

Université de Montréal

Étude discursive de la stigmatisation de la maladie mentale : l'expérience des
étudiantes et étudiants universitaires québécois

Par
Solène Doutrelant

Département de communication
Faculté des arts et sciences

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès Sciences (M. Sc.) en
Sciences de la communication

Août 2020

© Solène Doutrelant

Université de Montréal
Département de communication, Faculté des arts et des sciences

Ce mémoire intitulé

Étude discursive de la stigmatisation de la maladie mentale : l'expérience des étudiantes et étudiants universitaires québécois

Présenté par

Solène Doutrelant

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes

Boris H.M.J Brummans
Président-rapporteur

Stephanie Fox
Directrice de recherche

Kirstie McAllum
Membre du jury

Résumé

Depuis le printemps 2019, une campagne de sensibilisation aux enjeux de santé psychologique est déployée sur le campus de l'Université de Montréal. À l'instar de cette campagne, de nombreuses initiatives sont lancées au travers de la province pour enrayer la stigmatisation de la maladie mentale. Ainsi, un nouveau Discours, positif et anti-stigmatisant tente de s'imposer face au Discours stigmatisant ancré dans la société. Par Discours, il faut comprendre un ensemble discursif qui reprend des idéologies et les significations de phénomènes ; celui-ci se matérialise dans les mots et les interactions sociales (discours). On assiste à une mise en tension du sens que l'on donne de la maladie mentale.

En s'appuyant sur la théorie de l'étiquetage, ce mémoire a pour objectif de comprendre la tension entre ces deux Discours dans les paroles (le discours) et attitudes des Québécoises et Québécois. La problématique se pose autour des étudiantes et étudiants universitaires du fait de leur tranche d'âge hybride (sortie de l'adolescence et entrée dans l'âge adulte) où la tolérance sociale de la maladie mentale bascule de l'indulgence pour les enfants atteints à une stigmatisation pour les adultes atteints. À cette fin, cette étude a mené des groupes de discussion avec des étudiantes et étudiants d'universités québécoises qui ont vécu une expérience personnelle de la maladie mentale afin de dépendre leur perception et leur expérience de cette tension discursive dans leurs relations interpersonnelles. Une analyse thématique des transcriptions de ces discussions a été effectuée. Les principaux résultats montrent que pour les participants, il subsiste des traces du Discours stigmatisant dans les paroles des personnes qui les entourent. À des niveaux plus ou moins élevés suivant les personnes de l'entourage, ces traces s'accompagnent d'un éloignement social. Un éloignement qui s'opère en double dynamique et souligne la capacité des personnes souffrant de maladie mentale à interagir dans un nouveau groupe social.

Mots-clés : Maladie mentale, Stigmate, stigmatisation, Discours/discours, groupe de discussion, théorie de l'étiquetage.

Abstract

Beginning in the spring of 2019, an awareness campaign on mental health issues has been deployed on the campus of the Université de Montréal. Many similar initiatives have been launched across the province of Quebec that aim to eliminate the stigma of mental illness. Thus, a new, positive and anti-stigmatizing Discourse is challenging the deep-rooted Discourse that stigmatizes mental illness in society. By Discourse, it is necessary to understand a discursive whole that takes up ideologies and the meanings of phenomena; this is materialized in words and social interactions (discourse). There is thus a growing tension inherent to the very meaning of mental illness.

The purpose of this Master's thesis is to better understand this tension between these two Discourses in the words and attitudes of Quebecers. The research project focuses on university students because of their hybrid age bracket (leaving adolescence and entering adulthood) where the societal tolerance for mental illness tends to shift from indulgence for children to stigmatization for adults. To this end, focus groups with Quebec university students allowed us to depict their perception of this discursive tension in their interpersonal relationships. The discussion transcripts were thematically analyzed. The main results show the emergence of a dissonant discourse, which mixes stigmatizing and anti-stigmatizing Discourse, and the persistence of stigmatizing Discourse held by people who are socially distant from the sick person. These findings formed the basis of a relational model of how participants experienced the stigma of their mental illness, providing a new perspective on the theory of labelling and stigmatization.

Keywords: Mental illness, Stigma, stigmatization, Discourse/discourse, focus groups, labelling theory.

Table des matières

<i>Résumé</i>	1
<i>Abstract</i>	2
<i>Table des matières</i>	3
<i>Figures</i>	7
<i>Remarque préliminaire</i>	7
<i>Remerciements</i>	8
<i>Introduction</i>	10
<i>Revue de la littérature</i>	14
Exploration et définitions de la maladie mentale	15
Santé mentale et maladie mentale.	15
La maladie et le malade.....	18
Maladie physique et maladie mentale	20
Les maladies mentales : différentes perspectives.....	21
Exploration théorique du concept de stigmat	24
Le stigmat : héritage de Goffman	24
Discrédité et discréditable	26
Psychologie sociale	28
La théorie de l'étiquetage.....	29
Communication stigmatisante	37

Explication du rôle des médias dans le processus de la stigmatisation de la maladie mentale	39
<i>Problématisation.....</i>	<i>46</i>
<i>Cadre conceptuel.....</i>	<i>48</i>
Approche épistémologique	48
Le constructionnisme social.....	49
L’interactionnisme symbolique.....	50
Discours et discours.....	52
Étude de discours ou de Discours ? Exploration des possibilités.....	53
Le discours avec un petit d.....	54
Le discours avec un grand D.....	55
Le discours et le sens.....	57
Le discours et son échelle de localisation	59
Exploration des options d’analyse.....	60
Les différents types de Discours : acquis et appris	63
Tension entre les Discours	65
Tension entre Discours et discours.....	68
<i>Methodologie</i>	<i>70</i>
Collecte de données	70
Mise en contexte du groupe de discussion	71
Recrutement des participants	73

Participants	74
Contexte particulier des groupes de discussion en ligne anonyme	75
Design et déroulement des groupes de discussion	76
L'aspect éthique.....	80
Réflexion sur mon rôle de chercheuse : porte-voix d'une cause	81
Méthode d'analyse des données	82
Analyse des groupes de discussion dans un processus inductif	83
Donner du sens aux données : analyse thématique	84
<i>Résultats de l'analyse</i>	89
Des Discours en tension, un discours dissonant.....	90
Discours anti-stigmatisant ou déstigmatisant ? Émergence d'un nouveau type de discours : un discours dissonant	90
Les conseils, marqueurs de la dissonance du discours	91
Les paroles culpabilisantes, un discours de moins en moins bienveillant	95
La remise en question du diagnostic	97
Un Discours stigmatisant toujours présent.....	100
Le traitement médical comme enjeux de stigmatisation	100
Persistance du discours de la peur.....	103
Une perception contrastée de la maladie mentale	105
Une vision biaisée de la maladie	105
Remise en question de la séparation « maladie physique » et « maladie mentale » ..	110

Apprentissage d'une nouvelle réalité ; trajectoire sociale d'une personne atteinte	
d'une maladie mentale	114
Apprivoiser sa maladie, apprivoiser une nouvelle réalité	115
L'être et sa maladie	115
L'entourage, un accompagnement dans une certaine limite	118
La médicalisation, le passage de l'autre côté	122
Une séparation.....	122
Une nouvelle union	124
Une nouvelle réalité	127
<i>Discussion</i>.....	133
Retour sur la littérature.....	134
Limites de la recherche	138
Ouverture.....	139
<i>Conclusion</i>	140
<i>Bibliographie</i>	143
<i>Annexes</i>.....	159
Annexe 1 : Grille de pré-entrevue.....	159
Annexe 2 : Grille de discussion	160
Annexe 3 : Liste des pseudonymes.....	164
Annexe 4 : Tableau de codage.....	165
Annexe 5 : Certificat éthique.....	173

Figures

Figure 1- Double continuum de la maladie mentale et de la santé mentale (Commission de la santé mentale du Canada, s. d.; Doré et al., 2017) 16

Figure 2- Élaboration des dimensions essentielles et résumé des positions dans les études de discours de Alvesson et Karreman (2000), traduction libre 63

Figure 3- Trajectoire sociale d'une personne vivant une expérience de maladie mentale 133

Remarque préliminaire

Pour ce mémoire, l'écriture épiciène et la féminisation des propos ont été utilisées.

Remerciements

Cette aventure, aussi grande et périlleuse que fût mon passage à Montréal, n'aurait pu être aussi belle ailleurs qu'au Département de communication de l'Université de Montréal. Ces remerciements sont pour les cinq années passées au pavillon Marie-Victorin. J'y ai appris les grandes théories de la communication, mais aussi à comprendre le monde qui m'entoure, à l'appivoiser et le décrypter.

Merci au Département de communication de l'Université de Montréal pour son accueil chaleureux, son corps professoral passionné et dévoué, et pour sa confiance, et les souvenirs impérissables que je garde.

Merci à ma directrice de recherche, Stéphanie Fox. Merci pour ta patience, ta générosité et toute ta bienveillance. Merci d'avoir cru en moi alors que je ne savais pas toujours où je m'en allais, de m'avoir soutenue, de m'avoir fait confiance. Je suis fière du chemin parcouru et du travail que l'on a réussi à produire. Un merci spécial pour Kirstie McAllum, Line Grenier, François Cooren, Boris Brummans, Ghislain Thibault pour leur temps, leur écoute et générosité.

Merci à Shalini Lal et à l'équipe du Youth Mental Health and Technology Lab pour son accueil. Passer ces quelques mois à vos côtés a été un honneur. Je suis très fière d'avoir fait partie de cette équipe de recherche.

Merci à l'Université de Montréal, la FAÉCUM, le département de communication, MITACS, et le groupe Cogeco pour votre soutien financier.

Merci à mes nombreux amis du département. Matthieu, mon fidèle acolyte, merci pour ton écoute, ta pertinence, tous tes précieux conseils et ton éternel soutien. Stella, mon amie depuis le jour un de mon arrivée au baccalauréat en communication, je pense que l'on était faite pour se rencontrer et devenir meilleure amie. Yllan et Mathilde, pour notre trio infernal, mais ô combien pertinent. Camille, Bertrand, Cecilia, Mathiew, Vincent, Josiane, mes amis du baccalauréat, merci d'avoir embarqué dans mes folies. Je sais que je n'ai pas toujours été la plus facile à suivre.

Tanika, Bérénie, Ariane, Janie, Aurélie, Marilou, Khaoula, Myriam, Audrey-Maud, Catherine, Fatima, autant de personnes inspirantes dont j'ai eu la chance de croiser la route aux cycles supérieurs en communication. Merci pour toutes les conversations, les débats et pauses café. Vous avez poussé ma réflexion plus loin que je ne l'aurais pensé.

Merci à tous mes amis rencontrés au détour d'une instance de la FAÉCUM. Ces quatre années de mouvement étudiant m'ont appris à quel point on peut faire bouger les choses, que l'on peut grandir et se pousser vers le haut. Merci pour la leçon d'humilité.

Merci à mes parents. Malgré de la distance, je sais que vous avez toujours été derrière moi. Merci de m'avoir soutenue, de m'avoir fait confiance quand je vous ai dit « Je veux aller à Montréal après mon bac ». Merci aussi à mes deux petits frères d'avoir accepté que leur grande sœur parte aussi longtemps et aussi loin. Ce mémoire, il est pour vous.

Merci à mes amies de France qui me sont toujours restées fidèles. Auriane, Kadidja, Anne-Hélène, Christelle, mes amies pour la vie.

Enfin, merci à toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin à ce travail de longue haleine. Je n'y serai jamais arrivée sans vous.

Introduction

À l'hiver 2016, la fédération étudiante du campus de l'Université de Montréal lançait une grande enquête sur la santé psychologique des étudiants et étudiantes universitaires. Plus de 10 000 réponses ont été enregistrées (Lessard, 2016). Cela représente la plus grande base de données actuellement au Québec sur la santé psychologique étudiante. Cette enquête a permis également de dresser un portrait global de la situation dans notre université : celui-ci est alarmant. En effet, 22 % de la population étudiante rapporte des symptômes dépressifs étant suffisamment sérieux pour entreprendre un traitement et 3,4 % des étudiants et des étudiantes de l'Université de Montréal rapportent des symptômes suffisamment importants pour être considérés comme étant en situation d'épuisement professionnel, ou plus communément appelé le *burn-out*. Autre fait, la détresse psychologique est plus présente à l'Université de Montréal en comparaison avec la population générale, ce qui signifie que la population étudiante se sent plus vulnérable que l'ensemble de la population sur le plan de la santé psychologique. Un autre chiffre qui démontre l'urgence de la situation est que près de 10 % des personnes interrogées ont pensé à s'enlever la vie dans les 12 mois au moment de l'enquête.

Dans une étude plus large, l'Union étudiante du Québec a établi un constat semblable à l'échelle de la province en 2018. L'enquête *Sous ta façade* s'est portée à l'ensemble de la province québécoise grâce à la collaboration des différentes associations étudiantes membres de l'UEQ et les universités québécoises (Bérard et al, 2019). Ensemble, les associations étudiantes participantes représentent 151 590 membres de la communauté étudiante dont, environ 108 000 au premier cycle, 35 000 au second cycle, 8 000 au troisième cycle et 1 000 aux autres cycles. Au total, 23 881 membres de la communauté étudiante universitaire au Québec ont participé à l'enquête. C'est actuellement la plus grande base de données sur la santé psychologique étudiante au monde.

Ainsi le rapport d'une soixantaine de pages notifie que 58 % de la population universitaire souffre de détresse psychologique, et que près de 20 % des étudiantes et étudiants universitaires du Québec ont des symptômes dépressifs nécessitant un soutien médical ou psychologique. De plus, « le taux d'idéation suicidaire est trois fois plus élevé que dans le reste de la population, et pire encore, que les tentatives de suicide sont deux fois plus élevées que dans le reste de la population » (Lebel, dans Union Étudiante du Québec [UEQ], 2019). À l'annonce de ces chiffres, les députés Gabriel Nadeau-Dubois, Marwah Rizqy, Méganne Perry Mélançon, Guy Ouellette, Catherine Fournier et monsieur le ministre Jean-François Roberge déposèrent une motion conjointe qui demande au gouvernement « de prendre les mesures nécessaires dans les plus brefs délais pour améliorer la santé psychologique étudiante, afin de permettre aux établissements d'enseignement supérieur de mettre en place des plans d'action visant à améliorer la santé psychologique étudiante, notamment en améliorant leurs conditions d'études. » (*Journal des débats de l'Assemblée nationale - Assemblée nationale du Québec*, s. d.)

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé, la santé mentale est « un état de bien-être permettant à chacun de reconnaître ses propres capacités, de se réaliser, de surmonter les tensions normales de la vie, d'accomplir un travail productif et fructueux et de contribuer à la vie de sa communauté ». La maladie mentale quant à elle se définit comme : « des changements qui affectent la pensée, l'humeur ou le comportement d'une personne, et qui lui causent de la détresse ou de la souffrance » (« Santé mentale (maladie mentale) », s. d.). Le sujet de la maladie mentale semble devenir un levier social et politique important au Québec. Le mouvement étudiant semble particulièrement pionnier en la matière. De fait, plusieurs initiatives voient le jour afin de sensibiliser les populations étudiantes et québécoises aux enjeux de stigmatisation de la maladie mentale, et d'ouvrir une conversation sur la situation.

Cependant, et de manière plus insinuante, l'image de la maladie mentale dans les médias, la presse, les films ou les magazines reste problématique (Hollande, 2012; Klin et Lemish, 2008;

Livingston, 2004; Pescosolido, 2013). Plusieurs études démontrent que le sens donné à la maladie mentale reste négatif, que les descriptions de la maladie mentale et des malades mentaux sont faussées en raison d'inexactitudes, d'exagérations ou de désinformation dans les productions médiatiques (Klin et Lemish, 2008). Les images stéréotypées négatives que fournissent les représentations médiatiques et les mythes entretiennent le sens négatif que l'on donne à la maladie mentale (Livingston, 2004), et nourrissent ainsi un discours stigmatisant. Au contraire, plusieurs études, comme celle de Whitley (2017) de l'Université McGill, démontrent que la couverture des journaux qui traitent de la santé psychologique s'améliore depuis 2005. En effet, les articles qui parlent de la santé mentale tendent à devenir de moins en moins stigmatisants. Pourtant, lors d'événements dramatiques (attaques à l'arme à feu, meurtre, etc.) où le suspect présente potentiellement des troubles psychologiques, la couverture médiatique ressort très négativement et stigmatisante. Une « culture de la peur » reste étroitement liée aux nouvelles traitant de santé mentale (Weinstein, 1982). C'est pourquoi la maladie mentale reste un sujet sensible, un sujet dont les personnes atteintes tentent souvent de garder secret ou pour soi (Liamputtong, 2011b).

À l'instar des enquêtes sur la population étudiante, une prise de conscience générale semble se dessiner dans la province québécoise sur la question de la santé psychologique. La campagne « Bell Cause pour la cause » a été relayée plus de 154 387 425 fois cette année et a rapporté 7 719 371,25 \$ pour des projets ou de la recherche en santé mentale (« Bell Cause pour la cause », 2020). Les campagnes de sensibilisation à l'échelle du Canada, comme d'un campus universitaire, se développent de plus en plus. On peut ainsi citer les campagnes telles que « Ça va aller » déployées sur le campus de l'Université de Montréal ou encore le mouvement montréalais *Humain avant tout* qui partage des témoignages d'hommes et de femmes à propos de leurs maladies mentales. De manière plus large, de nombreux organismes communautaires se battent depuis plusieurs années pour une plus grande reconnaissance des enjeux de santé mentale au Québec. L'enjeu est désormais

mis de front par plusieurs associations, comme Mouvement santé mentale Québec, Commission de la santé mentale du Canada et Association canadienne pour la santé mentale, en plus des nouvelles campagnes.

Ainsi, nous voyons que la question de la maladie mentale devient de plus en plus centrale dans les médias et les campagnes sociopolitiques. Les groupes de pression s'emparent de la question pour faire avancer une cause. De plus, on sait qu'un Canadien (ou une Canadienne) sur cinq va développer un trouble de santé mentale au cours de sa vie (Roy, 2018). Nous savons aussi que l'adolescence est le moment où une personne a le plus de chance de développer un trouble de santé mentale (Roy, 2018). Bien qu'il existe plusieurs types de maladies mentales, les campagnes universitaires et Bell Cause pour la cause ne font pas ou peu de distinction ou de pédagogie sur les différentes maladies mentales. On observe plutôt que le sujet de la santé mentale est abordé d'une manière différente dans les campagnes de sensibilisation : on incite plutôt à en parler, à enlever une certaine honte qui s'accompagne de la maladie, plutôt qu'à reconnaître des symptômes ou entamer un processus de « dépistage ». En effet, la campagne Bell Cause pour la cause agit non pas en vertu de la santé mentale, mais contre la *stigmatisation* de la maladie mentale (« Bell Cause pour la cause », 2020). Le stigma qui entoure la maladie mentale ne serait-il pas plus dommageable que la situation de malade ?

Le stigma, la honte ou le discrédit attribué aux différentes maladies mentales semble être une des caractéristiques de ces maladies. À l'instar du gouvernement du Québec qui informe sur comment « combattre les préjugés sur la maladie mentale », il semble que la dépression, l'anxiété ou la phobie oblige les personnes qui les portent à se battre contre la maladie *et* contre les idées reçues (*Combattre les préjugés sur la maladie mentale*, 2020). Une caractéristique que l'on ne retrouve pas dans toutes les maladies. Il y a certes une peur de la maladie en général, qu'elle soit physique ou mentale, mais il est particulier pour une personne qui souffre de dépression d'être vue

comme une personne faible, avec un manque de volonté, et comme un individu qui n'est pas réellement affecté dans ses capacités par la maladie (Blanc, 2019). Ce mémoire a pour but de comprendre comment cette stigmatisation de la maladie mentale, plus particulièrement de la dépression, de l'anxiété et du *burn-out*, se manifeste dans un espace public qui se veut de plus en plus ouvert à un Discours déstigmatisant.

Dans les prochaines pages, une revue de la littérature développant la conceptualisation de la maladie mentale et l'historique conceptuel du stigma jusqu'à la conception processuelle de la stigmatisation sera effectuée. Le cadre conceptuel, quant à lui, mobilisera les idées d'Alvesson et Karreman (2000) pour expliquer l'imbrication des discours sociétaux stigmatisants et anti-stigmatisants (ou Discours avec un grand «D» dans les travaux de ces auteurs) dans les interactions locales (ou des discours avec un petit «d»). De même, les travaux de Gee (2007) sur la socialisation et le Discours seront mobilisés pour explorer la manière dont on peut appréhender un nouveau Discours, et donc la manière dont un nouveau Discours anti-stigmatisant pourrait remplacer le Discours stigmatisant en matière de la maladie mentale. Cela amènera à la question de recherche suivante : Comment les étudiants et les étudiantes universitaires comprennent la tension des Discours stigmatisants et anti-stigmatisants de la maladie mentale au travers des discours qu'ils et elles côtoient ?

Revue de la littérature

La revue de la littérature se découpe en plusieurs sections. Afin d'offrir une vue d'ensemble des différents concepts et enjeux de ce mémoire, une première partie de la revue de littérature sera consacrée à l'exploration et aux définitions du concept de la maladie mentale. Plus en

détail, il sera question du choix sémantique de la « maladie mentale » plutôt que « la santé mentale », la distinction entre la santé mentale et la maladie physique, et les différentes perspectives et nuances autour de la maladie mentale. Dans un second temps, il s’agira d’une exploration théorique du concept de « stigmat » développé par Goffman (1963), et des théories du processus de stigmatisation à un niveau micro et macro. Enfin, la dernière section sera consacrée au rôle des médias dans le processus de stigmatisation de la maladie mentale.

Exploration et définitions de la maladie mentale

Santé mentale et maladie mentale.

Dans le cadre de ce mémoire, j’ai rapidement fait un choix sémantique autour de mon sujet. Est-ce que je voulais parler de la maladie mentale ou de la santé mentale ? De fait, les termes *santé mentale*, *maladies mentales* ou *troubles mentaux* sont souvent considérés comme étant des concepts similaires.

Bien que la plupart des travaux explorent *la santé mentale* comme objet d’étude, ici c’est bien la *maladie* qui m’importe, et plus précisément les maladies mentales telles que la dépression, l’anxiété et le *burn-out*. La maladie mentale est considérée comme étant une affection psychologique ou comportementale significative marquée par une détresse, une incapacité ou le risque de souffrir d’incapacités (Varcolis et Halter, 2010, cité dans Chicoine, 2015). En fait, la maladie mentale réfère à l’ensemble des troubles mentaux faisant l’objet d’un diagnostic.

De manière générale, peut-être même naturelle, la santé semble s’opposer à la notion de maladie « physique », bien que le terme « physique » soit souvent invisible. La santé se définit

dans le dictionnaire Larousse comme : « État de bon fonctionnement de l'organisme. » Dans une vision négative de la santé, celle-ci serait présente en cas d'absence de maladie (Burton-Jeangros, 2004). Or, une vision beaucoup plus positive de la santé tend à prendre le dessus, comme le démontre la définition de la santé présentée par l'OMS : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (2020).

De fait, il est possible d'observer les enjeux de la santé et/ou de la maladie mentale sur un double continuum, comme dans le modèle ci-dessous (voir Figure 1) qui provient de la Commission de santé mentale du Canada (s.d), ainsi que Doré et Caron (2017).

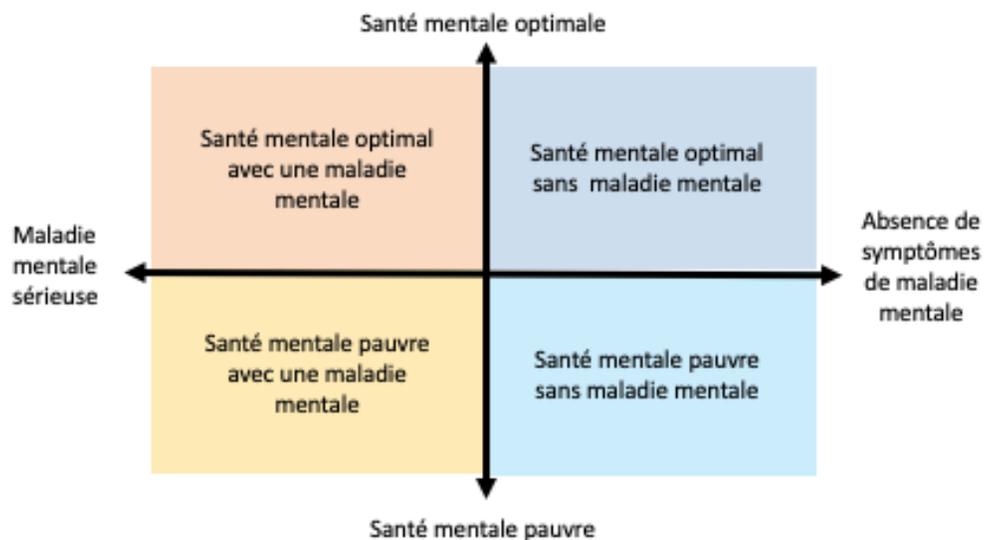


Figure 1 — Double continuum de la maladie mentale et de la santé mentale (Commission de la santé mentale du Canada, s. d.; Doré et al., 2017)

Les maladies mentales se situent sur un continuum allant de l'absence de symptômes et de diagnostic à une maladie mentale grave (par exemple, anxiété, dépression, trouble de la personnalité, schizophrénie). La santé mentale, elle aussi se situe également sur un continuum ; on peut être dans un état de santé mentale optimal, dans un état de santé mentale pauvre et médiocre, ou quelque part entre les deux (Doré et Caron, 2017). La santé mentale optimale se caractérise par des émotions positives, une satisfaction de vivre et un fonctionnement psychologique et social positif (par exemple, acceptation de soi, relations positives, croissance personnelle).

Selon ce modèle à double continuum, il est possible d'avoir une maladie mentale et d'être également dans un état de santé mentale positif. Cela se produira probablement lorsque la personne fait face efficacement, réagit bien au traitement et présente moins de symptômes. Dans le même temps, il est possible qu'une personne qui n'a pas de diagnostic de maladie mentale soit dans un état de mauvaise santé mentale. Il se peut que la personne soit très stressée, ce qui a un effet négatif sur son humeur, ses schémas de pensée et ses relations personnelles.

Toutes ces notions approchant la santé ne me permettaient pas de comprendre la stigmatisation, qui vient d'une marque ou d'un attribut qui dévalue une personne. C'est bien le *défaut* attribué à la maladie qui m'interpelle dans une dynamique de communication et de stigmatisation. En quoi ce statut de malade, pour ce type de maladies précisément, est-il stigmatisant et comment cela se traduit-il dans les interactions sociales ? Par ailleurs, et cela a été développé, une maladie mentale n'est pas incompatible avec une bonne santé mentale, et inversement. Avoir une mauvaise santé mentale n'est pas synonyme d'avoir une maladie mentale ; choisir le concept de maladie mentale me permet de cibler précisément des personnes dans des situations non équivoques, mais aussi d'atteindre la marque stigmatisante pure. Cependant, je dois souligner que plusieurs articles utilisés dans la construction argumentative de ce mémoire ont le mot clé, le concept, ou un titre comprenant « *mental health* » plutôt que « *mental illness* ».

La maladie et le malade

Comme le décrit Baszanger (1986), « la maladie désorganise les rapports et les ajustements d'une personne à la société et plus précisément dans ses insertions immédiates (famille, travail, vie publique...) » (p. 6). La maladie est donc un élément perturbateur d'un certain équilibre. Pour le fonctionnaliste Parsons (1951), la maladie empêche un individu d'accomplir l'ensemble de ses obligations sociales ordinaires, menaçant ainsi le fonctionnement du système de la société et posant même la question de son maintien en tant que personne malade dans l'organisation sociale (Baszanger, 1986). Plus en détail, Parsons (1951) soutient que la société, par l'entremise de systèmes et de sous-systèmes sociaux de la médecine, va contrôler la déviance potentielle que constitue la maladie, et par extension le malade. De fait, la société n'accepte pas la maladie et met en place des stratégies pour la contrôler.

De plus, la maladie, bien qu'elle soit dans un premier lieu intrinsèquement reliée à la biologie, a tout de même une valeur sociale non négligeable. De fait, les représentations de la maladie peuvent se distinguer en deux modèles distincts présentés dans la littérature scientifique. Une dichotomie importante se crée entre une approche « biomédicale » de la maladie et une approche plus « sociale ». Plus précisément, le constructionnisme social fait apparaître la distinction entre « *disease* » (condition biologique) et « *illness* » (le sens social de la condition), démontrant cette distinction entre une vision biomédicale et une vision sociale de la maladie (Conrad et Barker, 2010). Contrairement au modèle biomédical, qui assume que la maladie est universelle et invariante au temps et à l'espace, le constructionnisme social attire l'attention sur comment le sens et l'expérience de la maladie (*illness*) sont construits par le système culturel et social (Engel, 1977). Bien que souvent inaperçues ou considérées comme allant de soi, certaines maladies ont une signification sociale ou culturelle particulière qui leur est attribuée (Conrad et Baker, 2010). Ces

significations adhèrent à la maladie et peuvent avoir des conséquences importantes sur les patients et les soins de santé ; à l’instar des maladies mentales empreintes à une stigmatisation plus importante que d’autres maladies, telle qu’une maladie auto-immune. La construction sociale autour de la dépression, l’anxiété ou le *burn-out* est constitutive de l’image et des attitudes stigmatisantes qui émanent de ces maladies. Également, ces maladies sont au cœur d’une tension entre les connaissances profanes et médicales en ce qui concerne la légitimation culturelle des symptômes et de la souffrance (Conrad et Baker, 2010). Comme le souligne le psychiatre Blanc (2019), « en plus de la maladie, de la stigmatisation, il est demandé [aux malades] de “prouver” que leur maladie n’est pas du “cinéma” » (p. 14). Les connaissances « faussées » par une communication stigmatisante peuvent l’emporter sur les connaissances biomédicales. En effet, une vision de la maladie peut prévaloir sur l’autre ; notamment quand il est question de maladie stigmatisante, comme les maladies mentales ou les maladies sexuellement transmissibles. Une perception négative mise en avant par une communication stigmatisante peut obstruer la détection de symptômes par exemple.

Par ailleurs, une personne malade a un statut, et donc un rôle, particulier à prendre désormais au sein de la société. Le rôle du malade impose — et c’est son aspect le plus connu — certaines conduites spécifiques comme le fait de se remettre aux mains d’un médecin (Baszanger, 1986). Il n’est plus apte à assurer son statut et son rôle d’origine. Comme le souligne le sociologue Elliot Freidson (1970, cité dans Durr, 2019), les maladies entraînent des conséquences indépendantes de tout effet biologique : quand un médecin diagnostique la maladie d’un être humain, il modifie le comportement de l’homme par le diagnostic ; un état social est ajouté à un état biophysique en attribuant le sens de maladie à une personne malade. Le nouveau statut social de malade confère à la personne un nouveau rapport à la société et aux personnes autour d’elle ; la personne malade est officiellement exemptée à titre temporaire de l’accomplissement de ses activités. Le malade est ainsi vu comme « à part » au sein de la société. Cette réalité convient

également aux autres ; chacun sait désormais à quoi s'attendre socialement lorsque survient une maladie et comment régler sa conduite. La personne malade est alors vue par le prisme de sa maladie ; celle-ci peut prendre le pas sur les autres aspects de sa vie, comme le travail, et aller, dans certains cas, jusqu'à une dévaluation totale de la personne.

Maladie physique et maladie mentale

Dans l'article « La maladie mentale comme problème social », Dorvil (1990) explique comment la maladie mentale est distincte de la maladie physique. L'auteur explique par ailleurs que dans la maladie mentale, il y a un aspect d'irresponsabilité, d'imprévisibilité, voire même de violence qui n'est pas présent dans la maladie physique. On retrouve ici une des caractéristiques particulières d'un contenu stigmatisant, d'une idée transmise par un Discours (ceci sera élaboré dans le cadre conceptuel) et qui se transmet en communication stigmatisante. Cela indique également une communication, plus particulièrement une mise en avant d'une certaine information, afin que la société se protège de l'individu atteint. Dorvil (1990) explique que la récurrence est une partie inhérente à la maladie mentale et par conséquent il s'agit d'une maladie chronique. Cette position enferme la personne malade dans sa maladie et sa condition de malade.

La notion de la maladie mentale n'est pas tranchée, même dans le domaine médical. Les psychiatres ont des opinions qui divergent sur le diagnostic même d'une maladie, ou d'un même cas. Bien qu'un système de notation des maladies mentales existe, le DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), celui-ci est fréquemment mis à jour et souvent remis en question (Blanc, 2019). Cette mise à jour permanente (cinq versions depuis 2015) offre un caractère provisoire et perfectible aux diagnostics des différentes maladies (Blanc, 2019).

Une maladie mentale se distingue aussi d'une maladie physique par sa relation avec les personnes qui nous entourent. De prime abord, la maladie mentale est souvent invisible. Il est difficile de voir, sentir, ou entendre des manifestations d'une maladie mentale quand elle ne nous touche pas personnellement. Il peut y avoir de la confusion entre la maladie mentale et l'état de santé mentale, car la maladie mentale n'est pas aussi objectivable que l'est la maladie physique, par des marqueurs biologiques notamment. Au contraire, la façon de distinguer l'état normal ou non de la santé mentale se fait à l'aide du discours et du comportement de la personne et non par des examens cliniques et biologiques comme une prise de sang, par exemple. Des examens, comme des tests, ne sont organisés que dans certains cas, comme la schizophrénie, et évaluent l'aspect cognitif de la personne. Selon Dumit (2006), il s'agit de « maladies pour lesquelles il faut se battre » (p. 578). Les médecins, le public et parfois même les victimes s'interrogent sur l'authenticité des symptômes et la stabilité mentale de la personne. Particulièrement basée sur le ressenti et les émotions, il est parfois difficile de décrire une sensation ; c'est un premier obstacle pour les personnes qui souffrent de maladie mentale. Le second se fonde sur leurs croyances ; comme dit plus haut, les personnes ont appris les signes et les apparences d'une maladie ; elles détiennent une vision sociale de la maladie mentale, mais cette vision est-elle en accord avec ce que la personne ressent et perçoit de sa maladie ? Le fait que le sens de la maladie soit stigmatisant empêche de percevoir la maladie comme elle l'est. En résumé, les personnes atteintes de maladies mentales, comme c'est le cas pour les maladies contestées, sont accablées par la signification culturelle d'une condition souvent médicalement invisible à l'ère de la biomédecine de haute technologie (Barker, 2005; Brown, 2007; Kroll-Smith et Floyd, 1997, cité dans Conrad et Baker, 2010). Ces différentes significations de la maladie mentale soulèvent aussi des différences disciplinaires, ce qui sera l'objet de la prochaine section.

Les maladies mentales : différentes perspectives

Les maladies mentales ont été largement étudiées dans la littérature sous plusieurs perspectives et champs de recherche. Dans les prochaines lignes, j'aborderai la notion de maladie mentale sous la perspective psychologique, puis rapidement sous la perspective médicale de la psychiatrie, en terminant par la perspective sociale de la maladie mentale. Cette section a pour objectif de mieux comprendre ce qu'est la maladie mentale aux yeux des différentes perspectives, d'en tirer les forces et les faiblesses afin d'identifier une définition complète de mon concept de « maladie mentale ».

Dans le champ de la psychologie, la santé mentale, spécifiquement chez les adolescents et les jeunes adultes, est définie comme la capacité à croître aux niveaux psychologique, émotionnel, intellectuel et spirituel ; d'initier et de maintenir des relations interpersonnelles satisfaisantes et d'avoir la conscience de l'autre et de l'empathie ; de jouer et d'apprendre selon le groupe d'âge et intellectuel approprié et enfin de développer son sens moral du bien et du mal (Gilland et coll., 2010, cité dans Quimper, 2014). Dans cette discipline, la maladie mentale est souvent abordée sous l'angle des symptômes, qui sont divisés en deux groupes : les manifestations symptomatiques de types intériorisés et les manifestations symptomatiques de types extériorisés. Les premières font référence au stress vécu de manière interne chez l'adolescent et le jeune adulte, comme l'anxiété, la dépression, les obsessions, les troubles alimentaires, les phobies et les psychoses (Quimper, 2014). Les secondes renvoient aux comportements et aux manifestations extérieurs comme le fait d'entrer en conflit avec les autres, l'agressivité, la délinquance, le refus de l'autorité, les comportements sexuels inappropriés, la dépendance aux substances, etc. Dans ces cas, les symptômes sont sérieux et peuvent entraver le bon développement de la personne. Il est intéressant de noter que d'après Sirin et coll. (2013, cité dans Quimper, 2014, p. 6), la plupart des recherches en psychologie concernant les adolescents et les jeunes adultes ont à ce jour majoritairement porté

sur les manifestations symptomatiques de types extériorisés. Cela suggère un biais dans la manière dont la maladie mentale est perçue dans cette tranche de la population. Comme le rappelle Blanc (2019) : « L'adolescence est une période de transition et d'émancipation, qu'il ne s'agit pas de "pathologiser". Le concept valise [crise d'adolescence] sert parfois de "cache-misère" aux troubles psychiques des adolescents. » (p. 198). La crise d'adolescence serait-elle plutôt l'adolescent en crise ?

Dans une autre perspective, la psychiatrie est la branche de la médecine spécialisée dans les maladies mentales. Celle-ci porte sur « le diagnostic, la prévention, et le traitement des maladies mentales » (« Qu'est-ce qu'une maladie mentale ? », 2020, paragr. 1). Dans cette perspective médicale :

Les maladies mentales sont un ensemble de dérèglements au niveau des pensées, des émotions et/ou du comportement qui reflète un trouble biologique, psychologique ou développemental des fonctions mentales. Une maladie mentale entraîne nécessairement une détresse pour l'individu et/ou une difficulté au travail ou dans les relations sociales. (« Qu'est-ce qu'une maladie mentale ? », 2020)

Enfin, dans une perspective plus sociale, Dorvil (1990) explique que la maladie mentale est d'emblée associée à une déviance sociale avant même d'être reconnue comme une maladie. Avant même de consulter un médecin, l'individu touché a déjà une histoire avec les membres de son entourage pour l'amener à expliquer son comportement différent. Il y a donc des normes et des valeurs véhiculées dans une société pour expliquer l'anormalité. La perception courante suppose que les personnes atteintes de maladies mentales (pas seulement celles qui souffrent de schizophrénie, mais aussi celles qui souffrent de dépression grave) sont dangereuses ; elles ont une déficience de développement, une faible intelligence, des troubles de la communication ou toutes ces caractéristiques ; elles sont dysfonctionnelles et ne contribuent pas en tant que personnes

« utiles », car elles manquent de désir ou sont paresseuses (Arboleda-Florez, 2002; Crisp et al., 2000, cité dans Klin et Lemish, 2008). La maladie mentale devient donc un comportement qui va à l'encontre de ce qui est accepté dans la société. Ici, il est possible de faire un lien avec la notion de responsabilité, et plus précisément celle du contrôle, développé par Smith (2007), qui sera abordé dans le cadre conceptuel plus tard. Il est possible d'être malade, mais il en revient à la personne de faire tout son possible pour se sortir de cette situation, de se contrôler pour contrer sa condition. Et par conséquent, un stigmaté lui est associé.

Alors que les deux premières perspectives se positionnent dans un caractère biomédical, la dernière se manifeste de manière sociale, en interaction et en réaction à un échange social. Par-delà les symptômes, la maladie mentale est connotée négativement et sous-entend un manque de responsabilité de la personne atteinte. Le dommage semble être plus social que médical. Une perception qui engage une réflexion sur le concept de stigmaté et le processus de stigmatisation de la maladie mentale. Dans les prochaines pages, une exploration du concept de stigmaté, de son évolution, du processus de stigmatisation sera développée afin de matérialiser les liens implicites et explicites avec les perspectives biomédicales et sociales de la maladie mentale.

Exploration théorique du concept de stigmaté

Le stigmaté : héritage de Goffman

Le stigmaté. Le stigma est un concept largement étudié en sciences sociales et humaines. À l'origine, le mot *stigma* provient du grec et se traduit comme une marque sur le corps qui apporte une honte et un discrédit à la personne (Weinstein, 1982). Le travail théorique le plus important sur

le stigma, encore à ce jour, est assurément l'étude de Goffman en 1963. Le sociologue, en continuité avec ses études sur l'asile, a abouti à l'étude *stigma*. Le sens qu'il donne au concept est très proche de la définition du terme grec, mais il se focalise plus sur la honte que sur la marque en elle-même. Il nomme trois types de stigmas : le stigma qui se porte sur une déformation du corps (handicap), le stigma sur une imperfection de caractère individuel ou « moral » (comme le cas de la maladie mentale), et le stigma que Goffman définit comme « tribal » (race, religion, homosexualité) (Goffman, 1963).

La stigmatisation est un processus universel, car toutes les sociétés établissent des moyens de catégoriser les personnes et les attributs qui sont louables et discréditables en leur sein. La stigmatisation est une question de lieu, de nature et de temps. Elle se cadre dans un espace-temps pour une population précise. Goffman (1963) souligne également que le stigma n'existe que dans la valeur que lui donne la société en question, autour d'un stéréotype. Plus précisément, la stigmatisation est un effort délibéré pour éviter l'autre ou pour exclure l'autre de l'interaction sociale (Link et Phelan, 2001; Lucas et Phelan, 2012). La stigmatisation est définie dans et promulguée par l'interaction sociale. Cependant, comme la stigmatisation est socialement construite dans et par les relations sociales, son essence réside dans les « règles » qui guident le comportement à des moments et des lieux particuliers en le considérant comme acceptable, habituel, « normal » ou attendu. Ainsi, les fondements des « différences » qui deviennent palpables dans la stigmatisation sont normatifs.

Les études sur le stigma se sont portées plus largement sur les questions de genre, race et minorités ethniques (Quinn et Chadoir, 2009). Cependant, la question de la maladie mentale fut elle aussi étudiée. On peut tout de même noter que les études sur la maladie mentale se concentrent sur des maladies et pathologies spécifiques et graves. Certaines d'entre elles, comme la schizophrénie, ont leur propre titre de stigma. On parle alors du stigma de la schizophrénie au lieu

du stigma de la maladie mentale (Martinez et Hinshaw, 2016). A contrario, d'autres maladies, comme la dépression, sont passées sous silence dans les recherches sur le stigma de la maladie mentale. C'est l'une des limites dans la littérature. Les recherches ciblent plus souvent des maladies dites « dangereuses » ou « graves » qui ne sont pas représentatives de l'ensemble des maladies mentales. Ainsi, la dépression, mais aussi le *burn-out*, l'anxiété, sont moins étudiés, voire totalement évacués des études sur le stigmatisme de la maladie mentale.

Discrédité et discréditable

L'enjeu de la socialisation. Goffman insiste également sur la vision que nous avons des personnes portant un stigmatisme :

Il va de soi que, par définition, nous pensons qu'une personne ayant un stigmatisme n'est pas tout à fait humaine. Partant de ce postulat nous pratiquons toutes sortes de discriminations. [...] Afin d'expliquer son infériorité et de justifier qu'elle représente un danger, nous bâtissons une théorie, une idéologie du stigmatisme, qui sert parfois à rationaliser une animosité. [...] Observant une imperfection, nous sommes enclins à en supposer toute une série. (1963, p. 58)

Ainsi, la façon dont nous avons été socialisés, et qui par conséquent nous a appris ce qui constituait le bien et le mal dans la société, nous pousse à voir et à agir de façon négative envers les personnes qui sont marquées d'une faille. De fait, le processus de socialisation est une phase où l'individu apprend et intègre le point de vue des « normaux ». On pourrait définir la socialisation comme « le processus par lequel les individus intériorisent les normes et les valeurs de la société dans laquelle ils évoluent » (Riutort, 2013, p.1). C'est donc un apprentissage, par les interactions,

où l'on apprend progressivement à prendre un comportement conforme aux attentes d'autrui (Riutort, 2013).

Il est ici un enjeu particulier aux personnes atteintes de maladies mentales comme la dépression, l'anxiété et l'épuisement professionnel. Chaque personne, plus précisément chaque adulte, a tout appris du normal et du stigmatisé bien avant d'être contrainte de se voir soi-même défaillante (Lemert et Branaman, 1997). Il est particulièrement difficile pour ces personnes de réidentifier, avec même un risque de réprobation de soi-même (idem). Ainsi, les normes qui s'imposent à nous lors de la socialisation forgent notre vision du monde et nous contraignent à voir les maladies mentales comme porteuses de stigmates.

L'information sociale. Dernier point important soulevé par Goffman (1963), est la notion d'information sociale. Il désigne ce concept comme : « une information à propos d'un individu. Elle touche ce qui caractérise la personne de façon plus ou moins durable (en opposition avec les sentiments et les émotions) » (p. 57). Cette information est également incarnée et réflexive, c'est-à-dire qu'« elle est émise par la personne qu'elle concerne et diffusée au moyen d'une expression corporelle que perçoivent directement les personnes présentes » (p. 59). Ainsi l'information sociale renseigne sur qui l'on est. Elle émet, au travers de la personne, un renseignement sur son identité, sur un trait qui fait partie de soi. Les signes qui sont émis de façon fréquente et reconnaissable sont nommés « symbole » (p. 60). Certains symboles sont des symboles de stigmaté ; ils ont la particularité d'attirer l'attention sur une faille honteuse de l'identité de la personne, jusqu'à créer un abaissement de l'acceptabilité de la personne. Les personnes atteintes d'un stigmaté, comme celui de la maladie mentale, cherchent à maîtriser l'information sociale qu'elle dégage. Goffman parle d'enjeux de visibilité, ou de « perceptibilité » (1963, p. 61). Ainsi, les personnes atteintes d'un stigmaté mettent en place des stratégies pour contrôler l'information. Par exemple, elles dissimulent, voire effacent tous les signes qui constituent un symbole de stigmaté ; ou bien, dans le

cas où le stigmaté serait invisible, elles font illusion pour ne pas faire apparaître leur faille ; ou encore, elles font passer ces signes stigmatisants, proches d'un symbole de stigmaté, pour ceux d'un attribut dont les caractéristiques sont moins graves. Par exemple, ces personnes peuvent cacher leurs médicaments, ou parler de rendez-vous médical plutôt que de rendez-vous chez le psychiatre. L'ensemble de ces stratégies servent les personnes à se protéger du regard des autres et de leurs réactions préjudiciables.

Identités. Goffman pose aussi la question de l'identité. Cependant, c'est par choix que je ne l'ai pas incluse dans mon mémoire. Pour éviter de tomber dans une analyse psychologique, j'ai préféré me concentrer sur les aspects sociaux et interactionnels du stigmaté développé par Goffman afin de me pencher sur une perspective plus communicationnelle. En fait, Goffman (1963) décrit la stigmatisation comme la dévalorisation des relations interpersonnelles et sociales plutôt que comme une réaction statique à un attribut fixe (Parker et Aggleton, 2003).

Psychologie sociale

Sous l'œil de la psychologie sociale, le stigma est aussi un concept très utilisé. Au vu de cette discipline, les êtres humains vivent en communauté pour survivre, par le lieu de naissance ou la ressemblance (Martinez et Hinshaw, 2016). Tous les membres externes peuvent être vus comme une menace, et donc être sujets à un jugement ou une stigmatisation (Stangor et Crandall, 2000). Cependant, la menace perçue peut aussi provenir de l'intérieur du groupe, de membres qui sont perçus comme différents ou dangereux. Dans le cas de la maladie mentale, on parle de menaces symboliques (par exemple, la perte d'esprit, la faiblesse). La menace symbolique représentée par la personne stigmatisée met en danger le système de croyances et de valeurs de la communauté. Ainsi, la faiblesse ou la perte d'esprit peuvent être citées comme exemples de menace symbolique.

En d'autres termes, les personnes atteintes d'une maladie mentale menacent la cohésion et l'homogénéité du groupe. Spécifiquement pour les maladies mentales, la communauté, ou plus largement, la société blâme les malades, car ils ne sont plus en accord avec les normes et les valeurs de celle-ci ; ils et elles sont déviants et perturbent l'équilibre de la communauté. Elle blâme par la colère et la punition un comportement négatif qu'elle croit contrôlable (Weiner, 2006). Autrement dit, la maladie mentale ne serait pas une maladie au même titre que les maladies physiques en raison de cette perception de capacité de (se) contrôler.

En revanche, un changement de vocabulaire plus biologique concernant la maladie mentale n'en serait pas plus bénéfique. Kvaal (2013 dans Martinez et Hinshaw, 2016) démontre dans une étude que les attributs biologiques pour comprendre et décrire la maladie mentale peuvent réduire le blâme, mais augmente le pessimisme et la distance sociale avec les personnes atteintes (expliqué ci-bas). En effet, utiliser un vocabulaire médical, génétique ou neuronal peut être sévèrement réprimé comme des troubles incurables, sans espoir. Ainsi, il existe un problème autour du vocabulaire utilisé pour décrire, mais aussi penser la maladie mentale. Elle semble toujours être susceptible d'exclusion et source de distance sociale. Les personnes malades sont prisonnières d'un vocabulaire qui renvoie une image d'elles comme incontrôlables ou dans une situation sans espoir de guérison.

La théorie de l'étiquetage

La théorie de l'étiquetage, aussi appelée la théorie de la réaction sociale ou bien encore « analyse stigmatisante », est également un pan important de la recherche sur la stigmatisation et l'évaluation de la personne (Lacaze, 2008). Becker, connu pour son travail en interactionnisme social, est sans doute celui qui posa les premières fondations de la théorie de l'étiquetage. Dans son

ouvrage *Outsiders* (1963), il considère la déviance comme une « création sociale » et est l'introducteur du terme « d'étiquetage » (*labeling*). Becker (1963) se réfère à la construction sociale de la déviance. Selon l'auteur, les groupes sociaux créent la déviance en instituant des normes dont la transgression constitue la déviance, en appliquant ces normes à certains individus et en les étiquetant comme des déviants. De fait, l'étiquetage est une mise en représentation et en discours ordonnant le monde social, à partir de valeurs prises comme normes à un moment donné. L'étiquetage social de certains groupes de personnes a pour conséquence de leur voir attribuer une image négative par le reste des acteurs du système.

La particularité de cet auteur réside dans l'application de l'interactionnisme symbolique qui lui a permis d'introduire divers aspects de la déviance (Matsueda, 2007, dans Ritzer, 2007). Pour Becker (1963), une étiquette est attribuée à quelqu'un par un acte de jugement. « Le déviant est celui à qui l'étiquette de déviant a été appliquée avec succès ; le comportement déviant est le comportement que les gens stigmatisent comme tel » (Becker, 1963, p.35). Cet auteur invite à comprendre l'étiquetage dans ses caractéristiques microsociologiques (étiquetage d'une personne) et macrosociologiques (la culture), c'est-à-dire, que l'étiquetage est un des résultats de la société conflictuelle, dans le sens que l'étiquetage s'inscrit dans un rapport où les dominants imposent leurs normes sur les dominés (Becker, 1963). Plusieurs autres sociologues de l'École de Chicago se sont avancés dans des études similaires. Pendant les années 60-70, le concept de l'étiquetage rencontre un large succès en Amérique du Nord.

Cependant, il est décrié quelques années plus tard par plusieurs critiques, à l'instar de Link et Phelan (2001) qui se proposent d'effectuer une révision en profondeur du concept. Link et Phelan (2001) font état d'un manque de définition explicite par les chercheurs abordant la notion du stigma qui se référeraient en majorité à des définitions du dictionnaire, se limitant à « *a mark of disgrace* », ou se rapportant à des aspects connexes aux stéréotypes ou au rejet. Cette nouvelle notion est

processuelle et semble plus complète et complexe que la définition initiale de Goffman et celle de Becker. Les communautés apposent des étiquettes sur les groupes stigmatisés, et l'étiquette inclut souvent la marque ou le danger lui-même, comme les lépreux ou les déserteurs. Le processus d'étiquetage attire l'attention sur la stigmatisation du groupe, puis souligne qu'il s'agit d'une entité sociale distincte et enfin aide à différencier le groupe stigmatisé des autres (Smith, 2007). Link et Phelan (2001) déterminent cinq notions reliées à celle de stigmaté : (1) l'étiquetage (le « *labeling* ») et les étiquettes (ou « *labels* ») ; (2) la stéréotypisation ou les stéréotypes (des croyances culturelles dominantes qui lient les personnes étiquetées à des caractéristiques indésirables, des stéréotypes négatifs) ; (3) la distance sociale (degré de séparation entre « eux » et « nous ») ; (4) la perte de statut et la discrimination (l'iniquité et l'inégalité) ; et (5) les relations de pouvoir. Il implique de prendre en compte les cinq éléments décrits : « On applique donc le terme de stigmaté lorsque des éléments d'étiquetage, stéréotypisation, séparation “eux” — “nous”, perte de statut et discrimination ont lieu concurremment dans une situation de pouvoir qui permet aux composantes du stigmaté de se développer » (Link et Phelan, 2001, p. 367). Nous passons maintenant à une explication de chacune des cinq notions.

Étiquetage. Plus précisément, les différences entre les humains font l'objet d'un processus de sélection sociale (Lacaze, 2008; Link et Phelan, 2001). Ce processus consiste à mettre une étiquette sur les différences observées. À partir d'une observation, le plus souvent inconsciente, les individus apposent des étiquettes qui regroupent, de façon grossière et simplifiée, des personnes par des caractéristiques physiques ou comportementales. Ainsi, on assiste à la création de groupe de personnes en fonction de leurs traits caractéristiques ou spéciaux. Ces différences que l'on accepte ou que l'on rejette sont spécifiques à une époque ou à un lieu. À la différence du stigmaté qui est une marque, l'étiquette est en soi un fait social. Pour être plus précise, le stigmaté existe à un niveau méso et macro, il est constitué au niveau de la société et des normes et hors normes qu'elle établit ; l'étiquette est quant à elle activée lors d'un processus interactionnel. Les deux

concepts sont proches, car ils reprennent une valeur similaire, mais ils sont activés à des niveaux différents. L'étiquette peut être le nom de la maladie ou un terme plus général comme « malade mentale ». Il s'agit d'un terme que l'on colle sur la personne en fonction de l'évaluation que l'on fait de lui. En d'autres termes, l'étiquette se base sur une évaluation de ce que la société juge comme bon ou mauvais. Dans le cas du stigmatisme de Goffman, on part de la marque, la différence, qui ensuite est évaluée par la société.

L'étiquette peut activer des stéréotypes et des comportements négatifs envers des individus censés faire partie d'un groupe uniforme et indésirable ; cette dévalorisation et cette discrimination sont appelées stigmatisation publique (Corrigan et Watson, 2002; Link et Phelan, 2001). Link et Phelan (2001) ont fait valoir que l'étiquetage présente des aspects à la fois positifs et négatifs et doit être considéré comme un « *package deal* » (Wright et al., 2011). Ils dénoncent tout de même que le cas de la maladie mentale est particulier. Les communautés apposent des étiquettes aux groupes, et celles-ci comprennent souvent la marque, ou le péril lui-même (Smith, 2007). Ils abordent une discussion sur la maladie en tant que condition ou étiquette. En effet, se faire appeler par sa maladie fait changer le statut de son identité : nous ne sommes plus atteints d'une maladie, la dépression par exemple, nous sommes la maladie ; « C'est un dépressif ». Ce processus conduit aussi à dépersonnaliser les personnes pour ce qu'elles incarnent et non plus ce qu'elles sont. Ce changement de statut est caractéristique des maladies mentales, ou des maladies graves (la lèpre par exemple). Le processus d'étiquetage (a) attire l'attention sur la stigmatisation du groupe, (b) souligne qu'il s'agit d'un groupe à part, et (c) aide à différencier le groupe stigmatisé des autres. Autrement dit, ce processus permet d'améliorer l'entité du groupe stigmatisé, de maintenir la menace en évidence et d'encourager la séparation des deux groupes.

Stéréotypisation. La stéréotypisation relève du stéréotype, un terme développé par le journaliste américain Lipman (Link et Phelan, 2001). Il définit ce terme comme : « une image dans

la tête ». En d'autres mots, il s'agit d'idées toutes faites et de croyances partagées concernant les caractéristiques d'une personne, d'un groupe, d'un trait physique ou d'un comportement (Lacaze, 2008). Goffman (1963) établit un lien entre le stigmaté et le stéréotype : « Il existe des attributs importants qui presque partout dans notre société portent un discrédit » (p. 14). Pour Link et Phelan (2001), la conception de stigmaté « implique un label et un stéréotype, le label associant la personne à un ensemble de caractéristiques indésirables qui forment ce stéréotype » (p. 54). Cependant, il est important de noter qu'un stigmaté ne peut être réduit à un seul stéréotype, il est forcément accompagné des éléments ci-dessous.

Distance sociale. Un nombre important de stigmatés sont associés à une séparation entre « eux » et « nous » (Lacaze, 2008). Cette séparation se manifeste dans les situations où un contact entre les personnes, groupes ou catégories stigmatisés rencontre les non-stigmatisés. S'installe alors une distance sociale qui est censée protéger les personnes non stigmatisées contre les personnes stigmatisées. Ce concept, développé par Bogardus en 1925, décrit la distance entre les individus de différents groupes de la société (Lacaze, 2008). Celui-ci ne se comprend pas comme une distance spatiale. Il s'applique aux différents groupes ethniques, le sexe, le genre ou la race par exemple.

La séparation « eux » et « nous » est un des traits fondamentaux du stigmaté. Dans le cas de la maladie mentale, Estroff (1998) a déterminé que les malades sont jugés pour être la chose qu'ils sont. Ainsi, ils ne sont pas des malades qui souffrent de crises d'épilepsie, mais plutôt des épileptiques (Estroff, 1998). Cette pratique stigmatisante installe une séparation entre « eux » (les personnes atteintes d'une maladie mentale) et « nous » (les personnes non atteintes) et, par filiation, une distance sociale.

À noter que pour Lacaze (2008), une proximité entre « eux » et « nous » est possible, mais la relation est souvent médiatisée par une attitude paternaliste, la moquerie, le cynisme ou la condescendance. Ainsi, un lien est possible, mais toujours sous le couvert d'une attitude négative.

Cet aspect de la séparation se retrouve beaucoup dans le système de santé et le traitement des patients, et se rapporte aux relations de pouvoir (Lacaze, 2008).

Relations de pouvoir. Le rôle du pouvoir dans le processus de stigmatisation et d'étiquetage est souvent négligé, car les différences de pouvoir sont si apparentes qu'elles semblent ne plus apparaître comme problématiques. Il y a très peu de recherches empiriques sur le lien entre le pouvoir et le stigmaté. Depuis une dizaine d'années, des développements ont été entrepris du côté de l'interactionnisme symbolique afin de démontrer que l'étiquetage implique une relation de pouvoir. En effet, certaines personnes détiennent un pouvoir sur les autres. On peut nommer les juges, les professeurs, les médecins et ainsi de suite. Ils ont la capacité de donner une étiquette qui va disqualifier la personne.

Perte de statut et discrimination. Enfin, les individus stigmatisés sont affectés de façon péjorative sur des attributs qui font l'objet d'un étiquetage et d'une stratification, fondée sur le caractère moral et social de cet attribut. Autrement dit, ces individus sont voués à une perte de statut et à subir des inégalités de traitement. Comme le stigmaté est une marque honteuse, la personne qui en est tributaire risque d'être considérée comme moindre dans la comparaison sociale. Renault (2000) parle d'inégalité de traitement et de mépris sociale. La discrimination elle, fut définie par Scharnitzky (2006) comme *un acte*. C'est ce qui la différencie clairement du stéréotype et du préjugé (Scharnitzky et Berjot, 2008). Cette différence est comprise comme «un acte comportemental ou verbal négatif envers un individu ou un groupe d'individus à propos duquel il existe un préjugé négatif» (Scharnitzky et Berjot, 2008, p. 58). Il existe deux types de discrimination : la discrimination individuelle et la discrimination institutionnelle. Dans la première, la personne, à cause de son stigmaté, va recevoir un traitement attentatoire ou inégalitaire par autrui dans le cas d'un accès à certaines ressources par exemple. Dans le deuxième cas, les institutions travaillent à désavantager, pénaliser ou exclure certains individus. C'est le cas de la

psychiatrie (Malette, 2003). Les pouvoirs publics évaluent les institutions dédiées aux soins psychiatriques et les éloignent des grands centres de soins de santé. De fait, ces institutions deviennent hors de portée, mais surtout hors de vue. C'est aussi la branche de la médecine la moins valorisée et la moins financée ; un argument repris par Roy (2018), président de l'association des psychiatres du Québec. Celui-ci décrit un manque de financement pour « le parent pauvre des services de santé » (la spécialité en santé qui reçoit le moins d'argent), alors que :

de nombreuses recherches démontrent pourtant la rentabilité financière d'investir en santé mentale. L'économie est d'au moins le double de chaque dollar investi, parce qu'il s'en suit une réduction marquée des visites aux urgences, aux cabinets des médecins, de l'usage de médicaments et de l'absentéisme au travail. (Roy, 2018, paragr. 5)

La stigmatisation occupe également une place centrale quand il est question d'expliquer la faible utilisation des services de soins en santé mentale, de l'insuffisance du financement de la recherche et des infrastructures de traitement, et de l'absence de progrès vers la guérison des maladies mentales (Estroff, 1981; Markowitz, 2001; Sartorius, 1998, cité dans Pescosolido, Martin, Lang et Olafsdottir, 2008).

Il est donc clair que le concept de stigma peut se voir de façon processuelle et multidimensionnelle. Dans une autre optique, il est aussi possible de montrer que le stigma est le croisement de plusieurs messages qui se rencontrent à plusieurs niveaux. Ceci perpétue l'image et permet d'alimenter le processus de stigmatisation décrit plus haut. La stigmatisation est donc un produit de l'interaction sociale entre « les normaux » et « les stigmatisés ». Au cours du processus de stigmatisation, les personnes atteintes de maladies mentales sont distinguées et étiquetées (Henderson, 2017). Les personnes qui présentent certaines caractéristiques qui sont culturellement définies comme « déviantes » deviennent ainsi liées à des caractéristiques indésirables

(« étiquetées ») et s'exposent à la discrimination. L'étiquetage accroît la peur et la perception de la dangerosité, ce qui, à son tour, accroît la distance sociale.¹

En résumé, la stigmatisation n'existe que dans la valeur que lui donne la société. Comme il a été montré plus haut, le processus de stigmatisation est complexe et dynamique. Il reprend les normes et les valeurs de la communauté, et sépare les porteurs du stigmate, de la marque ou de l'étiquette du groupe de la communauté. Ce processus est efficace, car il est connu et appliqué au travers de la société.

Le sujet du stigmate peut être envisagé dans une vision sociofonctionnelle. Comme le décrivent Neuberg et al (2000), le stigmate sert à protéger la survie du groupe. Plus précisément, la communauté stigmatise les individus dont les caractéristiques et les actions sont considérées comme une menace et entravent le bon fonctionnement de leur groupe. Cela correspond à ce qui peut être résumé comme l'effet mouton noir ; les individus sont écartés quand il menace l'intégrité du groupe. On comprend d'autant plus ici que le concept de stigma est construit par rapport à la norme.

L'appartenance à un groupe est considérée comme une source d'auto-identification, les individus veulent garder une image positive du groupe afin de se voir eux-mêmes sous le joug positif de ce groupe (Tajfel et Turner, 1986, cité dans Smith, 2007). À l'inverse, les personnes peuvent se sentir menacées quand le groupe est perçu de manière négative. Ainsi, on comprend que dans cette perspective, le stigmate est compris comme un détecteur de menace pour l'intégrité du groupe ou de la communauté. En découlent plusieurs conséquences des attitudes stigmatisantes

¹ Il existe d'autres courants de pensée quant à la construction de la stigmatisation. Certains soutiennent que la stigmatisation devrait être mieux située en tant que problème structurel de discrimination et, par conséquent, être formulée en termes plus larges de droits des personnes handicapées et de législation (Pescosolido et Martin, 2015, p. 88, cité dans Henderson, 2018).

telles que l'exclusion. La survie du groupe est primordiale et semble primer sur l'inclusion des personnes jugées défaillantes, comme les personnes souffrantes de maladies mentales.

Communication stigmatisante

La stigmatisation repose sur la communication. En tant que processus, la stigmatisation implique la reconnaissance de la catégorisation et la dévaluation subséquente (Smith, 2007). Comme le mentionne Goffman (1963) dans son ouvrage *Stigma*, les personnes apprennent à reconnaître les signes et à y réagir en conséquence ; une personne réduite n'est pas considérée comme étant tout à fait humaine et nous exerçons sur elle une forme de discrimination par laquelle nous réduisons ses chances dans la vie.

Smith (2007) élabore à partir des théories de Goffman et de Becker un modèle communicationnel de la stigmatisation. Elle affirme qu'une communication stigmatisante contient quatre points d'accroche. Un signal de communication stigmatisant comporte : des indices de contenus (1) pour distinguer les personnes, (2) pour catégoriser ces personnes en une entité sociale distincte, (3) pour lier ce groupe à un péril physique ou moral et (4) pour impliquer ces individus à une responsabilité ou un blâme pour leur appartenance à un groupe stigmatisé. Dans cette perspective, le stigmaté est défini comme : « une image simplifiée et standardisée de la disgrâce de certaines personnes qui sont tenues à l'écart par la communauté. La communication stigmatisante est donc le message diffusé dans les communautés pour apprendre à ses membres à reconnaître les personnes disgraciées (c'est-à-dire reconnaître les stigmatés) et à réagir en conséquence » (Smith, 2007, p. 464, traduction libre).

Les marques. Dans son approche, Smith (2007) évoque le marquage comme un processus sociofonctionnel, utilisant des indices qui évoquent des réactions automatiques, un potentiel d'apprentissage et une réponse sociale suggérée. Ces marques ont deux essences possibles : la dissimulation ou le dégoût. La dissimulation sous-entend la difficulté que peut ressentir une personne stigmatisée à cacher sa marque ; elle met en avant le lien entre visibilité et reconnaissance d'une marque. Le dégoût évoque plutôt la vision de fluide corporel qui dégoûte et qui provoque la fuite et l'évitement de la personne concernée. Smith rappelle que même si certains chercheurs évoquent cette marque ou cet attribut comme quelque chose d'inhérent à la personne, une conception communicationnelle de celle-ci la considère plutôt comme une désignation fournie par autrui (voir aussi Link et Phelan, 2001). Cette distinction fait elle-même écho à Goffman quand il décrit la stigmatisation comme la dévaluation des relations interpersonnelles et sociales plutôt que comme une réaction fixe et statique vis-à-vis d'un attribut fixe (Parker et Aggleton, 2003, cité dans Smith, 2007). Ainsi, on comprend que la stigmatisation est un processus social, qui peut évoluer, en bien ou en mal. Ce processus se produit dans l'interaction, ou l'absence d'interaction, mais ne peut se produire automatiquement. Il peut se renforcer ou s'amenuiser en fonction du discours insufflé.

Étiquette. Dans un second temps, les signaux de communication comprennent une description qui encourage la séparation du groupe de la communauté. Ici, il est notamment question de l'approche de l'étiquetage de Link et Phelan (2001). Il est essentiel de comprendre que l'étiquette, c'est-à-dire le mot ou l'idée que l'on pose sur la personne est lourde de sens ; elle la catégorise et la positionne sur une échelle du respectable ou non.

Responsabilité. Un autre aspect particulièrement important dans le cadre de cette recherche est la notion de responsabilité de la personne stigmatisée. La responsabilité concerne la perception du

choix et du contrôle (Smith, 2007). La communauté peut croire que les membres d'un groupe stigmatisé choisissent leur condition de stigmatisés (Jones et al., 1984, cité dans Smith, 2007), et que ce choix peut résulter du caractère immoral de la personne (Goffman, 1963). La compréhension de la responsabilité est au cœur de la stigmatisation, car les communautés peuvent être plus sévères envers ceux qui choisissent des croyances, des attitudes ou des actions immorales, de ceux qui agissent involontairement. La responsabilité fait dans un premier temps écho au choix. La seconde fait référence au contrôle, plus exactement « aux degrés de contrôle dont la personne dispose pour éliminer la menace » (Deaux et al., 1995, Frable, 1993, cité dans Smith, 2007, p. 471, traduction libre). Ainsi, même si une personne n'a pas choisi d'être atteinte de maladies mentales, cette personne peut avoir un contrôle sur la façon dont elle combat cet attribut et ses actions nuisibles à la société. C'est peut-être là la clé de voûte de notre enjeu de stigmatisation des maladies mentales comme la dépression, l'anxiété, ou le *burn-out*. Comme le défend Blanc (2019) dans son livre *Pop & Psy*, « la dépression est trop rarement prise au sérieux, parfois même chez le personnel soignant » (p. 47). Il renchérit en affirmant que moins la dépression sera assimilée à une maladie du cerveau, plus le malade sera rendu responsable de ce qui lui arrive.

Péril. Enfin, la notion de péril est avancée par l'auteure pour indiquer les indices de contenu qui mettent en avant le caractère dangereux que détient un groupe stigmatisé. C'est particulièrement le cas pour les maladies mentales largement étudiées comme la schizophrénie. Le contenu stigmatisant du discours, notamment quand il est question de la maladie mentale, peut s'expliquer par l'image véhiculée dans les médias.

Explication du rôle des médias dans le processus de la stigmatisation de la maladie mentale

Les médias, notamment la télévision et le cinéma de culture populaire, sont une des principales sources d'apprentissage des normes et des valeurs de la société (Lamontagne, 1993). Ainsi, la communication stigmatisante des maladies mentales se fait largement par ces *médiums*.

La maladie mentale dans les productions télévisées est une question épineuse qui reflète le positionnement socioculturel complexe de ce que signifie être « malade mental » (Signorielli, 1989). Contrairement à d'autres questions de santé comme l'immunisation ou l'alimentation saine où les publics peuvent être dirigés vers certaines pratiques ou en être éloignés, il n'existe pas de mesures prescriptives simples pour modeler une histoire de détresse mentale « bonne » ou « positive » (Henderson, 2018). L'encadrement (Entman, 1993; Goffman, 1956), ou la façon dont les références aux malades mentaux sont construites, organisées, présentées et interprétées dans les médias, a un impact décisif sur la façon dont le public les considère (Sieff, 2003). De même, la fréquence et l'importance des malades mentaux dans les médias ont une incidence sur les attitudes à leur égard et sur le programme social concernant les questions de santé mentale.

Les études d'analyse de contenu et de discours suggèrent que les reportages sont souvent sensationnalistes, y compris les descriptions dramatiques d'attaques violentes et de meurtres commis intentionnellement par des personnes ayant un médecin. Par exemple, le criminel peut être présenté comme étant soupçonné de psychose, de paranoïa, de dépression ou de schizophrénie (Hillert et coll., 1999; Wahl, 2003, cité dans Klin et Lemish, 2008).

Les images véhiculées par les médias sont considérées comme les principales causes de tous les stigmates liés à la maladie mentale, des attitudes négatives à l'égard des personnes atteintes d'un trouble médical et de la perception que ces personnes sont dangereuses et devraient être tenues à l'écart de la communauté par l'hospitalisation (Glasson, 1996; Wahl, 1999, cité dans Klin et Lemish, 2008). C'est particulièrement le cas pour la schizophrénie. De fait, les stéréotypes

ajoutent, renforcent et favorisent les croyances et les préjugés et perpétuent l'image de la schizophrénie en tant que personne violente (McKay, 2000, cité dans Klin et Lemish, 2008). La couverture sélective par les journalistes des attaques de personnes atteintes de schizophrénie renforce le lien entre la violence et la schizophrénie qui qualifie l'ensemble de la population atteinte de maladies mentales comme dangereuse et imprévisible. Cela entraîne des attitudes négatives et éloigne le public de cette population au complet (Angermeyer et Matschinger, 1996; Wahl, 2004; Wahl et Lefkowitz, 1989).

Plus largement, des auteurs de plusieurs études ont conclu que la fiction télévisuelle est la principale source publique d'information sur la maladie mentale (Coverdale et al., 2016; Henderson, 2018; Wahl, 1992). Pirkis, Warwick Blood, Francis et McCallum (2005) ont passé en revue la documentation sur les représentations fictives de la maladie mentale au cinéma et à la télévision et ont soutenu que la télévision de divertissement exerce plus de pouvoir que les médias d'information pour façonner les attitudes de la communauté envers la maladie mentale. Cependant, l'image véhiculée au travers des médias de divertissement n'est pas neutre. Les personnes atteintes de maladies mentales sont souvent liées à la violence envers les autres (Sieff, 2003). Dans les dramatiques ou les films télévisés, il est très courant de dépeindre les personnes atteintes de maladies mentales comme étant violentes et imprévisibles, victimes ou incapables d'occuper un emploi (Bryne, 1998; Diefenbach, 1997; Hillert et coll. 1999; Hyler, Gabbard, et Schneider, 1991; Kerson, Kerson, et Kerson, 2000; Signorielli, 1989; Wilson et coll., 1999, cité dans Klin et Lemish, 2008). Leur dangerosité est soulignée par les angles de caméra, l'éclairage et la musique discordante conçus pour façonner la peur du public (Wilson et al., 1999). Rogers et Pilgrim (2010) croient que l'encadrement négatif des problèmes de santé mentale se renforce de lui-même, ce qui crée un cercle vicieux autour d'une image négative et stigmatisante de la maladie mentale (cité dans Klin et Lemish, 2008). Ce qui prédomine dans les émissions de télévision, ce n'est pas seulement le lien entre la violence et les personnes atteintes de troubles médicaux, mais aussi la

tendance à attribuer la responsabilité des scandales et des tragédies qui y sont associés à la politique qui appuie la désinstitutionnalisation et les services communautaires (Rose, 1998). Les stéréotypes et l'étiquetage de ces troubles, même dans les films et les émissions de télévision pour enfants, surtout dans les caricatures animées, indiquent une tendance à la stigmatisation (Lawson et Fouts, 2004; Wahl, 2003b; Wilson, Nairn, Coverdale et Panapa, 2000, cité dans Klin et Lemish, 2008). Les scénaristes jouent sur les préjugés publics existants (pour divertir ou pour créer un effet dramatique) (Henderson, 2018). Ils utilisent également leurs propres cadres éprouvés d'analyse et de représentation d'histoires passées (...) un cercle vicieux conservateur, dans lequel le lien supposé avec la maladie mentale est répété et renforcé par de nouveaux événements ou scénarios (Pilgrim et Rogers, 2010, p. 39).

Cette image négative largement véhiculée n'est pas neutre. Pour mesurer l'impact de ces représentations stigmatisantes, des études se sont penchées sur l'influence des images, des messages et des discours sur les personnes qui les perçoivent. Bien que de nombreuses études aient examiné les perceptions du public à l'égard de la maladie mentale et des stigmates connexes, de fait, seule une minorité des études examinées par les auteurs Klin et Lemish (2008) sont axées sur l'étude de l'influence du message sur la santé mentale dans les médias de masse sur les perceptions publiques. Nous pouvons tout de même trouver quelques études comme l'étude empirique menée par le groupe de Glasgow, qui a examiné les perceptions et les attitudes à l'égard des personnes atteintes de maladies mentales en réponse à l'exposition à différents genres dans différents médias de masse, et qui est donc inhabituelle (Philo, 1999). Celle-ci a révélé que non seulement les nouvelles dans les journaux et les magazines, mais aussi les histoires fictives dans des genres tels que les feuilletons, les films et les dramatiques, ont clairement une très forte influence sur les croyances et les attitudes des spectateurs et des lecteurs envers les malades mentaux.

Alors que les médias de masse sont capables de dépeindre les maladies mentales de façon très stéréotypée, ils sont également capables de promouvoir la santé mentale et de contribuer à la

lutte sociale contre la stigmatisation de la maladie mentale (Klin et Lemish, 2008). De fait, des campagnes d'information peuvent promouvoir, exposer des cas de préjugés et s'y opposer afin d'amorcer un débat public (Salter et Byrne, 2000). Les tentatives visant à fournir aux journalistes des renseignements exacts en les aidant à préparer des comptes rendus positifs sur les personnes souffrantes n'ont eu qu'un succès limité.

Plusieurs associations et organismes ont pour but de faire reconnaître les droits des personnes atteintes de maladies mentales et de faire une sensibilisation de la population à ce sujet. Au-delà des frontières du Québec et du Canada, nous pouvons citer le *National Alliance on Mental Health* aux États-Unis (Durr, 2019). Depuis sa création, cet organisme, de rayonnement international, joue un rôle majeur pour informer et éduquer le public, combattre la stigmatisation autour de maladies mentales, et mener des enquêtes auprès de la population américaine. Du côté du Canada et du Québec, il existe plusieurs structures, mais elles ne sont pas autant citées dans la littérature scientifique que leur homologue américain (Durr, 2019). Il existe par exemple, l'Association canadienne de santé mentale avec une division au Québec, et la Commission en santé mentale du Canada qui élaborent des projets de recherche et de sensibilisation, ainsi que des recommandations en matière de santé mentale (Commission de la santé mentale du Canada, 2020a). La Commission produit plusieurs rapports, comme *Changer les mentalités*, qui ont pour but de réduire la stigmatisation des maladies mentales (Commission de la santé mentale du Canada, 2020b) ou *La Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada : Une perspective axée sur les jeunes* (Commission de la santé mentale du Canada, 2020c).

Julie Repper, professeure en sciences infirmières et spécialisées en santé mentale, affirme à plusieurs reprises dans plusieurs de ses études que l'éducation la plus efficace du public passe par l'intégration de messages éducatifs avec des approches qui mettent en relation des personnes atteintes de maladies mentales avec la communauté (Repper et Breeze, 2007; Repper et Brooker, 1996; Repper et Carter, 2011). Ainsi, bien qu'un documentaire, en tant qu'outil d'éducation,

pourrait entraîner une diminution de la perception négative des téléspectateurs à l'égard des schizophrènes, un documentaire n'a pas toute la capacité de changer les perceptions quant aux risques inhérents (ou non) d'être en contact avec une personne malade (Penn, Chamberline, et Mueser, 2003, cité dans Klin et Lemish, 2008). À cet égard, l'implication de célébrités dans les campagnes contre les stigmates et la discrimination des différentes maladies mentales a suscité un intérêt et une prise de conscience à l'égard des personnes touchées. C'est une des stratégies développées par *Bell Cause pour la cause*. Elle utilise des personnalités connues du grand public pour faire passer leur message ; on peut penser à l'actrice Marie-Soleil Dion ou le joueur de football Étienne Boulay venus parler de l'initiative de Bell sur le plateau de l'émission *Tout le monde en parle*, en janvier 2016 (Médias, 2016). Ces campagnes ont également amélioré les attitudes du public à l'égard des personnes malades, surtout quand elles sont accompagnées de messages éducatifs (Vaughan et Hansen, 2004). Pirkis et ses collaborateurs (2005, p. 3, cité dans Henderson, 2018) soulignent la possibilité d'une collaboration étroite entre le secteur public de la santé mentale et l'industrie du divertissement, « pour explorer le potentiel de représentations positives pour éduquer, informer et divertir », mais peu d'attention a été accordée à la dynamique entre les professionnels des dramatiques télévisées et les consultants en scénarisation pour ce qui est de l'élaboration des narratifs de détresse mentale ni aux préjugés qui soutiennent ces collaborations.

Même si l'éducation doit passer par le grand public et les professionnels de santé, il est d'autant plus important qu'elle passe par les étudiants et les étudiantes (Wolff, 1999, cité dans Durr, 2019). Il est essentiel d'apprendre à reconnaître la stigmatisation dans le curriculum des services de santé étudiants. Au travers de cette éducation et cette instruction s'enferment des messages stigmatisants qui forment leur vision et leurs perceptions des maladies mentales. Par exemple, que la dépression n'est qu'une excuse, l'attitude d'une personne faible. C'est une vision que j'avais de la dépression avant d'y être confrontée. Au-delà des étudiants et étudiantes en

médecine, psychologie, et travail social, c'est l'ensemble des programmes qui devraient se soustraire de tous messages stigmatisants.

Cependant, même si l'on parvient à changer les attitudes à l'égard des personnes atteintes de troubles mentaux, ainsi qu'à modifier les lois et les politiques, il est impossible de présumer que cela entraînera nécessairement un changement de comportement à leur égard (Klin et Lemish, 2008). De plus, il semble que ce type de campagnes « positives » ne soit pas perceptible par tout le monde. En effet, certains chercheurs soutiennent que les campagnes d'information ne sont pas efficaces auprès de populations larges, car une grande partie des informations sur la santé mentale facilement accessibles au public sont trompeuses (Jorm, 2000), et que, par conséquent, l'intervention devrait se concentrer sur des groupes cibles spécifiques, comme les élèves du secondaire et les travailleurs cliniques (Corrigan et Penn, 1999). Cependant, il est prouvé que la connaissance de la santé mentale peut être améliorée (Jorm, 2000).

Cette dernière nuance concernant les messages positifs autour de la maladie mentale, et la possibilité que ceux-ci n'aient aucun effet constitue un intérêt particulier. Cette nuance statue qu'il existe une cohabitation de messages sur un même sujet : à la fois un discours stigmatisant de la maladie mentale et un discours déstigmatisant. On peut considérer ces deux discours en tant que « Discours » (Alvesson et Karreman, 2000), c'est-à-dire que la réalité sociale telle qu'elle est discursivement construite. Ces « Discours » circulent au sein des interactions locales et situées, qui sont également appelées discours, mais avec un « d » minuscule (Alvesson et Karreman, 2000 ; Cooren, 2015). Une explication plus poussée de ce qui lie et éloigne ces deux concepts sera développée davantage dans le cadre conceptuel. Pour autant, il ne semble pas y avoir de recherches en sciences sociales qui statuent de cette cohabitation de messages. Les recherches portent sur le processus de stigmatisation ou l'évaluation d'une campagne de sensibilisation. Aucune ne fait effet de la complexité de la situation sémantique.

En résumé, largement étudiée en psychologie, médecine et sociologie, la question de la maladie mentale et de sa stigmatisation est principalement étudiée sous le prisme de l'étude d'un processus, ou d'évaluation de la situation. Cependant, peu d'études sont qualitatives et encore moins laissent la parole aux personnes qui subissent la stigmatisation (Alexander et Link, 2003; Baird et al., 2006; Chen et al., 2017; Hannem et Bruckert, 2012; Krendl et Freeman, 2017; Krupchanka et Thornicroft, 2017; Lacaze, 2008; López, 2007; Pescosolido et al., 2008; Rüscher et Xu, 2017; Weinstein, 1982; Zäske, 2017). Ce mémoire visera à combler ces lacunes.

Problématisation

Comme présenté en introduction, les campagnes de prévention sur la santé mentale et contre la stigmatisation de celle-ci fleurissent ces dernières années. Le cas de *Bell Cause pour la cause* n'est qu'un exemple parmi tant d'autres, malgré sa grande ampleur. La santé mentale semble de plus en plus au cœur de nos préoccupations, comme un revirement de situation.

Tel que souligné dans la revue de littérature, cette campagne qui tente de changer le sens et la perception de la maladie mentale fait tout de même face à un discours stigmatisant, notamment par les médias. Des études montrent cependant que le niveau de tolérance de la société envers les personnes atteintes de troubles mentaux est différent suivant la catégorie d'âge. Ainsi, les enfants sont la catégorie d'âge où la tolérance est la plus grande. Par contre, elle cache une responsabilité mise sur les adultes autour de l'enfant. Le cas des étudiants et étudiantes universitaires est particulier, car il se situe entre l'adolescence, le moment où nous sommes le plus susceptible de développer des troubles de santé mentale (Gee, 2007), et l'âge adulte, la période où la tolérance à des troubles de santé mentale se réduit drastiquement (Martinez et Hinshaw, 2016). De plus, un discours stigmatisant et négatif de la maladie mentale est ancré dans nos sociétés, et alimenté par

les médias et les nouvelles journalistiques. On peut ici parler d'un discours dominant au sein de la société qui reprend les indices d'une communication stigmatisante. L'étudiante ou l'étudiant se retrouve dans une position délicate à mi-chemin entre la tolérance et le rejet. Son expérience de la maladie mentale peut avoir fait naître une réflexion sur sa situation et apporter une nouvelle vision, en décalage avec les discours qu'il ou elle a entendus et intégrés jusqu'à présent. Les peurs de stigmatisation planent au-dessus de leur tête comme une punition. Comme le démontre l'enquête de la FAECUM de l'Union étudiante du Québec (2019), la population universitaire est victime de troubles en santé mentale. Cependant, le problème du stigmatisme et de la stigmatisation n'apparaît nulle part dans le rapport d'enquête.

C'est une population qui a très peu été étudiée pour le cas de la stigmatisation de la maladie mentale. En même temps, elle souffre de maladies mentales mises sous silence et peu exposées dans la recherche, notamment la dépression, l'anxiété et l'épuisement, contrairement aux maladies telles que la schizophrénie ou l'épilepsie (Martinez et Hinshaw, 2016). En effet, les recherches pointent des maladies mentales vues comme graves, du ressort impératif de la psychiatrie et dans des milieux fermés comme un asile. Les maladies telles que l'anxiété, la dépression ou l'épuisement professionnel (*burn-out*) ne sont quasiment pas étudiées ou seulement dans un cas précis (dépression post-partum par exemple) (Edwards et Timmons, 2005). Ce croisement entre l'âge de la population, les maladies mentales ciblées, la localisation géographique, mais aussi l'accent mis sur les comportements des *autres* face aux malades, le positionnement positiviste ou empirique surreprésenté en recherche, démontre un trou dans la littérature. Ce trou me pousse à chercher de nouvelles réponses à la question de recherche suivante :

Face à deux discours opposés, comment une étudiante ou un étudiant universitaire, souffrant de maladie mentale telle que la dépression, l'anxiété ou le *burn-out*, apprivoise-t-il la tension entre un discours stigmatisant ancré et un discours anti-stigmatisant naissant ?

Cadre conceptuel

Le chercheur ou la chercheuse se doit de créer une structure théorique solide et convaincante pour appuyer sa recherche (Liamputtong, 2011d). En effet, le cadre théorique représente la charpente, la structure solide sur laquelle l'ensemble de notre recherche se repose (Dew, 2007). Dans cette partie, il sera question de mon positionnement épistémologique, et de mon approche pour analyser mes données. Ainsi, je vais développer mon approche constructiviste et la justifier à l'aide du constructionnisme social et de l'interactionnisme symbolique. Ces deux points se justifient par mon intention de développer une analyse discursive à deux niveaux : une analyse de Discours dans des conversations (ou de discours). Une large partie de cette section sera consacrée à la définition et l'articulation entre Discours et discours.

Approche épistémologique

Établie à partir de ma question de recherche, la revue de la littérature présentée dans les pages précédentes me permet d'envisager une étude communicationnelle sur l'ambiguïté des discours divergents concernant la maladie mentale sur les personnes souffrantes. De fait, je cherche à comprendre comment les étudiantes et étudiants atteints de maladies mentales apprivoisent leurs situations entre deux discours opposés. Une recherche qualitative reste le meilleur moyen de comprendre comment les personnes font sens des choses (Giordano, 2003). Ainsi, je ne souhaite pas savoir quels sont les facteurs qui influencent le processus de stigmatisation, ou toutes autres raisons causales. De nombreuses recherches le font déjà (voir, par exemple, Alexander et Link, 2003; Greenblatt, Pinto, Higgins et Berg, 2016; Krendl et Freeman, 2017). Le cas des recherches qualitatives apporte des questions sur le plan méthodologique, mais aussi épistémologique.

L'articulation envisagée entre l'ontologie, l'épistémologie et ma méthodologie repose sur le choix d'une posture constructiviste. Ici, la posture suppose que la réalité est une construction active d'un sujet dans son expérience quotidienne partagée avec autrui (Glaserfeld, 1987 dans Giordano, 2003). Le paradigme du constructivisme s'oppose à l'objectivisme du paradigme post-positiviste, où l'on cherche la représentabilité de l'expérience du réel (Lincoln, Lynham et Guba, 2018). Au-delà de comprendre des phénomènes sociaux comme dans une posture interprétative, il y a ici une co-construction d'une réalité entre les acteurs et le chercheur (Charreie et Hunault, 2002; Giordano, 2003).

Le constructionnisme social

Le constructionnisme social est un contrepoint important aux approches déterministes de la médecine dans les recherches qui portent sur la santé et la maladie au-delà du domaine médical (Conrad et Barker, 2010). En effet, la construction sociale de la maladie est un champ important de la recherche en sociologie médicale et en communication et santé. Elle permet de comprendre les dimensions sociales de la maladie : le sens culturel, la maladie comme expérience socialement construite et la connaissance médicale comme un construit social.

Quant aux phénomènes de la santé ou de la maladie, le constructionnisme social est un cadre conceptuel qui souligne les aspects culturels et historiques de ces phénomènes largement considérés comme exclusivement scientifiques (Conrad et Barker, 2010). Ainsi, les significations ne sont pas inhérentes au problème, mais se développent par interactions dans un contexte social. Cela examine comment les individus et les groupes contribuent à la production de la réalité. De fait, cette approche est enracinée dans la distinction conceptuelle de la maladie comme condition biologique (*disease*) et la maladie comme condition sociale (*illness*) (Berger et Luckmann, 1966). L'éloignement d'une approche positiviste et l'adoption de l'interactionnisme symbolique

(expliqué dans la prochaine section) ont contribué de manière significative à l'approche du constructivisme social en santé. De ce point de vue, rien n'est inhérent à une condition qui la stigmatise ; c'est plus la réponse sociale à la condition, ou à ces manifestations, ou au type d'individus qui en souffrent qui rendent la maladie stigmatisée (Conrad, 1987).

Un autre élément clé d'une approche constructiviste de la santé est que l'expérience de la maladie est construite socialement. Cette affirmation est basée sur les fondements pragmatistes de l'interactionnisme symbolique et de la phénoménologie, qui suggèrent que la réalité n'existe pas simplement dans le monde, mais qu'elle est créée par des individus qui agissent dans et envers leur monde (Conrad et Barker, 2010). Appliqués à la maladie, les gens concrétisent leur maladie et lui donnent sens. S'appuyant sur cette tradition, Conrad (1987) a élaboré l'approche suivante : une sociologie de l'expérience de la maladie doit prendre en compte la vie quotidienne des personnes vivant avec et malgré la maladie (Conrad et Barker, 2010).

Cette approche décrit également comment les gens peinent à comprendre leur maladie et à retrouver leur identité. Les personnes s'efforcent de donner un sens à leur maladie dans le contexte de leurs relations personnelles et sociales, de leur statut professionnel, de leur couverture d'assurance maladie, de leurs convictions religieuses et culturelles, etc.

L'interactionnisme symbolique

L'interactionnisme symbolique offre une explication des processus de co-construction de la réalité sociale à travers l'interaction sociale. Selon Goffman et d'autres interactionnistes symboliques, les individus participent activement à la construction de leurs propres mondes sociaux, y compris la construction de l'individualité, par le biais d'une interaction sociale permanente (Blumer, 1969, cité dans Conrad et Barker, 2010). Concernant la construction sociale

de la maladie, les principes clés de l'interaction symbolique se prêtaient effectivement à une exploration détaillée de la maladie telle qu'elle était vécue dans le contexte des interactions sociales quotidiennes, qui à leur tour altéraient la performance de soi (Charmaz, 1991; Glaser et Strauss, 1965). L'approche montre comment la maladie est façonnée par les interactions sociales, les traditions culturelles communes, les mutations, les cadres de connaissance et les relations de pouvoir. On retrouve ici le poids du « Discours » (Alvesson et Karreman, 2000; Cooren, 2015), de la transmission de valeurs et d'idéologie et comment cette transmission transparait dans l'échange de conversation (les « discours »), comme cela sera expliqué plus en détail. De plus, l'approche développée par Smith (2007) se prête aussi à l'interactionnisme symbolique par le pouvoir qu'elle octroie à la communication de façonner une idée et un comportement stigmatisant.

L'approche de l'interactionnisme symbolique met l'accent sur les significations et les interprétations comme un processus humain. L'interactionnisme symbolique fournit donc un cadre optimal de la théorie de la communication; l'un des plus larges aperçus du rôle de la communication dans la société. C'est une théorie qui permet d'analyser les données offertes dans des interactions (Liamputtong, 2011c). Elle tient ses racines de l'École de Chicago, et plus précisément de Mead et Blumer (Littlejohn, 1977). Pour Blumer, la recherche qualitative est le seul moyen pour comprendre comment les individus voient, comprennent, interprètent et appréhendent le monde qui les entoure (Patton, 2002). Il développe trois prémisses à l'approche de l'interactionnisme symbolique (Liamputtong, 2011d, 2011a) : (1) les individus se comportent en fonction des significations qu'ils y accordent ; (2) le sens des choses est acquis au travers des interactions sociales que les individus ont les uns avec les autres ; et (3) les significations sont gérées et changées grâce au processus d'interprétation que les individus utilisent pour appréhender les choses qu'ils et elles vivent (Angrosino, 2007; Patton, 2002). Ainsi, un objet tel que la maladie mentale à un sens pour la personne au point où l'individu considère consciemment, réfléchit ou

interprète l'objet (Patton, 2002). Ce processus de traitement des significations devient une convention interne au sein de l'individu.

Ce processus est cependant mouvant. Alors que la deuxième prémisse met en lumière l'acquisition d'une idée, d'un message ou d'une vision du monde au travers d'une interaction, la troisième prémisse nuance la précédente en donnant aux individus le pouvoir de négocier la signification. Ainsi, les prémisses deux et trois montrent à quel point la dynamique autour des « Discours » stigmatisants et déstigmatisants de la maladie mentale et des discours prend tout son sens, comme on verra dans la prochaine section.

Discours et discours

Tel que développé dans les sections précédentes, l'on peut discerner la maladie mentale comme une construction sociale et linguistique dans de nombreux contextes : dans les interactions quotidiennes, dans les reportages et dans la culture populaire. C'est également dans ces constructions que l'on trouve un discours stigmatisant sur la maladie mentale, ainsi qu'un discours anti-stigmatisant. En effet, l'apparition de ce nouveau discours anti-stigmatisant fait éclore une nouvelle vision de la condition de la maladie mentale, car il bouscule les traditions culturelles et les cadres de connaissances connus. De fait, il bouscule la construction sociale de la maladie mentale. Si l'influence du discours stigmatisant « dominant » est indéniable, cette étude s'intéresse à la manière dont les deux discours stigmatisant et anti-stigmatisant coexistent et dont les personnes ayant vécu un épisode de maladie mentale négocient les éventuelles tensions entre les deux discours, ce qui peut impliquer de nouvelles significations sur leur maladie mentale. Cependant, il faut d'abord démêler et définir ce que l'on entend par discours. C'est ainsi que je développe dans

les prochaines pages ce que sont les concepts de *Discours* et *discours*, leurs dynamiques, leurs différences, mais aussi les tensions qui les animent.

Étude de discours ou de Discours ? Exploration des possibilités

Alvesson et Karreman (2000), dans leur article *Varieties of discourses : On the study of organizations through discourse analysis*, clarifient les différents sens attribués à l'étude de discours et offrent des clés théoriques sur les différents positionnements possibles. Leur analyse est fondamentale dans la compréhension des concepts de Discours et discours et dans l'établissement d'un lien (ou non) entre ces deux notions. Dans les prochaines pages, une description précise de leur étude sera étayée. Le but est de comprendre comment le concept de discours (et Discours) évolue théoriquement sous les facteurs de la signification et de la proximité, et comment cette évolution marque un lien entre le discours et le Discours. Enfin, il sera question de comprendre quelles sont les conséquences méthodologiques d'un choix entre discours et Discours.

Les auteurs dénoncent une utilisation abusive du terme « discours » dans le domaine des sciences sociales et humaines (Alvesson et Karreman, 2000). Par manque de connaissance ou de rigueur, ils affirment que « l'étude de discours » est utilisée pour différentes études, sans forcément faire un travail réflexif sur *qu'est-ce que le discours ?* De fait, il existe plusieurs possibilités. Potter (1997, cité dans Alvesson et Karreman, 2000) identifie cinq versions de l'analyse de discours. Trois d'entre elles se concentrent sur la psychologie linguistique et cognitive. La quatrième version reprend la position foucauldienne standard. Celle-ci est généralement décrite pour avancer

l'hypothèse que les discours, ou les ensembles d'énoncés, constituent des objets et des sujets. Le langage, rassemblé sous forme de discours, organise et naturalise le monde social d'une manière spécifique et informe sur les pratiques sociales. Enfin, la cinquième version est celle développée par Potter et Wetherell (1987, cité dans Alvesson et Karreman, 2000). Ici, la langue est considérée comme un moyen d'interaction ; l'analyse du discours devient une analyse de ce que les personnes font de la langue dans un contexte social spécifique.

À la lumière de cette critique et des possibilités d'angles d'analyse, il est important de se positionner sur la conception de « discours » et « Discours » que je souhaite mobiliser pour cette recherche.

Le discours avec un petit d

La notion de discours avec un petit « d » est sans doute plus simple à définir et comprendre. Comme déjà défini, le discours avec un petit « d » fait référence aux paroles, aux dialogues et aux interactions. Le discours n'est en soi que les paroles et les mots échangés entre deux entités. Dans le champ d'études organisationnelles, Keenoy (1997, cité dans Alvesson et Karreman, 2000) indique que le discours est utilisé comme un moyen de donner un sens linguistique à l'organisation. L'analyse de discours met en évidence la nature « parlée » et « textuelle » de l'interaction quotidienne (Alvesson et Karreman, 2000). Ici, le discours est le résultat d'une interaction sociale entre plusieurs personnes. L'analyse de discours consiste donc en l'étude d'un événement interactionnel en lui-même, avec sa complexité et ses particularités (Cooren, 2015). Cela veut dire que peu importe les mots, le vocabulaire, la longueur du discours, ou la structure, cette interaction et ce discours n'ont lieu qu'une fois dans l'histoire dans la forme où il a été dit ; c'est le caractère

événementiel de la conversation qui intéresse les chercheurs et chercheuses qui étudient le « discours ». Ils et elles sont plus intéressés par ce que les personnes disent, comment elles le disent, comment elles le structurent dans une conversation. Ainsi, la teneur symbolique du discours, les pensées et idéologies sont mises au second plan. C'est un travail dans le détail des mots et des structures de phrases. Ici, il est question de comprendre comment les gens font sens au travers d'une interaction ; comment ils et elles comprennent, partagent, (dés)approuvent une phrase énoncée. Ici, on ne s'intéresse pas directement au sens politique de ce qui est énoncé, mais à toutes les stratégies textuelles pour mettre en abîme les idéologies et les construits sociaux.

Le discours avec un grand D

Le discours avec un « D » fait référence aux Grand Discours ; il se réfère à un assemblage de discours, ordonné et présenté comme un cadre intégré. Le Discours est compris comme l'étude de la réalité sociale telle qu'elle est discursivement construite et entretenue ; c'est la mise en forme de la réalité sociale par le langage. Alors que jusque dans les années 1950, les linguistes se sont concentrés au travail de la langue au niveau de la phrase – ce qui réfère davantage au discours –, certains chercheurs, comme Noam Chomsky (1986), ont réalisé qu'au-delà des phrases, le Discours avait sa propre logique, ses propres particularités, son propre fonctionnement (Cooren, 2015; Gee, 2007). Pour Alvesson et Karreman (2000), l'étude des Discours révèle les ambiguïtés des constructions sociales ; cette approche se concentre sur la détermination de la réalité sociale par des mouvements discursifs historiquement situés. Des mots à un ensemble de récits, l'étude du discours passe à l'étude du Discours : on se détache alors de la phrase pour examiner des dynamiques plus larges. Il existe désormais le discours et le Discours. D'après Gee, le Discours est reconnaissable par sa forme, son contenu et sa production (Cooren, 2015). L'enjeu est principalement celui de la reconnaissance ; plus précisément, il faut identifier le contenu

argumentaire et la ligne de pensée du Discours. Il n'est pas nécessaire qu'un Discours se fasse dans un contexte particulier pour être reconnu, mais il est crucial que l'on puisse identifier quelque chose que l'on a déjà connu pour que celui-ci soit considéré comme un Discours.

Lorsque l'on s'intéresse au Discours, on examine la répétition, la reproduction, ou l'itération de certains sujets de conversation spécifique. On examine ce qui les construit, le sens qu'ils donnent et ce qu'on en fait. On tente de repérer tout ce que contient un Discours, tout ce qui le rend reconnaissable parmi les autres Discours. Par ailleurs, on peut s'intéresser au pouvoir des discours ; il est souvent question d'idéologie, de pouvoir et de domination (Alvesson et Karreman, 2000). Ainsi, on cherche à comprendre qui donne le Discours (au travers d'un discours), comment il le donne et quels sont ses pouvoirs.

Gee (2007) développe plus largement la notion de discours avec un D majuscule dans son ouvrage *Social Linguistics and Literacies*. Il nous informe que le Discours avec un « D » majuscule est associé à une manière particulière de parler et d'écouter, de lire et d'écrire, d'agir, d'interagir, de sentir, de penser et de croire avec d'autres personnes (Gee, 2007). Faisant écho à Alvesson et Karreman (2000), il explique que les Discours sont au-delà des mots et de la singularité événementielle de leur énonciation, mais qu'ils se vivent et transparaissent dans notre agir. Les Discours existent par leur utilisation, mais surtout par leurs revendications. De fait, quand une personne parle, il y a toujours plus que la langue en jeu. « Les discours traitent tous de la façon dont les gens “rassemblent leurs actes” pour être reconnus comme un type de personne donné à un moment et à un endroit spécifiques » (Gee, 2007, p. 115). En ce sens, nous sommes tous porteur-étendard de Discours, nous sommes « dans » un Discours. Nous représentons, nous interprétons des Discours, nous en sommes les « porteurs » (Cooren, 2015; Gee, 2007). Ils portent nos idées et notre perception du monde. Nous les traduisons dans nos interactions et nos paroles. En tant que porteur de Discours et tous les déterminants qui le composent, nous sommes propices à partager

ce Discours avec d'autres personnes. Or, comme nous l'avons vu précédemment, la signification et le sens des choses se concrétisent dans l'interaction. Analyser une interaction, c'est analyser un Discours dans un discours. Dans notre cas, il s'agit d'analyser la confrontation de deux Discours, le stigmatisant et l'anti-stigmatisant de la maladie mentale, dans les interactions. Comme nous l'avons vu plus haut, la stigmatisation se crée par l'amalgame de plusieurs étapes, dont celle de l'étiquetage. Cette dernière se produit, se matérialise dans une interaction sociale. Il est primordial de descendre notre niveau d'analyse à l'interaction pour comprendre l'état de la stigmatisation de la maladie mentale, tout en gardant en tête le constat d'une confrontation de Discours dans l'espace public.

Cependant, à la lumière de l'article de Alvesson et Karreman (2000), il est important de dépasser une approche dichotomique de l'analyse de discours. Les auteurs mettent en avant deux dimensions, la relation entre le sens et le discours et l'échelle du discours, pour dessiner quatre grandes dimensions ou visions de l'analyse de discours. Travaillant sur la tension entre les Discours et les discours, il est important que je me situe théoriquement et méthodologiquement sur les concepts de « discours » et « Discours » afin d'offrir la meilleure analyse possible. Dans les prochaines pages, il sera question d'expliquer la nature de ces deux dimensions et comment cela détermine la définition que l'on donne au concept de discours. Cette large section d'explications me permettra de déterminer comment je souhaite étudier le lien entre discours et Discours.

Le discours et le sens

Alvesson et Karreman (2000) mobilisent deux notions clés pour se positionner dans notre analyse. La première est le lien entre le discours et le sens : le discours précède-t-il et intègre-t-il

la signification culturelle et la subjectivité ou est-il mieux compris comme se référant au niveau de la parole vaguement couplée au niveau de la signification ? Bien que le langage ne soit pas totalement dépourvu de sens, il est possible de distinguer plusieurs types de *sens* : le sens *transitoire*, qui émerge d'une interaction spécifique, et le sens *durable*, qui existe au-delà de l'interaction elle-même. Cette dernière signification, plus large, comprend des phénomènes de création de sens tels que les idées culturelles et individuelles, les orientations éthiques et morales, les modes de perception et de cognition. Ces deux visions du *sens* marquent les points opposés d'un spectre d'analyse possible. Ces positions vont de la vision du discours et de la signification comme deux éléments inséparables – ou se chevauchant strictement –, jusqu'au traitement des discours et de la signification comme étant presque « découplés ». Il existe une multitude de types de coupage entre ces deux points. Quand le sens et le discours sont couplés, on parlera de discours déterminé. Au contraire quand le discours et le sens sont « découplés », on parlera de discours autonome, c'est-à-dire qu'il existe seul, et compréhensible sans se rattacher aux éléments extérieurs.

Les discours peuvent donc être couplés, ou déterminés, à un ensemble d'autres éléments, comme la cognition. Le discours entraîne la subjectivité, c'est-à-dire notre sens des choses, y compris nos sentiments et nos pensées. C'est une position reprise par Weedon (1987) qui considère le discours comme « un principe structurant de la société, [...] et de la subjectivité individuelle » (p. 41). D'autres visions admettent une certaine séparation du discours et du sens. Watson (1994, cité dans Alvesson et Karreman, 2000) définit les discours comme « un ensemble d'énoncé, de concepts, de termes et d'expressions reliées entre eux, qui constituent une façon de parler et d'écrire sur un sujet particulier » (p. 113). A contrario, certains auteurs font une distinction claire

entre le discours et d'autres éléments, à l'instar de Van Dijk (1993) qui affirme que pour établir une relation entre la société et le discours, il faut examiner en détail les rôles des représentations sociales, en gardant à l'esprit les liens complexes entre le texte, la parole, la cognition sociale, le pouvoir et la culture. Nous pouvons également supposer que le discours ne doit pas être directement lié à un autre type de phénomène – il est alors autonome. Le discours sera ainsi étudié pour comprendre ce qu'il produit en termes de performance linguistique, tout en s'abstenant de tirer des conclusions ou d'émettre des hypothèses. Dans cette perspective, l'étude de ce qui passe par la tête ou le cœur des gens est une autre quête qui vient perturber le travail d'analyse du discours. Pire, cela peut être considéré comme spéculatif et sans fondement.

Le discours et son échelle de localisation

Une autre dimension clé mise en valeur par Alvesson et Kärreman (2000) concerne la relation entre le discours et la portée – ou l'échelle – du discours. Plus précisément, il s'agit de déterminer si l'on souhaite étudier le discours de proximité, c'est-à-dire en mettant l'accent sur le contexte local et situationnel, ou, à l'autre extrême, considérer le discours comme un ensemble de vocabulaire plutôt universel, plus ou moins couplé avec un phénomène particulier. Le discours à longue portée est appelé Discours. Comme pour la précédente dimension, il existe une multitude de « moyenne » portée du discours. On compte quatre grandes conceptualisations qui explorent l'éventail entre discours et Discours : (1) une approche microdiscours qui reprend les textes demandant une étude détaillée de l'utilisation de la langue dans un microcontexte spécifique ; (2) une approche mésodiscours où, plutôt qu'avoir une attention exclusive sur l'utilisation de la langue

dans un contexte, il est demandé une attention particulière pour trouver des schémas plus larges et aller au-delà des détails du texte et généraliser à un contexte local similaire ; (3) une approche du Grand Discours qui reprend l'idée d'un assemblage de discours, ordonné et présenté comme un cadre intégré ; ainsi un Grand Discours peut se référer à/et constituer une réalité organisationnelle ; (4) une approche par Méga-Discours où il est question d'un matériel discursif, de connexion plus ou moins universelle. Cette dernière traite généralement des phénomènes de manière plus ou moins standardisée.

Exploration des options d'analyse

À partir de ces deux dimensions clés pour situer le discours que l'on cherche à étudier, il est possible de créer quatre grandes positions d'analyse du discours (voir Figure 2).

Premièrement, dans la *perspective de proximité/point de vue autonome* du discours, l'attention se porte sur comment les messages se trouvent dans le flux du discours en question et non sur ce qu'il pourrait être dit/sortir de l'interaction. En d'autres mots, la signification ou l'importance du message ne peut être décidée en dehors de l'interaction qui façonne le contexte. Ici, tout ce qui est dit dans les paroles à propos des valeurs, des conceptions ou des pratiques est un faux-problème. Les mots sont vus et compris comme des phénomènes textuels uniquement ; ce qui intéresse, c'est ce qu'ils font dans les paroles et non à quoi ils réfèrent.

Deuxièmement, dans une *perspective autonome/longue portée*, les sujets d'étude et les pratiques sont étudiés sous la forme de discours standardisés sur un sujet. Dans ce cas, il est

question de savoir si le discours peut être mis en relation avec d'autres discours similaires sur le même thème. S'il existe une récurrence d'un discours, alors le discours sera utilisé, à la fois comme partie et comme preuve d'un discours particulier normalisé et translocal. Si le discours ne peut être relié à d'autres déclarations, il doit être ignoré ou compris comme déviant.

Troisièmement, dans une perspective de *proximité/détermination*, les chercheurs et chercheuses supposent que les discours offrent des indices importants sur d'autres types de pratiques que l'utilisation pure du langage. Cela signifie que les paroles à propos du sujet – de la stigmatisation de la maladie mentale par exemple – peuvent être instructives sur la construction locale, les normes et les sentiments à l'égard de ce sujet. Dans une telle perspective, les paroles doivent être évaluées comme ayant des effets structurants, soit sur la subjectivité de la personne interrogée et/ou en termes de cadrage de l'action. Cela implique que le chercheur tente de déterminer dans quelles mesures les idéaux normatifs sont traduits en pratique dans le cadre étudié et qu'il tente d'obtenir d'autres indications sur la subjectivité des personnes interrogées dans la situation de l'entretien. Traiter les paroles comme un discours ayant des effets est autre chose que de les recevoir comme un pur discours. Enfin, dans cette perspective, le discours peut relever des informations sur des phénomènes non discursifs, mais il ne peut le faire que pour le domaine particulier et très local de la réalité sociale étudiée.

Finalement, dans la dernière perspective, à *longue portée/détermination*, la parole de la personne interrogée fournit des fragments discursifs qui illustrent des règles qui décident de la manière dont nous pouvons parler et faire l'expérience. Ainsi, dans cette perspective, la déclaration de la personne interrogée est produite, non par un individu concret dans les circonstances spécifiques, mais plutôt par les règles qui décident de la manière dont les individus peuvent

articuler un phénomène, à la fois dans le discours et en tant que phénomène expérientiel. L'intérêt à long terme/détermination du discours suppose que le discours, la subjectivité et la pratique sont étroitement imbriqués et que le discours est primordial pour la subjectivité/pratique de par son pouvoir constitutif ou d'encadrement. Cela signifie que le discours dominant et répandu façonne à la fois la manière de parler d'un sujet et le sens que nous développons à son sujet. Ici, le matériel empirique est traité de manière standardisée. Ce ne sont pas les détails des paroles ni leur contexte qui compte, mais plus la tendance générale perçue, qu'il est jugé important d'utiliser, avec d'autres matériaux pointant largement dans une direction similaire.

À la lumière de cette exploration, je situe mon étude à la troisième perspective de *proximité/détermination*. Je positionne mon étude en mésodiscours sur le spectre de l'échelle du discours, et je positionne mon discours comme déterminé, entre couplé et étroitement couplé (voir Figure 2).

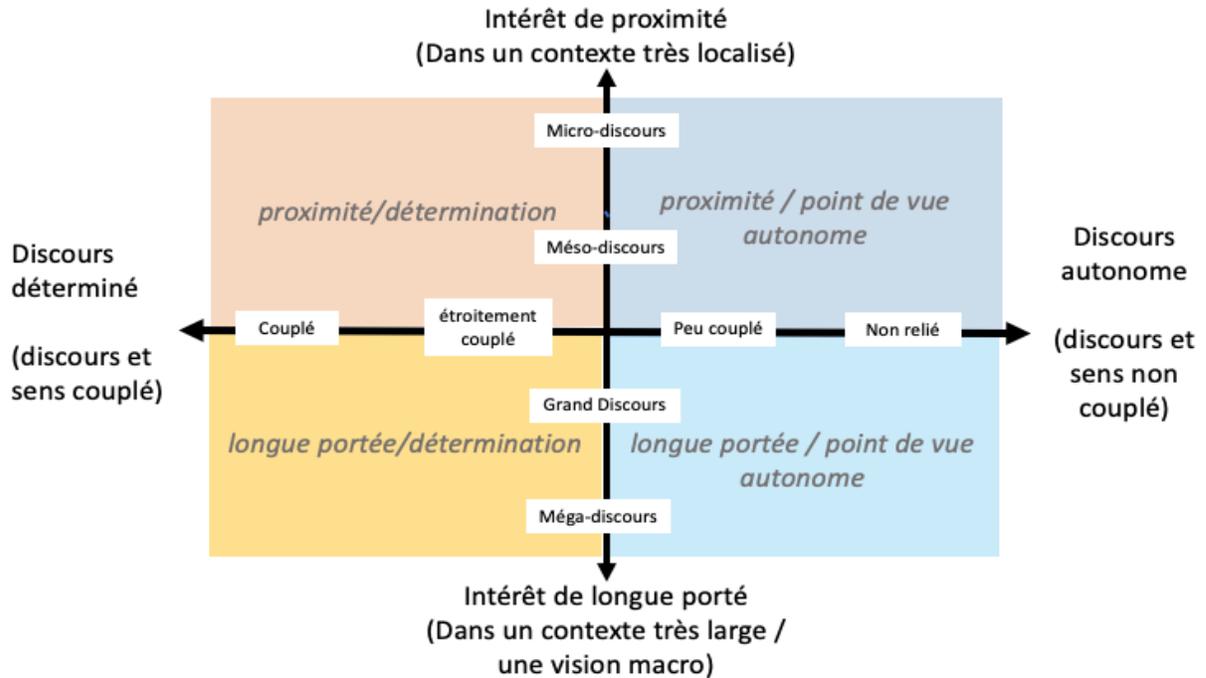


Figure 2- *Élaboration des dimensions essentielles et résumé des positions dans les études de discours de Alvesson et Karreman (2000), traduction libre*

Les différents types de Discours : acquis et appris

Je m'appuie également sur l'étude d'un autre chercheur, Gee (2007), qui me permet d'explorer la manière dont les personnes ayant une expérience de la maladie mentale et de sa stigmatisation arrivent à moduler, voire même changer le Discours qui informe le sens qu'elles attribuent à cette expérience. Gee (2007) utilise la notion de socialisation pour expliquer la possibilité qu'a une personne de changer de manière consciente le Discours qui informe sa vision d'un phénomène. Ce nouvel élément permet de pointer du doigt la tension du Discours : le point soulevé par Gee met en lumière la capacité d'une personne, au travers d'échanges, d'interactions

et de proximité sociale de faire changer son Discours à propos d'un phénomène. Plus spécifiquement, Gee (2007) fait la différence entre les Discours acquis et les Discours appris. Il est important de préciser que cette différence n'est pas franche et claire. Au contraire, les Discours acquis et appris se trouvent tous deux aux extrémités d'un continuum.

De fait, les distinctions suivent de près le concept de socialisation largement développé en sociologie. Alors que nous appartenons à un groupe primaire lors de notre enfance, nous sommes sujets à développer la même façon de penser et d'agir que notre entourage. Lors de cette socialisation, nous acquérons des premiers Discours que l'on appelle les Discours acquis (Gee, 2007). Ceux-ci façonnent notre manière de voir le monde. L'acquisition présuppose un apprentissage inconscient, dû à une exposition de modèle ou en pratiquant l'essai-erreur. Ainsi, les Discours acquis s'installent inconsciemment et déterminent instinctivement notre vision du monde. Par exemple, de par sa dominance, on peut considérer le Discours stigmatisant de la maladie mentale comme un Discours acquis.

Plus tard, nous entrons dans la socialisation secondaire, qui s'opère auprès de l'école, les médias ou d'autres groupes sociaux. C'est ici que l'on se confronte à l'apprentissage de Discours secondaire, que l'on appelle Discours appris (Gee, 2007). Ce processus implique une connaissance consciente de l'enseignement d'un nouveau Discours ou une expérience de vie qui déclenche une réflexion consciente autour d'un problème ou d'un phénomène. La personne est confrontée à un autre Discours, et elle tente de comprendre cet enseignement. « Cela implique l'explication et l'analyse, c'est-à-dire la décomposition de la partie à apprendre en ses parties analytiques, pour atteindre un certain degré de métaconnaissance sur la question » (Pinker, 1989, 1994, cité dans Gee, 2007, p. 170).

Ainsi nous sommes toutes et tous contraints à un apprentissage de Discours. Un Discours appris peut influencer le Discours acquis d'une personne, et ainsi le refaçonner. Il est alors possible

de transmettre un nouveau Discours acquis remodelé à partir d'un Discours appris (Gee, 2007). Ce processus de cohabitation de Discours acquis avec des Discours appris forge de nouvelles visions du monde. Il est important de noter que ce type de Discours reste appris. Il est le produit d'une confrontation de Discours et se différencie du Discours acquis d'une personne. En effet, ce sont des Discours que les personnes ont appris, auxquels elles ont été confrontées plus tardivement dans leur vie. Le Discours appris est l'adoption complète ou en partie d'une doctrine énoncée dans un discours qui est différente du Discours acquis. Cependant, la frontière entre les Discours acquis et appris est poreuse. Celle-ci est constamment négociée et contestée au sein de l'histoire et des sociétés.

En somme, nous acquérons naturellement un Discours (le Discours acquis) qui sera confronté à des Discours autres, extérieurs à notre socialisation primaire. Ceux-là seront appris et entraîneront la création d'un nouveau Discours (Discours appris), fruit d'une confrontation des sens entre deux Discours.

Tension entre les Discours

Donner un sens est une affaire sociale et variable : ce qui a du sens pour une communauté peut ne pas en avoir pour une autre. Ainsi, il est nécessaire de comprendre la manière dont les Discours sont intégrés et négociés dans la société et les institutions sociales (telles que les familles et les écoles) (Gee, 2007). La signification n'est alors pas une chose établie dans le temps et dans l'espace. « Le sens est quelque chose que nous négocions et contestons socialement. De fait, le sens réside dans "la culture" au sens très profond du fait qu'elle réside dans une tentative de trouver un terrain d'entente » (Gee, 2007). Ces terrains d'entente impliquent souvent la rencontre de

plusieurs types de Discours, comme nous l'avons montré plus haut. Ici, il est question du Discours stigmatisant de la maladie mentale qui s'entretient à partir d'une mécanique de communication stigmatisante, notamment les indices, et un nouveau Discours anti-stigmatisant.

Des tensions peuvent régner au sein d'un même Discours. La tension existe, car plusieurs Discours sur un sujet informent sur la multiplicité des sens que l'on donne à ce sujet. Comme le souligne Gee (2007), un Discours est porteur de sens et il est intrinsèquement idéologique. Il implique une manière de penser, un ensemble de valeurs, décrit ce qui est « normal » et ce qui ne l'est pas. Ainsi, une multiplication des Discours souligne une multiplication des idéologies en lien avec le sujet abordé. Alors, ce ne sont pas les Discours qui s'entrechoquent, mais les idéologies, les valeurs et le sens qu'ils contiennent.

Chaque personne se rattache à un ensemble d'idées et de Discours qu'elle énonce, qu'ils soient primaires ou secondaires. De fait, nous incarnons et transmettons des Discours que l'on a appris, acquis, rencontrés et confrontés. Le parcours unique de chaque personne permet de mettre en lumière des Discours qui font sens pour elle. Ce point sera d'autant plus important dans les chapitres sur la méthodologie et les résultats, où je rends compte de la manière dont les participants donnent un sens à ces deux Discours et gèrent l'éventuelle tension entre eux.

Ainsi, la personne qui a été malade ou en contact avec une personne souffrant de troubles mentaux a pu changer sa perception et son Discours sur la maladie mentale. Celui qui pouvait être stigmatisant peut désormais l'être beaucoup moins. Le sens et l'idée qu'ils ou elles portent sur le statut de malade, la maladie sont donc évolutifs et se meuvent au parcours de vie et aux changements de situation. Si l'idéologie change, le Discours change ; la personne devient porte-étendard d'une nouvelle doctrine et la partage notamment au travers de ses interactions. Elle a désormais la possibilité de changer les Discours des autres personnes autour d'elle.

Revenons maintenant à une vision plus macro du Discours, afin de pouvoir intégrer la question des médias dans notre réflexion. Par les multiples Discours dans la sphère publique, il y a une mise à jour permanente à un niveau sociétal des significations et du sens des choses. Dès lors, on peut parler du phénomène de *définition* abordé en rhétorique (Zarefsky, 1997). Ce phénomène explique comment une signification est négociée au sein de l'espace public. Les pratiques de définition permettent de réajuster le sens d'un phénomène et de trouver un nouveau point d'équilibre. C'est particulièrement le cas lors de polémique. Une remise en question du statu quo et de la définition d'un phénomène pousse les acteurs de la sphère publique à prendre position. C'est un travail collectif qui permet de statuer sur une nouvelle définition, une nouvelle image, ou une nouvelle métaphore d'un phénomène bien particulier. Par exemple, le phénomène de la santé mentale, et par extension de la stigmatisation qui lui est portée, peut changer de signification par une campagne de sensibilisation réussie ou une sortie publique d'une personnalité à propos de sa maladie mentale. Comme le décrit Blanc (2019), lorsque la chanteuse Mariah Carey a annoncé sa maladie (bipolarité), une avalanche de réactions est apparue sur les réseaux sociaux. Les internautes se sont mis à débattre de ce qu'est la maladie, ici la bipolarité. Certains sont restés statiques sur leur position et leur vision de la maladie, d'autres ont pris conscience, au travers de ce message et de ceux des autres internautes que la réalité de la bipolarité n'est pas celle qu'ils et elles imaginaient. Ce type d'évènement permet de rebattre les cartes du sens des choses et des faits. Ils sont essentiels à l'évolution d'une signification et un changement des mœurs.

Il est à noter que les analystes culturels soulignent que les maladies peuvent également avoir une connotation métaphorique. La métaphore repose davantage sur une vision et une association d'idées qu'une véritable comparaison (Lakoff et Johnson, 1985). Susan Sontag (1978), par exemple, a fait valoir que les significations métaphoriques négatives du cancer, qu'elles soient malfaisantes ou répressives, sont courantes dans notre société et ont un impact considérable sur les personnes atteintes de la maladie (Conrad et Barker, 2010). De même, Barry et al. (2009) ont

examiné l'incidence des métaphores sur l'obésité, telles que « l'obésité comme un péché » (gourmandise), et remarquent qu'elles affectent le soutien des individus à différentes politiques publiques visant à réduire l'obésité. Dans le cas des maladies mentales, plusieurs métaphores négatives sont présentes. On peut énoncer la folie et la dangerosité comme ornement métaphorique de la maladie mentale, mais c'est surtout la notion de faiblesse qui colle le plus aux maladies mentales étudiées ici.

Tension entre Discours et discours

Comme nous l'avons vu, les Discours travaillent à deux niveaux. Ils peuvent être plus ou moins localisés et couplés de sens. Il y a également une modification des Discours au niveau de la personne, en passant d'un Discours primaire acquis à un Discours secondaire appris. Cette dynamique est due à la pluralité des Discours, au sein d'un même phénomène social, qui se croisent et s'entrechoquent dans la sphère publique. Or, ce mécanisme à deux étages n'est pas automatique ; chaque personne n'apprend pas un discours secondaire, ou ne ressort pas avec un Discours secondaire similaire. Elle peut également rejeter le Discours auquel elle est exposée.

À la lumière des concepts et du cadrage théorique exposés, les dynamiques de stigmatisation des maladies mentales comme celle de la dépression, de l'anxiété et du *burn-out* sont complexes. Il existe un Discours dominant et stigmatisant à propos de la maladie mentale. Celui-ci est nourri d'une culture, d'une idéologie, d'une construction sociale qui renvoient ces pathologies à la faiblesse et au manque de courage. Ce Discours se transmet au travers d'interactions, autrement dit de conversations, de messages, d'énoncés. Le Discours transparaît dans le discours. Cependant, le Discours stigmatisant se trouve mis en concurrence avec un nouveau Discours anti-stigmatisant. Construit avec d'une vision rassurante, qui contredit le

premier, ce Discours se fraye un chemin dans l'espace public. Celui-ci se construit à partir d'une communication anti-stigma, notamment chez les personnes qui n'ont pas vécu d'expériences personnelles de la maladie mentale. L'expérience de la maladie permet, par contre, une confrontation directe entre le Discours acquis et une épreuve concrète qui remet en question les fondements de ce premier. En soi, le Discours sur la maladie mentale peut évoluer au sein d'une personne en fonction de son parcours de vie, de ses expériences et ses non-expériences. La notion de Discours appris et acquis prend son sens ici, car elle montre le cheminement et le caractère unique que peuvent prendre des personnes et leurs Discours.

Ainsi, il existe plusieurs Discours sur la maladie mentale, que je regroupe grossièrement en Discours stigmatisants et Discours anti-stigmatisants. Par la suite, chaque personne énonce son Discours propre, issu de la confrontation des Discours stigmatisants et anti-stigmatisants, au travers de conversations, de débats, de prises de position, c'est-à-dire, à travers ses discours. Les nuances des Discours à propos de la maladie mentale sont diffusées ; elles se frottent, s'entrechoquent et se mettent en tension. C'est au travers du discours, des échanges et de nos interactions sociales que se mettent en tension les différents Discours d'un même sujet. Les porteurs du Discours anti-stigmatisant sont à même de faire changer le sens, les définitions et les perceptions des autres personnes à propos des maladies mentales. Cependant, l'acceptation de ce nouveau Discours peut être entière, partielle, ou totalement rejetée. Tous les Discours ne nous font pas écho, nous décidons de ne pas tous les intégrer dans notre perception propre du monde et de la réalité.

Dans le cadre de cette recherche, je m'intéresse particulièrement à cette étape de « traduction » du Discours en discours et comment il s'agence. Ainsi, je me demande comment les dynamiques de tension dans les Discours au sujet de la maladie mentale se retrouvent dans une conversation de personnes (donc dans leur discours). Je cherche à comprendre comment des personnes font sens de la pluralité de significations (donc du Discours) de la maladie mentale. À

la lumière de ce cadre conceptuel et la notion de tension entre Discours dans le discours, je suis amenée à reformuler ma question de recherche :

Comment les étudiantes et les étudiants universitaires comprennent-ils la tension des Discours stigmatisants et anti-stigmatisants de la maladie mentale au travers des discours qu'ils et elles côtoient ?

Méthodologie

Afin de répondre à cette question de recherche, j'ai choisi une méthodologie qualitative dans la tradition de l'interactionnisme symbolique. Dans les pages qui suivent, je détaillerai la collecte des données, les enjeux éthiques, la méthode d'analyse de données, et ma réflexion sur mon rôle de chercheuse.

Collecte de données

Pour saisir la négociation collective dans la construction sociale du sens du stigmaté de la maladie mentale (les Discours dans les discours), j'ai adopté la méthode des groupes de discussions pour la collecte des données. Cependant, la santé mentale constitue un sujet « sensible » où les participants peuvent être amenés à divulguer des informations, des opinions, des attitudes ou des comportements, normalement secrets ou gardés pour soi (Liamputtong, 2011b). Les sujets sensibles comprennent les expériences personnelles, reliées de près ou de loin à la déviance ou au contrôle social, ce qui explique une possible méfiance, censure ou malaise lors de la divulgation des informations (Wellings, Branigan et Mitchell, 2000; Williams et Ayers, 2007). Étant donné

cette nature sensible de la santé mentale, j'ai décidé d'employer des groupes de discussion en ligne où la participation se faisait de façon anonyme.

Mise en contexte du groupe de discussion

À cet égard, le groupe de discussion note de nombreux avantages, notamment dans les recherches en sciences sociales. Les groupes de discussion sont utilisés dans les recherches dans le domaine de la santé, et plus précisément de la santé mentale (par exemple, Davey, Dziurawiec et O'Brien-Malone, 2006; Lester et Tritter, 2005; Schulze et Angermeyer, 2003), notamment pour étudier des sujets sensibles (Liamputtong, 2011b). Schulze et Angermeyer (2003) l'affirment, les groupes de discussion permettent aux participants et participantes d'entrer dans une discussion. Plus précisément, l'étude de Schulze et Angermeyer (2003) met de l'avant que les groupes de discussion permettent l'entrée de plusieurs participants ou participantes, au passé et/ou aux caractéristiques semblables, ce qui réduit l'intimidation des entretiens individuels avec la ou le chercheur. Par prolongement, ces groupes créent « des lignes de communication multiples » (Schulze et Angermeyer, 2003) entre les membres du groupe.

Les participantes et participants partagent leurs points de vue et leurs expériences avec d'autres personnes ayant quelque chose de commun avec eux. Cet environnement est plus propice à la participation à la conversation, facilite les individus à aborder un sujet inconfortable, parfois redoutable comme la stigmatisation (Liamputtong, 2011d). Comme le souligne Stewart, Shamdasani, et Rook (2009), les groupes de discussion sont aussi particulièrement utiles quand il s'agit de phénomènes d'intérêt peu explorés. L'absence de données justifierait l'utilisation d'un groupe de discussion pour émettre un aperçu authentique d'une situation particulière, l'entrevue individuelle ne mettant en lumière qu'une particularité unique.

Dans les groupes de discussion, les personnes interrogées ne font pas sens des choses seules, mais au contraire le processus de création de sens se fait autour de la discussion, des échanges et de l'interaction avec l'autre. Ainsi, entre les participants et participantes, il se « crée des significations partagées à travers leurs interactions, et ces significations deviennent leur réalité » (Patton, 2002, p. 112). À noter, cette méthodologie est fondée sur la compréhension qu'ont les individus des perceptions et des significations collectives dans leur vie quotidienne (Liamputtong, 2011a).

Le groupe de discussion permet donc d'explorer les connaissances et les expériences des participantes et participants, dans un format ouvert, en bénéficiant de la dynamique de groupe (Kitzinger, 1995). En allant plus loin, Wilkinson (2004) argue que le groupe de discussion est un « contexte social ». En reprenant l'idée que les individus participent à une construction de leurs significations, il ajoute que leurs opinions sont articulées et modifiées dans l'échange. De fait, en négociant en permanence, les individus apportent leurs diverses expériences individuelles et essaient de leur donner un sens collectif. Ainsi, il apparaît un aperçu d'une réalité complexe, qui ne serait pas accessible sans la dynamique et le sens créé propres aux groupes de discussion, et nous voyons donc une cohérence avec notre cadre théorique.

Dans une autre lignée, Madriz (2003), spécialisée dans les groupes de discussion sur les questions féministes, juge que les discussions de groupe sont particulièrement importantes. D'après elle, cela permet aux chercheurs et chercheuses d'assister à l'un des processus majeurs dans le domaine des sciences sociales, soit l'interaction sociale. Plus en détail, les chercheurs ou chercheuses peuvent observer comment les individus parlent, prennent la parole, partagent leurs idées, leurs points de vue, et même discutent (Madriz, 2003). L'interactionnisme symbolique est alors important dans la forme, la dynamique et le sens qui s'y créent. Ainsi, une méthodologie basée sur des groupes de discussion semble des plus pertinentes pour s'articuler avec mon cadre théorique.

Recrutement des participants

Le processus de recrutement fut une étape déterminante et empreinte à de nombreux enjeux éthiques. Le sujet de mon mémoire étant sensible et ayant choisi de faire une méthodologie qualitative, je devais présenter mes critères d'inclusion et d'exclusion pour les participants et participantes à la recherche, ainsi que mes stratégies pour recruter ces personnes. Un autre volet sur la protection des données et leur sauvegarde devait être abordé. Présenté en plénière au CÉRAH, mon projet a été accepté sous condition d'apporter des renseignements sur la gestion des refus à la recherche.

Les critères d'inclusion ont été déterminés pour répondre au contexte particulier de la recherche. Les personnes sélectionnées devaient être étudiantes dans une université québécoise, ils ou elles devaient être au Québec depuis au moins deux ans ; chacune devait avoir eu un ou des épisodes de dépression, d'anxiété ou d'épuisement professionnel (plus communément appelé *burn-out*). Les critères d'exclusion ont été établis dans ma limite à recevoir des témoignages sensibles. Étant étudiante en communication, je ne pouvais gérer une situation de crise lors de mes entretiens. Je n'ai ni les connaissances ni les bons réflexes pour gérer ce genre de situation. Ainsi, il a été déterminé que les personnes qui souhaitaient participer aux groupes de discussion ne devaient pas être en crise au moment du processus de recrutement jusqu'au jour de leur participation au groupe de discussion. Les personnes sélectionnées devaient être suivies depuis plus de 5 mois, ou avoir terminé leur séance de psychothérapie. Enfin, les participants et participantes ne devaient pas avoir de symptômes suicidaires ou schizophréniques.

Pour mobiliser un maximum de personnes, une affiche résumant l'ensemble de ces critères a été créée et partagée sur mes réseaux sociaux et affichée dans les couloirs de l'Université de Montréal. Les personnes intéressées devaient dans un premier temps me contacter par courriel ou par téléphone. Afin de vérifier que l'ensemble des critères était respecté, j'ai procédé à une entrevue téléphonique avec chaque personne. En dix jours, vingt personnes ont montré leur intérêt pour la recherche. À la suite de cette étape, vingt personnes ont été sélectionnées et aucune refusée. Ce processus fut assez rapide grâce à un partage massif sur les réseaux sociaux.

Ensuite, un lien Doodle fut envoyé aux vingt personnes participantes. Elles devaient entrer leurs disponibilités parmi dix dates possibles. Elles avaient la possibilité de sélectionner plusieurs dates, et elles avaient quatre jours pour me donner un retour. J'ai ensuite sélectionné une date pour chaque personne afin de constituer des groupes de discussion équilibrés entre les hommes et les femmes de cinq personnes. J'ai également fait attention de ne pas mettre des personnes susceptibles de se connaître dans un même groupe de discussion. Ainsi, deux personnes que je savais amies n'ont pas participé au même entretien.

En dernière étape, avant le groupe de discussion, j'ai contacté chaque participant et participante par courriel pour les informer de la date et l'heure de la rencontre, le lien pour se connecter à la salle de chat, ainsi que le formulaire de consentement qu'ils et elles devaient me retourner au moins 24 heures avant l'heure du groupe de discussion. Le jour du rendez-vous, chaque participant se connectait via le lien envoyé, sous un pseudonyme de son choix.

Participants

Mes groupes de discussion sont anonymes. Chaque participant a choisi son propre pseudonyme. De fait, je savais qui était présent dans la salle de discussion, mais je ne savais pas qui se cachait derrière chaque pseudonyme. Dans le respect de ma demande au comité d'éthique et au formulaire de consentement, aucune information permettant une identification d'une ou d'un participant n'a été communiquée lors de leur participation. Ainsi, aucune question permettant une identification n'a été posée (âge, cursus, origines, etc.). De plus, toutes informations qui auraient pu permettre une identification n'ont pas été retenues dans les exemples de ce mémoire. Dans le cadre de cette recherche, j'ai interrogé vingt personnes, réparties en cinq groupes de discussion. De ces vingt personnes, quinze étaient de sexe féminin et cinq de sexe masculin. On peut noter une représentation plus élevée de femmes, ce qui constitue une première limite à ma recherche. Toutes les personnes interrogées étaient étudiantes de l'Université de Montréal ou d'une école affiliée. Enfin, sur les vingt participants, trois étaient nés hors du Canada.

Contexte particulier des groupes de discussion en ligne anonyme

Comme la technologie informatique imprègne presque tous les aspects de la jeunesse (Kenny, 2005), particulièrement en ligne chez les étudiants et étudiantes, une méthode de groupes de discussion synchrone en ligne a été adoptée pour cette étude pour permettre aux participants de discuter des discours sur la stigmatisation de la maladie mentale (Bollinger, 2014). Il peut y avoir chez le chercheur une certaine réticence ou une peur de ne pas avoir assez de données probantes avec cette méthode. Or, une étude de Woodyatt et coll. (2016) conclut que les groupes de discussion en ligne peuvent arriver à un nombre de thèmes émergents similaire à des entretiens individuels, et peuvent même être plus avantageux pour les sujets sensibles. Plus techniquement,

les groupes de discussion synchrone en ligne ont l'avantage de rassembler les personnes de façon étroite, en temps réel, dans une discussion dynamique et immédiate, ce qui produit une plus grande expression de l'émotion (Liamputtong, 2011b). Le fait que la conversation soit synchrone permet un meilleur enchaînement des idées et une participation accrue qu'un groupe de discussion asynchrone, où chaque participant ajoute sa contribution à la discussion durant une plus longue période de temps et de manière souvent interrompue.

Design et déroulement des groupes de discussion

Organiser des groupes de discussion en ligne et anonyme est un défi en soi. Bien que ce choix soit motivé par des enjeux éthiques, il requiert une rigueur et une organisation importante. Il existe certaines limites aux groupes de discussion synchrone en ligne, comme l'aspect décourageant qu'ont les individus à créer un compte ou télécharger un logiciel afin de participer au groupe de discussion, et une possible crainte à propos de la sécurité du processus (la protection des données et des informations personnelles) (Brüggen et Willems, 2009, cité dans Liamputtong, 2011d). Dans le souci de contourner cette peur, comme mentionné plus haut, un système permettant l'anonymat des participants et participantes a été privilégié. Ainsi, pour mes choix techniques, je me suis appuyée sur la recherche de Bollinger (2014) qui utilise les groupes de discussion anonymes comme outils de collecte de données. Bien que nos sujets de recherche soient différents, ils se rejoignent par leur volonté de donner la parole librement sur un sujet sensible, sans jugement et sans regard de la personne investigateur.

Bollinger et Geist-Martin (2017) mentionnaient deux plateformes possibles pour effectuer les entretiens par chat, soit Yahoo Instant Messenger et Chatzy. Mon choix se porta sur Chatzy, car il n'y avait pas de téléchargement, aucune création de compte requise et le service est gratuit. De plus, cette plateforme est tributaire d'une bonne réputation auprès des utilisateurs dans plusieurs recherches (Stewart et Williams, 2005; Walker, 2013), ainsi qu'un accès immédiat à une transcription en ligne téléchargeable et gratuite (Bollinger et Geist-Martin, 2017). Afin d'accommoder au mieux chaque participant et participante, j'ai moi-même créé les salles de discussion pour les cinq groupes. Cela m'a permis de créer cinq espaces distincts. Chaque participant se voyait attribuer un lien de connexion à l'une des cinq salles ; il ou elle n'avait plus qu'à entrer un pseudonyme pour accéder à la salle de discussion. Celui-ci était libre de choix pour permettre une anonymisation maximale entre les participants et participantes, mais aussi avec moi. Il était important pour moi que les personnes ne se reconnaissent pas entre elles. Le sentiment de protection devait régner lors des entretiens. De par sa nature anonyme, les groupes de discussion en ligne permettent aux individus participants de se sentir plus à l'aise pour discuter de sujets difficiles. L'absence d'identification, de la peur du jugement, et du regard réprobateur d'une autre personne permet une plus grande révélation des participants (Liamputtong, 2011c). Le modérateur peut faciliter le dialogue de manière à permettre aux personnes de partager leurs expériences et leurs commentaires sans crainte d'identification (Walker, 2013).

La plateforme Chatzy est simple d'utilisation et ne requière aucune compétence technique particulière. Elle fonctionne comme la plupart des plateformes de chat : un large espace qui fait défiler la conversation et un petit encart pour écrire notre message ; une fois envoyé il est ajouté

au fil de conversation. Très similaire aux interfaces de WhatsApp ou Messenger de Facebook, il n'y a pas eu de problème d'utilisation de la plateforme pour les participantes et participants.

Les cinq discussions furent programmées plusieurs jours à l'avance et j'ai choisi la constitution des groupes. Toutes les conversations se sont déroulées sur le même modèle. J'ai dans un premier temps attendu que tout le monde se connecte pour écrire un message général, comme suit :

Salut tout le monde ! Nous sommes au complet pour commencer la discussion. Je vous glisse ici un récapitulatif de ce qui va se passer :

Mon mémoire de recherche porte sur la tension des discours stigmatisants et déstigmatisants de la maladie mentale au Québec pour une population étudiante à l'université. Votre participation m'aidera à mieux comprendre comment sont perçus et vécus ces différents discours par les étudiants qui sont atteints ou qui ont déjà été atteints d'une maladie mentale telle que l'anxiété, la dépression ou l'épuisement (le « burnout »).

Votre participation est complètement libre et volontaire. Vos contributions à la discussion en ligne seront anonymisées et ne pourront pas être liées à vous. Votre identité sera gardée confidentielle.

Si vous ressentez une gêne ou une angoisse lors de la discussion, vous pouvez décider ne pas répondre à n'importe quelle question et vous pouvez arrêter votre participation à n'importe quel moment, sans besoin d'expliquer la raison.

Si vous ressentez le besoin d'aide, voici un lien où vous pouvez trouver des ressources en santé mentale qu'offre l'Université de Montréal à ses étudiants :
<http://aseq.ca/View.aspx?locale=fr&uid=F...>

Ce message était nécessaire pour rappeler le sujet de ma recherche et réitérer l'importance du consentement dans ce processus. De plus, ce message fut approuvé par le CÉRAH. Puis, commençait la discussion. Afin de stimuler les participants et participantes à propos de la notion de « discours en tension », je leur ai partagé une vidéo YouTube qui s'intitule : « Si on vous dit maladie mentale, qu'est-ce qui vous vient à l'esprit ? ». Il s'agit d'une vidéo française, datant de 2017. L'objectif de la vidéo est, d'après sa description inscrite sur YouTube :

La sensibilisation du grand public à la notion de maladie mentale. Malheureusement, trop d'idées fausses et de peurs irrationnelles sont encore très présentes dans l'imaginaire collectif. Le fait d'interpeller sur cette question peut améliorer la situation, ou du moins, pousser à l'introspection. (*Si on vous dit maladie mentale, qu'est-ce qui vous vient à l'esprit ?*, 2017).

La vidéo présente une série de témoignages, où chaque personne est invitée à donner en un mot son avis sur la maladie mentale. La vidéo se découpe en trois grandes parties : la première montre les témoignages d'adultes, qui ont un discours basé sur la peur, la crainte, la dangerosité ; la seconde des témoignages d'enfants, plus sensibles et compréhensifs. Dans une troisième partie, il est demandé aux adultes de définir « une personne normale », ce qui provoque un malaise pour la plupart d'entre eux. J'ai choisi cette vidéo, car elle met en perspective plusieurs discours à propos de la maladie mentale, ce qui m'a permis de rebondir sur les expériences de mes participants et participantes à propos de discours similaires.

Plus spécifiquement, ma grille d'entrevue reprenait les deux premiers axes de la vidéo. Ainsi, les premières questions faisaient référence aux discours stigmatisants et stéréotypés de la maladie

mentale ; la seconde partie de mon entretien portait sur les discours anti-stigmatisants ; pour la troisième partie, je me suis intéressée à la gestion des deux discours, c'est-à-dire leur cohabitation, puis j'ai laissé un moment à la fin de l'entretien pour que les personnes qui le souhaitent puissent partager des expériences qu'ils ou elles n'avaient pas eu l'occasion de mentionner auparavant.

Malgré une grille de discussion dense, une limite de temps (une heure et trente minutes) était indiquée dans mon dossier de soumission au CÉRAH. De fait, toutes les conversations ont duré moins d'une heure et trente minutes, la plus courte étant d'une heure et cinq minutes. En moyenne, les discussions ont duré une heure et vingt minutes. Malgré une durée quasi similaire pour toutes les discussions, elles sont de longueurs inégales. Les discussions font de 350 à 651 lignes (423, 427 et 563 lignes pour les trois autres). Malheureusement, les échanges n'ont pas toujours été aussi fluides entre les participants et les participantes. Cependant, tous mes groupes de discussion ont été utiles lors de mon analyse.

Bien que les entretiens en groupe aient été anonymes, j'ai par la suite évincé tout indice sur l'identité des personnes interrogées. Il arrive qu'au détour d'un propos, une information puisse donner un indice sur son identité. Il est impossible désormais de reconnaître un participant ou une participante à ma recherche. Le sujet étant particulièrement sensible, une vigilance particulière fut de mise.

L'aspect éthique

L'aspect éthique se pose majoritairement sur le point de la confidentialité. Celle-ci est l'aspect le plus problématique lors de recherche en ligne, et les participants peuvent se demander :

mes informations vont-elles sortir ? Suis-je vraiment protégé.e ? Le système est-il sécurisé ? Y a-t-il un danger pour moi ?

Il est important de signaler que l'ensemble du projet, soit l'orientation de la recherche, les objectifs, la grille d'entretien et les critères de sélections pour les personnes interrogées, a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche en arts et humanité (CÉRAH) en avril 2019 (annexe 4).

Réflexion sur mon rôle de chercheuse : porte-voix d'une cause

En tant que chercheuse, j'ai la chance de pouvoir choisir ce sur quoi j'étudie. La question de la maladie mentale, de sa compréhension, de son image complexe m'a happé personnellement plutôt qu'académiquement. C'est après un certain recul que j'ai décidé d'étudier le cas de personnes semblables à moi. Toutes les personnes qui ont participé à cette recherche sont passées par des instants sombres et délicats. Dans une démarche d'abord personnelle, j'ai parlé ouvertement de mes démons. Cependant, je voulais aller plus loin. Cette recherche, c'est d'abord la volonté de montrer une réalité qui n'est pas belle à voir.

J'ai pris mon statut de chercheuse comme une opportunité. Non pas de me conforter dans ma condition d'étudiante vivant avec des troubles, mais plutôt comme une chance de faire porter plusieurs voix, plus haut et encore plus fort. Ainsi, je vois mon rôle de chercheuse comme un porte-voix. Je suis la courroie de transmission entre ces réalités individuelles, qui ne se connaissent pas, qui ne communiquent pas, et les autres.

J'ai, tout le long de ma recherche, évité tout écueil sur ma situation personnelle. Bien que j'aie été bienveillante lors des entretiens, il n'y a eu aucune forme de rapprochement ou complaisance avec les participantes et participants. Je tenais à rester le plus neutre et le plus éloignée possible. Alors que c'est le propre d'une recherche qualitative avec des entretiens de rentrer en contact avec les personnes, je me suis tenue, au contraire, le plus à l'écart. Je ne les ai jamais rencontrés dans le cadre de cette recherche. Seuls des conversations téléphoniques brèves ou via Internet ont eu lieu. Laisser de la place aux participants et participantes était mon principal objectif. De fait, je me suis tapie dans l'ombre pour leur laisser toute la place. Ma place était en retrait par rapport aux participants et participantes. Je souhaitais leur laisser de la place pour qu'ils et elles s'expriment et échangent entre eux plutôt que de me positionner à leur niveau. Cependant, nous avons travaillé de pair pour construire un sens à leurs témoignages. Je pense que cette vision de mon rôle devance mon approche épistémologique. C'est d'autant plus par respect et caractère personnel que pour des objectifs de recherche que j'ai adopté cette attitude.

Par ailleurs, je me sens particulièrement choyée par les participants et participantes. La confiance qui m'a été accordée fut bien plus grande que je ne l'aurais imaginé. Les personnes interrogées parlaient librement et sans retenue de leur expérience. Au-delà des données impressionnantes qu'ils et elles m'ont offertes, j'ai reçu des témoignages forts et intimes.

C'est maintenant à moi et à mon statut de recherche de faire rayonner ces histoires et cette réalité étudiante.

Méthode d'analyse des données

En rappel, j'ai mené cinq groupes de discussion, impliquant vingt participantes et participants, pour un total de 2414 lignes de données à analyser. Dans les sections qui suivent, je décris mon processus d'analyse.

Analyse des groupes de discussion dans un processus inductif

L'idée de faire ressortir le plein potentiel de mes données est apparue comme une évidence dès mes premiers pas dans l'analyse. Les groupes de discussions, à la différence d'une entrevue individuelle, mêlent plusieurs idées, plusieurs opinions, plusieurs histoires. Très rapidement, j'ai compris que j'avais un nombre très important de données à comprendre et à analyser. De par mon parcours et ma vision de la recherche, je me suis très rapidement tournée vers une analyse thématique et inductive de mes données. Ici, les catégories présentées partent avant tout du matériel, des données brutes, plutôt que des théories et concepts déjà utilisés (Paillé et Mucchielli, 2012). Ainsi, l'analyse inductive se prête particulièrement au projet de recherche exploratoire, où il est question de découvrir des dynamiques et décrire une partie de la réalité sociale plutôt que de confirmer ou infirmer une hypothèse ou une théorie (Blais et Martineau, 2006). Savoie-Zacj (2004) propose une échelle de trois niveaux d'induction dans le cadre d'une analyse qualitative des données (Anadón et Savoie Zajc, 2009). Le chercheur peut se positionner dans une logique typique d'induction où les thématiques d'analyse sont entièrement issues des données brutes recueillies. Ici se trouvera l'étude de phénomènes nouveaux ou peu explorés. Dans le second niveau, l'induction est modérée. Une définition conceptuelle provenant de recherches antérieures permet de délimiter le phénomène étudié. Ici, la richesse des données fournies permet de compléter ou d'ajouter certains aspects au phénomène étudié. Dans le troisième niveau, l'induction est délibératoire et se fait à l'aide d'une grille d'analyse et du cadre théorique. Bien qu'une analyse de discours en opposition sur le sujet de la maladie mentale au Québec n'ait jamais été étudiée, il

serait présomptueux de ma part de me positionner dans une analyse typique d'induction. L'induction modérée semble plus appropriée à ma recherche, car je m'appuie sur un cadre conceptuel et la définition de mes concepts pour délimiter mon analyse tout en laissant possible l'apparition de thèmes émergents. J'ai fait le choix de partir de mes données pour revenir graduellement à mes concepts et théories pour ne pas tomber dans un biais de confirmation et une analyse trop restreinte de mes données. Je pense qu'il est plus facile de voir grand et d'évacuer des codes par la suite, que de restreindre théoriquement sa perception lors de l'analyse et tenter une ouverture par la suite.

D'autre part, ce processus n'est pas exempt de la perfection. Comme le confirme Anadón et Guillemette (2006), il existe plusieurs limites à ce mode d'analyse : le chercheur ou la chercheuse doit aborder le terrain avec des éléments théoriques dans lequel il va sélectionner ce qu'il ou elle juge pertinent, le fait que le ou la chercheuse ne puisse pas faire totalement abstraction de ses « préjugés » et de sa perspective théorique, autrement dit de la manière dont il ou elle appréhende le phénomène de l'étude, et le fait que les données soient déjà construites sur une interprétation des personnes interrogées.

Donner du sens aux données : analyse thématique

Donner du sens est un processus incontournable de la recherche qualitative et plus spécifiquement, la recherche interprétative (McAllum et al., 2019). L'analyse thématique est une « méthode polyvalente d'identification, d'analyse et de compte rendu de modèles (thèmes) au sein des données » (Braun et Clarke, 2006, p. 79, cité dans McAllum et al., 2019). Cette étape significative n'est pas pour autant simple et immédiate. Il s'agit d'un travail de traduction, souvent lent et qui arrive « après coup ». Le processus se fait par étapes ou plutôt par niveau de complexité.

De fait, l'analyse se raffine au fur et à mesure. De plus, le processus n'est pas aussi linéaire en réalité, bien qu'il soit décrit en étapes. L'analyse interprétative thématique utilise une logique propre, avec un va-et-vient entre les données recueillies et l'ensemble des concepts théoriques qui tournent autour de la recherche.

Je me suis beaucoup référée à l'article de Blais et Martineau (2006), qui se base sur les principes de Thomas (2006) et de McAllum, Fox, Simpson et Unson (2019) pour entrer dans le processus de l'analyse. Bien qu'il faille garder sa question de recherche en tête tout au long de l'analyse, les résultats doivent provenir des données brutes. De fait, les données et la question de recherche sont en étroite relation tout au long de l'analyse. Être conscient de cette tension entre l'exploitation des données et sa question de recherche qui oriente la quête est primordial. C'est l'un des principes que pose Thomas (2006) directement lié à l'approche d'analyse inductive (Blais et Martineau, 2006). De plus, il souligne également la relation particulière qu'il y a entre les données et le ou la chercheuse. Les données fournissent les résultats grâce un à un travail répété de lecture et d'interprétation du chercheur. La question de l'interprétation est donc centrale et épineuse. « [Les] résultats [de l'analyse] sont construits à partir de la perspective et de l'expérience du chercheur qui doit prendre des décisions à propos de ce qui est plus important et moins important dans les données collectées. » (Blais et Martineau, 2006, p. 6).

Par-delà ces principes, l'analyse repose sur quatre étapes. La première étape consiste à la présentation des données. Cela inclut la retranscription des données dans un format claire et propice à l'analyse (verbatim normé, où les interventions sont distinctement présentées, les lignes numérotées et à interligne double). Les groupes de discussions ont chacun été transférés de la « salle de discussion » vers un document Word. Ici, il n'y a pas eu de transcription grâce au caractère en ligne des groupes de discussion. Seul un ajustement de police a été effectué. Ce transfert, habituellement appelé « transcription », marque les préliminaires du processus d'analyse.

Puis, il s'agit de faire une lecture attentive et approfondie des verbatims des différents groupes de discussion. Cette étape permet de se frotter aux données, de se les approprier jusqu'à les maîtriser parfaitement. Cela permet aussi de prendre une certaine distance face au texte, de s'appuyer de plus en plus sur lui et non sur nos impressions pour faire l'analyse. Bien connaître ses données permet d'avoir une vue d'ensemble et de faire des liens plus rapidement. Ces deux premières étapes posent les bases de l'analyse.

La troisième étape de l'analyse consiste à l'identification et à la description des premières catégories. Cependant, cette étape est longue et nécessite plusieurs sous-étapes. Dans un premier temps, il s'agit d'une analyse linéaire où il est question d'apposer un code, c'est à dire un mot ou une courte phrase pour décrire les parties du texte. « [Les codes] qualifient ce qui se déroule dans le témoignage des acteurs. Leur ambition est analytique. Il s'agit donc d'aller au-delà ou en deçà des témoignages ou des pratiques des acteurs pour y identifier les phénomènes sous-jacents » (Lejeune, 2014, p. 58). De fait, les codes sont les éléments de base à l'analyse des données.

L'étape de codage est la plus délicate, car c'est le premier pas dans l'analyse. Il faut justement découper le texte, pour reprendre la métaphore des ciseaux, et poser des codes fins et précis qui décrivent les paroles ; c'est ici la première fois que l'on tente de prendre de la hauteur face à nos données (McAllum et al., 2019). Les codes « ne portent, en effet, pas sur ce que disent les actrices ou acteurs, mais sur ce qu'ils vivent, éprouvent ou ressentent » (Lejeune, 2014, p. 52). Ainsi, j'ai pris l'habitude d'écrire mes étiquettes en termes d'action ou de processus afin d'éviter de tomber dans une indexation du texte. Je me pose des questions simples sur l'extrait comme « Qu'est-ce que me dit la personne ? » ou « Qu'est-ce que nous révèle l'expérience de la personne ? ». En plus de mon nombre important de données, je me suis rendu compte que la forme particulière de mon terrain m'offrait un nombre important de codes. En effet, le groupe de discussion étant en ligne, les participantes et participants ont tendance à répondre les uns après les

autres et à étendre leurs explications sur plusieurs messages entrecoupés. Ils et elles se répondent, appuient et renforcent leurs points à tour de rôle. Contrairement à une entrevue semi-dirigée où la personne est amenée à développer son idée seule, ici, les personnes sont dans une construction de sens permanente. De manière générale, les premières catégories sont vouées à évoluer. Elles finissent par se préciser et s'affiner pour devenir plus conceptuelles.

De plus, j'ai effectué mon codage sur le logiciel NVivo que je ne connaissais pas parfaitement. J'ai fait l'erreur de multiplier les codes similaires sur plusieurs verbatims. J'ai dans un second temps su regrouper des codes très proches, notamment lors de mon codage de deuxième niveau. Comme le souligne McAllum et al. (2019), le codage de second niveau implique des cycles complets de (re)codage pour créer des catégories permettant de mettre en lumière les codes de manière adéquate. À la fin de cette deuxième version de codage, j'avais constitué une liste de 30 codes. J'ai également fait un travail de description des codes afin de saisir le sens que je donnais aux extraits relevés.

Comme l'expliquent Strauss et Corbin (2004), les codes finissent par s'accumuler et l'analyste doit procéder à une analyse transversale (Lejeune, 2014). En d'autres mots, lors de la troisième étape, il ou elle commence à regrouper les codes puis à les catégoriser sous des termes explicatifs plus abstraits. Ainsi se construisent les catégories. Dans un premier temps, ce sont des concepts qui viennent des données brutes et représentent des phénomènes (Lejeune, 2014). C'est à ce moment que l'on identifie les dynamiques qui ressortent des expériences. Comme pour le code, la catégorie va au-delà d'une désignation de contenus, elle va plutôt désigner un phénomène. À cette étape, il faut commencer à construire un lien logique entre chaque code. Naturellement, des codes s'associent entre eux et sont à même de décrire une partie d'une dynamique particulière. En effet, l'analyse thématique peut générer une description richement texturée de situations, d'actions, de récits et d'expériences (McAllum, 2019). D'autres codes se retrouvent seuls et se

révèlent impertinents dans la suite du processus dans les cadres de cette étude précise. J'ai utilisé la fonctionnalité « code enfant » pour créer des ensembles de codes et de sous codes. Mes catégories se sont construites au fur et à mesure en constituant des ensembles, en les modifiant, en supprimant des codes, en en ajoutant des nouveaux, en séparant des codes. Mes premières catégories se sont construites sur un long travail d'aller-retour. C'est à mon sens la partie la plus difficile de l'analyse des données. Si les catégories ne sont pas claires, précises et orientées dans un sens, il est difficile, voire impossible, de leur donner le meilleur sens qui soit dans une dynamique plus large. Cette troisième étape est donc cruciale, car c'est celle qui permet la montée en abstraction des données. Elle permet de retourner dans le monde de la recherche, des concepts et des théories. Comme le souligne Savoie-Zajc (2000), la valeur d'une recherche qualitative repose sur la capacité du chercheur ou de la chercheuse à donner du sens aux données recueillies. C'est en faisant des catégories que le sens se crée.

Enfin, la quatrième étape repose sur le raffinement des catégories et de leur organisation dans des thématiques. Ici, il est question d'organiser les catégories, de les nuancer pour montrer la pluralité des vérités dans une dynamique. Afin de trouver un ensemble cohérent, qui offre une vision d'ensemble, les catégories se réduisent et se lient entre elles dans des ensembles thématiques. Les ensembles thématiques peuvent, ou même doivent être subdivisés en plusieurs catégories. Dans une analyse qualitative, la question de la quantité ou de la redondance n'est pas gage d'appropriation totale d'une catégorie. Les subtilités, les détails et les particularités ont autant d'importance que ce qui se dit en majorité, d'où la nécessité d'avoir des catégories distinctes, mais essentielles à la compréhension d'une même catégorie. Une fois les ensembles thématiques constitués, il faut s'assurer que le tout est cohérent et qu'un décalage entre le code et la thématique ne s'est pas formé. J'ai ainsi relu l'ensemble de mes codes pour vérifier qu'ils illustraient une partie de ma catégorie et donc de mon ensemble thématique. C'est également lors de cette étape de

vérification que j'ai sélectionné les codes les plus pertinents pour illustrer les catégories dans l'explication de thèmes lors de la rédaction de ce mémoire.

Résultats de l'analyse

Ce chapitre est divisé en deux parties qui représentent les thématiques émergentes de l'analyse. Chaque catégorie relative à la thématique en question est représentée en tant que sous-titre.

Pour rappel, ma question de recherche est la suivante :

Comment les étudiantes et les étudiants universitaires comprennent-ils la tension des Discours stigmatisants et anti-stigmatisants de la maladie mentale au travers des discours qu'ils et elles côtoient ?

L'analyse des données des cinq groupes de discussion s'est concentrée sur l'identification des Discours sur la maladie mentale (stigmatisants et anti-stigmatisants) dans le discours des participants et dans les discours qu'ils ont relaté avoir rencontrés dans leur vie quotidienne. La première moitié de ce chapitre présente donc les nuances de cette analyse, qui ont été regroupées sous le thème « Des Discours en tension, un discours dissonant », et il rend compte de leurs expériences *discursives* dans différents contextes, avec des personnes plus ou moins proches d'eux, avant et après le diagnostic et le traitement.

Toutefois, l'analyse a également révélé un schéma intéressant et important dans l'expérience *sociale et interactionnelle* des participants et participantes en matière de maladie mentale et de la stigmatisation qui y est associée. Les catégories relatives à ce schéma ont donc été regroupées sous le thème « Apprentissage d'une nouvelle réalité : trajectoire sociale d'une personne atteinte d'une maladie mentale ». Il est important de noter que lorsque les mots d'un participant sont cités, cette personne est désignée par son pseudonyme issu de la discussion de groupe. À noter que les pseudonymes ont été choisis par les personnes participantes et qu'aucun indice personnel, concernant l'âge, l'origine, le genre, l'origine sociale n'a été retranscrit ici.

Des Discours en tension, un discours dissonant

Au travers des différents groupes de discussion, un modèle graduel à propos de l'évolution du discours au fil de la maladie s'est dessiné. Les paroles témoignent de Discours stigmatisant, anti-stigmatisant, déstigmatisant, et d'un discours dissonant qui se mêlent et s'entrechoquent. Dans les prochaines pages, je vais décrire l'évolution du Discours stigmatisant de la maladie mentale au travers des discours énoncés. L'objectif est de mettre en perspective l'expérience discursive des participants et participantes à propos de la maladie mentale.

Discours anti-stigmatisant ou déstigmatisant ? Émergence d'un nouveau type de discours : un discours dissonant

Ce mémoire pose la question de la cohabitation, la tension entre deux Discours opposés et comment cette tension se transpose dans le discours. Dans ce cas-ci, il est question du Discours stigmatisant de la maladie mentale et le Discours anti-stigmatisant de la maladie mentale, et comment la cohabitation de ces deux Discours se transpose dans le discours. Cette cohabitation se manifeste de manière évolutive au cours de la maladie. De fait, plus la personne apprivoise son diagnostic et le revendique, plus elle se heurte à un discours ambigu, un discours que j'ai analysé comme *dissonant*.

Les conseils, marqueurs de la dissonance du discours

Dans un premier temps, les personnes participantes rapportent une récurrence de conseils qu'elles jugent bienveillants, mais révélateurs d'une méconnaissance de la condition du malade. En effet, les participants et participantes affirment que les personnes de leur entourage, principalement la famille et les amis proches, sont soucieuses de leurs conditions ; ils et elles veulent leur bien. Plusieurs exemples en témoignent, tel que :

« Lorsqu'une personne mal informée essaie d'être bienveillante, finalement son discours rejoint involontairement celui du stigmaté. [...] Je pense que c'est un problème de mauvaise compréhension des enjeux. D'éducation aussi. » (Jean-Luc, dans le groupe de discussion 5).

ou

« Le fait "de vouloir aider" est souvent en relation avec l'incompréhension. »
(Usager, dans le groupe de discussion 3)

Ces exemples montrent que les personnes atteintes d'une maladie mentale sont dans une position complexe. De fait, bien qu'elles partagent avec leurs pairs des informations sur leur condition, elles ressentent une incompréhension profonde de leur situation. Plus spécifiquement, les personnes participantes décrivent les conseils comme le signe d'une tension interne, d'une forme d'hypocrisie chez les personnes qui les entourent :

« Ceux qui te forcent à parler de ce que tu vis pour uniquement te conseiller de faire du sport après, pour stimuler le cerveau genre, mais qu'il faut pas s'apitoyer sur son sort. » (Moebé, dans le groupe de discussion 3)

« Active-toi, l'exercice ça aide ! » (Polonel, dans le groupe de discussion 3)

« Ah c'est vraiment dommage, ça doit pas être facile... mais as-tu essayé le sport ? » (Citron, dans le groupe de discussion 1)

« Tu fais pas une dépression t'es juste un déprimé, fais du sport. » (Kumquat, dans le groupe de discussion 1)

« Tu souffres d'anxiété pour telle chose, bin t'as juste à arrêter d'y penser. » (Soleil123, dans le groupe de discussion 1)

Comme le décrit une participante à un groupe de discussion :

« Les gens sont *politically correct*. Tout le monde se dit ouvert d'esprit. Et tout le monde croit être ouvert d'esprit, tolérant. [...] Je dirais que l'attitude que la société québécoise a envers les personnes ayant une problématique de santé mentale, c'est similaire à leur attitude envers l'homosexualité, les autres

religions et cultures. En public, tout haut, tous les adultes savent qu'ils doivent dire qu'ils sont ouverts d'esprit, tolérants, acceptants, etc. Mais qu'est-ce qu'ils pensent vraiment, c'est une toute autre histoire [...] il y a une grande différence entre l'inclusion sociale, la réelle acceptation VS la tolérance.» (Nataliaa, dans le groupe de discussion 4)

Ici, il est présenté la volonté de bien paraître au sein de la société. Plusieurs autres personnes ont souligné cette attitude, notamment lorsqu'il est question de partager un message sur les réseaux sociaux pour la journée de Bell Cause pour la cause. Ils et elles sont critiques de cette campagne, jugeant que Bell n'est pas cohérent entre sa campagne de sensibilisation et ses valeurs d'organisation, que les objectifs de campagne ne sont pas clairs. Pire, les personnes interrogées affirment ne pas se sentir visées ou valorisées par une campagne telle que Bell Cause pour la cause ou la campagne *Ça va aller*, lancé en mars 2019 sur les campus de l'Université de Montréal. Il est important de souligner que les personnes atteintes de maladies mentales ne se reconnaissent pas dans la plupart des campagnes de sensibilisation au Québec alors que celles-ci sont créées pour les encourager à parler et aller chercher de l'aide. Ils et elles soutiennent que ces campagnes n'ont pas les moyens de faire changer complètement le Discours stigmatisant à propos de la maladie mentale, et soutiennent que le Discours stigmatisant n'est pas « attaqué ».

« Tant qu'il n'y a pas une attaque directe contre les stéréotypes reliés à la maladie mentale, c'est fait que pour l'apparence.» (Frédérick, dans le groupe de discussion 2)

Ainsi, pour elles et eux, le Discours anti-stigmatisant ne les rejoint pas et n'est pas véritablement efficace, car il ne fait que masquer partiellement le Discours stigmatisant dans les paroles. De fait, il ne suffit pas pour contrebalancer le Discours stigmatisant ancré dans la société. Ce point est parfaitement illustré par les paroles suivantes :

« Je crois que les deux [Discours stigmatisant et déstigmatisant] sont voués à cohabiter dans la mesure où la majorité des messages à connotation "positive" servent aussi à compenser pour le caractère dit "négatif" de la situation.»
(Brebis, dans le groupe de discussion 4)

Le Discours serait anti-stigmatisant, donc contre le stigma, mais il n'aurait pas vocation à détricoter l'essence du Discours stigmatisant. Le Discours anti-stigmatisant, ou positif, a la faculté de retirer le stigmatisme en surface, partiellement dans les mots, mais pas dans les valeurs transmises ; en laissant intacts les valeurs, les idées et les stéréotypes stigmatisants de la maladie mentale, ce Discours positif n'enraye pas le problème. Les personnes interrogées critiquent cette faiblesse du Discours anti-stigmatisant. Elles dénoncent également le manque de connaissances associées à ce nouveau Discours. Celui-ci ne met pas en perspective les différentes maladies, notamment les maladies telles que l'anxiété ou la dépression, et laisse s'enraciner les connaissances biaisées à propos des maladies mentales. La faiblesse de ce Discours anti-stigmatisant explique la cohabitation avec le Discours stigmatisant, notamment sous la forme de conseils et de paroles jugées « hypocrites ». Le Discours positif émergent au Québec est anti-stigmatisant, il n'est pas *déstigmatisant*. Il n'est pas un Discours qui détruit, défait le Discours stigmatisant. La faiblesse du Discours anti-stigmatisant frustre les personnes interrogées qui souhaiteraient davantage un Discours construit, solide, qui permet de mieux comprendre les maladies mentales ; en somme un

Discours qui déconstruit les piliers de la stigmatisation de la maladie mentale ; un Discours *déstigmatisant*.

Les paroles culpabilisantes, un discours de moins en moins bienveillant

Les personnes interrogées font également face à des paroles culpabilisantes et blessantes au cours de leurs passages à l'université et dans leur travail. Alors qu'elles se situent dans des interactions avec des personnes plus éloignées de leurs cercles proches, les personnes partagent des discours qui deviennent de plus en plus blessants, mais toujours basés sur le modèle du conseil et de la bienveillance. Ici, les personnes partagent leurs conditions avec des personnes qui leur sont moins proches, voire extérieures. Elles sont dans un processus de partage de l'information qui souligne leur appropriation du diagnostic ; elles doivent partager et assumer le diagnostic et les contraintes en conséquence. Sans confirmer que ces personnes ont accepté ce diagnostic, elles sont dans ces situations obligées ou contraintes de partager cette information. Les deux prochains extraits montrent que la réaction des autres personnes peut être en décalage avec la « réalité » des personnes malades.

« À l'université je fais mes examens à part des autres... quand ils [autres étudiants et étudiantes de sa classe] l'ont su j'ai senti qu'ils étaient mal à l'aise... car voulant savoir pourquoi je les faisais séparément... considérant que j'étais "normale" à leurs yeux. » (Citron, dans le groupe de discussion 1) ;

« À ma job étudiante, j'ai souvent été affecté par ce genre de discours. Je demandais un maximum de 10 heures par semaine pour avoir du temps pour travailler sur moi-même. Or, je devais toujours finir par revenir à ma patronne

en lui rappelant que je ne pouvais pas travailler 18 heures... [...] Elle m'a déjà dit qu'une fin de semaine en plein air me guérirait. » (Frédéric, dans le groupe de discussion 2)

Ces deux premiers exemples montrent qu'il est parfois difficile pour les personnes autour du malade, mais éloignées de sa réalité, de saisir l'impact de sa maladie mentale. Plusieurs autres exemples similaires ont été relevés au travers des groupes de discussion. Il apparaît que le milieu universitaire et le milieu professionnel sont particulièrement difficiles. Quelques exemples montrent, une nouvelle fois, que les discours sont porteurs de méfiance et culpabilisants :

« J'ai rencontré la responsable des stages de mon programme et elle m'a dit que je devrais peut-être remettre en question mon choix de devenir enseignante parce que j'étais anxieuse. » (Alexe 3415, dans le groupe de discussion 2)

« Des supérieurs commençaient toujours leurs phrases par on est là pour toi, je comprend[s], moi aussi j'ai vécu des moments difficiles, mais il faut toujours que ça finisse par, mais tu devrais faire plus d'effort. » (Zi, dans le groupe de discussion 3)

De fait, l'état de fragilité voire de fainéantise est largement rapporté dans les expériences des participants.

« [Se faire] trait[er] de paresseuse, d'indécise. » (Trois fleurs, dans le groupe de discussion 2)

« Il ne voulait pas aller travailler, donc il est allé voir son docteur qui lui a prescrit une dépression. » (Usager, dans le groupe de discussion 3)

Les participants déplorent une mauvaise compréhension de la situation, par un manque de connaissances notamment. De fait, les personnes interrogées dessinent une dégradation des discours utilisés à propos de la maladie mentale, particulièrement de leur maladie. Une situation qui semble se détériorer au fil de leurs expériences et surtout avec les personnes plus éloignées de leur cercle familial et d'amis. Encore une fois, c'est le manque de connaissance qui est mis de l'avant pour expliquer cette attitude.

« J'ai vraiment l'impression que les gens ont de bonnes intentions, mais que le manque de connaissance fait en sorte que les gens ne sont pas en mesure d'aider concrètement, et ils basculent dans la critique. » (PK Subban, dans le groupe de discussion 4)

Il est demandé aux malades de faire des efforts pour se maintenir au même niveau que les autres, il leur est conseillé de se réorienter professionnellement. Ici, le discours est plus ambigu que lors des conseils précédemment illustrés. Le Discours stigmatisant semble prendre le pas sur le Discours anti-stigmatisant ; les personnes sont décrites avec un vocabulaire négatif, et leur choix de vie sont remis en question, sous couvert d'adopter cette attitude pour les aider.

La remise en question du diagnostic

Dans la suite de cette perspective, les personnes narrent rencontrer une autre forme de discours qui déstabilise leur nouvelle identité de malade. À plusieurs reprises, ils et elles ont

partagé des situations où la personne en face d'elles ou eux remettait en question leur diagnostic. À cette étape, la personne malade est dans un partage d'information sensible qui la rend particulièrement vulnérable. La remise en question du diagnostic révèle plusieurs enjeux aux yeux des personnes interrogées. Dans un premier temps, ils et elles expliquent ce phénomène par une méconnaissance de la maladie, des symptômes et de ses manifestations. Mais, en allant plus loin, il semble que les personnes ne soient pas convaincues par la personne malade ; les personnes ne croient pas possible que l'individu interrogé soit dans cette condition.

« Souvent, les gens auront plus tendance à me diagnostiquer autre chose que de croire que je suis atteint de dépression. » (Frédéric, dans le groupe de discussion 2)

Il est plus simple d'imaginer une autre condition que d'envisager la personne malade de dépression. Ici, nous atteignons le pic du discours dissonant. Le Discours stigmatisant de la maladie mentale, basé sur une image négative, grave, dangereuse, est tellement intégré qu'il paraît impossible de projeter cette maladie sur un proche ou une connaissance. Comme le résume une personne interrogée, les *autres* adoptent cette attitude :

« Parce qu'ils ne sont simplement pas convaincus. Ils ont une certaine image de nous qui n'est pas celle qui associe avec une personne atteinte d'une maladie mentale. Ils préfèrent alors trouver d'autres explications pour justifier le tout. » (Frédéric, dans le groupe de discussion 2)

La remise en question du diagnostic montre le manque de connaissances sur les différentes maladies mentales. Cela implique un angle mort important sur une large partie du spectre des

maladies mentales. Or, ce manque de connaissances ne se porte pas seulement sur les informations factuelles de telle ou telle maladie ; il permet de stabiliser le Discours stigmatisant et les stéréotypes qui lui sont attribués, il permet de garder le statu quo en place. Par ce manque de connaissances, mais aussi de visibilité sur la *réalité* vue et vécue par les personnes malades de dépression, anxiété et épuisement professionnel, un décalage de perception et compréhension des enjeux se crée à l’instar de ce témoignage :

« Un des stéréotypes auquel je pense lorsque l’on parle d’anxiété et de dépression, est que les personnes qui en souffrent sont faibles. Pourtant, pour s’en sortir et reconnaître que l’on a un problème ça prend beaucoup de force et persévérance. » (Alexe 3415, dans le groupe de discussion 2)

Ce décalage, plus ou moins conscient, résonne comme un déni pour les personnes interrogées. Les personnes autour ne semblent pas vouloir accepter le diagnostic et les répercutions que cela incombe. Cette attitude peut être encore plus violente, en décrédibilisant la personne malade avec des paroles comme :

« C’est pas le cancer tout de même ton affaire. » (Usager, dans le groupe de discussion 3)

L’ambivalence et la violence parfois de ces discours montre que le Discours n’est pas *déstigmatisant* ; il ne détruit pas l’image négative, dangereuse, de la maladie mentale. Le discours anti-stigmatisant empêche, dans une certaine mesure, d’aborder directement négativement la maladie et les personnes malades. Or, il n’offre aucune compensation aux stéréotypes et à l’image fortement négative des personnes atteintes de maladies mentales. Plus les personnes avancent dans

leur parcours, plus elles font face à un discours ambigu, qui mêle une aspiration à accepter la condition et des résidus de stéréotypes. Une convergence des Discours qui crée un discours *dissonant*, révélateur du manque de connaissances et de reconnaissance à propos des maladies. De plus, il semble y avoir une gradation, avec un discours dissonant, puis des paroles culpabilisantes, jusqu'à un rejet de la maladie. Il est aussi important de noter que cette gradation est souvent jumelée d'un éloignement physique et social ; plus une personne semble éloignée, plus son discours semble tendre vers la stigmatisation.

Un Discours stigmatisant toujours présent

Comme nous l'avons vu, le Discours stigmatisant n'est à aucun moment détruit dans son essence. Il survit dans un discours dissonant qui devient de plus en plus violent lorsque la personne fait part de son diagnostic. Cependant, le Discours stigmatisant pur est toujours présent et retranscrit à partir d'un moment charnière de la vie d'une personne malade : la phase de traitement. En effet, le traitement et plus spécifiquement la médicalisation marquent un tournant dans le discours adopté par les personnes de notre entourage. Les personnes peu éloignées, comme la famille et les amis, adoptent un discours particulièrement ambigu à la prise de médicament. En effet, deux positions ressortent des témoignages reçus.

Le traitement médical comme enjeux de stigmatisation

La prise de médicament est, dans un premier temps, vue comme quelque chose de dangereux, mauvais pour la santé, mais surtout d'inutile. Dans le prolongement d'une remise en

question du diagnostic, il est souvent partagé aux personnes malades qu'un médicament n'est pas efficace et n'est pas la solution. Il est par exemple revenu comme exemples parlants :

« Des collègues d'université pensent que la médication n'est pas nécessaire... que c'est une pilule magique... que l'on peut très bien s'en sortir en méditant. »

(Alexe 3415, dans le groupe de discussion 2)

« Certains pensent que c'est que pour attirer l'attention. Éviter de devoir affronter certaines situations. » (Frédéric, dans le groupe de discussion 2)

« Prends pas ça c'est du poison. » (Pinky, dans le groupe de discussion 3)

« Ça fait grossir. » (Polonel, dans le groupe de discussion 3)

« Il ne faut pas abîmer ton corps avec ces cochonneries de médicaments !! »

(Moébe, dans le groupe de discussion 3)

« Il m'a dit que c'était une béquille. Avec beaucoup de bienveillance, il m'a conseillé de la méditation. » (Jean-Luc, dans le groupe de discussion 5)

Dans ces exemples, on sous-entend un Discours stigmatisant dans leur discours, et une nouvelle fois que les personnes sont faibles et l'on remet en question une décision médicale (les antidépresseurs et les anxiolytiques ne sont pas administrés sans ordonnance d'un médecin). De fait, les personnes rejettent l'idée que la personne ait besoin d'un médicament. De plus, il y a une volonté de « décourager » (Nataliaa, dans le groupe de discussion 4) à prendre un traitement.

Cette réaction forte, de la part des proches, au sujet des médicaments marque une nouvelle étape dans l'escalade du discours stigmatisant.

« La médication équivaut à admettre qu'on est "malade", "cassé" et qu'il faut nous réparer. » (Moebé, dans le groupe de discussion 3).

Pour les personnes participantes, refuser que notre proche prenne des médicaments est alors une manière de ne pas le voir comme malade. Le stigmatisme de la maladie mentale est si fort qu'il paraît inenvisageable de le poser sur une personne que l'on connaît. Comprendre qu'il y a un traitement, c'est faire basculer la personne dans la catégorie des malades. De fait, ce stigmatisme est attribué aux « autres », aux personnes que l'on ne côtoie pas, que l'on fuit. Il semble y avoir un ensemble de stratégies notamment discursives qui tentent de garder la personne avec un diagnostic dans une réalité où avoir une maladie mentale est vu comme « grave », synonyme de « danger », « préjudiciable » pour la carrière et la vie personnelle.

Dans un second temps, et particulièrement quand les personnes malades sont déjà en traitement, une autre position apparaît. Désormais, comme la personne est sous traitement médical, il est important qu'elle guérisse vite et bien :

« Comme si les antidépresseurs sont magiques et on n'a plus jamais de peine avec ça. » (Soleil 123, dans le groupe de discussion 1).

« On devrait être en mesure d'être "guéri" dès qu'on a entamé une thérapie et un traitement. » (Lausanne2, dans le groupe de discussion 5),

« Maintenant que ma famille sait que j'ai des médicaments et de la thérapie, on dirait qu'ils ne veulent entendre que du positif de mon côté. Dans le sens où je

n'ai plus le droit de ne pas être bien.» (Trois petites fleurs, dans le groupe de discussion 2).

Ici, le médicament est vu comme une solution miracle. Les participants dénoncent une forme de « pression » à guérir, ou du moins à ne plus être malade. Il est demandé aux personnes malades de taire leurs symptômes et leurs vécus, de redevenir une personne saine. Bien que ce soit la vertu d'un traitement médical de guérir une personne souffrante, les participants critiquent la rapidité et la réussite imposées du traitement. Encore une fois, il semble que les maladies étudiées ici soient prises entre deux eaux : elles ne sont pas assez « graves » pour prendre un traitement, voire aucunement du ressort de la santé, mais plus de la personnalité ; la situation devient pourtant critique au moment du traitement médical qui sonne comme un signal d'alarme : la personne est trop proche d'un point de non-retour. Elle ne doit pas rester longtemps dans cette phase sous peine d'être officiellement associée au Discours stigmatisant.

Persistence du discours de la peur

Au travers de ces dernières pages, il est clair que les maladies mentales autres que la schizophrénie ne sont pas considérées à une valeur suffisante pour les personnes qui en souffrent. Elles assomment les personnes non malades d'avoir un manque de connaissances important, d'être dans un déni face à leur réalité.

Bien qu'ils et elles ne soient pas diagnostiqués de maladies telles que la schizophrénie, ni suicidaires (cela faisait partie de mes critères d'exclusion à la recherche), ces personnes sont conscientes du stigmatisme et de la méfiance à leur égard. Elles racontent toutes avoir été en contact avec un discours de peur tenu à propos de la maladie mentale. Sans forcément que cela leur soit

adressé directement, elles sont conscientes qu'avoir une maladie mentale est préjudiciable. Ici, il est important de souligner l'utilisation des termes *la maladie mentale* ainsi que *les gens* et *la société*. Les personnes interrogées dénoncent la vision unique de la maladie mentale, sous l'œil du pire, qu'a une large partie de la population.

« J'entend[s] beaucoup de commentaires du fait que par exemple “les schizophrènes entendent des voix et tuent des gens”. » (Soleil 123, dans le groupe de discussion 1)

« On associe à des personnes dangereuses pour la société, au stéréotype des “malades mentaux” ou “fous” qui sont souvent médiatisés pour les crimes commis sous l'impulsion involontaire de leurs “tourments” [...] La mémoire collective est plus marquée par le sensationnel, puis le reste est généralisé. » (Lausanne2, dans le groupe de discussion 5)

« Dans notre société, je sens que le terme “maladie mentale” fait automatiquement penser à une personne folle/dangereuse etc. » (Soleil 123, dans le groupe de discussion 1)

« J'ai l'impression qu'ils pensent plus aux troubles psychologiques comme la schizophrénie ou les psychoses, [...] que pour eux maladie mentale fait uniquement référence [...] aux “pires”. » (Polonel, dans le groupe de discussion 3).

Ainsi, le stigmate de la maladie mentale n'est pas dissolu, mais semble se concentrer sur les maladies dites « graves » comme la schizophrénie. Cette concentration ne réduit en rien le biais

négalif associé au reste du spectre, le stigmate est associé d'une manière différente. Celui-ci bascule au moment de la communication du diagnostic et au moment de la médicalisation. Ainsi, le discours associé aux personnes souffrant d'une maladie mentale est progressivement stigmatisant. Il est dissonant pour la dépression, l'anxiété et le *burn-out*.

Une perception contrastée de la maladie mentale

Les maladies mentales ne sont pas toutes équivalentes et n'ont pas la même incidence sur la vie privée et publique des personnes. De fait, il existe une multitude de cas et de maladies. Or, pour l'ensemble des personnes participantes, le terme « maladie mentale » fait écho à la schizophrénie. Elles dénoncent une vision extrême et réduite des réalités de la maladie mentale. De fait, une partie des maladies mentales semblent invisibilités ou en-dehors du spectre de la maladie. La dépression, l'anxiété et le *burn-out* ne sont pas automatiquement associés à la maladie. Ce point soulève plusieurs enjeux : où commencent les maladies mentales ? Pourquoi parle-t-on de la maladie mentale plutôt que des maladies ? Et qu'est-ce qu'être malade ? L'objectif de cette partie est de comprendre les conséquences sociales de ces constats sémantiques.

Une vision biaisée de la maladie

Le fait d'associer « naturellement » la maladie mentale aux cas graves et dangereux réduit l'ensemble des autres problèmes en santé mentale. Les autres maladies étant moins prises au sérieux, étant dégradées à un trait de caractère comme la faiblesse et la paresse, elles ne sont pas jugées sérieusement.

« Beaucoup de gens ne voient pas la dépression comme une maladie mentale. »

(Kumquat, dans le groupe de discussion 1)

« Les gens pensent que c'est dans ta tête. » (Citron, dans le groupe de discussion 1)

Ici, le dernier exemple est intéressant, il fait ressortir une des principales caractéristiques des maladies mentales : l'invisible, ce qui se passe dans la tête. Il fait écho à une perception de la réalité où ce qui est visible, palpable et remarquable est réel, et ce qui est invisible n'existe pas. Les maladies telles que la dépression, l'anxiété ou le *burn-out* ont des manifestations physiques bien moins importantes que la schizophrénie. La majorité des manifestations de la dépression sont au niveau de l'humeur, sans forcément empiéter massivement sur le comportement interpersonnel. On lui nomme comme symptômes la douleur morale, la perte de plaisir, l'incapacité à accomplir des tâches de la vie quotidienne, la fatigue, la baisse d'appétit, trouble du sommeil, irritabilité, jusque dans les cas les plus graves, des pensées suicidaires. Les symptômes de la schizophrénie sont plutôt les hallucinations, une perte de la concentration importante, l'apparition de discours flous, incompréhensibles, voire incohérents. Tandis qu'il est « facile » de camoufler une douleur morale, de mettre sur le coup de faiblesse une baisse de l'efficacité, il est plus difficile de cacher un trouble du langage ou une hallucination. Bien que toutes les manifestations de la dépression soient réelles, il est difficile de les admettre comme des manifestations d'une maladie pour les autres personnes. Comment peut-on vérifier un symptôme comme la douleur morale ou la perte de plaisir ?

« Tu te cherches des excuses. » (Jean-Luc, dans le groupe de discussion 5)

« Tu prends des antidépresseurs, ça paraît pas. » (Citron, dans le groupe de discussion 1)

« C'est du fakage. » (Kumquat, dans le groupe de discussion 1)

Les personnes participantes font toutes état de paroles similaires, où leurs symptômes et leurs ressentis sont remis en cause, comme si l'image qu'ils et elles renvoient ne correspond pas aux attentes d'une vraie personne malade. Il semble que les symptômes ne soient pas compris à leur juste valeur, assimilés à des excuses ou de la comédie. Une telle analyse suppose que les personnes malades et leurs symptômes ne sont pas considérés comme quelque chose de sérieux. Une fois de plus, leur condition est renvoyée à un trait de caractère.

Pour aller plus loin que l'utilisation d'un vocabulaire de la faiblesse et une remise en question du diagnostic, c'est une remise en question de la maladie et du malade. À cet aspect, les personnes interrogées dénoncent qu'on leur incombe la responsabilité de leur condition.

« J'aimerais que les gens comprennent que ce n'est pas de la mauvaise volonté de ma part si je suis anxieuse. Je ne fais pas exprès. » (Alexe 3415, dans le groupe de discussion 2)

Associé à un trait de caractère, et donc à quelque chose que l'on peut contrôler et gérer, l'état de dépression, d'anxiété ou d'épuisement est assimilé comme du ressort de la personne. Pire, il semble que leur état soit compris comme exagéré, voire simulé ; on suppose que ces personnes se cachent derrière un diagnostic que l'on juge mineur, plus proche de la fainéantise que de la maladie. De même, on suppose que les personnes « sont de mauvaise volonté », comme si elles maîtrisaient leur état de santé mentale et étaient capables de se soigner seules. L'état de

« malade mental » lui, est autorisé pour les cas graves seulement. Il faut atteindre un niveau de sérieux, il faut prouver son cas, il faut être dans un état de non-contrôle de soi. Dès lors, la dépression, le *burn-out* et l'anxiété sont victimes d'un jugement moral, d'une critique de la personne, mais pas d'une considération à leur juste valeur comme maladie. Le nœud se trouve au niveau du contrôle et de la responsabilité de la personne avec sa maladie. Les maux étudiés dans le cadre de ce mémoire semblent ne pas être assez préoccupants, car la personne garde encore une partie de son contrôle, une responsabilité sur ses agissements, ses attitudes et ses paroles. C'est une question de crédibilité. Pour reprendre le point exposé plus haut, la maladie mentale semble n'être considérée que pour les cas graves. Ici, les personnes ne correspondent pas aux stéréotypes de ces maladies ; elles ne sont pas crédibles dans les rôles de malade. Cette différenciation entre les maladies mentales rend la reconnaissance des symptômes et des maladies entre elles plus difficile.

« Il y a bien plus de maladies mentales qu'on peut le croire, et on dirait que la société ne veut pas le voir. » (Soleil 123, dans le groupe de discussion 1)

Cette non-reconnaissance des maladies mentales comme des situations réelles est un enjeu plus large : les personnes ne se reconnaissent pas dans les signes d'une maladie et ne se soignent pas.

« Bah si je ne suis ni agressive ni en perte de contrôle total, c'est que je n'ai rien. » (Zi, dans le groupe de discussion 3)

Ici, la personne partage le fait que l'on reconnaisse une situation de maladie mentale seulement à l'agressivité et à la perte de contrôle totale. Elle fait le lien entre maladie et cas grave et appuie le point démontré plus haut. Elle reprend l'image stéréotypée de la maladie mentale et de l'invisibilité du reste du spectre. Ainsi, quand la maladie n'active pas les stéréotypes associés

aux maladies mentales graves comme la dangerosité et la perte de contrôle, celle-ci n'est pas considérée comme un cas médical, mais comme un manque de volonté de reprendre l'entièreté de son contrôle. On comprend ainsi que la personne avant d'être malade a acquis un Discours stigmatisant de la maladie mentale et ne se reconnaissait pas dans l'image qu'elle avait d'une personne malade (ce point sera plus largement expliqué plus bas).

Par ailleurs, les personnes interrogées vont plus loin, en signalant que cette volonté de ne pas reconnaître les maladies mentales dans leur subtilité marque une volonté de ne pas remettre les valeurs de notre société en question. L'idée que l'on juge de « faibles », ou « paresseuses » les personnes atteintes des maladies mentales étudiées fait écho à une pression de la productivité et de l'efficacité imposée par notre système capitaliste.

« Un gros problème, ce sont les valeurs des sociétés industrialisées et capitalistes. Car dans ces sociétés, incluant le Québec/Canada, ce qui est valorisé, c'est l'efficacité/productivité, le travail (quantité de travail), la performance (qualité du travail), la rapidité du travail. » (Nathaliaa, dans le groupe de discussion 4),

« Changer les choses veut dire qu'il y a la nécessité de devoir changer les choses et admettre que le système ne fonctionne pas. » (Moebé, dans le groupe de discussion 3),

« Tant qu'on sera sous la coupe du capitalisme et de la vénération de la productivité, les gens qui souffrent de maladie mentale et qui sont donc parfois moins productifs seront jugés. » (Polonel, dans le groupe de discussion 3)

Les valeurs de la société seraient incompatibles avec les maladies mentales. Plus encore, les maladies peuvent être vues comme les symptômes d'une société qui va mal.

Remise en question de la séparation « maladie physique » et « maladie mentale »

Cette question de l'image de la maladie mentale et de sa définition est aussi revenue lors des entretiens. Alors qu'il était demandé aux personnes participantes comment elles définissaient la maladie mentale, toutes ont fait appel à la notion de maladie physique.

« Il ne devrait pas y avoir une aussi grosse division entre la maladie “physique” et “mentale”, parce que bien souvent dans les faits la maladie mentale est une maladie physique incomprise. » (Polonel, dans le groupe de discussion 3)

Il y a une incompréhension sur cette différence lexicale.

« Je ramènerais les discours sur la santé mentale comme à ceux sur la santé physique. Personne ne dit à qqn avec un bras cassé de faire plus de jogging, par exemple, et les gens respectent la thérapie et le congé qui vient avec quand nécessaire. Je souhaiterais la même chose pour la santé psychologique ! » (Polonel, dans le groupe de discussion 3)

Cette distinction imposée entre le physique et le mental renforce cette idée que les deux ne sont pas équivalents. Il semble que pour les personnes interrogées les maladies « physiques » soient de vraies maladies, qu'elles sont plus importantes et moins remises en cause. En rapprochant les

maladies mentales d'une définition de maladies physiques, elles espèrent obtenir le même niveau de validité.

Par ailleurs, quand les personnes interrogées racontent comment elles expliqueraient la maladie mentale, elles n'utilisent pas de symptômes comme « perte de sommeil », « fatigue ». Elles font mention « d'un état », « un filtre », « un déséquilibre », « un trouble », « une différence », mais jamais au terme maladie. Bien qu'elles veuillent une reconnaissance des maladies mentales comme aussi importantes que les autres maladies, elles n'associent pas leur condition à une maladie au sens commun. Elles nomment des incohérences avec la vision de la maladie physique comme le fait d'attraper la maladie ou de pouvoir en guérir de manière linéaire. De fait, les personnes remettent largement en question la guérison, car :

« Ça ne guérit pas totalement. » (Alexe 3415, dans le groupe de discussion 2),

« Ça change, ça fluctue, ça évolue. » (Pinky, dans le groupe de discussion 3),

« Il vaut mieux apprendre à vivre avec. » (PK Subban, dans le groupe de discussion 4)

La maladie semble ne jamais totalement disparaître, cela fait penser à l'idée d'une maladie chronique, c'est-à-dire une maladie qui évolue lentement et dure longtemps. Il y a même une forme de fatalité chez certaines personnes participantes. Il y a une crainte de retomber dans la maladie, comme l'exprime ici une personne interrogée.

« Présentement, je vis bien avec l'anxiété, mais je ne sais pas ce que le futur me réserve et je pourrais rechuter dans quelques mois. » (Alexe 3415, dans le groupe de discussion 2)

Lorsque l'on demande aux personnes participantes comment elles définiraient une maladie mentale, elles utilisent davantage des termes qui expriment quelque chose en plus, une manière de vivre différente, qui, sur le long terme, les défavorise dans leurs interactions et leur vie. Une personne interrogée fait un parallèle avec la notion de handicap, indiquant que :

« Vivre avec la maladie mentale, c'est vivre avec un handicap invisible. » (Alexe 3415, dans le groupe de discussion 2).

Le handicap est défini comme : « Limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société due à une altération des capacités sensorielles, physiques, mentales, cognitives ou psychiques ; un désavantage qui met en état d'infériorité » par le dictionnaire Larousse (*Définitions : handicap - Dictionnaire de français Larousse*, s. d.). Cette définition correspond davantage à la perception qu'ont les personnes atteintes de maladies mentales. Elles parlent d'un mode de vie altéré par quelque chose, en plus ou en moins, qui fait partie d'elles.

« J'apprends avec les manifestations, mais ça ne part jamais totalement. »
(Alexe 3415, dans le groupe de discussion 2)

« Je souhaiterais simplement que la maladie mentale soit perçue comme une différence et non comme une maladie. » (Soleil 123, dans le groupe de discussion 1)

« Quelqu'un qui a un fonctionnement différent et qui lui cause certaines difficultés dans différentes sphères de sa vie. » (Soleil 123, dans le groupe de discussion 1)

« C'est une difficulté, plus ou moins grande, à s'adapter au monde et aux autres. La façon d'exprimer cette difficulté varie beaucoup. » (Jean-Luc, dans le groupe de discussion 5)

« Ça change ma façon de penser de moi-même, ma perception quand j'interagis avec les autres jusqu'à avoir l'impression qu'on est la pire personne sur terre. » (Zi, dans le groupe de discussion 3)

« C'est comme un filtre sur toute mon existence. Ça teinte mes expériences, mes réactions, mes comportements et mon énergie. Et ce n'est pas "rationnel", donc je ne peux pas seulement l'ignorer, c'est une partie de moi, et je fais ce que je peux pour que ça ne transparaisse pas. » (Polonel, dans le groupe de discussion 3)

Percevoir la maladie mentale comme un handicap accentue son caractère permanent, défaillant, et désavantageux. Avoir un handicap sépare les personnes de la norme, du groupe social normal de façon permanente et significative.

Comme nous l'avons vu dans les pages précédentes, il existe une tension dans le discours des personnes de l'entourage. Influencée par le Discours anti-stigmatisant et le Discours stigmatisant acquis, cette tension combine ces deux perceptions de la maladie mentale et crée un

discours dissonant. L'essence du Discours stigmatisant n'est pas assez remise en question pour le détricoter. Les participants et participantes jugent que le Discours est anti-stigmatisant, car il compense en surface le côté négatif du Discours stigmatisant ; pour eux un Discours efficace serait *déstigmatisant*, c'est-à-dire un Discours qui détruit le stigmaté. Cependant, les discours vont au-delà de cette tension quand les personnes participantes partagent leurs informations à des personnes moins proches (collègues de travail, autres étudiants) et quand il est question du traitement médical. Dès lors, le discours tend à devenir plus négatif. Plusieurs enjeux sont alors soulevés, comme la validation « d'être malade », du sens de la maladie, de la pression du traitement.

En parallèle, les discours sont accompagnés de réactions sociales similaires à celles de la stigmatisation. Dans les prochaines lignes, un modèle social, centré sur la personne malade sera décrit et analysé.

Apprentissage d'une nouvelle réalité ; trajectoire sociale d'une personne atteinte d'une maladie mentale

Au cours de la maladie, les personnes traversent plusieurs étapes comme l'annonce du diagnostic et le début du traitement. Comme nous l'avons vu, il existe plusieurs incidences discursives au travers de ce parcours. Il existe également des incidences interactionnelles et sociales, en lien avec les dernières présentées plus haut. En effet, le processus de stigmatisation s'effectue par les mots et les valeurs négatives que l'on associe à des personnes ; il se manifeste

également par un processus social d'éloignement et de séparation. C'est notamment l'étape de la séparation en eux-nous d'écrite par Link et Phelan (2001).

Dans la théorie de l'étiquetage et du processus de stigmatisation, une personne atteinte d'un stigmat aura tendance à être exclue du groupe « dominant » de la société, c'est-à-dire le groupe qui adopte les bonnes normes et valeurs et n'a pas un comportement jugé « déviant ». Dans l'optique de cette théorie, la personne nouvellement malade passe du « nous » au « eux ». Le *nous* représente son groupe de référence, soit sa famille, ses amis, et plus largement la société. Dans les prochaines lignes, il sera question de cette étape hybride où la personne apprend sa nouvelle réalité et se voit confrontée au stigmat de la maladie mentale.

Apprivoiser sa maladie, apprivoiser une nouvelle réalité

L'être et sa maladie

Toute personne connaît une socialisation au début de sa vie. C'est une période où l'on apprend les normes et les valeurs de la société dans laquelle nous évoluons. C'est aussi à cette période que l'on intègre les Discours acquis (Gee, 2007). Ce Discours se construit autour de la culture populaire, des médias et des paires.

Lors des entretiens, les personnes interrogées ont fait part de leur processus d'apprentissage du Discours anti-stigmatisant de la maladie mentale. Plusieurs d'entre elles avouent avoir tenu un Discours stigmatisant avant d'avoir un diagnostic, à l'instar de ces témoignages :

« Avant d’avoir été diagnostiqué pour la dépression et l’anxiété, je voyais avant tout les stéréotypes associés à la maladie mentale avant de voir les personnes derrière celle-ci. » (Frédéric, dans le groupe de discussion 2)

« Avant d’être exposé à la maladie mentale, j’avais ce discours. » (Alexe 3415, dans le groupe de discussion 2)

« Ça m’a pris du temps d’associer ce que je vivais avec le terme “maladie mentale” parce que cette vision extrême de ce que ça peut être n’était pas conforme. » (Polonel, dans le groupe de discussion 3).

Ces témoignages nous montrent que la personne avait acquis un Discours basé sur la norme, c’est-à-dire stigmatisant à propos de la maladie mentale. Ces témoignages nous révèlent également que la personne peut changer de Discours et acquérir un Discours déstigmatisant en passant l’épreuve de la maladie. Ici, le Discours est déstigmatisant, car la personne a déconstruit le Discours stigmatisant ; elle est aussi à même de comprendre que le Discours anti-stigmate n’est pas suffisant, elle se distingue de celui-ci. De fait, la personne vit un moment instable où ses idées fondamentales à propos de la maladie mentale sont remises en cause. Par exemple :

« Honnêtement, je ne croyais jamais vivre un jour une quelconque maladie mentale. » (Soleil 123, dans le groupe de discussion 1),

« Mais je pensais que ma psy elle me jugeait et pensait “mais elle n’a rien à faire là elle, y a du monde qui ont plus besoin”. » (Kumquat, dans le groupe de discussion 1)

« Pendant longtemps, je me suis senti responsable d'avoir été diagnostiqué avec une dépression et de TAG. Je me tenais responsable de ne pas l'avoir remarqué avant ou de ne pas avoir su me contrôler davantage. » (Frédéric, dans le groupe de discussion 2)

« Ce n'est qu'au bout de quelques sessions avec mon psychologue, quelques mois de médication et beaucoup de travail sur moi-même que j'ai terminé par comprendre que je n'étais pas responsable de ma maladie. » (Frédéric, dans le groupe de discussion 2)

Ces quatre exemples ont été rangés dans un ordre précis. Ils montrent l'évolution qu'ont les personnes souffrant d'une dépression, d'anxiété ou d'épuisement. Il y a dans un premier temps une forme de déni. Aucune des personnes interrogées ne pensait avoir une maladie mentale au cours de sa vie. « C'est pour les autres ». Une position typique qui illustre parfaitement la dynamique de séparation eux-nous. D'ailleurs, une minorité de participants (trois personnes) fait mention d'une connaissance ou d'un membre de la famille touché par une maladie mentale. Pour la grande majorité, cette *réalité* leur était inconnue et lointaine. Ils et elles se sentaient protégés de la maladie mentale. Dans le second exemple, il est question de la crédibilité de la condition. La personne remet en doute sa souffrance, celle-ci n'étant pas assez forte pour aller voir un médecin ou un professionnel de santé. Ici, c'est la définition de la maladie mentale et du malade qui est en jeu. La personne doit déconstruire l'image qui veut qu'une personne qui requiert des soins en santé mentale soit dans un état pathétique, grave, ou dangereux. Dans le troisième exemple, la personne avoue avoir culpabilisé de sa condition. Là encore, c'est la notion de la maladie qui est en jeu. La personne associait plus facilement sa condition à un trait de caractère, une faiblesse qu'à une

véritable situation de détresse psychologique. Elle regrette de ne pas avoir contrôlé sa maladie. Ici aussi, il est soulevé un point : la responsabilité de la personne quant à sa condition de dépressif, anxieux ou en épuisement. Dans la mesure où ces maladies ne sont pas associées à une réelle condition de santé, mais à la faiblesse ou la paresse des personnes, celles-ci sont responsables. Les personnes sont coupables de leur manque de force émotionnelle. Or, il est impossible de contrôler sa maladie. Elle est le fruit de facteurs et de circonstances plus grandes que la personne. Ce dernier point est illustré dans le quatrième exemple. Les personnes atteintes de maladies mentales doivent, pour la grande majorité, se défaire du Discours acquis stigmatisant avant d'accepter d'aller chercher de l'aide ou de se soigner. Une situation grave et préjudiciable à long terme.

L'entourage, un accompagnement dans une certaine limite

Dans les différents témoignages, il est possible de voir une évolution de l'accueil de la maladie chez les pairs de la personne en détresse psychologique. Si dans un premier temps la famille et les proches sont compréhensifs et d'un grand support, cela semble s'atténuer. En effet, comme le rapportent les personnes interrogées ci-dessous, les proches ont une attitude bienveillante.

« Les gens très près de moi ont été soulagés de comprendre et étaient aussi contents qu'une médication existe pour cela. » (Usager, dans le groupe de discussion 3)

« Ils savaient que la médication n'était pas un remède magique et m'ont même fortement encouragé à consulter psychologiquement. » (Usager, dans le groupe de discussion 3)

« Du côté de ma famille, j'ai été très chanceuse malgré les incompréhensions mineures. » (Trois petites fleurs, dans le groupe de discussion 2)

Une nuance fut rapidement apportée par l'une des personnes interrogées. Selon elle, le discours positif de sa mère est « personnalisé » (PK Subban, dans le groupe de discussion 4), c'est-à-dire que sa mère va lui :

« Apporter un support inconditionnel. Toutefois le fait qu'elle est ma mère nuit à l'impact positif de son discours et l'impression qu'elle me soutienne uniquement [parce qu'] elle est ma mère fait en sorte que je m'isole davantage vis-à-vis des autres. » (PK Subban, dans groupe de discussion 4)

Ici la personne apporte une subtilité intéressante ; la proximité a un impact. Pour cette personne, les proches ont un discours positif, mais n'ont pas une réelle conviction à propos de la maladie mentale. Dans un autre sens, cette personne souligne que les personnes moins proches seraient moins enclines à la soutenir, comme si le soutien était corrélé avec la proximité.

Cependant, les proches ne sont pas toujours dans une acceptation totale de la maladie. Plusieurs exemples le montrent :

« Lorsque mon père a appris que j'avais une dépression et un burnout, il était super compréhensif, et m'a aidé chez moi. Mais lorsque c'était un nouveau diagnostic, soit l'anxiété généralisée, il n'a pas pris cela autant au sérieux que la dépression et le burnout. » (Trois petites fleurs, dans le groupe de discussion 2)

« Mon père a eu aussi de la difficulté à l'accepter. Lorsque je lui ai dit que j'étais en congé pour l'été à cause ma dépression, il m'a demandé pourquoi je n'ai pas seulement changé de job pour me remonter le moral. Pourtant, mon père était en accord avec le fait que je ne semblais pas être la même personne qu'avant » (Frédéric, dans le groupe de discussion 2).

Ces deux exemples sont assez parlants ; il y a une limite à l'acceptable. C'est particulièrement le cas pour les membres de la famille qui semblent dans tous les témoignages apporter un soutien à la personne malade, mais il arrive un moment où ce n'est plus aussi évident pour eux. Soit par accumulation de diagnostic ou par incompréhension de la situation du malade, les malades et leurs proches vivent un premier moment de rupture. Dans la théorie de Link et Phelan (2001), quand un individu perçoit un indice lui permettant d'étiqueter négativement une autre personne, celui-ci s'éloignera socialement de la personne stigmatisée afin de se protéger. Ce processus n'est pas forcément conscient. Sans y voir une séparation complète entre les deux personnes, il y a ici les premiers pas d'une séparation sociale entre les personnes souffrant d'une maladie mentale et leurs proches.

Il faut tout de même mettre une certaine nuance à propos de l'explication plus haut. Les amis semblent plus enclins à accepter le diagnostic des personnes quand elles le partagent.

« J'ai des amis qui me soutiennent » (Frédéric, dans le groupe de discussion 2)

« Avec mes amis proches, à 100 % » (Trois petites fleurs, dans le groupe de discussion 2)

« En leur parlant de ma condition, ils m'ont expliqué avoir opté pour le discours [bienveillant], et qu'ils pensaient même aller faire de la consultation. » (Trois petites fleurs, dans le groupe de discussion 2)

Bien qu'il soit probable que la personne choisisse les amis avec lesquels elle souhaite partager cette information, il semble qu'il y ait une grande confiance envers les amis. Concernant la famille, il est aussi possible d'avoir un partage sans contrainte et complet. Cependant, il est toujours question de familles où un diagnostic similaire a déjà été établi, comme dans les deux exemples suivants :

« Ma famille est très compréhensive surtout ma mère. Elle vit avec les mêmes troubles que moi. Donc, elle comprend que la guérison n'est pas toujours linéaire et que ça m'arrive d'avoir des mauvaises journées ou des mauvaises périodes. » (Alexe 3415, dans le groupe de discussion 2)

« Ma famille a compris rapidement la situation. Même, c'est ma mère qui m'invita à rencontrer le docteur sur ce sujet. Il faut dire que ma mère, ma sœur et mon oncle furent tous diagnostiqués de *burn-out* par le passé. Ceci a définitivement aidé à faire en sorte qu'on prenne ma situation au sérieux lorsque j'en ai parlé. » (Frédéric, dans le groupe de discussion 2)

Ici, les deux personnes sont face à des proches qui sont déjà passés au travers d'une maladie mentale. Le Discours déstigmatisant n'a pas besoin d'être inculqué.

De manière générale, les personnes interrogées affirment que les personnes de leur entourage proche ont tendance à les soutenir dans l'acceptation du diagnostic, tout en restant dans une

certaine limite. Leur entourage, surtout s'il n'a pas une connaissance propre de la maladie mentale, aura tendance à adopter un discours dissonant, donc bienveillant au premier abord, mais empreint aux stéréotypes négatifs, comme déjà expliqué dans la partie précédente. De fait, l'entourage adopte un comportement évolutif qui se veut de plus en plus exclu au fur et à mesure que la maladie s'installe et se concrétise.

La médicalisation, le passage de l'autre côté

Comme dans l'escalade stigmatisante du Discours, la médication révèle un tournant dans le comportement des proches et des malades vis-à-vis de leur environnement.

Une séparation

Ce Discours se construit à partir de notre environnement : les médias, les Discours de nos parents, de notre milieu social, etc. Dans la vidéo présentée au début de l'entretien, les personnes adultes tiennent des propos stigmatisants à l'encontre de la maladie mentale. Elles insistent sur la dangerosité et la peur que leur évoque la maladie mentale. Ce Discours stigmatisant fut largement critiqué par les personnes interrogées, mais aucune ne fut surprise de l'entendre. Pour expliquer ce Discours stigmatisant, les personnes interrogées avancent comme cause le manque de contact.

« J'ai l'impression que les gens qui ne sont pas en contact avec la maladie mentale ont soit des préjugés, soit ils prennent les gens qui souffrent en pitié et je ne sais pas si la discussion est forcément meilleure avec des gens qui prennent les autres en pitié. » (PK Subban, dans le groupe de discussion 4)

« Je pense que c'est simple : il y a ceux qui l'ont vécu (eux-mêmes ou un proche) et ceux qui ne l'ont pas vécu. » (Citron, dans le groupe de discussion 1),

« Selon moi, les personnes ne veulent pas de réels changements tant qu'ils n'ont pas vécu la maladie ou vu un proche dans cet état. » (Usager, dans le groupe de discussion 3)

Ici, les personnes participantes partagent toutes cette idée qu'une personne qui n'a pas vécu elle-même ou qui n'a pas côtoyé intimement une personne souffrant d'une dépression, d'anxiété ou d'épuisement ne peut pas avoir un discours positif à propos de la maladie mentale. Le manque de contact inhibe les personnes d'une connaissance à propos des maladies et les ancre dans un Discours stigmatisant. Le manque de connaissance fut largement décrié par les participants et les participantes aux groupes de discussion. Cependant, pour pallier ce manque de connaissance, les personnes interrogées assument qu'aucun Discours anti-stigmatisant ou déstigmatisant ne pourra remplacer une expérience de détresse psychologique. La seconde raison invoquée pour expliquer l'escalade du Discours est la prise de médicament.

« C'est comme si ça "officialisait" la chose je crois, car tout le monde peut vivre des émotions passagères à la dépression ou à l'anxiété, mais lorsque tu prends de la médication, c'est pour corriger un réel problème. » (Trois petites fleurs, dans le groupe de discussion 2)

La prise d'anxiolytique, d'antidépresseur ou de somnifères est vue comme une pratique dangereuse, voire inconsciente comme le partage cette personne :

« Les effets secondaires m'ont souvent été renvoyés au visage comme si je faisais un choix inconscient. » (Polonel, dans le groupe de discussion 3)

Avec les médicaments, la personne tombe dans les travers de la maladie et devient une personne déviante aux yeux de la société. Sa maladie prend le dessus et il ou elle n'est plus capable de se contrôler, il ou elle est abimé. Bien que le discours à propos du traitement médical soit ambigu et marque un fil de crête, il n'en reste pas moins le dernier rempart qui sépare les malades, des malades mentaux graves.

Ce groupe « nous » est donc dans une dynamique d'exclusion du malade. Or, en analysant la situation à partir de la perspective de la personne malade, cette exclusion se fait aussi dans l'autre sens. La personne malade ne souhaite plus appartenir à son groupe de référence d'origine. Les « nous » deviennent les « eux ». Les personnes interrogées sont très critiques à l'égard de ce groupe et ne semblent plus vouloir faire d'effort.

« Honnêtement, j'aurai envie d'expliquer, mais je n'ai plus la patience. J'ai trop vécu le regard "tu te cherches des excuses" pour me lancer dans les explications. Alors, je souris poliment et je ne dis rien. » (Jean-Luc, dans le groupe de discussion 5)

Comme cela a déjà été dit, les personnes interrogées insistent sur le manque de connaissances, le manque de compréhension de *leur réalité*. Ce décalage devenant de plus en plus important, elles décident de ne plus tenir compte entièrement de ce pan de la population.

Une nouvelle union

En parallèle, la personne malade se constitue un nouveau groupe de référence. Alors qu'elles quittent leur groupe « nous » qu'elles assimilent au groupe « eux », elles s'intègrent à un nouveau groupe « nous ». Comme l'expliquent ces deux personnes interrogées :

« Je crois que les gens qui ont souffert de symptômes semblables peuvent connecter sur un autre niveau en partageant leurs souffrances ainsi que ce qu'ils ont gagné de cette expérience de vie. C'est pour ça que d'en parler (entre "nous" ET avec ceux qui ne comprendront jamais) permettrait d'aider tout le monde à mieux accepter. » (Nataliaa, dans le groupe de discussion 4)

« Je trouve qu'il y a facilement un effet intragroupe. Entre personnes touchées on trouve plus facilement les mots. Et c'est un discours moins "générique" que celui [de la vidéo]. Plus spécifique à ce qu'on vit. » (Jean-Luc, dans le groupe de discussion 5)

Partager l'expérience entre « nous » permet de parler facilement de sa condition sans peur d'un jugement. En plus d'avoir un effet salvateur, ces partages permettent d'apprendre un nouveau Discours en se confrontant à une autre réalité.

« Mieux [s]e comprendre et à déstigmatiser [leur] propre discours. » (Ray, dans le groupe de discussion 5)

Ici, il est intéressant de noter que les personnes malades sont dans une démarche d'apprentissage et de perfectionnement de leur nouveau Discours appris (Gee, 2007). Faire partie de ce nouveau groupe permet d'échanger, mais aussi de se renforcer comme personne atteinte d'une maladie mentale. Il est possible de mettre un visage, une identité sur une condition ; l'effet

de groupe permet de rendre plus humains les différents cas de maladie mentale. Cette dynamique de groupe ne se base pas sur le simple fait d'avoir une maladie mentale. De même, ce groupe de « nous » est hétéroclite dans sa dimension médicale. Les personnes sont dans un échange où le but d'en apprendre plus sur les différentes maladies.

« Même si la personne n'a pas le même trouble que moi, ce n'est pas grave parce qu'elle en apprend plus sur ma condition. » (JMB, dans le groupe de discussion 1)

« J'en parle avec des amis proches, qui ont eux aussi des “maladies mentales” (bipolarité, asperger, trouble de la personnalité, etc.), ça me permet d'en apprendre plus sur moi pour gérer mon anxiété et mon stress. » (JMB, dans le groupe de discussion 1)

Ces deux exemples nous montrent une double dynamique de contribution à la connaissance et de renforcement de leur sentiment d'appartenance à un groupe soudé. En plus de se reconnaître davantage comme une personne atteinte d'une maladie mentale sans faire face à un discours stigmatisant, donc dans une perspective négative et hors-norme, la personne apprend sur les autres conditions et les formes de stigmatisation qui leur sont attribuées. À cet effet les personnes malades qui gardent un Discours stigmatisant sont assimilées à des traîtres :

« Je ne sais plus quel humoriste avait fait une vidéo où il parlait de maladie mentale... Ça commençait bien, et puis ça a viré au discours anti médicament... Ça m'a un peu mis en colère (ok, beaucoup en fait). Peut-être l'impression d'être

“trahi” par quelqu’un qui était passé par là.» (Jean-Luc, dans le groupe de discussion 5)

Ce nouveau groupe de « nous » est joint par quelque chose de plus grand que la maladie, ils et elles se joignent par un rejet du Discours stigmatisant. Ainsi, le groupe des « nous » n’est pas constitué sur le seul fait d’avoir une maladie mentale. L’appartenance à ce groupe de « nous » se fait désormais de manière progressive, mais de manière naturelle. Aucun commentaire ne fait mention d’une honte ou d’une réticence à se voir appartenir à ce groupe.

Une nouvelle réalité

Au-delà de ses relations avec les groupes « eux » et « nous », la personne malade continue d’évoluer personnellement au cours de son parcours de malade. Sa perception de la maladie, son rôle social, son implication dans la société évoluent ; la personne doit se réajuster.

Bien que la personne malade se sente appartenir à un groupe soudé, il n’en reste pas moins qu’elle est dans un processus d’apprentissage long. Ainsi, les personnes interrogées ont exprimé une certaine difficulté à mettre des mots sur leur condition de malade.

« Je ne sais pas comment je réussirais à donner une définition personnelle aux autres, j’ai de la misère à me la définir à moi-même. » (Pinky, dans le groupe de discussion 3),

« Nous ne sommes pas capables de saisir aisément [notre réalité de malade]. »
(PK Subban, dans le groupe de discussion 4)

Ce point vient mettre en perspective que les malades doivent apprendre à vivre avec leur maladie et se l'approprier au fil du temps en déconstruisant leur propres Discours et perception de la maladie mentale. C'est un processus long et non linéaire. Il fluctue en même temps qu'évolue la maladie de la personne.

La personne malade se sait désormais dans une position de vulnérabilité, notamment dans les situations d'interaction. Elle a conscience du poids de sa maladie dans ses rapports aux autres. Cela se manifeste de diverses manières. Par exemple ici :

« J'ai l'impression que de parler de maladie mentale provoque un malaise. »

(Soleil 123, dans le groupe de discussion 1)

La personne a conscience qu'elle ne peut pas parler librement de sa condition. Elle n'a pas forcément peur du regard réprobateur des « autres », mais elle ne se sent pas libre de parler de sa condition. Elle a conscience du tabou que représente sa condition. Dans un autre exemple :

« J'ai l'impression que quand je parle de ma condition, la perception de moi

qu'ont les autres change. » (Citron, dans le groupe de discussion 1)

La personne sait qu'elle est sujette à la stigmatisation et au jugement négatif de la part des autres. Ici, elle met en avant l'enjeu du partage de l'information dans un contexte de Discours stigmatisant présent. Alors que la personne malade apprend à déconstruire son Discours stigmatisant, elle a conscience que tout le monde autour d'elle n'en est pas au même point d'apprentissage.

« Moi ça me fait me sentir différente (je le suis), mais je ne veux pas qu'on me traite ainsi. » (Soleil 123, dans le groupe de discussion 1)

La personne met le doigt sur un point de tension : se savoir différente, mais ne pas vouloir être traitée différemment des « autres » pour autant. Ici, la personne a déjà fait un travail important sur sa condition, elle a compris qu'elle était malade, qu'elle ne faisait plus tout à fait partie de son groupe de référence « nous ». Elle a conscience que d'une certaine manière elle est de l'autre côté. Tout l'enjeu du partage de l'information se situe dans ce nœud : vais-je être traité différemment parce que je suis différent ? Cela équivaut à se demander : à quel point le Discours stigmatisant et les idées qui lui sont associées sont déconstruits ? Où se trouve la personne en face de moi sur le spectre du Discours stigmatisant, Discours anti-stigmatisant, ou Discours déstigmatisant ? À noter que les personnes interrogées rejettent autant les comportements négatifs que la « pitié » (3).

Pour autant les personnes interrogées ont développé une posture active vis-à-vis des « autres ». Les personnes interrogées ne sont pas dans une forme passive face aux discours négatifs, aux critiques et aux réflexions.

« Maintenant si quelqu'un dit un commentaire pas nice sur les maladies mentales je vire en mode pitbull. » (Citron, dans le groupe de discussion 1),

« J'ai malheureusement tendance à envoyer promener les gens qui me font un double discours. » (Pinky, dans le groupe de discussion 3),

« J'avais commencé à aller sur quora pour répondre aux questions de ma condition et j'ai trouvé ça très aidant. Je devenais une espèce de "advocate" de

ma situation [...] J'avais l'impression de pousser le mouvement. » (Citron dans le groupe de discussion 1)

Parfois de manière émotive, parfois de manière plus politique, les personnes interrogées sont dans la réponse. De fait, elles ne souhaitent pas laisser le silence, et donc l'invisible et l'inconnu se propager. Cette pratique est également adoptée lors de la journée Bell Cause pour la cause. Bien que la campagne ne soit pas adoptée dans sa globalité par les participants et participantes à la recherche, ils et elles soulignent « l'opportunité que ça offre » (Kumquat, dans le groupe de discussion 1), c'est-à-dire de parler ouvertement de maladie mentale au moins une fois par an. Il est apprécié de pouvoir s'exprimer librement, de manière sincère et honnête sur la condition, cela donne une image « réelle » des maladies mentales. En répondant, en parlant, les personnes rompent l'omerta qui règne autour de leurs situations. Elles se font porte-étendard d'une cause qui leur tient à cœur. Ce n'est pas une posture que toutes les personnes adoptent, mais c'est assurément quelque chose qu'elles trouvent « courageux » et qu'elles « salue[nt] » (Citron, dans le groupe de discussion 1). Dans cette idée de partager son histoire et son vécu, l'initiative *Humain avant tout* fut saluée par les personnes de la recherche. Pour rappel, il s'agit de partages authentiques, sans détour, parfois crus sur Facebook et Instagram, de personnes atteintes de différentes maladies mentales. L'idée de montrer réellement la diversité des maladies mentales, dans leurs subtilités, réjouit. Cela permet de répondre à la critique avancée plus haut, soit une vision réduite des maladies mentales, principalement orientée vers les cas graves. Cette initiative permet de dédramatiser la condition. Elle la rend plus humaine, moins floue, éloignée et impersonnelle. Il est possible de mettre un visage sur des symptômes.

Comme cela a déjà été dit, les personnes sont conscientes de leur situation, mais elles le sont également par rapport à la société. Les personnes malades sont critiques envers la société par rapport à ses valeurs, mais aussi du sort qu'elle réserve au service de santé mentale. De fait, les personnes interrogées, en plus d'assommer le Discours anti-stigma des campagnes de sensibilisation de peu efficace, blâment le manque d'actions concrètes de ces campagnes. Elles dénoncent :

« Un problème dans l'accompagnement. (Zi, dans le groupe de discussion 3),

“Des services [...] pas plus accessibles.” (Soleil 123, dans le groupe de discussion 1)

“L'accessibilité à un psy à l'université est horrible.” (Citron, dans le groupe de discussion 1)

“Je suis allé au privé, car ça urgeait et j'ai payé très cher durant des mois.” (Citron 123, dans le groupe de discussion 1)

“Il est difficile d'avoir accès à un médecin de famille pour s'assurer d'un suivi. C'est bien beau avoir un diagnostic, mais s'il n'y a pas de suivi qui est fait de la part d'un professionnel, ça ne sert à rien.” (Alexe 3415, dans le groupe de discussion 2).

L'état des services de santé mentale au Québec est source d'une grande frustration : le prix et le temps d'attente sont largement décriés. Derrière ces critiques se cache une volonté de mettre en avant la santé mentale dans une société qui semble ne pas vouloir en entendre parler.

En résumé, une personne souffrant d'une maladie mentale apprend une nouvelle réalité, car elle apprend un nouveau Discours. Elle déconstruit son Discours stigmatisant et apprend son Discours déstigmatisant. Dans ce processus d'apprentissage, elle apprivoise sa maladie jusqu'à partager ses connaissances aux autres personnes. Cependant, ce processus d'apprentissage n'est pas sans conséquence sur ses relations interpersonnelles. Comme nous l'avons vu à partir de la théorie de Link et Phelan (2001), une séparation "eux-nous" s'opère quand une personne non stigmatisée entre en contact avec une personne stigmatisée.

Cependant, en analysant la situation à partir d'une personne stigmatisée, on s'aperçoit que la dynamique est double. Il y a certes une distance sociale qui s'opère avec les personnes de notre groupe de base ; la personne stigmatisée se fait "exclure". Or, la personne stigmatisée choisit elle aussi de s'exclure, d'entrer dans un nouveau groupe. Elle appartient à un nouveau "nous" qui n'est plus celui de ses proches, et plus largement celui de la société, mais constitué de personnes qui vivent une expérience semblable à la sienne. Ainsi, les personnes vivant une expérience de maladie mentale prennent le pouvoir de quitter et rejeter leur groupe social d'origine et d'entrer dans un nouveau groupe constitué de personnes qu'elles jugent semblables. En d'autres mots, elles considèrent leur groupe d'origine comme "les autres" désormais. Il y a une réappropriation du processus d'éloignement social par les personnes stigmatisées. Ces informations sont schématisées sur le graphique de la trajectoire sociale d'une personne vivant une expérience de maladie mentale, figure 3, ci-dessous :

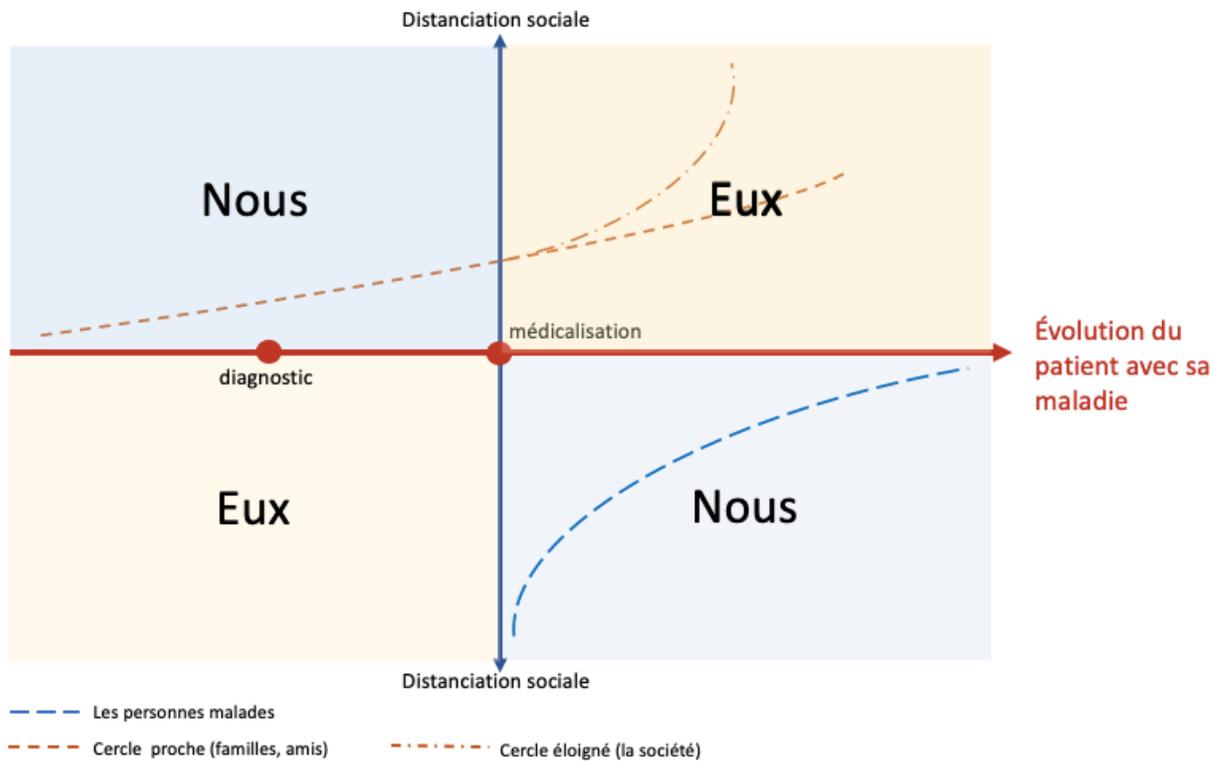


Figure 3- Trajectoire sociale d'une personne vivant une expérience de maladie mentale

Discussion

La question de la santé mentale étudiante est au centre des préoccupations de plusieurs établissements postsecondaires au Québec. Un climat d'apaisement et de discussion autour du sujet sensible qu'est la maladie mentale tente de s'installer dans ces lieux, mais aussi de manière plus large au sein de la province. Les campagnes de sensibilisation tentent d'instaurer un nouveau Discours anti-stigmatisant qui percute le Discours stigmatisant acquis et ancré dans les mœurs (Gee, 2007). À partir de la question de recherche suivante : “Comment les étudiants et les

étudiantes universitaires comprennent-ils la tension des Discours stigmatisants et anti-stigmatisants de la maladie mentale au travers des discours qu’ils et elles côtoient?”, de cinq groupes de discussion anonymes en ligne avec des étudiantes et étudiants universitaires québécois, mes analyses ont fait ressortir deux thématiques émergentes principales. (1) Un Discours stigmatisant qui n’est jamais attaqué de front et détruit, ce qui cause une tension entre le Discours anti-stigmatisant et le Discours stigmatisant. Cela crée un discours que j’ai appelé *dissonant*, car il garde les traces d’un Discours stigmatisant malgré sa volonté de paraître anti-stigmatisant. Celui-ci perdure jusqu’au point de rupture de la médicalisation — dès lors, le discours à propos de la maladie mentale reprend l’essence du Discours stigmatisant. (2) Une deuxième thématique liée à l’apprentissage des participants au sujet de leur maladie mentale et leur expérience de la stigmatisation. Cette thématique m’a emmenée à synthétiser ces résultats dans un modèle des trajectoires sociales centré sur la personne souffrant d’une maladie mentale qui expose une double dynamique.

Retour sur la littérature

Une littérature scientifique en sociologie, mais aussi en sciences infirmières, communication et anthropologie, aborde grandement la question de stigmatisation de la maladie mentale, et ce depuis plusieurs décennies. Or, les études se positionnent toujours au niveau de la norme que prône la société. De fait, la définition de Erving Goffman (1963) indique que la valeur du stigmate réside dans les yeux de la société. La stigmatisation est décrite comme un processus déshumanisant et violent, mais surtout subi par les personnes concernées. Ainsi, aucune attention n’est portée aux personnes stigmatisées, la théorie est toujours centrée par rapport à la norme. Au travers de ce mémoire et de mon positionnement méthodologique, les personnes malades ont été

mises au cœur de la recherche, bien qu'elles soulignent le poids de la norme, et la vision étroite qu'elle donne aux maladies mentales. S'est alors dessiné un ensemble de dynamiques absentes de la littérature.

La thèse de la distanciation sociale et de l'exclusion dans le groupe de l'autre, de « eux », semble incomplète, car elle ne reflète qu'une partie de la dynamique mise en lumière ici. Pour rappel, le groupe non stigmatisé cherche à s'éloigner socialement de la personne stigmatisée pour se protéger socialement. En effet, la distanciation sociale existe, mais la dynamique d'exclusion est double. Alors qu'elle est décrite comme aux seules mains de la société par Link et Phelan (2001), il est visible ici que les personnes malades ont aussi la possibilité de s'exclure d'un groupe et même de rejeter leur groupe d'appartenance. Alors que la société place les gens qu'elle désigne hors de la norme comme étant une menace, comme « eux », les personnes malades font un processus similaire avec les personnes de la société, plus ou moins proches d'elles. Les personnes malades, au fil de leur compréhension de leur maladie se font de plus en plus critique envers la société et entament un processus de distanciation sociale, semblable à celui décrits par Link et Phelan (2001), avec les personnes qui ne les acceptent pas. Elles inversent donc les groupes « eux » et « nous ».

Malgré tout, les personnes participantes sont conscientes de leur situation. Elles connaissent et reconnaissent le Discours stigmatisant dans les interactions qu'elles ont avec des personnes plus ou moins proches d'elles socialement. Elles sont également conscientes du poids de l'information sensible qu'elles peuvent communiquer. C'est d'ailleurs la conscience de leur réalité qui leur permet de faire un lien avec leurs semblables. Les effets positifs de l'intergroupe « nous » rendent possible une plus grande résilience de leur maladie mentale. Elles se savent

supérieures, meilleures que ce que le Discours stigmatisant décrit d'elles. De plus, la reconnaissance de traits communs et d'expériences communes permet de construire des liens et un sentiment commun. Au travers de leurs expériences et de leur partage, ces personnes ont bâti des revendications, des critiques et des avis sur plusieurs enjeux qui entourent leurs maladies, tels que l'image extrême de la maladie mentale, la non-reconnaissance de leur situation comme un réel handicap, une discrimination académique et professionnelle, un manque de moyen en soins de santé mentale. Elles revendiquent leurs positions et leur vision de la réalité. Elles se posent en opposition à la vision de la société. Ainsi, les personnes souffrantes de maladies mentales prennent de plus en plus la parole. C'est notamment le cas avec la campagne Bell Cause pour la cause, qui permet d'ouvrir davantage la conversation sur le sujet. D'une certaine manière, elles marquent un engagement face à la stigmatisation de la maladie mentale. De fait, elles rompent la chaîne du silence que le stigmate impose normalement. Elles veulent également émettre une vérité qui n'est pas visible jusqu'à maintenant. Ici, la notion de visibilité et donc de véracité du problème est un premier enjeu, la notion de vérité et de réalité le second enjeu. Les personnes souhaitent être des porte-paroles de leurs conditions, ou faire appel à une figure d'autorité qu'elles jugent crédible. En effet, les campagnes de sensibilisation sont décrites par les personnes participantes comme impersonnelles et sans réelle volonté de changer les mœurs. Sans aller jusqu'à l'idée d'un groupe social reconnu et d'un mouvement social, il existe des traits naissants à cela. Ainsi, les personnes malades ne sont pas cloisonnées dans une position passive. Elles adressent des réponses, plus ou moins fortes, plus ou moins coordonnées, à leur stigmatisation. Ils semblent que les personnes malades soient désormais moins dans la peur de l'autre que le décrit Goffman (1963).

C'est une vision biaisée des maladies mentales qui est décrite par les participants et participantes de cette recherche. Ils et elles avancent l'idée que leurs vécus et les expériences stigmatisantes qu'ils et elles vivent offrent une véritable connaissance de la réalité. Les expériences seraient le point de départ de l'acquisition d'un nouveau Discours. L'expérience déstabilisante de la maladie détruit les fondements du Discours stigmatisant et permet de constituer une nouvelle réalité ; de constituer un nouveau Discours. Par une confrontation forcée avec la maladie, les personnes interrogées comprennent que leur vision et leurs idées de ce qu'est une maladie mentale sont faussées. Or, si l'apprentissage d'un Discours déstigmatisant passe par l'expérience de la maladie, l'impact des campagnes de sensibilisation ne peut être que limité. Le problème vient certes de la société, mais la solution semble se trouver au niveau individuel.

Enfin, la question de la maladie et d'être malade est mise en relief. Le statu quo basé sur une conception de la maladie comme « physique » empêche de cerner complètement les enjeux des maladies mentales, surtout quand il est question de dépression, anxiété et *burn-out*. La notion de visibilité et de véracité de la maladie semble être (trop) fortement liée pour accepter les maladies étudiées ici comme légitimes. Également, il a été mis en avant une attribution difficile de la maladie dans le cas de nos participants et participantes. La maladie est plus facilement attribuable à un trait de caractère avant la mise en place d'un traitement. De fait, elle semble plus proche de la conception d'une santé mentale faible qu'une condition de malade (définition de maladie mentale et santé mentale p. 7). Cela révèle la conception passagère et maîtrisable attribuée aux maladies étudiées ici. Par contre, la maladie mentale existe dans les cas graves et de traitement long. Il y a une distorsion de la réalité de la maladie mentale entre les personnes qui vivent avec et ceux qui

ne la côtoient pas. Cette distorsion est largement critiquée par les personnes malades, comme un manque de connaissance et une volonté de ne pas voir cette condition.

De plus, l'enjeu de la médication, complètement absent dans la revue de la littérature, est un point saillant de ce mémoire. L'ensemble des explications repose sur l'avant/après prise de médicaments dans le cadre d'une maladie mentale. Le traitement n'est pas vu comme une opportunité de délivrance de la maladie, mais comme la porte d'entrée d'une stigmatisation dure et ancrée.

Limites de la recherche

Cette recherche comporte plusieurs limites. La nature et la quantité des données marquent les premières limites. En effet, bien que j'aie réuni plus de vingt étudiants et étudiantes, un nombre plus important aurait apporté une plus grande diversité d'échanges. De plus, toutes les personnes sont issues du campus de l'Université de Montréal. Ce mémoire portant sur les Discours au Québec, il aurait été plus bénéfique d'avoir des étudiantes ou étudiants venus de toute la province. De plus, les personnes sont issues en grande majorité de programme en sciences sociales et humaines et de premiers cycles. Des enjeux différents touchent le corps étudiant en sciences pures et aux cycles supérieurs. Enfin, les personnes interrogées étaient prêtes à partager leurs histoires. C'est un stade que l'on atteint après un long processus d'acceptation de la maladie. Bien que cela ait été encadré par le comité d'éthique et imaginé pour le bien-être des participants et participantes, ces personnes sont assurément plus critiques qu'une personne en début de parcours avec sa maladie. Les personnes interrogées détiennent un certain recul par rapport à leur maladie, leurs traitements et les rapports sociaux qu'elles entretiennent depuis le diagnostic.

Concernant la nature des données, celle-ci est imparfaite. Malgré des échanges riches entre les différentes personnes et dans tous les groupes, le fait d'avoir fait un groupe de discussion par écrit limite la profondeur et la spontanéité des réponses. Les personnes se devaient de construire des phrases, d'avoir une cohérence dans leurs interventions, et d'aller vite, contrairement à des entretiens oraux, où les personnes peuvent se laisser emporter par le flot de leurs paroles, sauter d'une idée à l'autre et avoir des interventions décousues. La richesse de ces interventions longues et détaillées manque à l'appel. Malgré mes efforts lors des entretiens pour suivre les interventions de tout le monde, il fut difficile de rebondir sur chaque parole et de demander des précisions à répétitions. Par chance, les personnes participantes sont rapidement entrées dans une dynamique de partage et de discussion. Ainsi, elles se rebondissaient et se posaient des questions entre elles ce qui a permis de dégager des points intéressants. De plus, j'avais des questions de relance ainsi que des questions de suivi qui m'assuraient de rebondir à chaque déclaration. L'enchaînement des questions, du ressenti d'un discours jusqu'à leurs expériences personnelles ont permis, je pense, de faire germer une réflexion et un plus grand partage lors des témoignages personnels.

Ouverture

La recherche en prévention de la santé, et notamment en santé mentale est loin d'être épuisée. Évidemment qu'une position méthodologique centrée sur les malades est nécessaire. Plusieurs pistes sont encore à explorer comme la question de la définition de la maladie mentale ou l'enjeu de la médicalisation de la santé mentale. La question de l'autorité dans un changement de groupe d'appartenance est également en suspens.

À propos de la nature méthodologique, il serait intéressant de continuer à donner la parole aux personnes stigmatisées malgré leur vulnérabilité. C'est un véritable défi d'accommoder son projet à une population vulnérable, mais il est nécessaire de faire grandir la connaissance depuis leur perspective. Une analyse de discours sur les réseaux sociaux serait par exemple fascinante.

Enfin, il est impossible de faire l'impasse sur la situation sanitaire actuelle. La crise de la COVID-19 a chamboulé les codes sociaux. Un isolement forcé et prolongé des individus a indéniablement affecté la population. Faire une étude post-COVID-19 sur la place de la santé mentale, la priorisation de cette branche de la médecine serait pertinente.

Enfin, la population étudiante est encore et toujours au cœur des enjeux en santé mentale. Une étude sur l'impact des campagnes de sensibilisation au Québec menée par les associations étudiantes doit être effectuée en prenant en compte l'avis des personnes malades. Également, la recherche devrait porter sur comment la campagne a changé leur perception ou non et ne pas se contenter d'évaluer les connaissances quand elles ne sont pas le reflet de la réalité vécue par les malades.

Conclusion

Une ou un étudiant québécois atteint de dépression, d'anxiété ou d'un *burn-out* fait face à trois types de discours : (1) un discours déstigmatisant porté par des malades, des proches ayant une connaissance accrue des maladies mentales, qui déconstruit le Discours stigmatisant socialement construit ; (2) un discours dissonant de la part de proches ou connaissances, rempli d'ambiguïtés, qui se fonde sur le Discours stigmatisant et intègre un discours anti-stigmatisant ; (3)

un discours stigmatisant qui reprend les fondements stéréotypés et normés du Discours stigmatisant. Aux yeux des personnes malades, seules les personnes qui passent par un processus d'assimilation de la maladie détiennent un discours déstigmatisant. Les autres personnes gardent les bases du Discours acquis stigmatisant et adoptent un discours dissonant pour répondre aux critères de la bienséance.

Les personnes stigmatisées souhaitent ouvrir la conversation et exposer leur réalité plus largement. Elles souhaitent pouvoir montrer leur vision de la maladie mentale. Pour cela, elles prennent de plus en plus la parole et appuient des initiatives telles que *Humain avant tout*. Également, leur agentivité face au Discours stigmatisant leur permet de trouver des personnes similaires, de se détourner des personnes critiques et de s'affirmer au travers de leur maladie. Optimistes pour une meilleure acceptation des différentes maladies mentales, elles craignent tout de même que le Discours stigmatisant reste une norme, ne soit pas déconstruit et qu'une forme de stigmatisation subsiste.

Bibliographie

- Alexander, L. et Link, B. (2003). The impact of contact on stigmatizing attitudes toward people with mental illness. *Journal of Mental Health*, 12(3), 271-289.
doi:10.1080/0963823031000118267
- Alvesson, M. et Kärreman, D. (2000). Varieties of Discourse: On the Study of Organizations through Discourse Analysis: *Human Relations*. 10.1177/0018726700539002
- Anadón, M. et Guillemette, F. (2006). La recherche qualitative est-elle nécessairement inductive? *Recherches qualitatives*, 5, 26-37. Repéré à http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v5/anadon.pdf
- Anadón, M. et Savoie Zajc, L. (2009). L'analyse qualitative des données. *Recherches qualitatives*, 28, 1-7. Repéré à [http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero28\(1\)/introduction28\(1\).pdf](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero28(1)/introduction28(1).pdf)
- Angermeyer, M. C., et Matschinger, H. (1996). The effect of personal experience with mental illness on the attitude towards individuals suffering from mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology: The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services*, 31(6), 321-326.
<https://doi.org/10.1007/BF00783420>
- Angrosino, M. (2007). *Doing Ethnographic and Observational Research*. 1 Oliver's Yard, 55 City Road, London EC1Y 1SP United Kingdom: SAGE Publications Ltd.
doi:10.4135/9781849208932
- Baird, J. L., Hinshaw, S. P. et Toth, S. L. (2006). *The Mark of Shame: Stigma of Mental Illness*

- and an Agenda for Change*. New York, UNITED STATES: Oxford University Press
USA - OSO. Repéré à <http://ebookcentral.proquest.com/lib/umontreal-ebooks/detail.action?docID=415914>
- Barry, M. M. (2009). Addressing the Determinants of Positive Mental Health: Concepts, Evidence and Practice. *International Journal of Mental Health Promotion*, 11(3), 4-17.
<https://doi.org/10.1080/14623730.2009.9721788>
- Baszanger, I. (1986). Les maladies chroniques et leur ordre négocié. *Revue française de sociologie*, 27(1), 3-27. doi:10.2307/3321642
- Becker, H. S. (1963). *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*. New-York : Free Press.
- Bell Cause pour la cause. (s. d.). Repéré à <https://cause.bell.ca/fr/>
- Bérard, J., Bouchard, J., & Roberge, V. (2019). *Enquête « sous ta façade »* [Enquête]. Union Étudiante du Québec. <https://unionetudiante.ca/wp-content/uploads/2019/11/Rapport-UEQ-SP-VF-FR-1.01.pdf>
- Berger, P. L. et Luckmann, T. (1966). *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*. Doubleday.
- Blanc, J.-V. (2019). *Pop & Psy* (Plon).
- Blais, M. et Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : Description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches Qualitatives*, 26.
- Bollinger, B. et Geist-Martin. (s. d.). The shifting meanings of sexual consent: Male college students' interpretive framing of consent.
- Bollinger, B. J. (2014, Spring). "But i thought she liked me": An intervention campaign for the selective information processing of nonverbal sexual refusal cues by undergraduate males. San Diego State University.

- Burton-Jeangros, C. (2004). *Cultures familiales du risque*. Paris : Économica.
- Charmaz, K. (1991). *Good Days, Bad Days: The Self in Chronic Illness and Time*. Rutgers University Press.
- Chen, S.-P., Dobson, K., Kirsh, B., Knaak, S., Koller, M., Krupa, T., ... Szeto, A. (2017). Fighting Stigma in Canada: Opening Minds Anti-Stigma Initiative. Dans W. Gaebel, W. Rössler et N. Sartorius (dir.), *The Stigma of Mental Illness - End of the Story?* (p. 237-261). Cham : Springer International Publishing. doi:10.1007/978-3-319-27839-1_14
- Chicoine, G. (2015). Les perceptions de personnes atteintes de troubles mentaux suite à une formation de gestion de comportements agressifs adaptée par et pour leurs membres de familles. Repéré à <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/12604>
- Chomsky, N. (1986). *Knowledge of Language: Its Nature, Origin, and Use*. Greenwood Publishing Group.
- Combattre les préjugés sur la maladie mentale*. (2020). <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/sante-mentale/combattre-les-prejuges-sur-la-maladie-mentale/>
- Commission de la santé mentale du Canada. (s. d.). *Indicateurs de la santé mentale pour le Canada* | *Commission de la santé mentale du Canada* [Commission de la santé mentale du Canada]. 2020. Consulté 21 février 2020, à l'adresse <https://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/focus-areas/indicateurs-de-la-sante-mentale-pour-le-canada>
- Commission de la santé mentale du Canada. (2020a). Ce que nous faisons | Commission de la santé mentale du Canada. Repéré à <https://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/ce-que-nous-faisons>
- Commission de la santé mentale du Canada. (2020b). *Changer les mentalités à l'université* :

- Résultats d'une intervention de lutte contre la stigmatisation fondée sur le contact |
Commission de la santé mentale du Canada. *Commission de la santé mentale du Canada*.
Repéré à <https://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/media/3065>
- Commission de la santé mentale du Canada. (2020c). La Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada : Une perspective axée sur les jeunes | Commission de la santé mentale du Canada. *Commission de la santé mentale du Canada*. Repéré à <https://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/media/3588>
- Conrad, P. (1987). The Experience of Illness: Recent and New Directions. *Research in Sociology of Health care*, (6), 1-31.
- Conrad, P. et Barker, K. K. (2010). The Social Construction of Illness: Key Insights and Policy Implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1_suppl), S67-S79.
doi:10.1177/0022146510383495
- Cooren, F. (2015). *Organizational Discourse: Communication and Constitution*. John Wiley & Sons.
- Corbin, J., et Strauss, A. (2014). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. SAGE Publications.
- Coverdale, J., Nairn, R., et Claasen, D. (2016). Depictions of Mental Illness in Print Media: A Prospective National Sample. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*.
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1046/j.1440-1614.2002.00998.x>
- Davey, S. J., Dziurawiec, S. et O'Brien-Malone, A. (2006). Men's voices: postnatal depression from the perspective of male partners. *Qualitative Health Research*, 16(2), 206-220.
doi:10.1177/1049732305281950
- Définitions : Handicap—Dictionnaire de français Larousse*. (s. d.). Consulté 17 août 2020, à

l'adresse

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/handicap/38988?q=handicap#38915>

Denzin, N. K., et Lincoln, Y. S. (2018). *The Sage handbook of qualitative research*.

Dew, K. (2007). A health researcher's guide to qualitative methodologies. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, p. 433–437. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1111/j.1753-6405.2007.00114.x>

Doré, I., et Caron, J. (2017). Santé mentale : Concepts, mesures et déterminants. *Santé mentale au Québec*, 42(1), 125-145. <https://doi.org/10.7202/1040247ar>

Dorvil, H. (1990). La maladie mentale comme problème social. *Service social*, 39(2), 44-58. <https://doi.org/10.7202/706476ar>

Dumit, J. (2006). Illnesses you have to fight to get: Facts as forces in uncertain, emergent illnesses. *Social Science & Medicine* (1982), 62(3), 577-590. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.06.018>

Durr, J. (2019). Vécu de la stigmatisation des femmes atteintes de dépression majeure au Québec : une étude qualitative. Repéré à <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/22096>

Edwards, E. et Timmons, S. (2005). A qualitative study of stigma among women suffering postnatal illness. *Journal of Mental Health*, 14(5), 471-481. doi:10.1080/09638230500271097

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>

Entman, R. M. (1993). Framing: Toward Clarification of a Fractured Paradigm. *Journal of Communication*, 43(4), 51-58. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.1993.tb01304.x>

- Estroff, S. A. (1998). *Le labyrinthe de la folie : ethnographie de la psychiatrie en milieu ouvert et de la réinsertion*. Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance. Le Plessis-Robinson.
- Gee, J. P. (2007). *Social Linguistics and Literacies: Ideology in Discourses*. Routledge.
doi:10.4324/9780203944806
- General, S. (s. d.). Orientations 2018-2019. *Union étudiante du Québec*. Repéré à
<https://unionetudiante.ca/download/orientations-2018-2019/>
- Giordano, Y. (2003). Les spécificités des recherches qualitatives. Dans *Construire un projet de recherche: une perspective qualitative* (Editions EMS, p. 11-39). Colombelle, France.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1965). Discovery of Substantive Theory: A Basic Strategy Underlying Qualitative Research. *American Behavioral Scientist*, 8(6), 5-12.
<https://doi.org/10.1177/000276426500800602>
- Goffman, E. (1956). *La mise en scène de la vie quotidienne*. Editions de minuits.
- Goffman, E. (1963). *Stigmate, les usages sociaux des handicaps* (Les Edition de minuit, 1975).
- Greenblatt, A. M., Pinto, M. D., Higgins, M. K. et Berg, C. J. (2016). Exploring the Relationships Among Level of Contact, Nature of Contact, and Mental Illness Stigma in Adolescent Girls. *Issues in Mental Health Nursing*, 37(1), 10-18.
doi:10.3109/01612840.2015.1087604
- Hannem, S. et Bruckert, C. (2012). *Stigma Revisited: Implications of the Mark*. University of Ottawa Press. Repéré à <http://muse.jhu.edu/book/19215>
- Henderson, L. (2018). Popular television and public mental health: Creating media entertainment from mental distress. *Critical Public Health*, 28(1), 106-117.
<https://doi.org/10.1080/09581596.2017.1309007>

- Holland, K. (2012). The unintended consequences of campaigns designed to challenge stigmatising representations of mental illness in the media. *Social Semiotics*, 22(3), 217-236. doi:10.1080/10350330.2011.648398
- Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 177(5), 396-401. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.5.396>
- Journal des débats de l'Assemblée nationale—Assemblée nationale du Québec*. (s. d.). Consulté 18 août 2020, à l'adresse http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/assemblee-nationale/42-1/journal-debats/20191119/258005.html#_Toc25159752
- Kenny, A. J. (2005). Interaction in cyberspace: an online focus group. *Journal of Advanced Nursing*, 49(4), 414-422. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03305.x
- Kitzinger, J. (1995). Qualitative Research: Introducing focus groups. *BMJ*, 311(7000), 299-302. doi:10.1136/bmj.311.7000.299
- Klin, A. et Lemish, D. (2008). Mental Disorders Stigma in the Media: Review of Studies on Production, Content, and Influences. *Journal of Health Communication*, 13(5), 434-449. doi:10.1080/10810730802198813
- Krendl, A. C. et Freeman, J. B. (2017). Are mental illnesses stigmatized for the same reasons? Identifying the stigma-related beliefs underlying common mental illnesses. *Journal of Mental Health (Abingdon, England)*, 1-9. doi:10.1080/09638237.2017.1385734
- Krupchanka, D. et Thornicroft, G. (2017). Discrimination and Stigma. Dans W. Gaebel, W. Rössler et N. Sartorius (dir.), *The Stigma of Mental Illness - End of the Story?* (p. 123-139). Cham : Springer International Publishing. doi:10.1007/978-3-319-27839-1_7
- Lacaze, L. (2008). La théorie de l'étiquetage modifiée, ou l'« analyse stigmatique » revisitée, Summary. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 5, 183-199.

<https://doi.org/10.3917/nrp.005.0183>

Lakoff, G., et Johnson, M. (1985). *Les métaphores dans la vie quotidienne*. (Paris). Les Éditions de Minuit.

Lamontagne, Y. (1993). L'influence des médias sur la santé mentale. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 38(2), 117-121. <https://doi.org/10.1177/070674379303800209>

Lejeune, C. (2014). *Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer*. De Boeck. Repéré à <https://orbi.uliege.be/handle/2268/172944>

Lemert, C. et Branaman, A. (1997). *The Goffman reader* (Blackwell Publishing). Wiley.

Lessard, F.-E. (2016). *Enquête sur la santé psychologique étudiante* ([Enquête]). Montréal, Québec : FAÉCUM.

Lester, H. et Tritter, J. Q. (2005). « Listen to my madness »: understanding the experiences of people with serious mental illness. *Sociology of Health & Illness*, 27(5), 649-669. doi:10.1111/j.1467-9566.2005.00460.x

Liamputtong, P. (2011a). Focus Group Methodology and Principles (p. 31-49). SAGE Publications Ltd. doi:10.4135/9781473957657.n3

Liamputtong, P. (2011b). Focus Group Methodology and Sensitive Topics and Vulnerable Groups (p. 107-126). SAGE Publications Ltd. doi:10.4135/9781473957657.n7

Liamputtong, P. (2011c). Focus Group Methodology: Theory and Ethics (p. 15-30). SAGE Publications Ltd. doi:10.4135/9781473957657.n2

Liamputtong, P. (2011d). The Use of Focus Group Methodology in the Health and Social Sciences (p. 87-106). SAGE Publications Ltd. doi:10.4135/9781473957657.n6

Lincoln, Y., Lynham, S. et Guba, E.G. (2018). Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences, revisited. Dans N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Éds.), *The Sage*

- handbook of qualitative research, 5^e edition*, (p. 108-150). Thousand Oaks, CA: Sage Publications Inc.
- Link, B. G. et Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363-385. doi:10.1146/annurev.soc.27.1.363
- Littlejohn, S. W. (1977). Symbolic interactionism as an approach to the study of human communication. *Quarterly Journal of Speech*, 63(1), 84-91.
doi:10.1080/00335637709383369
- Livingston, K. (2004). Viewing Popular Films about Mental Illness through a Sociological Lens. *Teaching Sociology*, 32(1), 119-128. Repéré à <https://www.jstor.org/stable/3211352>
- López, M. (2007). Moyens de communication, stigmatisation et discrimination en santé mentale : éléments pour une stratégie raisonnable, Means of communication, stigmatisation and discrimination in mental health : elements for a reasoned strategy, Medios de comunicación, estigma y discriminación en salud mental. Elementos para una estrategia razonable. *L'information psychiatrique, me* 83(10), 793-799.
doi:10.3917/inpsy.8310.0793
- Lucas, J. W. et Phelan, J. C. (2012). Stigma and Status: The Interrelation of Two Theoretical Perspectives. *Social Psychology Quarterly*, 75(4), 310-333. Repéré à <https://www.jstor.org/stable/41722485>
- Madriz, E. (2003). Focus groups in feminist research. Dans *Collecting and interpreting qualitative materials* (2nd éd., p. 363-388). Thousand Oaks : CA: Sage.
- Malette, L. (2003). La psychiatrie sous influence. *Santé mentale au Québec*, 28(1), 298-319.
doi:10.7202/006993ar
- Mann, C. et Stewart, F. (2000). *Internet Communication and Qualitative Research*. 1 Oliver's

Yard, 55 City Road, London England EC1Y 1SP United Kingdom: SAGE Publications Ltd. doi:10.4135/9781849209281

Markowitz, F. E., Bellair, P. E., Liska, A. E., & Liu, J. (2001). Extending Social Disorganization Theory: Modeling the Relationships Between Cohesion, Disorder, and Fear*.

Criminology, 39(2), 293-319. <https://doi.org/10.1111/j.1745-9125.2001.tb00924.x>

Martinez, A. et Hinshaw, S. (2016). Mental Health Stigma: Theory, Developmental Issues, and Research Priorities. *ResearchGate*. Repéré à

https://www.researchgate.net/publication/312539493_Mental_Health_Stigma_Theory_Developmental_Issues_and_Research_Priorities

McAllum, K., Fox, S., Simpson, M., et Unson, C. (2019). A comparative tale of two methods: How thematic and narrative analyses author the data story differently. *Communication Research and Practice*, 5(4), 358-375. <https://doi.org/10.1080/22041451.2019.1677068>

Médias, G. des N. (2016). Radio-Canada.ca | Tout le monde en parle | La santé mentale : Parlons-en. *Radio-Canada*. Repéré à <https://ici.radio-canada.ca/tele/tout-le-monde-en-parle/2015-2016/segments/entrevue/4899/marie-soleil-dion-etienne-boulay>

Neuberg, S. L., Smith, D. M., & Asher, T. (2000). Why people stigmatize: Toward a biocultural framework. In *The social psychology of stigma* (p. 31-61). Guilford Press.

OMS | Santé mentale. (s. d.). *WHO*. Repéré à http://www.who.int/topics/mental_health/fr/

OMS | Troubles mentaux. (s. d.). *WHO*. Repéré à http://www.who.int/topics/mental_disorders/fr/

Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin. Repéré à <https://www.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200249045.htm>

- Parsons, T. (1951). Illness and the role of the physician: A sociological perspective. *American Journal of Orthopsychiatry*, 21(3), 452-460. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1951.tb00003.x>
- Patton, M. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. Thousand Oaks: CA: Sage.
- Pescosolido, B. A. (2013). The Public Stigma of Mental Illness: What Do We Think; What Do We Know; What Can We Prove? *Journal of Health and Social Behavior*, 54(1), 1-21. Repéré à <https://www.jstor.org/stable/43186830>
- Pescosolido, B. A., Martin, J. K., Lang, A. et Olafsdottir, S. (2008). Rethinking theoretical approaches to stigma: A Framework Integrating Normative Influences on Stigma (FINIS). *Social Science & Medicine*, 67(3), 431-440. doi:10.1016/j.socscimed.2008.03.018
- Philo, G. (1999). Media and mental health. In *Social Policy, the Media and Misrepresentation*. Routledge.
- Pilgrim, D. et Rogers, A. (2010). A sociology of Mental Health and Mental Illness, 10.
- Qu'est-ce qu'une maladie mentale ? (2020, février). *Associations des médecins psychiatres du Québec*. Repéré à <https://ampq.org/info-maladie/quest-ce-quune-maladie-mentale/>
- Pirkis, J., Blood, W., Francis, C. J., et McCallum, K. (2005). *A review of the literature regarding fictional film and television portrayals of mental illness*. <https://researchprofiles.canberra.edu.au/en/publications/a-review-of-the-literature-regarding-fictional-film-and-televisio>
- Quimper, C. (2014). Comprendre la santé mentale des adolescents pour mieux intervenir : incursion dans le monde des jeunes de parc-extension. Repéré à <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/10946>

- Quinn, D. M. et Chaudoir, S. R. (2009). Living with a concealable stigmatized identity: the impact of anticipated stigma, centrality, salience, and cultural stigma on psychological distress and health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97(4), 634-651. doi:10.1037/a0015815
- Renault, E. (2000). *Mépris social : éthique et politique de la reconnaissance* (Éditions du Passant).
- Repper, J. et Breeze, J. (2007). User and carer involvement in the training and education of health professionals: A review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 44(3), 511-519. 10.1016/j.ijnurstu.2006.05.013
- Repper, J. et Brooker, C. (1996). Public attitudes towards mental health facilities in the community. *Health & Social Care in the Community*, 4(5), 290-299. 10.1111/j.1365-2524.1996.tb00075.x
- Repper, J. et Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health*, 20(4), 392-411. 10.3109/09638237.2011.583947
- Ritzer, G. (2007). *The Blackwell encyclopedia of sociology*. Blackwell Pub.
- Riutort, P. (2013). La socialisation. Apprendre à vivre en société. In *Premières leçons de sociologie* (p. 63-74). Presses Universitaires de France; Cairn.info. <https://www.cairn.info/premieres-lecons-de-sociologie--9782130620396-p-63.htm>
- Rose, N. (1998). *Inventing Our Selves: Psychology, Power, and Personhood*. Cambridge University Press.
- Roy, C. (2018, juillet 19). BLOGUE Santé mentale et services de psychologie : 4 questions aux partis politiques. *HuffPost Québec*. https://quebec.huffingtonpost.ca/charles-roy/sante-mentale-et-services-de-psychologie-4-questions-aux-parti-politiques_a_23484859/

- Rüsch, N., et Xu, Z. (2017). Strategies to Reduce Mental Illness Stigma. In W. Gaebel, W. Rössler, & N. Sartorius (Éds.), *The Stigma of Mental Illness—End of the Story?* (p. 451-467). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-27839-1_24
- Salter, M., & Byrne, P. (2000). The stigma of mental illness: How you can use the media to reduce it. *Psychiatric Bulletin*, 24(8), 281-283. <https://doi.org/10.1192/pb.24.8.281>
- Santé mentale (maladie mentale). (s. d.). Repéré à <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/sante-mentale-maladie-mentale/>
- Savoie-Zajc, L. (2000). La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques. *Canadian Journal of Criminology*, 42(4), 522-526. <https://doi.org/10.3138/cjcrim.42.4.522>
- Scharnitzky, P. (2006). *Les pièges de la discrimination : tous acteurs, tous victimes* (Édition de l'Archipel). Paris.
- Scharnitzky, P. et Berjot, S. (2008). La discrimination comme outils de régulation sociale, 213-231.
- Schulze, B. et Angermeyer, M. C. (2003). Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science & Medicine*, 56(2), 299-312. doi:10.1016/S0277-9536(02)00028-X
- Si on vous dit maladie mentale, qu'est-ce qui vous vient à l'esprit ?* (2017). <https://www.youtube.com/watch?v=s1AuWT1krZw&t=38s>
- Sieff, E. (2003). Media frames of mental illnesses: The potential impact of negative frames. *Journal of Mental Health*, 12(3), 259-269. <https://doi.org/10.1080/0963823031000118249>
- Signorielli, N. (1989). The stigma of mental illness on television. *Journal of Broadcasting & Electronic Media*, 33(3), 325-331. <https://doi.org/10.1080/08838158909364085>

- Smith, R. A. (2007). Language of the Lost: An Explication of Stigma Communication. *Communication Theory*, 17(4), 462-485. doi:10.1111/j.1468-2885.2007.00307.x
- Stangor, C. et Crandall, C. S. (2000). Threat and the social construction of stigma.
- Stewart, D., Shamdasani, P. et Rook, D. W. (2009). Group depth interviews. Dans *The Sage handbook of applied social research methods*. Thousand Oaks: CA: Sage.
- Stewart, K. et Williams, M. (2005). Researching online populations: the use of online focus groups for social research. *Qualitative Research*, 5(4), 395-416. doi:10.1177/1468794105056916
- Thomas, D. R. (2016). A General Inductive Approach for Analyzing Qualitative Evaluation Data: *American Journal of Evaluation*. <https://doi.org/10.1177/1098214005283748>
- van Dijk, T. A. (1993). Principles of Critical Discourse Analysis. *Discourse & Society*, 4(2), 249-283. <https://doi.org/10.1177/0957926593004002006>
- Vaughan, G., & Hansen, C. (2004). 'Like Minds, Like Mine': A New Zealand project to counter the stigma and discrimination associated with mental illness. *Australasian Psychiatry*, 12(2), 113-117. <https://doi.org/10.1111/j.1039-8562.2004.02083.x>
- Wahl, O. F. (1992). Mass media images of mental illness: A review of the literature. *Journal of Community Psychology*, 20(4), 343-352. [https://doi.org/10.1002/1520-6629\(199210\)20:4<343::AID-JCOP2290200408>3.0.CO;2-2](https://doi.org/10.1002/1520-6629(199210)20:4<343::AID-JCOP2290200408>3.0.CO;2-2)
- Wahl, O. F. (2004). Stop the presses. Journalistic treatment of mental illness. *Cultural sutures. Medicine and media*, 55-69.
- Wahl, O. F., et Lefkowitz, J. Y. (1989). Impact of a television film on attitudes toward mental illness. *American journal of community psychology*, 17(4), 521-528.
- Walker, D.-M. (2013). The internet as a medium for health service research. Part 1. *Nurse Researcher*, 20(4), 18-21. <https://doi.org/10.7748/nr2013.03.20.4.18.e294>

- Weiner, B. (2006). *Social Motivation, Justice, and the Moral Emotions : An Attributional Approach*. Psychology Press. doi:10.4324/9781410615749
- Weinstein, R. (1982). Stigma and Mental Illness: Theory Versus Reality. *Orthomolecular psychiatry*.
- Wellings, K., Branigan, P. et Mitchell, K. (2000). Discomfort, discord and discontinuity as data: using focus groups to research sensitive topics. *Culture, Health and Sexuality*, 2, 255-267. doi:Wellings, K., Branigan, P. and Mitchell, K. <<http://eprints.gla.ac.uk/view/author/35010.html>> <<http://orcid.org/0000-0002-4409-6601>> (2000) Discomfort, discord and discontinuity as data: using focus groups to research sensitive topics. *Culture, Health and Sexuality* <http://eprints.gla.ac.uk/view/journal_volume/Culture,_Health_and_Sexuality.html>, 2(3), pp. 255-267. (doi:10.1080/136910500422241 <<http://dx.doi.org/10.1080/136910500422241>>)
- Whitley, R. (2017, 2 octobre). *Maladie mentale, stigmatisation et médias, où en sommes-nous?* Studio Bell Média.
- Wilkinson, S. (2004). Focus groups: A feminist method. Dans *Feminist perspectives on social research* (p. 271-295). New-York: Oxford University Press.
- Williams, J. et Ayers, L. (2007). ‘I’m like you’: Establishing and protecting a common ground in focus groups with Huntington disease caregivers. *Journal of Research in Nursing*, 12(6), 655-664.
- Wilson, C., Nairn, R., Coverdale, J., et Panapa, A. (1999). Mental Illness Depictions in Prime-Time Drama: Identifying the Discursive Resources. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 33(2), 232-239. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.1999.00543.x>

Woodyatt, C. R., Finneran, C. A. et Stephenson, R. (2016). In-Person Versus Online Focus Group Discussions: A Comparative Analysis of Data Quality. *Qualitative Health Research*, 26(6), 741-749. doi:10.1177/1049732316631510

Wright, A., Jorm, A. F., & Mackinnon, A. J. (2011). Labeling of mental disorders and stigma in young people. *Social Science & Medicine*, 73(4), 498-506.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.06.015>

Zarefsky, D. (1997). Chapitre 1. Definitions. Dans *Argument in a Time of Change: Proceedings of the tenth NCA/AFA Conference on Argumentation* (p. 1-11).

Zäske, H. (2017). The Influence of Stigma on the Course of Illness. Dans W. Gaebel, W. Rössler et N. Sartorius (dir.), *The Stigma of Mental Illness - End of the Story?* (p. 141-155). Cham : Springer International Publishing. doi:10.1007/978-3-319-27839-1_8

Annexes

Annexe 1 : Grille de pré-entrevue

Énoncé :

Mon mémoire de recherche porte sur la tension des discours stigmatisant et déstigmatisant de la maladie mentale au Québec pour une population étudiante à l'université. Votre participation m'aidera à mieux comprendre comment sont perçus et vécus ces différents discours par les étudiants qui sont atteints ou qui ont déjà été atteints d'une maladie mentale telle que l'anxiété, la dépression ou l'épuisement (le « burnout »).

Vérifications des critères :

Êtes-vous étudiant universitaire ?

Êtes-vous au Québec depuis plus de 2 ans ?

Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de troubles tels que l'anxiété, la dépression ou le *burn-out* ?

Avez-vous des troubles schizophrènes ?

Prise en compte du bien-être de la personne :

Il se peut que les questions ou l'entretien vous fassent remonter des souvenirs douloureux ou un inconfort. Afin d'assurer au maximum votre confort et votre sécurité, je dois vous demander :

Avez-vous des pensées suicidaires ?

Êtes-vous en psychothérapie depuis moins de deux mois ? Est-ce que vous vous sentez en grande vulnérabilité en ce moment ?

Vérification :

Après avoir répondu de façon favorable à toutes ces questions, êtes-vous toujours prêt à participer à ce projet ?

Annexe 2 : Grille de discussion

Énoncé avant de commencer la discussion :

Mon mémoire de recherche porte sur la tension des discours stigmatisant et déstigmatisant de la maladie mentale au Québec pour une population étudiante à l'université. Votre participation m'aidera à mieux comprendre comment sont perçus et vécus ces différents discours par les étudiants qui sont atteints ou qui ont déjà été atteints d'une maladie mentale telle que l'anxiété, la dépression ou l'épuisement (le « burnout »).

Votre participation est complètement libre et volontaire. Vos contributions à la discussion en ligne seront anonymisées et ne pourront pas être liées à vous. Votre identité sera gardée confidentielle.

Si vous ressentez une gêne ou une angoisse lors de la discussion, vous pouvez décider ne pas répondre à n'importe quelle question et vous pouvez arrêter votre participation à n'importe quel moment, sans besoin d'expliquer la raison.

Si vous ressentez le besoin d'aide, voici un lien où vous pouvez trouver des ressources en santé mentale qu'offre l'Université de Montréal à ses étudiants :

http://aseq.ca/View.aspx?locale=fr&uid=FA%C3%89CUM_Programmedaide

Activité et questions pour stimuler et focaliser la discussion en ligne

Pour stimuler la discussion, j'aimerais vous faire réagir à une courte vidéo dans laquelle on trouve les deux discours de la maladie mentale (stigmatisant et déstigmatisant). Nous allons l'écouter en deux temps, suivis d'une discussion à chaque fois. Sentez-vous libre de donner vos impressions.

Vidéo à regarder

<https://www.youtube.com/watch?v=s1AuWT1krZw>

Section 1 : Discours stigmatisant et stéréotypé

00 : 00 à 00 : 52

- Quels sens donnez-vous à ce qui a été dit dans cet extrait vidéo ?
 - Comment le caractériseriez-vous ?
- À quoi vous fait-il penser ?
- Avec qui côtoyez-vous ce type de discours sur la santé mentale ? Dans quelles sphères de votre vie ?

Section 2 : Discours non stigmatisant

00 : 53 à 01 : 55

- Quels sens donnez-vous à ce qui a été dit dans cet extrait vidéo ?
 - Comment le caractériseriez-vous ?
- À quoi vous fait-il penser ?
- Avec qui côtoyez-vous ce type de discours sur la santé mentale ? Dans quelles sphères de votre vie ?

Section 3 : Gestion des deux discours

Question sur le sens des deux discours

- Pour vous, est-ce que ces deux discours sont en tension ? Pourquoi ? Ou pourquoi pas ?
- Comment interprétez-vous le fait qu'il existe deux discours, opposés et en même temps, sur la maladie mentale ? Pensez-vous que l'un est plus fort que l'autre ou qu'ils sont voués à cohabiter ?

Questions sur l'expérience vécue des participants de ces deux discours au niveau individuel

- Vous arrive-t-il de vivre une situation où les deux discours cohabitentⁱ ? Par exemple, une situation où une personne tient un discours non stigmatisant, mais garde une idée stéréotypée de la maladie mentale ? Pourriez-vous donner un exemple concret ?
- Quelle est votre expérience d'une telle situation ?
- Comment gérez-vous une telle situation ?

Questions sur la perception (ou l'expérience vécue) des participants de ces deux discours

au niveau sociétal (macro)

- Voyez-vous une confrontation entre ces deux discours au niveau de la société québécoise ?

- Si oui, comment le voyez-vous ? Que signifie-t-elle ?
- Quel sens faites-vous, quelle définition donnez-vous de la maladie mentale, au regard de cette confrontation de discours ?

En cas d'un conflit entre des participants, je vais intervenir pour remercier les différentes personnes d'avoir partagé leurs perspectives et leurs opinions, et leur rappeler que l'objectif de la discussion est d'explorer les différentes perspectives qu'il pourrait y avoir (en ainsi reconnaître le droit de chacun à son opinion). Ensuite, je vais rappeler à tout le monde que le respect pour tous et toutes doit primer.

Si cette intervention ne réussit pas à gérer le conflit et permettre à la discussion de continuer de façon respectueuse (par exemple, si le conflit dégénère en insultes ou attaques personnelles), je mettrai fin à la discussion.

Questions de clôture :

- Y a-t-il autre chose que vous aimeriez exprimer au sujet des discours sur la santé mentale que vous n'avez pas déjà dit ?
- Si vous aviez une baguette magique pour changer les discours, que changeriez-vous ?

Merci beaucoup pour votre temps et votre participation !

Annexe 3 : Liste des pseudonymes

Groupe de discussion 1 :

- JMB
- Citron
- Soleil 123
- Kumquat

Groupe de discussion 2 :

- Alexe 3415
- Trois petites fleurs
- Frédérick
- Violette

Groupe de discussion 3 :

- Usager
- Moebe
- Polonel
- Pinky
- Zi

Groupe de discussion 4 :

- Nathaliaa
- Pk Subban
- Brebis
- Stella

Groupe de discussion 5 :

- Jean-Luc
- Lausanne2
- Ray
- Zazou

Annexe 4 : Tableau de codage

Thématique	Des Discours en tension, un discours dissonant
Catégorie	Discours anti-stigmatisant ou déstigmatisant ? Émergence d'un nouveau type de discours : un discours dissonant
Sous-catégorie	Les conseils, marqueurs de la dissonance du discours
→ Conseils	<p>Lorsqu'une personne mal informée essaie d'être bienveillante, finalement son discours rejoint involontairement celui du stigmaté. [...] Je pense que c'est un problème de mauvaise compréhension des enjeux. D'éducation aussi ». (Jean-Luc dans le groupe de discussion 5).</p> <p>Le fait "de vouloir aider" est souvent en relation avec l'incompréhension. (Usager dans le groupe de discussion 3)</p> <p>Ceux qui te forcent à parler de ce que tu vis pour uniquement te conseiller de faire du sport après, pour stimuler le cerveau genre, mais qu'il faut pas s'apitoyer sur son sort. (Moebé dans le groupe de discussion 3),</p> <p>Active-toi, l'exercice ça aide! (Polonel dans le groupe de discussion 3),</p> <p>Ah c'est vraiment dommage, ça doit pas être facile...mais as-tu essayé le sport? (Citron, dans le groupe de discussion 1)</p> <p>Tu fais pas une dépression t'es juste un déprimée, fais du sport. (Kumquat, dans le groupe de discussion 1)</p> <p>Tu souffres d'anxiété pour telle chose, bin t'as juste à arrêter d'y penser. (Soleil123, dans le groupe de discussion 1)</p>
→ Hypocrisie	<p>Les gens sont politically correct. Tout le monde se dit ouverts d'esprit. Et tout le monde croit être ouverts d'esprit, tolérants. [...] Je dirais que l'attitude que la société québécoise a envers les personnes ayant une problématique de santé mentale, c'est similaire leur attitude envers l'homosexualité, les autres religions et cultures. En public, tout haut, tous les adultes savent qu'ils doivent dire qu'ils sont ouverts d'esprit, tolérants, acceptants, etc. Mais qu'est-ce qu'ils pensent vraiment, c'est une toute autre histoire [...] il y a une grande différence entre l'inclusion sociale, la réelle acceptation VS la tolérance. (Nataliaa, dans le groupe de discussion 4)</p>

→ Faiblesse du Discours anti-stigmatisant	<p>Tant qu'il n'y a pas une attaque directe contre les stéréotypes reliés à la maladie mentale, c'est fait que pour l'apparence. (Frédéric, dans le groupe de discussion 2)</p> <p>Je crois que les deux [Discours stigmatisant et déstigmatisant] sont voués à cohabiter dans la mesure où la majorité des messages à connotation « positives » servent aussi à compenser pour le caractère dit « négatif » de la situation. (Brebis, dans le groupe de discussion 4)</p>
Sous-catégorie	Paroles culpabilisantes, un discours de moins en moins bienveillant
→ Enjeu en milieu de travail et académique	<p>À l'université je fais mes examens à part des autres...quand ils [autres étudiants et étudiantes de sa classe] l'ont su j'ai senti qu'ils étaient mal à l'aise... car voulant savoir pourquoi je les faisais séparément...considérant que j'étais "normale" à leurs yeux. (Citron, dans groupe de discussion 1)</p> <p>À ma job étudiante, j'ai souvent été affecté par ce genre de discours. Je demandais un maximum de 10 heures par semaine pour avoir du temps pour travailler sur moi-même. Or, je devais toujours finir par revenir à ma patronne en lui rappelant que je ne pouvais pas travailler 18 heures...[...] Elle m'a déjà dit qu'une fin de semaine en plein air me guérirait. (Frédéric, dans groupe de discussion 2)</p> <p>J'ai rencontré la responsable des stages de mon programme et elle m'a dit que je devrais peut-être remettre en question mon choix de devenir enseignante parce que j'étais anxieuse. (Alexe 3415, dans groupe de discussion 2)</p> <p>Des supérieur commençais toujours leurs phrase par 'on est la pour toi, je comprend[s], moi aussi j'ai vécu des moment difficile, mais il faut toujours que ca finisse par, mais tu devrais faire plus d'effort. (Zi, dans groupe de discussion 3)</p>
→ Vocabulaire de la faiblesse	<p>[Se faire] trait[er] de paresseuse, d'indécise. (Trois fleurs, dans groupe de discussion 2)</p> <p>Il ne voulait pas aller travailler, donc il est aller voir son docteur qui lui a prescrit une dépression. (Usager, dans le groupe de discussion 3)</p>
→ Manque de connaissances	<p>J'ai vraiment l'impression que les gens ont de bonnes intentions, mais que le manque de connaissance fait en sorte que les gens ne sont pas en mesure d'aider concrètement, et ils basculent dans la critique. (PK Subban, dans groupe de discussion 4)</p>
Sous-catégorie	Remise en question du diagnostic

→ Remise en doute du diagnostic	<p>Souvent, les gens auront plus tendance à me diagnostiquer autre chose que de croire que je suis atteint de dépression. (Frédéric, dans groupe de discussion 2)</p> <p>Parce qu'ils ne sont simplement pas convaincus. Ils ont une certaine image de nous qui n'est pas celle qui associe avec une personne atteinte d'une maladie mentale. Ils préfèrent alors trouver d'autres explications pour justifier le tout. (Frédéric, dans groupe de discussion 2).</p>
→ Remise en question de ce qu'est la maladie (par les autres)	<p>Parce qu'ils ne sont simplement pas convaincus. Ils ont une certaine image de nous qui n'est pas celle qui associe avec une personne atteinte d'une maladie mentale. Ils préfèrent alors trouver d'autres explications pour justifier le tout. (Frédéric, dans groupe de discussion 2).</p>
→ Minimisation de la maladie	<p>C'est pas le cancer tout de même ton affaire. (Usager, dans groupe de discussion 3)</p>
Catégorie	Un Discours stigmatisant toujours présent
Sous-catégorie	Le traitement médical comme enjeu de stigmatisation
→ Méfiance envers les traitements	<p>Des collègues d'université pensent que la médication n'est pas nécessaire.. que c'est une pilule magique.. que l'on peut très bien s'en sortir en ayant en méditant. (Alexe 3415, dans groupe de discussion 2)</p> <p>Certains pensent que c'est que pour attirer l'attention. Éviter de devoir affronter certaines situations. (Frédéric, dans groupe de discussion 2)</p> <p>Prends pas ça c'est du poison. (Pinky, dans groupe de discussion 3)</p> <p>Ça fait grossir. (Polonel, dans groupe de discussion 3)</p> <p>Il ne faut pas abimer ton corps avec ces cochonneries de médicaments!! (Moébe, dans groupe de discussion 3)</p> <p>Il m'a dit que c'était une béquille. Avec beaucoup de bienveillance il m'a conseillé de la méditation. (Jean-Luc, dans groupe de discussion 5)</p>
→ Performance à la guérison	<p>Comme si les antidépresseurs sont magiques et on n'a plus jamais de peine avec ça. (Soleil 123, dans groupe de discussion 1)</p> <p>On devrait être en mesure d'être "guéri" dès qu'on a entamé une thérapie et un traitement. (Lausanne2, dans groupe de discussion 5)</p> <p>Maintenant que ma famille sait que j'ai des médicaments et de la thérapie, on dirait qu'ils ne veulent qu'entendre que du positif de mon côté. Dans le sens où je n'ai plus le droit de ne pas être bien. (Trois petites fleurs, dans groupe de discussion 2).</p>

Sous-catégorie	Persistence du discours de la peur
→ Reprise de stéréotypes pour les maladies mentales graves	<p>J'entend[s] beaucoup de commentaires du fait que par exemple "les schizophrènes entendent des voix et tuent des gens. (Soleil 123, dans groupe de discussion 1)</p> <p>On associe à des personnes dangereuses pour la société, au stéréotype des «malades mentaux» ou «fous» qui sont souvent médiatisés pour les crimes commis sous l'impulsion involontaire de leurs «tourments» [...] La mémoire collective est plus marquée par le sensationnel .. puis le reste est généralisé. (Lausanne2, dans groupe de discussion 5)</p> <p>Dans notre société, je sens que le terme "maladie mentale" fait automatiquement penser à une personne folle / dangereuse etc. (Soleil 123, dans groupe de discussion 1)</p> <p>J'ai l'impression qu'ils pensent plus aux troubles psychologiques comme la schizophrénie ou les psychoses, [...] que pour eux maladie mentale ne fait uniquement référence [...] aux "pires". (Polonel, dans groupe de discussion 3).</p>
Catégorie	Une perception contrastée de la maladie mentale
Sous-catégorie	Une vision biaisée de la maladie
Un manque de connaissance qui empêche une perception complète des maladies mentales	<p>Beaucoup de gens ne voient pas la dépression comme une maladie mentale. (Kumquat, dans groupe de discussion 1)</p> <p>Les gens pensent que c'est dans ta tête. (Citron, dans groupe de discussion 1)</p> <p>Tu te cherches des excuses (Jean-Luc, dans groupe de discussion 5) Tu prends des antidépresseurs, ça paraît pas. (Citron, dans groupe de discussion 1)</p> <p>C'est du fakage. (Kumquat, dans groupe de discussion 1) Il y a bien plus de maladies mentales qu'on peut le croire, et on dirait que la société ne veut pas le voir. (Soleil 123, dans groupe de discussion 1)</p>
Valorisation de la performance	<p>Un gros problème, ce sont les valeurs des sociétés industrialisées et capitalistes. Car dans ces sociétés, incluant le Québec/ Canada, ce qui est valorisé, c'est l'efficacité/ productivité, le travail (quantité de travail), la performance (qualité du travail), la rapidité du travail. (Nathaliaa, dans le groupe de discussion 4)</p> <p>Changer les choses veut dire qu'il y a la nécessité de devoir changer les choses et admettre que le système ne fonctionne pas. (Moebé, dans le groupe de discussion 3)</p> <p>Tant qu'on sera sous la coupe du capitalisme et de la vénération de la productivité, les gens qui souffrent de maladie mentale et qui sont donc</p>

	parfois moins productifs seront jugés. (Polonel, dans le groupe de discussion 3)
Sous-catégorie	Remise en question de la séparation « maladie physique » et « maladie mentale »
Séparation physique et mentale	<p>Il ne devrait pas y avoir une aussi grosse division entre la maladie "physique" et "mentale", parce que bien souvent dans les faits la maladie mentale est une maladie physique incomprise. (Polonel, dans groupe de discussion 3)</p> <p>Je ramènerais les discours sur la santé mentale comme à ceux sur la santé physique. Personne ne dit à qqn avec un bras cassé de faire plus de jogging, par exemple, et les gens respectent la thérapie et le congé qui vient avec quand nécessaire. Je souhaiterais la même chose pour la santé psychologique! (Polonel, dans groupe de discussion 3)</p>
Apprendre à vivre avec	<p>Ça ne guérie pas totalement. (Alexe 3415, dans groupe de discussion 2)</p> <p>Ça change, ca fluctue, ca evolue. (Pinky, dans groupe de discussion 3)</p> <p>Il vaut mieux apprendre à vivre avec. (PK Subban, dans groupe de discussion 4)</p> <p>Présentement, je vis bien avec l'anxiété, mais je ne sais pas ce que le futur me réserve et je pourrais rechuter dans quelques mois. (Alexe 3415, dans groupe de discussion 2)</p>
Handicap	<p>J'apprends avec les manifestations, mais ça ne part jamais totalement. (Alexe 3415, dans groupe de discussion 2)</p> <p>Je souhaiterais simplement que la maladie mentale soit perçue comme une différence et non comme une maladie. (Soleil 123, dans groupe de discussion 1)</p> <p>Quelqu'un qui a un fonctionnement différent et qui lui cause certaines difficultés dans différentes sphères de sa vie. (Soleil 123, dans groupe de discussion 1)</p> <p>C'est une difficulté, plus ou moins grande, à s'adapter au monde et aux autres. La façon d'exprimer cette difficulté varie beaucoup. (Jean-Luc, dans groupe de discussion 5)</p> <p>Ca change ma façon de penser de moi, ma perception quand j'interagis avec les autres jusqu'à avoir l'impression qu'on est la pire personne sur terre. (Zi, dans groupe de discussion 3)</p> <p>C'est comme un filtre sur toute mon existence. Ça teinte mes expériences, mes réactions, mes comportements et mon énergie. Et ce n'est pas "rationnel", donc je ne peux pas seulement l'ignorer, c'est une partie de</p>

	moi, et je fais ce que je peux pour que ça ne transparaisse pas. (Polonel, dans groupe de discussion 3)
Thématique	Apprentissage d'une nouvelle réalité ; trajectoire sociale d'une personne atteinte d'une maladie mentale
Catégorie	Apprivoiser sa maladie, apprivoiser une nouvelle réalité
Sous-catégorie	L'être et sa maladie
Apprentissage	<p>Avant d'avoir été diagnostiqué pour la dépression et l'anxiété, je voyais avant tout les stéréotypes associés à la maladie mentale avant de voir les personnes derrière celle-ci. (Frédéric, dans groupe de discussion 2)</p> <p>Avant d'être exposés à la maladie mentale, j'avais ce discours. (Alexe 3415, dans groupe de discussion 2)</p> <p>Ça m'a pris du temps associer ce que je vivais avec le terme "maladie mentale" parce que cette vision extrême de ce que ça peut être n'était pas conforme. (Polonel, dans groupe de discussion 3).</p>
Culpabilité	<p>Honnêtement, je ne croyais jamais vivre un jour une quelconque maladie mentale. (Soleil 123, dans groupe de discussion 1),</p> <p>Mais je pensais que ma psy elle me jugeait et pensait "mais elle a rien à faire là elle, y a du monde qui ont plus besoin. (Kumquat, dans groupe de discussion 1)</p> <p>Pendant longtemps, je me suis senti responsable d'avoir été diagnostiqué avec une dépression et de TAG. Je me tenais responsable de ne pas l'avoir remarqué avant ou de ne pas avoir su me contrôler davantage. (Frédéric, dans groupe de discussion 2)</p> <p>Ce n'est qu'au bout de quelques sessions avec mon psychologue, quelques mois de médication et beaucoup de travail sur moi-même que j'ai terminé par comprendre que je n'étais pas responsable de ma maladie. (Frédéric, dans groupe de discussion 2)</p>
Sous-catégorie	L'entourage, un accompagnement dans une certaine limite
Bienveillance des proches	<p>Les gens très près de moi ont été soulagés de comprendre et étaient aussi contents qu'une médication existe pour cela. (Usager, dans groupe de discussion 3)</p> <p>Ils savaient que la médication n'était pas un remède magique et m'ont même fortement encouragé à consulter psychologiquement. (Usager, dans groupe de discussion 3)</p>

	<p>Du côté de ma famille, j'ai été très chanceuse malgré les incompréhensions mineures. (Trois petites fleurs, dans groupe de discussion 2)</p>
Limite de la compréhension	<p>Lorsque mon père a appris que j'avais une dépression et un burnout, il était super compréhensif, et m'a aidé chez moi. Mais lorsque c'était un nouveau diagnostic, soit l'anxiété généralisée, il n'a pas pris cela autant au sérieux que la dépression et le burnout. (Trois petites fleurs, dans groupe de discussion 2)</p> <p>Mon père a eu aussi de la difficulté à l'accepter. Lorsque je lui ai dit que j'étais en congé pour l'été à cause ma dépression, il m'a demandé pourquoi je n'ai pas seulement changé de job pour me remonter le moral. Pourtant, mon père était en accord avec le fait que je semblais pas être la même personne qu'avant » (Frédéric, dans groupe de discussion 2).</p>
L'aide des amis et famille déjà proche de la maladie mentale	<p>J'ai des amis qui me soutiennent » (Frédéric, dans groupe de discussion 2)</p> <p>Avec mes amis proches, à 100% (Trois petites fleurs, dans groupe de discussion 2)</p> <p>En leur parlant de ma condition, ils m'ont expliqué avoir opté pour le discours [bienveillant], et qu'ils pensaient même aller faire de la consultation. (Trois petites fleurs, dans groupe de discussion 2)</p> <p>Ma famille est très compréhensive surtout ma mère. Elle vit avec les mêmes troubles que moi. Donc, elle comprend que la guérison n'est pas toujours linéaire et que ça m'arrive d'avoir des mauvaises journées ou des mauvaises périodes. » (Alexe 3415, dans groupe de discussion 2) et « ma famille compris rapidement la situation. Même, c'est ma mère qui m'invita à rencontrer le docteur sur ce sujet. Il faut dire que ma mère, ma soeur et mon oncle furent tous diagnostiqués de <i>burn-out</i> par le passé. Ceci à définitivement aider à faire en sorte qu'on prenne ma situation au sérieux lorsque j'en ai parlé. (Frédéric, dans groupe de discussion 2)</p>
Catégorie	La médicalisation, passage de l'autre côté
Sous-catégorie	Une séparation
Perte de contact et perte de la réalité de la maladie	<p>J'ai l'impression que les gens qui ne sont pas en contact avec la maladie mentale ont soit[t] des préjugés, soit[t] ils prennent les gens qui souffrent en pitié et je sais pas si la discussion est forcément meilleure avec des gens qui prennent les autres en pitié. (PK Subban, dans groupe de discussion 4)</p> <p>Je pense que c'est simple : il y a ceux qui l'ont vécu (eux-mêmes ou un proche) et ceux qui ne l'ont pas vécu. (Citron, groupe de discussion 1)</p>

	<p>Selon moi, les personnes ne veulent pas de réels changements tant qu'ils n'ont pas vécu la maladie ou vu un proche dans cet état. (Usager, dans groupe de discussion 3)</p>
Traitement	<p>C'est comme si ça "officialisait" la chose je crois, car tout le monde peut vivre des émotions passagères à la dépression ou à l'anxiété, mais lorsque tu prends de la médication, c'est pour corriger un réel problème. (Trois petites fleurs, dans groupe de discussion 2)</p> <p>Les effets secondaires m'ont souvent été renvoyés au visage comme si je faisais un choix inconscient. (Polonel, dans groupe de discussion 3)</p>
Rejets des « autres »	<p>Honnêtement, j'aurai envie d'expliquer, mais je n'ai plus la patience. J'ai trop vécu le regard "tu te cherches des excuses" pour me lancer dans les explications. Alors, je souris poliment et je ne dis rien. (Jean-Luc, dans groupe de discussion 5)</p>
Sous-catégorie	Une nouvelle union
Intergroupe avec des personnes semblables	<p>Je crois que les gens qui ont soufferts de symptômes semblables peut connecter sur un autre niveau en partageant leurs souffrances ainsi que ce qu'ils ont gagné de cette expérience de vie. C'est pour ça que d'en parler (entre "nous" ET avec ceux qui ne comprendront jamais) permettrait d'aider tout le monde à mieux accepter. (Nataliaa, dans groupe de discussion 4)</p> <p>Je trouve qu'il y a facilement un effet intragroupe. Entre personnes touchées on trouve plus facilement les mots. Et c'est un discours moins "générique" que celui [de la vidéo]. Plus spécifique à ce qu'on vit. (Jean-Luc, dans groupe de discussion 5)</p> <p>Même si la personne n'a pas le même trouble que moi, c'est pas grave parce que elle en apprend plus sur ma condition. (JMB, dans groupe de discussion 1)</p> <p>J'en parle avec des amis proches, qui ont eux aussi des "maladies mentales" (bipolarité, asperger, trouble de la personnalité, etc.), ça me permet d'en apprendre plus sur moi pour gérer mon anxiété et mon stress. (JMB, dans groupe de discussion 1)</p>
Traître	<p>Je ne sais plus quel humoriste avait fait une vidéo ou il parlait de maladie mentale...Ça commençait bien, et puis ça a viré au discours anti médicament... Ça m'a un peu mis en colère (ok, beaucoup en fait). Peut-être l'impression d'être "trahi" par quelqu'un qui était passé par là. (Jean-Luc, dans groupe de discussion 5)</p>
Sous-catégorie	Une nouvelle réalité

<p>Difficulté à se positionner en tant que personne malade</p>	<p>Je ne sais pas comment je réussirais à donner une définition personnelle aux autres, j'ai de la misère à me la définir à moi-même. (Pinky, dans groupe de discussion 3)</p> <p>Nous ne sommes pas capables de saisir aisément [notre réalité de malade]. (PK Subban, dans groupe de discussion 4)</p>
<p>Vulnérabilité</p>	<p>J'ai l'impression que de parler de maladie mentale provoque un malaise. (Soleil 123, dans groupe de discussion 1)</p> <p>J'ai l'impression que quand je parle de ma condition, la perception de moi qu'ont les autres change. (Citron, dans groupe de discussion 1)</p> <p>Moi ça me fait sentir différente (je le suis), mais je ne veux pas qu'on me traite ainsi. (Soleil 123, dans groupe de discussion 1)</p>
<p>Colère</p>	<p>Maintenant si quelqu'un dit un commentaire pas nice sur les maladies mentales je vire en mode pitbull. (Citron, dans groupe de discussion 1)</p> <p>J'ai malheureusement tendance à envoyer promener les gens qui me font un double discours. (Pinky, dans groupe de discussion 3)</p>
<p>Porte-voix</p>	<p>J'avais commencé à aller sur quora pour répondre aux questions de ma condition et j'ai trouvé ça très aidant. Je devenais une espèce de "advocate" de ma situation [...] J'avais l'impression de pousser le mouvement. (Citron dans groupe de discussion 1)</p>
<p>Revendication Sur le système de santé</p>	<p>Un problème dans l'accompagnement. (Zi, dans groupe de discussion 3)</p> <p>Des services [...] pas plus accessibles. (Soleil 123, dans groupe de discussion 1)</p> <p>L'accessibilité à un psy à l'université est horrible. (Citron, dans groupe de discussion 1)</p> <p>Je suis allé au privé, car ça urgeait et j'ai payé très cher durant des mois. (Citron 123, dans groupe de discussion 1)</p> <p>Il est difficile d'avoir accès à un médecin de famille pour s'assurer d'un suivi. C'est bien beau avoir un diagnostic, mais s'il n'y a pas de suivi qui est fait de la part d'un professionnel, ça ne sert à rien. (Alexe 3415, dans groupe de discussion 2).</p>

Annexe 5 : Certificat éthique

Comité d'éthique de la recherche en arts et humanités (CERAH)

5 avril 2019

Objet: Approbation éthique – « Stigmatisation de la maladie mentale chez les étudiantes et étudiants universitaires : compréhension de deux discours en tension »

Madame Doutrelant,

Le Comité d'éthique de la recherche en arts et humanités (CERAH) a étudié le projet de recherche susmentionné et a délivré le certificat d'éthique demandé suite à la satisfaction des exigences précédemment émises. Vous trouverez ci-joint une copie numérisée de votre certificat. Nous vous invitons à faire suivre ce document au technicien en gestion de dossiers étudiants (TGDE) de votre département.

Notez qu'il y apparaît une mention relative à un suivi annuel et que le certificat comporte une date de fin de validité. En effet, afin de répondre aux exigences éthiques en vigueur au Canada et à l'Université de Montréal, nous devons exercer un suivi annuel auprès des chercheurs et étudiants-chercheurs.

De manière à rendre ce processus le plus simple possible, nous avons élaboré un court questionnaire qui vous permettra à la fois de satisfaire aux exigences du suivi et de nous faire part de vos commentaires et de vos besoins en matière d'éthique en cours de recherche. Ce questionnaire de suivi devra être rempli annuellement jusqu'à la fin du projet et pourra nous être retourné par courriel. La validité de l'approbation éthique est conditionnelle à ce suivi. Sur réception du dernier rapport de suivi en fin de projet, votre dossier sera clos.

Il est entendu que cela ne modifie en rien l'obligation pour le chercheur, tel qu'indiqué sur le certificat d'éthique, de signaler au CERAH tout incident grave dès qu'il survient ou de lui faire part de tout changement anticipé au protocole de recherche.

Nous vous prions d'agréer, Madame, l'expression de nos sentiments les meilleurs,

Pierre Martin, président
Comité d'éthique de la recherche en arts et humanités (CERAH)
Université de Montréal

c. c. Gestion des certificats, BRDV
Stéphanie Fox, professeure adjointe, FAS - Département de communication

p. j. Certificat #CERAH-

adresse postale
C.P. 6128, succ. Centre-ville
Montréal QC H3C 3J7

adresse civique
3333, Queen Mary
Local 220-6
Montréal QC H3V 1A2

Téléphone : 514-343-5925
cerah@umontreal.ca
www.umontreal.ca

Comité d'éthique de la recherche en arts et humanités (CERAH)

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche en arts et humanités (CERAH), selon les procédures en vigueur, en vertu des documents qui lui ont été fournis, a examiné le projet de recherche suivant et conclu qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la Politique sur la recherche avec des êtres humains de l'Université de Montréal.

Projet	
Titre du projet	Stigmatisation de la maladie mentale chez les étudiantes et étudiants universitaires : compréhension de deux discours en tension
Étudiante requérante	Solène Doutrelant , candidate à la maîtrise, FAS - Département de communication
Sous la direction de	Stéphane Fox, professeure adjointe, FAS - Département de communication, Université de Montréal
Financement	
Organisme	Non financé

MODALITÉS D'APPLICATION

Tout changement anticipé au protocole de recherche doit être communiqué au Comité qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique.

Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave doit être immédiatement signalé au Comité.

Selon les règles universitaires en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi est disponible sur la page web du Comité.

	5 avril 2019 Date de délivrance	1^{er} mai 2020 Date de fin de validité
Pierre Martin, président Comité d'éthique de la recherche en arts et humanités (CERAH) Université de Montréal	1^{er} mai 2020 Date du prochain suivi	

ⁱ Où une personne tient un discours non stigmatisant, mais garde une idée stéréotypée de la maladie mentale par exemple) ?