raisons: D'une part, il s'agit d'une année suffisamment récente pour que nous considérions les sortants de cette année comme représentatifs des sortants des années courantes. D'autre part, ce moment nous permet d'avoir une période suffisamment longue après la sortie pour que les personnes aient entrepris des démarches de réinsertion et que nous puissions en évaluer le résultat.

19. L'échantillon est de type stratifié non proportionnel. Sa taille devait tenir compte du nombre peu élevé de personnes (première évaluation d'environ 15%) qui après un congé d'hospitalisation entreprennent des démarches d'insertion ou de réinsertion au travail: l'échantillon devait être suffisamment grand pour permettre de rejoindre un nombre significatif de personnes ayant tenté de se réinsérer au travail. D'autre part, la taille de l'échantillon a été déterminée de façon à assurer un degré de précision de mesure suffisant, dans chaque centre hospitalier, pour un seuil de confiance donné.

20. Ce découpage a été fait à partir de la première hospitalisation et à partir de l'hospitalisation menant au dernier congé obtenu en 1979. La période d'hospitalisation étudiée s'étend de la première hospitalisation jusqu'à la fin du T 3, c'est-à-dire jusqu'aux mois qui suivent le dernier congé de 1979 (la durée de cette période varie selon les cas mais elle s'étend souvent jusqu'en juillet 1982). Notons toutefois que la première hospitalisation n'est pas commune à tous: pour 29% de notre échantillon elle coïncide avec l'hospitalisation menant au dernier congé de 1979.

21. Elle permet de situer la présence sur le marché du travail et de mesurer le nombre d'années d'expérience: (en cours de carrière, entre 2-9 ans) et (longue carrière, 10 ans et plus) et l'absence du marché (jamais travaillé) ou (interruption de carrière).

22. Il permet de définir de quelles ressources dépend sa subsistance: du travail, de ressources institutionnelles (BES, chômage) ou familiales (ménagères, dépendant).

Notre méthode ne nous permet pas de vérifier l'existence de la stigmatisation lors des processus de réinsertion. Par contre, elle nous permet d'identifier les processus sociaux de réinsertion, de souligner leur diversité selon les différentes variables socio-psychiatrique et de poser la question de l'existence d'un phénomène de détérioration de la situation par rapport au marché du travail suite à l'histoire d'hospitalisation.

Nous présentons donc les résultats de cette recherche en quatre parties. D'abord, une première, qui présente rapidement le profil social et psychiatrique de notre cohorte, et qui souligne la nécessité de distinguer deux groupes d'hospitalisation. Une seconde, qui résume l'interrelation entre l'histoire d'hospitalisation et les cheminements professionnels pour chacun des deux groupes. En troisième lieu, nous situons encore l'évolution des cheminements par rapport au marché du travail pendant toute la période d'hospitalisation étudiée, pour plusieurs variables sociales et psychiatriques. En tout dernier, nous examinons les composantes socio-psychiatriques des trois principaux points «d'aboutissements» par rapport au marché du travail.

Profil social et psychiatrique de la cohorte de 1979. Les caractéristiques sociales de notre cohorte s'apparentent à la diversité de l'ensemble de la population québécoise. Elle s'en distingue surtout par le fait que le taux de célibataires est particulièrement élevé (entre 40-52% comparativement à 31% pour le Québec) et les séparé(e)s — divorcé(e)s comptent pour 18-20% soit 3 à 4 fois plus que la moyenne provinciale. Notre échantillon se distingue aussi par le fait qu'on y compte un peu plus de femmes et de personnes moins scolarisées (0-7 ans) que la moyenne provinciale.

Quant à l'histoire psychiatrique de ces personnes, on peut dire l'hospitalisation est récente pour la majorité (elle ne remonte pas à plus de 4 ans pour 60% de l'échantillon, 29% du total vivent leur première hospitalisation en 1979). De plus, cette première expérience intervient tôt dans la vie des membres de notre cohorte, pour presque la moitié d'entre-eux, elle est vécue avant 26 ans et avant l'âge de 36 ans dans une proportion de 50-60%. Après la première admission, la majorité des personnes sont suivies à l'externe et prennent des médicaments²³.

La durée moyenne des séjours à l'hôpital est courte (1 mois). Toutefois le processus d'hospitalisation s'enclenche vite. À tel point, qu'il importe de distinguer notre cohorte en deux groupes. Rappelons d'abord que 227 personnes soit 29% de notre échantillon vivent en 1979 leur première hospitalisation. Parmi celles-ci, 172 personnes n'ont pas connu de réhospitalisations au cours des 36 mois qui suivent le premier congé. Il semble raisonnable de croire que ce groupe ne connaîtra pas d'autres admissions: nos données montrent en effet que pour les personnes qui connaissent une récurrence, celle-ci s'effectue, dans 75% des cas, dans les 36 mois qui suivent la sortie. Donc, le premier groupe est composé, de 172 personnes, pour qui l'expérience d'hospitalisation a de fortes chances de ne plus se produire.

Quant au deuxième groupe composé des 603 autres personnes, celles-ci ont toutes vécu, à la fin de la période d'hospitalisation étudiée plus d'une hospitalisation. Au moment du dernier congé de 1979, environ 35% d'entre elles avaient même cumulé 5 hospitalisations et plus.

Ces deux groupes semblent même très distincts sur d'autres plans: si on retrouve peu de différence au niveau des caractéristiques sociales comme l'état civil, la scolarité et le sexe, les écarts sont très importants toutefois quand on examine la composition selon l'âge à la première hospitalisation et les diagnostics de chacun des modèles. Lorsqu'on a une seule expérience, elle tend à se produire à un âge avancé (plus de 45 ans) alors que pour l'autre groupe, la tendance s'inverse. Plus on est hospitalisé jeune, plus on a tendance à être hospitalisé plus d'une fois. Aussi, la catégorie de diagnostics — «autres dépressions» domine chez le groupe d'une seule hospitalisation (28,3% comparativement à 11,0% chez l'autre groupe), tandis que les psychoses schizophréniques constituent le diagnostic le plus fréquent (31,9% des cas) chez le groupe de plus d'une hospitalisation (12% seulement chez le groupe d'une seule hospitalisation)²⁴.

23. Avant la première hospitalisation, la majorité n'avait jamais eu recours à d'autres services psychiatriques. Une fois passée la première admission, l'utilisation des services externes devient pratique courante. Il en est de même de l'utilisation de la thérapie médicamenteuse. Ce dernier élément n'est pas sans conséquence par rapport à l'insertion au travail: mais son rôle est ambigu. La thérapie médicamenteuse fournit bien sûr un support mais peut en même temps constituer un révélateur de l'histoire psychiatrique, soit par les effets secondaires des médicaments consommés, soit par l'exigence à l'embauche de la révélation des médicaments consommés actuellement ou dans le passé.

24. Nous avons relevé, pour chaque personne, le diagnostic final au moment du dernier congé de 1979. Cette classification tient compte de tous ces diagnostics relevés dans les dossiers d'hospitalisation et elle s'apparente à la catégorisation des troubles mentaux dans la classification internationale des maladies CIMA-9.

HISTOIRE DE TRAVAIL SUITE À L'HISTOIRE D'HOSPITALISATION: LA DYNAMIQUE DU RETRAIT DU MARCHÉ DU TRAVAIL DES DEUX GROUPES D'HOSPITALISATION

La comparaison de la situation de travail avant et après la période d'hospitalisation étudiée met en évidence le phénomène suivant: l'interrelation entre l'histoire d'hospitalisation et l'histoire de travail se traduit par une réduction progressive de la présence sur le marché du travail de cette population.

Avant la première hospitalisation, entre 60 et 70% de notre échantillon avaient déjà eu une expérience sur le marché du travail²⁵. À la fin de la période étudiée, les personnes présentes sur le marché du travail ne compte plus que pour 13 et 20% du total. Comment s'explique une si forte détérioration? Notre approche d'analyse sous le mode de la cohorte nous amenait à assister à la disparition prévisible de certains effectifs (les ménagères, les retraités) tout comme à l'entrée prévisible d'autres (les jeunes, les étudiants, ceux sans expérience). C'est en considération de ces éléments que la dynamique du retrait s'éclaire et qu'il apparaît utile de distinguer deux groupes selon qu'il s'agit de personnes ayant expérimenté une hospitalisation unique ou des hospitalisations multiples. Avant la première admission, quelle que soit l'histoire d'hospitalisation qui se dessine, la situation par rapport au marché du travail de nos deux groupes est somme toute assez semblable. Toutefois, pour les deux groupes, le pourcentage de travailleurs diminue considérablement avant cette première hospitalisation. Cette diminution s'explique d'une part, par une situation de travail assez précaire chez certains et d'autre part, par le fait que certains choix de carrière (ménagères, retraités) se sont opérés avant la première admission. Par exemple, pour le groupe à l'hospitalisation unique, cette baisse s'explique par une présence plus élevée de retraités et de ménagères. Pour le groupe de plus d'une hospitalisation, les travailleurs devaient se trouver dans une situation plus fragile puisqu'on note une augmentation du recours au Bien-être social.

L'évolution de leurs histoires de travail sera désormais distincte. Pour le groupe à l'hospitalisation unique, l'impact se traduit par une faible baisse des travailleurs et une légère augmentation des cas de Bien-être-social. Le pourcentage des autres statuts économiques sont demeurés à peu près stables. Quant au groupe ayant plus d'une hospitalisation, les pertes par rapport au pourcentage de travailleurs sont importantes (38 à 13%). La tendance de l'homogénéisation des autres statuts économiques vers le Bien-être social s'est accentuée. Ainsi, l'impact de l'hospitalisation n'est pas le même selon le groupe d'hospitalisation. Toutefois, certains éléments communs nous font croire que la dynamique du retrait du marché du travail s'opère de la même manière.

Pour les deux groupes, quand le retour au travail a lieu, il se fait par le biais de l'ancien emploi. Pour les personnes qui avaient quitté leur emploi avant l'hospitalisation ou au cours de celle-ci, et pour ceux qui étaient à leurs premières tentatives de recherche, il semble très difficile d'accéder au marché du travail. Cette barrière signifie pour bon nombre une détérioration de leur situation vers le Bien-être social ou au mieux un maintien dans le statut antérieur.

D'autres données confirment cette dynamique. En effet, les tableaux IA et IB mettent en évidence de façon très claire l'existence d'une distanciation par rapport au marché qui ne revêt pas la même ampleur selon le modèle d'hospitalisation. Fait remarquable, elle devient pour ainsi dire irrécupérable pour quiconque effectue une coupure trop nette à un moment donné par rapport à celui-ci. Ainsi, les probabilités de se retrouver sur le marché du travail pour ceux qui travaillaient avant la première hospitalisation sont de 23,5% (plus d'une hospitalisation) et de 67,6% (une seule hospitalisation). Ces pourcentages sont nettement moins élevés pour ceux qui ont quitté le marché du travail, très peu de ces personnes accéderont au marché du travail. De plus, pour les personnes devenues ménagères ou vivant des prestations du Bien-être social avant la première hospitalisation, ces situations deviennent un aboutissement dont on n'échappe plus.

Les tableaux IIA et IIB indiquent également un impact très différencié de l'histoire d'hospitalisation selon les antécédents sur le marché du travail. Son intérêt spécifique est de souligner que la lourdeur de cet impact est en fonction inverse de la durée de l'insertion sur le marché du travail. Plus brève sera la période d'insertion moindres seront les chances de survie une fois l'expérience d'hospitalisation vécue.

25. Cette expérience est plus ou moins longue, l'âge à ce moment variant considérablement: entre 17 et 19% auront alors cumulé au-delà de 10 ans d'expérience. Les types d'emplois obtenus sont principalement des emplois non qualifiés, du secteur des services ou du procès de production, de la petite entreprise privée ou de l'administration publique.

Ainsi, l'histoire de travail suite à l'histoire d'hospitalisation montre que l'impact se développe de façon différenciée suivant le moment où il intervient dans la vie des individus. Le modèle d'hospitalisation et la situation économique antérieure sont particulièrement déterminants de l'impact sur l'histoire de travail.

Tableau IA

Situation d'autonomie ou de dépendance économique avant et après la période d'hospitalisation pour le groupe de plus d'une hospitalisation (%)

Avant \ Après	Après						
	Dépendant	Ménagère	Assisté social	Chômeur	Étudiant	Travailleur	Retraité
Dépendant	20,0	1,0	—	7,7	8,8	—	
Ménagère	2,2	60,2	—	3,8	2,9	5,5	
Assisté social	70,1	25,3	87,2	57,7	50,6	50,5	
Chômeur	—	1,9	1,4	7,7	2,9	4,5	
Étudiant	—	—	—	—	11,8	0,5	
Travailleur	4,4	1,9	4,3	15,4	11,8	23,5	
Retraité	2,2	9,7	4,3	7,7	2,9	6,5	100,0

N 521
VM 82

Tableau IB

Situation d'autonomie ou de dépendance économique avant et après la période d'hospitalisation pour le groupe d'une seule hospitalisation (%)

Avant \ Après	Après						
	Dépendant	Ménagère	Assisté social	Chômeur	Étudiant	Travailleur	Retraité
Dépendant	87,5	3,4	—	—	—	—	—
Ménagère	—	86,2	—	—	—	2,9	—
Assisté social	—	—	100,0	7,1	11,1	8,7	—
Chômeur	—	—	—	71,4	—	8,8	—
Étudiant	—	3,4	—	—	77,8	—	—
Travailleur	12,5	6,9	—	21,4	11,1	67,6	—
Retraité	—	—	—	—	—	2,9	100,0

N145
VM 27

Tableau IIA

Situation d'insertion sur le marché du travail avant et après la période d'hospitalisation pour le groupe de plus d'une hospitalisation (%)

Avant \ Après	Après					
	Jamais travaillé	Interruption	Insertion récente	Cours de carrière	Travail longtemps	Retraité
Jamais travaillé	63,2					
Interruption	23,6	83,1	86,0	66,4	41,7	
Insertion récente	7,0	11,7				
Cours de carrière (2 à 19 ans)	10,1			24,8		
Travail longtemps (20 ans et plus)	0,7			3,2	37,5	
Retraité	5,6	6,2	2,3	5,6	20,8	100,0

N 521
VM 82

Tableau IIB
 Situation d'insertion sur le marché du travail avant et après la période
 d'hospitalisation pour le groupe d'une seule hospitalisation (%)

Avant / Après	Jamais travaillé	Interruption	Insertion récente	Cours de carrière	Travail longtemps	Retraité
Jamais travaillé	94,7					
Interruption	2,6	82,1	25,0	40,0	14,3	
Insertion récente	2,6		37,5			
Cours de carrière (2 à 19 ans)		14,3	37,5	60,0		
Travail longtemps	3,0				71,4	
Retraité		3,6			14,3	100,0

N 143
 VM 29

Autres données sur le caractère différentiel du phénomène de retrait du marché du travail. D'autres données confirment le caractère différentiel du retrait du marché du travail suite à l'histoire d'hospitalisation. Soulignons, d'abord, que nos données nous montrent que les phénomènes qui conduisent à l'hospitalisation se présentent différemment suivant certaines variables sociales et psychiatriques. Tout comme pour le groupe d'hospitalisation il existe des phénomènes très contrastés selon le sexe, l'âge à la première hospitalisation et le diagnostic²⁶. Nous pensons que ces facteurs peuvent influencer le phénomène de réinsertion et c'est pourquoi nous avons choisi de retracer l'évolution de l'histoire professionnelle selon le sexe, l'état civil, le niveau de scolarité, l'âge et le diagnostic²⁷ en tenant compte de l'appartenance au groupe d'hospitalisation.

Avant l'histoire d'hospitalisation, il existait peu de différence entre les cheminements par rapport au marché du travail. Lorsque ces différences existent, elles se conforment aux régularités²⁸, qu'on constate habituellement dans la main-d'œuvre. Après la période d'hospitalisation étudiée, l'écart est maintenant très grand entre les cheminements par rapport au marché du travail, particulièrement dans le cas du groupe de plus d'une hospitalisation.

Ainsi, on peut distinguer un pôle faible et un pôle fort quant à la résistance face au phénomène du retrait du marché du travail. Par exemple, les personnes célibataires sont davantage affectées par ce retrait que les personnes mariées. Il en est de même des personnes moins scolarisées par rapport au plus scolarisées. L'écart, par rapport au pourcentage de travailleurs et de bénéficiaires de l'aide sociale, est devenu immense entre les personnes diagnostiquées schizophrènes et celles «dépressives». Les premiers sont presque tous retirés du marché du travail, les seconds s'en tirent indemnes. Fait intéressant, dans le cas des femmes, les écarts par rapport aux hommes ont été réduits après la période d'hospitalisation. Pour celles qui travaillaient, elles ont mieux résisté que les hommes au «choc» de leur seule ou de leurs multiples hospitalisations. Le cas des jeunes en 1979 est particulier: alors que l'âge avancé permet de résister plus à une ou aux hospitalisations, les jeunes ayant plus d'une hospitalisation subissent durement le retrait alors que les jeunes de l'autre groupe résistent aussi fortement que les plus âgés. Bien sûr, toutes ces caractéristiques sont interreliées. Il n'est donc pas surprenant de constater la présence de destins très contrastés quant aux cheminements professionnels suite à l'histoire d'hospitalisation.

26. Par exemple, les femmes ont tendance à être hospitalisées tardivement, à être mariées et avoir un diagnostic de dépression. Par contre, ceux qui ont vécu leur première hospitalisation jeune, ont tendance à être célibataires, des hommes, à être diagnostiqués schizophrènes et à vivre de multiples hospitalisations.

27. Nous avons choisi de comparer seulement les composantes opposées de certaines variables: les célibataires *versus* les personnes mariées, les peu scolarisés (0 à 7 ans) *versus* les plus scolarisés (13 ans et plus), les schizophrènes *versus* les dépressifs pour nos deux groupes d'hospitalisation.

28. Par exemple, le plus faible pourcentage de femmes sur le marché du travail s'explique par un pourcentage assez élevé de ménagères. Dans le cas de l'âge, le pourcentage de travailleurs augmente avec l'âge. Il en est de même avec la scolarité.

TROIS DESTINÉES SOCIALES: LES BÉNÉFICIAIRES DE L'AIDE SOCIALE, LES MÉNAGÈRES ET LES TRAVAILLEURS.

Le phénomène du retrait du marché du travail a pour conséquence de ramener à la dépendance à l'assistance sociale beaucoup de ceux qui ont quitté le marché du travail. À la fin de la période étudiée, on constate même une homogénéisation des statuts économiques de telle sorte, que trois statuts dominent²⁹. Ce sont les bénéficiaires de l'aide sociale au premier rang avec 43% du total, viennent ensuite les ménagères (14%) et les travailleurs (13%). L'examen des composantes socio-psychiatriques et cheminements professionnels montrent que nous sommes en présence de trois «destins» contrastés.

Dans le premier cas, le groupe composé de bénéficiaires de l'aide sociale possède plus souvent des caractéristiques moins résistantes face au phénomène de retrait, ils sont en majorité célibataires, sont peu scolarisés. Toutefois, le groupe est composé d'un nombre à peu près égal d'hommes et de femmes. Leur histoire psychiatrique est aussi lourde: ils ont vécu jeune leur première hospitalisation, leurs admissions sont nombreuses, ils sont en majorité diagnostiqués schizophrènes. Dès le début, leur situation face au marché du travail de ces personnes présente des signes de fragilité: le pourcentage des non-travailleurs y est très élevé avant la première admission. Pour ceux qui n'ont jamais travaillé, le marché du travail deviendra alors inaccessible suite aux autres hospitalisations. Pour ceux qui avaient déjà une expérience sur le marché du travail, leur stabilité d'emploi au moment des périodes de réinsertion sera fortement ébranlée. Les changements seront fréquents, les emplois de moins en moins qualifiés et peu rémunérateur. Entre les périodes de chômage et les réhospitalisations, cette coupure deviendra peu à peu irrécupérable. Ils seront réduits au statut d'invalides et au recours définitif à l'aide sociale.

Quant au groupe de ménagères, ces femmes sont la plupart mariées et peu scolarisées. Leur histoire psychiatrique se résume surtout par une admission tardive et par le rythme rapide de leurs réhospitalisations. On les retrouve plus souvent dans le groupe des dépressifs. Quant à leur histoire de travail, leur éloignement du marché est pour une majorité d'entre elles (63%) antérieure à leur première hospitalisation. Leur histoire d'hospitalisation en fait désormais une clientèle trop lourdement handicapée pour ne jamais espérer une réinsertion sur le marché du travail.

Quant au groupe des travailleurs, il est composé de personnes aux caractéristiques plus «résistantes»: soit les personnes plus scolarisées, mariées, plus âgées. Il regroupe aussi un nombre égal d'individus des deux sexes. Leur histoire psychiatrique est plus récente et moins lourde que les autres. Leur histoire de travail se résume dans la plupart des cas au maintien dans le même emploi, qui est d'ailleurs plus qualifié que la moyenne des emplois obtenus par l'ensemble de la population sortante au cours de leur histoire professionnelle.

CONCLUSION

Cette recherche constitue un premier pas dans l'étude des processus sociaux d'insertion et de réinsertion au travail des personnes ayant vécu l'expérience d'hospitalisation en milieu psychiatrique. Cette approche a bien sûr, d'importantes limites. Mais, étant donné le peu de recherches actuelles sur cette question, elle a au moins le mérite de fournir des indications quant à l'existence d'un processus social de retrait du marché du travail, suite à l'expérience d'hospitalisation en milieu psychiatrique.

Notre recherche ne nous permet pas d'identifier les causes de ce phénomène du retrait du marché du travail. Ce retrait est-il causé par la stigmatisation dont sont l'objet les personnes au moment où elles doivent faire face à la réinsertion? Ces personnes sont-elles suffisamment préparées au moment de leur sortie, trouvent-elles suffisamment de support lors de ces démarches? Le traitement et le suivi à l'externe, particulièrement la thérapie médicamenteuse, permettent-ils vraiment une réinsertion?

Un fait apparaît clairement: le coût du passage à l'hôpital n'est pas le même pour tous. Il existe même des destins contrastés selon lesquels les modes de réinsertion sont différents. Le phénomène de retrait affecte particulièrement ceux qui étaient désavantagés quant à leur présence

29. Ces statuts forment 70% du total. Parmi les statuts restants, on compte 10% de retraité(e)s, et 20% pour d'autres statuts (étudiants, dépendant) dont on connaît la fragilité des chances de réinsertion surtout s'ils ont à vivre plus d'une hospitalisation.

antérieure sur le marché du travail et quant à la lourdeur de leur histoire psychiatrique. Pour ce groupe, désormais réduits à l'invalidité et au recours définitif au Bien-être social, l'espoir suscité par les transformations des services psychiatriques est loin d'être réalisé et on peut conclure, en définitive que lors du passage en milieu psychiatrique, ce sont les plus fragiles qui éclopent.

BIBLIOGRAPHIE SOMMAIRE

- BASTIDE, Roger, *Sociologie des maladies mentales*, Paris, Flammarion, 1977, 277 p.
- BIELIAUSKAS, U. J., «The attitude of industrial employers toward hiring of former state mentale hospital patients», *Journal of Clinical Psychology*, 16, juillet 1960, p. 256-59.
- BOUDREAU, Françoise, «La psychiatrie québécoise depuis 1960: de structure en structure, la loi du plus fort est-elle toujours la meilleure?», dans *Santé mentale au Québec*, vol. VI, n° 2, novembre 81, p. 327 à 354.
- BURDEN, C. A., Hiring a mental rehabilitant, *Personnel Journal*, décembre 1971, p. 920-923.
- COLE, N. J., D. COVEY, A. KAPSA, C. M. BRANDS, «Employment and Mental Illness», *Mental Hygiene*, vol. 49, avril 1965, n° 2, p. 281-287.
- DAWSON, W. M., «Effects of stigma on re-employment of ex-mental patients», *Mental Hygiene*, vol. 45, 1961, p. 110-115.
- FAUNA, A. et R. FELNER, «Employment interviewer reactions to former mental patients», *Journal of clinical psychology*, vol. 82, n° 2, 1973, pp. 268, 272.
- FREEMAN, M. et O. S. SIMMONS, *The Mental Patient Comes Home*, New York, John Wiley and sons, 1963.
- HÔPITAL St-JEAN-De-DIEU, *le Malade mental, le travail et la société*, rapport du colloque tenu à l'hôpital St-Jean-de-Dieu, novembre 1966, Montréal, 211 p.
- LANDRY, D. et W. D. GRIFFITH, «Placement of the Emotionally Handicapped», *Journal of Rehabilitation*, 24, 1958, pp. 17, 18.
- LANDRY, D. et W. D. GRIFFITH, «Employer Receptivity toward Hiring Psychiatric Patients», *Mental Hygiene*, 42, juillet 1958, pp. 383, 390.
- LINK, Bruce, «Mental patients status, work and income; an examination of the effects of a psychiatric label», *American Sociological Review*, vol. 47, avril 1982, pp. 202-215.
- MAISEL, Robert, «The ex-mental patient and rehospitalization. Some research findings», *Social Problems*, vol. 5, n° 1, 1967, pp. 18-24.
- MASSE, Jacqueline et M. Marthe BRAULT, «Maladie mentale et stigmatisation ou comment on devient malade mental pour la vie», *Santé mentale au Québec*, vol. IV, n° 1, juin 1979, p. 73-83.
- MACDOUGALL, SOCK FOON CHEW, *Employment of Ex-Psychiatric Patients: A Review of the Literature*, University of Maryland, 35 p.
- MARGOLIN, R. J., «A survey of employer reactions to mental patients know in their firms», *Mental Hygiene*, vol. 45, 1961, p. 110-115.
- MILLER, Dorothy et W. DAWSON, «Effects of stigma of re-employment of ex-mental patients», *Mental Hygiene*, vol. 49, avril 1965, n° 2, pp. 281-287.
- OLSHANSKY, S. UNTERBERGER, «The meaning of work and its implications for the ex-mental hospital patient», *Mental Hygiene*, vol. 47, janvier 1963, p. 139-150.
- OLSHANSKY, S. et S. GROB, I. MALAMUD, «Employer's attitude and practices in the hiring of ex-mental patients» *Mental Hygiene*, vol. 42, juillet 1958, n° 3, p. 391-401.
- OLSHANSKY, S., «Passing: road to normalization for ex-mental patients», *Mental Hygiene*, vol. 50, janvier 1966, n° 1, p. 86-88.
- OLSHANSKY, S. et S. GROB, M. EKDAL, «Survey of employment experiences of patients discharged from three state mental hospital during period 1951-1953», *Mental Hygiene*, vol. 44, octobre 1960, n° 4, pp. 510-521.
- SIMMONS, O. G., *Work and mental illness, 8 cases studies*, New York, John Wiley and Sons Inc., 1965, 271 p.
- STATISTIQUE CANADA, *Statistique de l'Hygiène mentale*, vol. 1, Admissions et radiations des institutions, Ottawa, Catalogue 83-204.
- STATISTIQUE CANADA, *Statistique d'hygiène mentale: probabilité d'hospitalisation dans un établissement psychiatrique du Canada*, Catalogue 83-506, Occasionnel 1968.
- STATISTIQUE CANADA, (J. Ableson, P. Paddon, et C. Shohmenger), *Perspective sur la santé*, Hors-série, catalogue 82-540F, 1983, 117 p.
- WANSBROUGH, Nancy, et Philip COOPER, *Open Employment after Mental Illness*, London, Tavistock, 1981, 208 p.

RÉSUMÉ

Cet article aborde la question de la réinsertion professionnelle des ex-patients psychiatriques. Il tente de rendre compte d'une recherche établissant le profil social, psychiatrique et professionnel d'un échantillon de la population sortante de trois hôpitaux psychiatriques. Les résultats permettent de constater un phénomène de retrait du marché du travail suite à l'hospitalisation. Ce phénomène se produit de façon différenciée: le nombre d'hospitalisation et l'histoire professionnelle antérieure en sont des facteurs déterminants. En résumé on peut dire qu'il affecte les plus fragiles.

SUMMARY

This paper deals with the issue of the professional reintegration of ex-psychiatric patients. It attempts to give an account of a research project which established the social, psychiatric, and professional profile of a sample populations released from three psychiatric hospitals. The findings point toward a phenomenon of withdrawal from the labor force after hospitalization. This phenomenon occurs in a differentiated fashion: the number of hospitalizations and the previous professional history are the determining factors. To sum up, we may say that those affected by this phenomenon are the most fragile.

RESUMEN

Este artículo aborda el punto de la reinserción profesional de los ex-pacientes psiquiátricos. Presenta una investigación que establece el perfil social, psiquiátrico y profesional de una muestra estadística de la población saliente de tres hospitales psiquiátricos. Los resultados permiten constatar un fenómeno de retiro del mercado de trabajo que sigue a una hospitalización. Este fenómeno se produce de manera diferenciada: el número de hospitalizaciones y la historia profesional anterior son factores determinantes. En resumen se puede decir que él afecta a los más frágiles.