

Université de Montréal

« Tout perdre » :

Causes sociales des problèmes de santé mentale à travers le récit de vie de
personnes en situation d'itinérance.

par

Pierre-Luc Lupien

Département de sociologie

Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Maître ès Sciences (M.Sc.)
en sociologie

Avril 2013

© Pierre-Luc Lupien, 2013

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Ce mémoire intitulé :

« Tout perdre » :

Causes sociales des problèmes de santé mentale à travers le récit de vie de
personnes en situation d'itinérance.

Présenté par :

Pierre-Luc Lupien

évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Estelle Carde

Président-rapporteur

Christopher McAll

Directeur de recherche

Paul Sabourin

Membre du jury

Résumé

Alors que, dans les années soixante, l'étude des conditions sociales dans leurs conséquences sur la santé mentale semblait une voie d'avenir pour la recherche psychiatrique (Sicot, 2001), il semble que, dans le contexte actuel, elle soit redevenue « hors propos ». Dans ce contexte où la plupart reconnaissent l'hégémonie de l'approche biologique en psychiatrie, quelle place peut être réservée aux conditions sociales pour expliquer l'origine des problèmes de santé mentale?

Plusieurs auteurs, issus de la psychiatrie et des sciences humaines, se sont attardés à cette question. De leur avis, certaines conditions sociales, comme celles vécues par les bonnes à tout faire, les assistés sociaux, les immigrants, seraient particulièrement propices au développement de problèmes de santé mentale. Il est proposé dans ce mémoire de se concentrer sur l'impact d'une condition sociale particulière, l'itinérance, sur la santé mentale des personnes qui la vivent. Au terme d'une recension des écrits, des auteurs comme Furtos (2007) ont conclu que l'itinérance, en tant que forme extrême d'exclusion sociale, est à même d'engendrer des problèmes de santé mentale.

Toujours avec l'objectif de répondre à la question de l'impact des conditions sociales sur la santé mentale, ce mémoire s'intéresse au point de vue des premières concernées, c'est-à-dire celui des personnes en situation d'itinérance ayant des problèmes de santé mentale. Sur le plan méthodologique, il se fonde sur 10 récits de vie de participants au projet Chez soi, projet de recherche et démonstration sur la santé mentale et l'itinérance de Montréal. Ce mémoire met en lumière les facteurs explicatifs soulignés par les participants au fil de leurs récits de vie et les compare à ceux identifiés dans la littérature se situant dans le courant sociogénétique.

Mots-clés : Sociogenèse des problèmes de santé mentale, condition socio-économique, pauvreté, facteurs sociaux, itinérance, étiologie, psychiatrie, santé mentale

Abstract

During the 1960s, the study of the impact of social conditions on mental health seemed to be a logical path for psychiatric research (Sicot, 2001), it seems that it has once again become "irrelevant" in the present context. In a context wherein most are acknowledging the biological approach in psychiatry, where is the role of social conditioning to explain the roots of mental health issues?

Many authors from the field of social sciences and psychiatry have addressed that issue. From their perspective, specific social conditions, immigration, welfare recipients or housekeepers are particularly favorable to mental illness. The objective of this Dissertation is to focus on the impact of homelessness on the mental health of people living with that condition. Authors such as Furtos (2007) have acknowledged that homelessness - as an extreme form of social exclusion- can readily generate mental health disorders.

Keeping with the objective of addressing the issue of the consequences of social conditioning on mental health, the aim of this Dissertation is to present the views of homeless people living with mental health problems. The methodology used is based on the life histories of 10 participants in the At home initiative, a research and demonstration project in Montreal. The objective of the Dissertation is to identify explanatory factors brought by participants during the sharing of their life stories and to compare them with the available and current sociological data in the field of socio-genesis.

Keywords : Socio-Genesis of Mental Health Disorders; Socio-Economic Background; Poverty; Social Factors; Homelessness; Etiology; Psychiatry; Mental Health

Table des matières

Résumé	i
Table des matières	iv
Exergue	vii
Remerciements	viii
Introduction	1
Chapitre 1 : La sociogenèse des problèmes de santé mentale	3
Définir la santé mentale et les facteurs sociaux	3
La genèse de la sociogenèse	6
L'âge d'or de la sociogenèse	9
La sociogenèse contre la psychogenèse	18
Actualité de la sociogenèse	20
L'itinérance comme facteur sociogénétique ?	23
Chapitre 2 : Itinérance et santé mentale : le sens de la relation	26
État de la situation	27
Modèles explicatifs	31
De la maladie mentale à la rue	31
La rue qui « désocialise »	34
Conclusion	42
Chapitre 3 : Le discours des personnes concernées	44
Un discours incompréhensible	44
Un discours producteur et porteur de sens	47
Un discours stratégique	54
Un discours comme forme de savoir	61
Conclusion	64
Chapitre 4 : Reformulation de la question et méthodologie	65
Reformulation de la question	65

Méthodologie.....	72
Les limites de la démarche de recherche	79
Chapitre 5: Conceptions étiologiques et trajectoire de vie des participants	85
Le thème de la santé mentale.....	85
Avant la rue	89
Foyer familial	89
Foyer conjugal	94
La mort de proches	100
Foyer en milieu hostile	101
Le choc de l'arrivée à la rue	104
La vie à la rue	106
Dimension matérielle et relationnelle.....	106
Changements relationnels.....	108
L'usure de la rue	113
Retrouver une vie normale?.....	116
Conclusion.....	117
Chapitre 6: Retour sur la littérature	119
Le point de vue des auteurs :les tensions entre modèles explicatifs.....	119
La tension biologique versus psychosociale.....	119
L'approche structurelle et l'itinérance.....	123
Ce qui ressort des récits	124
Mise en parallèle.....	130
Définitions des réalités	130
Perspectives sur ces réalités.....	133
« J'avais une vie normale » et perte des objets sociaux	135
Conclusion : Avoir ou ne pas avoir une vie normale ?.....	138
Conclusion : L'inquiétante normalité des « itinérants malades mentaux ».....	140

À mon frère, Dominic Lambert

« J'étais sans logis, non pas que je cherchais un abri fait de pierres mais un cœur qui comprenne, qui réchauffe, qui aime. »

- Mère Térésa, repris d'une affiche laissée par un pair-agent de recherche du Projet Chez soi.

Remerciements

Je m'apprête à faire de longs remerciements. Je dois commencer par remercier M. Robert Sévigny. L'idée de revenir aux études à la maîtrise en sociologie m'a été inspirée par lui. J'avais écouté un témoignage audio de M. Sévigny sur le site de la revue *Santé mentale au Québec* où il expliquait ce qu'était le « métier » de psychosociologue. Je suis alors entré en contact avec lui. Il a très généreusement accepté de me rencontrer alors qu'il sortait à peine d'une hospitalisation et était alors encore en convalescence. Il m'a orienté dans mes démarches de retour aux études. C'est lui qui m'a suggéré de rencontrer M. McAll, qui est le directeur de ce mémoire de maîtrise.

J'enchaîne donc avec tous mes remerciements envers M. McAll. Il m'a accueilli à bras ouverts dans le centre de recherche qu'il dirige. Il m'a rapidement accordé toute sa confiance. Il m'a offert l'accès à un local au CLSC (Centre local de santé communautaire) et m'a pris comme agent de recherche presque aussitôt après un stage. Il m'a aussi offert de travailler sur le projet *Chez soi*, ce qui m'a permis de couvrir mes frais de scolarité et de subvenir à mes besoins pendant les trois années de mon périple à la maîtrise. Je dois aussi témoigner toute ma gratitude envers M. McAll pour les nombreux voyages qu'il m'a été possible de réaliser en étant associé au centre dont il a la charge. Pendant ces trois années, il m'a été donné à trois reprises de traverser l'océan pour échanger avec des collègues français, belges et allemands. Lors de mon dernier périple, j'ai eu la chance de m'entretenir avec des homologues œuvrant dans le domaine de la santé mentale. En plus des voyages, M. McAll m'a initié à sa passion pour l'art. Il m'a aussi fait partager sa grande mission de joindre le monde des arts avec celui de l'intervention sociale. Je mesure encore difficilement tous les apports de M. McAll à mon cheminement comme chercheur et comme personne.

Toujours dans l'ordre des mentors, je dois souligner toute ma reconnaissance envers le père Lacoste. Je me dois de souligner notre rencontre au caractère providentiel. C'est grâce à des circonstances dépassant presque l'entendement que j'ai eu l'énorme chance de nouer une relation profonde avec cet homme de foi et de science, fondateur du département de sociologie pour lequel je dépose ce mémoire. Cette relation, avec ses très multiples aspects (relation étudiant-professeur, intergénérationnel, relation laïc-religieux), continue d'être l'occasion de riches échanges intergénérationnels sur la société québécoise d'hier à aujourd'hui. L'influence de cette relation est subtilement présente dans les pages de ce mémoire. *Fide slendet et scientia* (Elle rayonne par la foi et la science), je rappelle la devise de notre Université pour illustrer le thème récurrent de nos échanges. Foi et science; c'est sans aucun doute, une grande leçon que j'ai tirée de ce mémoire, à savoir que la foi n'était pas nécessairement hostile aux savoirs scientifiques et vice et versa. C'est ce que j'ai trouvé dans la personne du père Lacoste. C'est donc avec un plus grand respect et une plus grande conscience des enjeux de la croyance que j'ai tenté d'aborder mon objet d'étude sur les conceptions des causes des problèmes de santé mentale. Il m'a aussi appris le sens du sacré qui est au fond de toute personne et qui fait, pour paraphraser Jean Vanier, créateur de l'Arche, de « toute personne » une « histoire sacrée ».

Je voudrais profiter de l'occasion pour souligner l'excellent travail de Véronique Denis, coordonnatrice de recherche, et à son équipe d'agents de recherche du Projet Chez soi de Montréal : Alexandra, Christian, Marc-Antoine, Ashley, Jean-Marie et Joanie. Par extension, je tiens à souligner le travail des autres équipes du volet qualitatif des villes de Moncton, Toronto, Winnipeg et Vancouver. Je désire aussi manifester ma reconnaissance à la Commission pour la Santé Mentale du Canada (CSMC) et à son initiateur, le sénateur Kirby. Ce dernier représente un exemple de ce que des personnes dotées d'influence peuvent accomplir en faveur des personnes tenues dans l'oubli.

Mes remerciements vont aussi pour la troupe de théâtre-intervention Mise-au-jeu, plus spécifiquement les participants au projet *Main tendue*. Ils ont eu un rôle premier dans l'enracinement de ce mémoire dans l'expérience des personnes. Ils m'ont sorti de ma zone de confort. Ils m'ont confronté concrètement aux problèmes de la vie à la rue. Ils m'ont remis en question à plusieurs reprises. Ils m'ont révélé de profondes vérités. Je me souviens des réflexions de Sally citant Bob Dylan : « Tu peux tuer quelqu'un avec de la gentillesse ». Ou encore d'Ozzy qui s'était présenté à nous comme suit : « Je suis un miracle, un miracle parmi tant d'autres. »

Sur cette route escarpée du mémoire, je dois aussi remercier mes ami-es. Je remercie d'abord mon ami Dominic qui est pour moi un véritable frère. Entre deux blagues du film *Elvis Gratton*, il m'a conscientisé à sa réalité, celle d'entendre des voix et d'évoluer dans des mondes parallèles. Sans lui, je ne me serais pas questionné au point de faire un mémoire sur la santé mentale. Je remercie aussi mon colocataire Fred avec qui les moindres interactions du quotidien peuvent devenir prétextes à des discussions sur l'avenir de la société québécoise, sur la psychanalyse et la conception du réel chez Lacan ! Je remercie Antoine, alpiniste de Savoie et chercheur émérite. Il a pris de son temps pour lire mes premiers chapitres remplis de digressions et m'aider à synthétiser mon propos. Il m'a aussi reçu chez lui, en France ! Je remercie Baptiste pour les nombreux échanges et conseils. Je tiens aussi à remercier Aude pour son sens de l'humour, son calme et sa profonde humanité ; Valérie, pour son sens de l'organisation et sa grande attention à son entourage. Enfin, Marie-Christine, qui fait preuve d'un sens profond de l'engagement et qui m'a souvent remotivé en fin de mémoire. Salutations à Marcio, lui aussi, à qui je souhaite le meilleur dans l'accomplissement de son mémoire qui portera sur le projet *Chez soi*. Merci aussi à Isaline, collègue de sociologie, pour ses commentaires et ses discussions. Et,

pour ne pas l'oublier, car je ne l'oublierai jamais, merci à Marc-André. En travaillant avec lui, j'ai eu l'occasion d'être en contact avec une personne d'un charisme presque mystique, d'une profonde sensibilité et d'une intelligence doublée d'un sens de l'observation qui lui vaudrait assurément un doctorat honorifique en sociologie. J'ai été profondément renversé de rencontrer une personne avec un aussi grand potentiel mais à ce point hypothéqué par les blessures du passé et l'usure de la vie à la rue. Je ne peux qu'avoir une pensée pour lui et l'ensemble des personnes qui vivent la même chose que lui. Ce mémoire leur est dédié.

Je remercie ma famille. En écrivant ce mémoire, j'ai eu une pensée pour mes grands-parents. Je pense à ma grand-mère du côté paternel, qui est venue au monde dans un hangar, née d'une famille sans domicile au milieu de la grande crise des années trente. Elle a connu une vie difficile, le travail manufacturier dès l'âge de 12 ans, l'invalidité de son mari et l'obligation d'entretenir une famille de cinq enfants avec un seul revenu. Son histoire est la première histoire de vie que j'ai analysée dans le cadre de mon baccalauréat en sociologie. Je pense aussi à mes grands-parents maternels et à leur sagesse paysanne, sagesse qui n'a rien à envier aux formes plus « académiques » de sagesse. Ce sont leurs combats qui m'ont mené là, ce sont leurs sacrifices. Bien sûr, j'ai eu les miens, mais sans les leurs, je n'aurais pas réalisé les miens. Somme toute, plus j'étudie la sociologie et plus je constate à quel point la famille est une assise précieuse dans la vie. Elle constitue une base essentielle de support et d'encouragement. Je réalise la chance considérable de pouvoir compter sur eux. Ce mémoire est une fleur délicate qui serait difficilement éclosée sans être entretenue. En connaissant la vie des personnes à la rue, je me suis aperçu de la ténacité des liens familiaux, qui demeurent souvent quand tout le reste a disparu. Je remercie mon père. Sans son soutien et son appui indéfectible dans tous mes projets, je ne serai pas là en train de remettre ce mémoire. Je tiens aussi à souligner sa grande ouverture d'esprit

dans mes choix académiques. Il ne m'a jamais découragé d'aller vers la sociologie, une discipline qui n'a pas nécessairement une voie professionnelle évidente en dehors de l'université. Je remercie aussi Hélène, qui n'a jamais cessé de jouer pleinement le difficile rôle de mère depuis la séparation de mes parents. Dans le cadre de ce mémoire, elle m'a accueilli dans le Nord pour des séances intenses d'écriture. Je remercie aussi ma mère, Nicole, et son conjoint, Robert, pour leur support, pour les provisions de nourriture « fait maison » qu'ils m'ont donnée et pour les soupers en leur compagnie. Enfin, je remercie aussi mon beau-père Richard, professeur en communication, qui a réalisé la lecture et la correction de mes premières épreuves.

Pour marquer la fin de ces longs remerciements, merci à Geneviève.

Introduction

Au centre-ville de Montréal, hurlant au milieu de la rue, dans un dialogue avec lui-même, une personne aux vêtements usés et sales attire les regards des passants médusés. Cette scène est devenue quasiment familière dans les grands centres urbains du Canada. Ces brefs moments de crise font réapparaître ces personnes dans l'espace public. Elles y sont désignées comme « itinérants malades mentaux » (Lovell, 1997). Visibles seulement l'instant d'une crise ou d'un comportement perçu comme étrange, ces personnes demeurent dissimulées. Au plan social, celles-ci restent cachées derrière le double stigma de l'« itinérant malade mental ». Au plan géographique, elles sont la plupart du temps difficiles d'accès. Elles fréquentent les « non-lieux ». Elles se contentent de traverser rapidement les divers espaces publics et commerciaux de nos centres-villes. Pour reprendre l'expression de la sociologue Caroline Knowles, « elles demeurent invisibles à l'exception des moments où elles attirent l'attention sur elles par leurs performances erratiques de « comportements fous » (Knowles, 2000 :23).

Le questionnement de départ de ce mémoire porte sur les raisons qui font que des personnes se retrouvent dans cette situation. Quelle est leur histoire de vie ? Comment sont-elles arrivées là? Ce qui fait l'originalité de ce mémoire, c'est qu'il ose aussi poser la question aux personnes qui vivent cette situation. Comment s'expliquent-elles leurs problèmes ? Est-ce qu'elles se perçoivent comme ayant des problèmes de santé mentale?

Ce mémoire est l'occasion de mettre en dialogue deux mondes, celui de la recherche portant sur la santé mentale et celui de la rue, sur la question de l'impact de la condition sociale sur la santé mentale.

Le premier chapitre portera sur l'hypothèse sociogénétique, sur ses précurseurs et sur les grands travaux qu'elle a inspirés. Comme un large éventail de situations

sociales peut être considéré comme susceptible d'engendrer des problèmes de santé mentale, ce mémoire s'est rapidement concentré sur une situation particulière, l'itinérance. Ce choix particulier s'explique en raison de la grande attention qu'elle suscite dans les actualités québécoise et canadienne, mais aussi en raison de l'accès privilégié aux données issues d'un vaste projet d'étude et de démonstration sur la santé mentale et l'itinérance, le projet Chez soi. Le contexte de cette recherche est apparu comme une occasion à saisir pour explorer les implications d'une condition sociale donnée, ici l'itinérance, sur le développement de problèmes de santé mentale. Le chapitre deux portera justement sur la littérature ayant traité des liens de causalité entre l'itinérance et la santé mentale.

Au chapitre trois, nous allons passer aux discours des personnes et à la valeur que la recherche leur accorde. Finalement, le chapitre quatre est consacré à l'exposition de notre cadre théorique et de notre méthodologie. Nous allons notamment y rediscuter de la valeur du savoir d'expérience des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Le chapitre cinq sera consacré à l'analyse des récits de vie des participants et plus spécifiquement aux explications que ces derniers ont fournies de leurs problèmes de santé mentale. Le dernier chapitre, le chapitre six, permettra de revenir à la question de départ et de mettre en parallèle le point de vue de la recherche et celui des participants sur la question de la sociogenèse des problèmes de santé mentale.

Chapitre 1 : La sociogenèse des problèmes de santé mentale

« Ni en psychiatrie ni en psychanalyse on n'avait coutume de questionner les patients sur les conditions sociales qui leur étaient faites. On savait qu'il y avait de la pauvreté et de la misère dans leur cas. Mais cela paraissait hors de propos. » (Reich, 1997[1927] : 65)

« Est-ce que la société peut rendre fou ? » Cette question, celle de la sociogenèse des problèmes de santé mentale, est le point de départ de ce mémoire. Elle pourrait être reformulée ainsi; en quoi certains facteurs et conditions sociales peuvent engendrer des problèmes de santé mentale ?

Définir la santé mentale et les facteurs sociaux

Dans la littérature consultée, cette question pose d'abord des problèmes de définition. Il faut bien savoir ce qu'on entend par « santé mentale » et « facteurs sociaux ». Concernant ces derniers, la liste des facteurs sociaux identifiés comme susceptibles d'affecter la santé mentale est plutôt longue. Bibeau (1989) n'en identifie pas moins de neuf. Il mentionne les facteurs reliés aux liens familiaux et aux autres liens sociaux significatifs, aux contextes de vie, à l'environnement social. Il nomme aussi les facteurs d'ordre socio-économique surtout en lien avec la pauvreté et ceux liés aux facteurs sociodémographiques comme l'âge et le sexe. Il n'oublie pas les variables d'ordre religieux et culturel ainsi que celles liées à l'appartenance à des groupes sociaux ostracisés. Il faut spécifier comme le souligne Sicot (2001) que même lorsqu'il s'agit d'un facteur social spécifique, par exemple la pauvreté, il est encore possible de distinguer plusieurs autres sous-facteurs.

« Qu'est-ce qui dans la situation sociale pourrait causer la maladie ? Cette question est d'abord celle de la discrimination de l'indicateur pertinent mais aussi celle du processus étiologique en cause. En effet, est-ce que ce sont les frustrations, le manque d'argent, l'absence de communication, l'extrême isolement et le stress, le stress et la socialisation, les conditions de travail, le rapport au travail, le manque

de support social, l'infériorisation ou l'absence de pouvoir... qui, au-delà des indicateurs expliquent la maladie ? » (Sicot, 2001 : 66)

Ensuite, il faut aussi spécifier que la définition de « santé mentale » est loin d'être aussi univoque qu'un concept scientifique dûment défini. Tout d'abord, la notion est plutôt relative sur le plan sociohistorique. L'histoire de la psychiatrie démontre aisément que la définition des « problèmes de santé mentale » n'a pas toujours été la même et qu'elle varie selon les époques et les sociétés. Dans le contexte des sociétés occidentales, le discours médical sur ce qui était appelé la « folie » émerge de l'univers de sens chrétien, où celle-ci tendait à être expliquée dans des termes surnaturels¹ ou métaphysiques (Cellard, 1991 :51; Engel, 1977 :131; Foucault, 1972 [1961] : 51). C'est au XVIIIe siècle que s'amorce un « divorce définitif entre le naturel et le surnaturel dans l'attribution des causes de la folie » (Cellard, 1992 : 76). Depuis, les définitions de la folie n'ont cessé d'être révisées. L'histoire de la psychiatrie québécoise est illustrative de ces nombreux changements de définitions au sens de champ psychiatrique. Boudreau (2003) explique, dans *De l'Asile à la santé mentale*, qu'en 40 ans d'histoire, le système psychiatrique est passé successivement par trois grandes définitions officielles de la maladie mentale. Elle les résume ainsi: celle d'avant 1961 où la psychiatrie était à la charge de l'Église catholique voulant que « la folie soit un don (punition) de Dieu qui ne se guérit pas », celles de l'âge d'or psychiatrique de 1962 à 1971 stipulant que « la maladie mentale est une maladie comme les autres » et que par conséquent, elle se guérit, puis finalement, celle qui domine encore aujourd'hui, formulée par la positive, voulant que « la santé mentale soit un droit de tous » qui

¹ « Le Diable donc peut rendre l'individu fou. Cependant, il ne semble pas en être forcément la cause directe, mais serait plutôt responsable d'avoir provoqué une maladie ou un malheur qui s'appelle la folie. Comme l'a dit Ceard, « le surnaturel démoniaque [au XVIIe siècle en France] ne s'oppose pas à la nature, il l'utilise. » Non seulement le surnaturel démoniaque, mais aussi le surnaturel divin, devrait-on ajouter, car l'on conçoit Dieu, plus souvent encore que Satan, responsable de folie. » (Cellard, 1991 :52)

implique l'importance de la prévention et la liberté du patient dans le choix de son traitement (Boudreau, 2003 : 56). D'après bien des auteurs comme Castel (1986), l'emploi répandu du terme « santé mentale » est relativement récent et marque un changement d'orientation par rapport au champ d'intervention de la psychiatrie.

« La santé mentale rompt, par conséquent, avec le modèle de « réparation » de la psychiatrie classique, qui repose sur le traitement des pathologies mentales. Elle déplace le champ d'intervention de la psychiatrie hors de l'hôpital – ce lieu traditionnellement clos tiraillé entre des objectifs contradictoires de guérison, de soins en milieu fermé et de contrôle social- vers une entité géographique et morale, parfois désignée par le vocable « communauté » et, depuis peu, par celui de « proximité ». Bref, elle jette un pont entre la psychiatrie (fondée sur la relation patient-soignant) et la santé publique (élaborée au niveau de la population, dans une optique politique). » (Castel, 1986 : 6)

Le concept de santé mentale possède une multitude de sens. Même sa définition ne fait pas l'unanimité parmi les cliniciens et chercheurs en santé mentale. Vaillant (2004) identifie plus de six définitions du concept. Vaillant mentionne une première définition en terme de normalité, une normalité définie en terme de capacité à bien fonctionner dans la société; une seconde définition fondée sur la psychologie humaniste qui met l'accent sur la réalisation de soi; une troisième définition inspirée d'Erikson qui accorde une première importance à l'acquisition de l'autonomie et de la maturité, une quatrième définition met l'emphase sur la notion d'intelligence émotionnelle, une cinquième définition considère d'abord le bien-être subjectif et puis finalement, une sixième définition la conçoit en terme de résilience et de capacité à surmonter des épisodes de détresse. À cette polysémie, la notion de santé mentale possède aussi un caractère normatif indéniable. Elle ne se contente pas de rendre compte d'un comportement, cette notion donne une définition de ce que « devrait être » le comportement normal des individus. Sa définition reste aussi imprégnée des normes et des valeurs propres aux sociétés dans lesquelles elle est élaborée. À ce propos, une fine analyse de

contenu du DSM-IV (*Diagnostic and statistical manual*), guide de diagnostic psychiatrique, révèle les systèmes de croyance dissimulés derrière la nosographie psychiatrique américaine (Crownes, 2000). L'auteure identifie quatre croyances principales: 1) la productivité : l'importance du travail et de la croissance économique transparaît dans le DSM, on ne cesse de rappeler l'impact néfaste de la maladie mentale sur la réalisation professionnelle ; 2) l'individualisme : la maladie mentale est souvent traduite en termes de « perte des frontières du moi », d'une trop grande fusion avec l'autre, d'une trop grande proximité conduisant à la dépersonnalisation, à l'oubli de soi; 3) l'équilibre et la modération : la maladie mentale s'est décrite en terme d'excès, d'instabilité des émotions, d'absence de contrôle sur celles-ci ; 4) la rationalité ; la maladie mentale est synonyme de perte de la raison, d'agissements ne pouvant être expliqué à partir d'un cadre conventionnel et d'idées bizarres ou de pensées délirantes (Crownes, M., 2000).

La genèse de la sociogenèse

Les définitions du « social » et de la « santé mentale » possèdent donc plusieurs acceptions, ce qui complique la tâche des chercheurs qui voudraient valider l'hypothèse d'un impact des facteurs sociaux sur la santé mentale. Pour éclairer notre démarche, il importe par conséquent de mieux comprendre comment cette hypothèse s'est élaborée. Ehrenberg et Lovell (2001) affirment que c'est dans les années 1930 que les premiers précurseurs de ce modèle articulent leur pensée. Les auteurs mentionnent l'exemple d'Adolf Meyer, neurologue et psychiatre, qui, durant l'entre-deux-guerres, conçoit les troubles mentaux, non pas comme des entités morbides, fixées et d'origine organique tel que l'entendaient des psychiatres comme Kraepelin, mais comme des réactions à des situations vécues. Meyer oppose par exemple à l'entité nosographique « schizophrénie » l'idée de « réactions schizophréniques ». Sa notion de réaction laisse entendre que les troubles mentaux doivent être compris en se référant au rapport entre le sujet et son environnement. Autrement dit, Meyer pose la pathologie comme étant

exogène, c'est-à-dire la réponse de l'organisme à une atteinte extérieure. Il ouvre donc la porte à l'étude des situations sociales extérieures ou des événements de vie susceptibles de réaction pathologique. Selon Ehrenberg et Lovell (2001), Meyer est l'un des premiers à avoir considéré la pathologie mentale dans sa dimension sociale et à avoir développé une approche de prévention à l'échelle de la société. Il est à l'origine du premier mouvement pour l' « hygiène mentale ».

Selon Dorvil (2007), Wilhelm Reich, psychanalyste considéré par Freud comme un de ses plus brillants élèves, serait un autre important précurseur de la thèse sociogénétique. À partir de son expérience clinique auprès des classes populaires, il en conclut que la thérapie individuelle a un rayon d'action très limité compte tenu des conditions sociales qui ne cessent de générer massivement la pathologie mentale (Reich, 1997[1927]) :66-65). Il note aussi de l'absence de réflexion sur les conditions sociales en psychiatrie. Il soutient avec vigueur que ses patients vivant en situation de pauvreté ont prioritairement besoin d'aide sociale et ce, avant toutes formes de psychothérapie individuelle (Reich, 1997[1927]). En 1927, le psychanalyste constate amèrement :

« On savait qu'il y avait de la pauvreté et de la misère dans leur cas [celui des personnes des milieux populaires]. Mais cela paraissait hors de propos. Dans la clinique, cependant, on se trouvait constamment mis en présence de ces facteurs. Souvent l'aide sociale était la première intervention qui s'imposait. La différence fondamentale entre la clientèle privée et la clientèle d'hôpital parut soudain évidente. Après deux ans de travail à la clinique, j'acquis la conviction que la psychothérapie individuelle a un rayon d'action très limité. » (Reich, 1927 : 65)

L'idée que la société puisse engendrer la folie ne date pas d'hier. D'après certains historiens que nous avons consultés comme Cellard (1991), cette idée est déjà présente en filigrane dans l'œuvre de Pinel, le père fondateur de la psychiatrie. Ce dernier soutenait entre autres que la « civilisation urbaine » constituerait un environnement particulièrement néfaste sur plan mental. D'après lui, la vie des

viles serait source d'une surexcitation des sens potentiellement nocive. Pinel affirmait aussi que la vie sociale intense qu'on commençait à y retrouver serait propice à la création de besoins démesurés, source de frustrations et par conséquent, de basculement dans la folie.

Malgré ces quelques précurseurs, selon la plupart des auteurs consultés comme Otero (2010), Billiard (2001) et Lantéri-Laura (2004), il faut attendre l'« après Seconde Guerre mondiale » avant que l'hypothèse sociogénétique soit réellement considérée dans les débats étiologiques au sein de la psychiatrie. Le colloque de Bonneval en 1946 est souvent cité comme le moment de l'entrée en scène de la thèse sociogénétique au sein de la psychiatrie contemporaine. Celui-ci réunit une trentaine de cliniciens, parmi lesquels figurent les principaux représentants de la psychiatrie française de l'époque, pour aborder la question de la « causalité psychique des troubles mentaux ». Les participants y confrontèrent leurs conceptions étiologiques avec force arguments. Les discussions débordent rapidement du thème exclusif de la psychogenèse pour toucher à ceux de l'organogenèse et de la sociogenèse des troubles mentaux. Selon Billiard (2001), la popularité du terme « sociogenèse » aurait suivi ce colloque historique.

Dans la période d'après-guerre que nous venons de présenter, Lantéri-Laura (2004) désigne le psychiatre Louis Le Guillant comme un des psychiatres les plus représentatifs des tenants des conceptions sociogénétiques des troubles mentaux. Ses travaux les plus connus partent de l'hypothèse que certaines conditions sociales seraient pathogènes, c'est-à-dire qu'elles seraient à même d'entraîner des troubles mentaux. Le Guillant y étudie de nombreuses conditions sociales ; celles « de bonne à tout faire » (2006[1963]), de « téléphonistes » (2006[1957]) et de mécanographes (Le Guillant, 2006; Lantéri-Laura 1991 :144).

Dans un article relativement récent sur l'impact pathogène des conditions de travail, Molinier (2005) revient sur sa populaire étude sur la condition de bonne à tout faire. L'auteure nous présente les quelques aspects potentiellement pathogènes que Le Guillant avait identifiés dans cette situation sociale. Molinier note d'abord le ressentiment. Ce ressentiment proviendrait du fait que les domestiques doivent contenir constamment leurs émotions en présence de leurs employeurs et prendre sur elle mille et une petites situations d'affronts. L'auteure explique que Le Guillant lie cet aspect à l'humiliation dont la domestique est souvent l'objet, humiliation qui constituerait le second élément pathologique de leur condition. Il avance l'idée d'un « racisme social » à l'endroit des bonnes. Autre élément pathologique de cette condition, Le Guillant fait état aussi de l'isolement vécu par les domestiques qui arrivent dans un milieu social qui leur est étranger. Pour résumer cette condition, Molinier rappelle l'influence des travaux sur le colonialisme sur les idées de Le Guillant, dont notamment le *Portrait du colonisé* de Memmi (2002[1957]). Elle note que Le Guillant emprunte à Memmi le concept de « néantisation de l'être personnel » pour décrire les effets de la condition sociale de domestiques. Dans un ordre plus général, Le Guillant conçoit cette condition comme étant l'archétype de la condition humaine marquée par la domination et la servitude. C'est dans cette ligne de pensée, notamment, qu'il affirme qu'il serait intéressant justement d'étudier d'autres situations « pathogènes » comme celle d'être algérien musulman à Paris ou de pupille de l'Assistance publique. De l'avis des auteurs consultés, ce projet de recherche n'a pas été poursuivi et il est demeuré au stade d'hypothèse.

L'âge d'or de la sociogénèse

Émergent dans les années 1930, le modèle sociogénétique commence à être considéré au lendemain de la seconde guerre mondiale et, de l'avis de Lantéri-Laura (2004), il connaît sa période d' « âge d'or » dans les années 1960. Plusieurs chercheurs, combinant savoirs psychiatriques et formation en sciences sociales,

investissent le champ de la santé mentale. Bastide (1965), de formation sociologique, est associé à cette période faste de la sociogenèse des problèmes de santé mentale. Il consacre d'ailleurs une partie de sa *Sociologie des maladies mentales* à la question du « rôle des facteurs sociaux dans l'étiologie ». Il apparaît pertinent de s'attarder un peu plus longuement à sa réflexion qui présente plusieurs points essentiels que l'on retrouve dans la plupart des ouvrages consultés traitant des facteurs sociaux susceptibles d'influencer la santé mentale.

D'entrée de jeu, Bastide remarque que des catégories biologiques comme l'âge, le sexe et l'ethnicité, sont aussi des catégories sociales. Il discute à l'aide d'exemple des limites d'une lecture uniquement biologique du lien entre ces catégories biologiques et le développement de pathologies mentales. Concernant le sexe, il donne l'exemple du contexte historique de la suppression de l'esclavage au Brésil. Il affirme que le présupposé voulant que les femmes soient plus fragiles que les hommes a été invalidé suite à cette transformation sociale. Les femmes s'intégrant plus facilement que les hommes à la nouvelle situation. Bastide conclut que « Ce n'est pas le sexe qui compte en tant que constitution biologique, mais la place du sexe dans l'organisation de la société » (Bastide, 1965 :90). Il enchaîne avec la catégorie biologique et sociale de l'âge. Il se demande si les troubles mentaux qui se déclenchent avec les cycles de vie comme le passage à la vieillesse ne pourraient pas aussi s'expliquer en tant que conséquence du rejet par la société occidentale des vieillards. Il porte son attention aussi sur la ménopause, étape certainement physiologique, reconnaît-il, mais qui agit aussi « à travers une signification sociale et symbolique » (Bastide, 1965 :92). Ne serait-ce pas « les représentations collectives de la ménopause comme fin de la vie sexuelle ou comme crise sociale qui constituent l'élément pathogène » (Bastide, 1965 :92). En ce qui concerne l'ethnicité, Bastide fait valoir le même type d'arguments. Il évoque que « ce qui fait que la race serait, du point de vue des différences

psychiatriques, moins une catégorie naturelle qu'une catégorie culturelle » (Bastide, 1965 :93).

Après cette discussion des catégories à la fois biologique et sociale, Bastide rappelle qu'il ne rejette pas les dimensions biologiques des maladies mentales et l'importance de celles-ci dans l'évolution de celles-ci. Il s'interroge plutôt sur la valeur de l'hypothèse sociologique, « sur la place des facteurs sociaux dans l'étiologie des maladies mentales » (Bastide, 1965 :95). Il écrit à ce sujet :

Le problème fondamental qui va nous occuper maintenant, c'est de savoir si le pathologique dérive toujours en dernière analyse du biologique, du constitutionnel ou de l'hérédité – ou si nous devons faire une place et si oui, laquelle, aux facteurs sociaux dans l'étiologie des maladies mentales. (Bastide, 1965 :93)

Pour tenter une réponse à cette dernière question, Bastide revient sur l'histoire de la psychiatrie. Il remarque que la psychiatrie voit le jour en accordant des causes morales à la folie. Cependant, il note que la psychiatrie du XIXe siècle, surtout à compter de la seconde moitié, accuse davantage des causes physiques. Ce n'est que « sous l'influence de l'école romantique allemande, qui cherche les lois de la pensée symbolique », par l'intermédiaire de Freud, entre autres, qu'est reconnue « l'existence de maladies mentales sans liaisons organiques : les névroses » (Bastide, 1965 :94).

Bastide nous incite à comprendre cette première période de la psychiatrie dans les courants philosophiques du XIXe siècle. Il explique que les conceptions psychiatriques de cette époque restent sous l'emprise de deux conceptions philosophiques dominantes : premièrement, celle de Descartes, postulant qu'« expliquer consiste à ramener le supérieur à l'inférieur, c'est-à-dire, suivant la règle cartésienne, le plus complexe au plus simple ». « Si l'esprit est un épiphénomène du corps, les maladies de l'esprit se réduisent à des maladies du

système nerveux » (Bastide, 1965 : 94). Deuxièmement, Bastide nomme la conception scolaire d'Aristote, « l'explication par la causalité interne, selon laquelle le comportement de toute chose est déterminé par sa propre nature » (Bastide, 1965 :94).

Ce n'est qu'avec le XXe siècle que ces deux conceptions seront remises en question. Bastide parle d'une conception galiléenne qui, contrairement à la conception aristotélicienne, considère les choses comme « déterminées par les conditions dans lesquelles elles ont lieu » (Bastide, 1965 :94). Malgré cette remise en question Bastide note que partisans de la sociogenèse se heurtent toujours à ceux de l'organogenèse. Il se réfère aux « théories de l'hérédité des maladies mentales » et aux théories biochimiques qui continuent de défendre les thèses organogénétiques.

En référence au courant organogénétique, Bastide nomme le Dr. Henri Ey. « La critique la plus sévère qui ait été faite en France à la possibilité même d'une sociogenèse reste la critique du Dr Ey » (Bastide, 1965 :97). Bastide résume les grands traits de sa critique. Ey ne rejette pas l'importance du milieu social. Il conçoit même une sociogenèse de certains troubles (essentiellement névrotiques) qu'il limite cependant à l'« homme normal ». Par contre, la sociogenèse ne s'applique pas au pathologique. « Le psychiatrique, dit-il est la limite de la psychogenèse (à plus forte raison donc de la sociogenèse) » (Bastide, 1965 :97). Il définit le pathologique comme « altération du substratum organique ». « Si on est malade, c'est que les altérations du substratum organique empêchent l'individu atteint de penser ou de sentir comme les autres hommes et brisent les possibilités de communication intermentales » (Bastide, 1965 :97).

Bastide rappelle l'argumentaire de Ey particulièrement en ce qui concerne les « situations sociales apparemment pathogènes » (Bastide, 1965 :97). Ey critique la notion de « psychoses réactionnelles, c'est-à-dire déclenchées par ces évènements » (Bastide, 1965 :97). Ey rappelle que les statistiques font état d'une constante du taux de psychoses non obstat les guerres ou les révolutions. Ey soutient l'idée qu'en présence des mêmes évènements pathogènes, « les normaux réagissent autrement que les malades » (Bastide, 1965 :98). Bastide cite Ey :

La conclusion est, comme nous l'avons dit cent fois, que la notion de psychose réactionnelle est une contradiction *in adjecto*. Car si la maladie dépend bien toujours des modalités de l'existence, si elle est effectivement prise dans l'existence et notamment dans le réseau des relations avec autrui... à n'être que l'effet d'une situation malheureuse. Elle commence justement quand, dépendant du seuil de réaction, elle dépend de ce seuil et non plus seulement de la situation. (Bastide, 1965 : 98)

Sans prétendre ici discuter des conceptions de Ey, Bastide se demande si la théorie de Ey, « comme celle de la génétique, ne bouche pas totalement la voie aux facteurs sociaux ou ne lui laisse pas une place » (Bastide, 1965 :97). Il oppose les études sociologiques de Durkheim et Halbwachs sur le suicide pouvant être transposées à la maladie mentale de même qu'aux statistiques qui font état « de variations des maladies mentales suivant les groupes sociaux » (Bastide, 1965 :98).

Bastide termine ici sa discussion sur la place de la sociogenèse dans la pathologie des troubles de l'esprit en exposant quelques problèmes qui émergent de la confrontation des différentes théories. Il remarque d'abord que les facteurs sociaux semblent concernés davantage certains types de troubles, à savoir davantage les troubles névrotiques que les troubles psychotiques. Bastide révèle ici que « le nombre des névroses va en se multipliant avec les transformations des structures sociales et le bouleversement des valeurs » (Bastide, 1965 :100). En ce

qui concerne les névroses, « le social tend à l'emporter sur le biologique » (Bastide, 1965 :100). Pour ce qui est des troubles psychoses, ce serait plutôt l'inverse. Le sociologue soulève un second problème propre aux recherches menées par les psychiatres qui mettent surtout l'accent sur l'étude de la réaction aux événements extérieurs plutôt qu'aux facteurs sociaux à proprement dit. Bastide oppose à cette emphase le point de vue sociologique qui ne s'intéresse pas aux événements, faits particuliers, contingents mais plutôt sur les structures globales et les récurrences. L'intérêt d'une sociologie des maladies mentales consisterait plutôt à étudier « les cadres généraux (familiaux, institutionnels ou autres) dans lesquels se déroule l'existence des hommes, normaux aussi bien qu'anormaux » et non de « juger du caractère, pathogène ou non, des événements, crise amoureuse, deuil, chômage, etc., qui jalonnent la vie » des individus (Bastide, 1965 :102). Le troisième problème identifié par Bastide concerne l'emphase des études psychiatriques sur les dispositions personnelles au détriment de la prise en compte du milieu environnant. Bastide se réfère ici aux travaux de A.H. Leighton qui suggèrent que le fait de vivre dans une communauté désintégrée socialement, communauté déstructurée, sans organismes sociaux, où les gens cohabitent sans vivre ensemble, bref anomique, aurait donc des effets néfastes sur la santé mentale des personnes qui y vivent. Finalement, Bastide revient avec la difficulté, que nous avons exposée au début de ce chapitre, de définir le « social ». Il constate l'existence de deux définitions différentes : une définition inspirée de la psychanalyse, qui définit le social « par les relations interpersonnelles et en particulier les relations parents-enfants au cours de la prime enfance » et une autre d'inspiration sociologique qui le définit par « les structures globales ». Bastide donne l'exemple de la famille qui peut relever à la fois du domaine psychologique, l'étude des relations interindividuelles au sein de celle-ci, et du domaine sociologique, où elle est étudiée en tant qu'agent de socialisation et groupe social. Finalement, Bastide exprime son souhait de voir se

réaliser des études portant sur le lien entre le cadre social et les problèmes de santé mentale, et non, uniquement sur la possibilité que des événements extérieurs puissent affecter la santé mentale des individus.

À l'époque où Bastide écrit *Sociologie des maladies mentales*, l'étude des aspects sociaux des problèmes de santé mentale est considérée comme une voie pleine de promesses pour la psychiatrie. C'est ce que Leighton (1994) explique dans un article plus récent. Or, l'étude du « social » viendra aussi remettre en question la psychiatrie dans ses fondements même. L'idée même de « maladie mentale » en vient à être tenue pour une construction sociale et historique. Les apports de la recherche sociale fournissent des arguments aux critiques de la psychiatrie et de ses pratiques. C'est le cas notamment de l'enquête de Goffman (1968), publié sous le titre d'*Asiles*, qui démontre que le comportement des personnes hospitalisées en psychiatrie n'est pas uniquement attribuable à leur santé mentale et qu'il s'explique en bonne partie par le cadre institutionnel dans lequel elles doivent vivre, soit celui d'une institution fermée au même titre que le camp de recrues militaires et l'établissement de détention. Dans la même foulée, des psychiatres en viennent à remettre en question les bienfaits de l'institution asilaire. Celle-ci apparaît de plus en plus comme une institution de domination aux services de l'ordre en place qui s'en prend aux personnes qui dérogent des normes sociales établies. C'est dans ce contexte et en s'appuyant sur les recherches en sciences sociales qu'émerge le mouvement antipsychiatrique. Ce mouvement « radical » propose alors tout simplement d'en finir avec « l'imposture scientifique » que serait la psychiatrie. Il procède à une profonde remise en question de la légitimité de cette « science de l'âme » et de ses postulats sur la « folie ». Bien que le courant se soit manifesté à travers tout l'Occident, Lantéri-Laura (1991) explique qu'il se concentre surtout en Angleterre et en Italie.

Lantéri-Laura (2004) présente d'abord l'antipsychiatrie anglaise, représentée par A. Esterson, R.D. Laing et D. Cooper. Elle développe une compréhension davantage microsociologique de la folie. L'approche privilégie plus spécifiquement l'étude des particularités génératrices de folie au sein du système de relations familiales. Le patient, individu-symptôme de sa famille malade, n'est plus considéré ici comme un malade mental mais plutôt comme une personne dont les actes et l'expérience ont été invalidés par sa famille et son entourage. Ce même processus d'invalidation sociale aurait été ensuite reconduit par le système psychiatrique via l'étiquette de « malade mental ». Lantéri-Laura (2004) rappelle, que selon les antipsychiatres, le système psychiatrique reproduirait la situation pathogène vécue au sein de la famille où l'expression du patient est entravée et invalidée. Selon Cooper, la psychiatrie aurait recours à une « violence subtile » à l'endroit du patient qui se manifesterait essentiellement par une imposition de sens par rapport à son expérience, expérience réduite à sa dimension médicale. À ce titre, les antipsychiatres anglais opposent à la notion de maladie mentale et de psychose la notion de « métanoïa », terme grec emprunté aux Évangiles synonyme de repentir, conversion et de transformation spirituelle, pour désigner l'expérience vécue par les patients psychotiques. Ils proposent de voir la crise psychotique comme un moyen mobilisé par l'individu pour s'affranchir des conflits familiaux et sociaux, des conventions sociales et du conformisme et de s'affirmer dans son unicité et ses potentialités créatrices (Lantéri-Laura 1991 :167).

Pour ce qui est de l'antipsychiatrie italienne, dont F. Basaglia est le digne représentant, Lantéri-Laura (2004) la caractérise comme étant avant tout à l'échelle macrosociologique. Il explique qu'elle voit la maladie mentale comme découlant des « effets pathogènes de la répétition d'une contrainte, brutale ou subtile, mais absurde et sans issue, qu'impose une société bureaucratique, hiérarchisée et parcellarisante » (Lantéri-laura 1991 :175). Elle la comprend dans

le cadre d'une analyse de classes où les injonctions faites aux opprimés par les oppresseurs sont tout simplement impossibles à réaliser. Les conditions intenable de la classe opprimée seraient le terrain propice au développement de la folie. Abordant la question du traitement de celle-ci, l'antipsychiatrie considère que la psychiatrie joue un rôle mystificateur notamment en réduisant la folie à un problème biologique et refusant de mettre en cause l'ordre social et l'intolérance de la société avant les comportements qui s'écartent de la norme.

Comme nous venons de le voir avec le mouvement antipsychiatrique, les arguments sociogénétiques fournissent des munitions aux tenants des postures les plus critiques de la psychiatrie qui, de son côté, répond surtout avec des arguments biologiques. La plupart des auteurs consultés remarquent ainsi que le modèle sociogénétique se construit en opposition aux autres modèles explicatifs et que l'objet principal de sa critique semble être le modèle biologique. Blanc (2005) note une opposition récurrente dans l'histoire de la psychiatrie entre ces deux types d'explications. L'auteur spécifie les termes de cette opposition qui mettrait aux prises deux grandes tendances au sein de la psychiatrie : une tendance à la naturalisation de la vie mentale et une autre allant dans le sens d'une politisation de celle-ci. À un extrême, il y a les tenants de la naturalisation de la pathologie, c'est-à-dire une conception strictement organique, qui considère que le domaine de la psychiatrie se restreint au traitement de la maladie mentale considérée au même titre qu'une maladie somatique. À l'autre extrême, il y a les tenants d'une politisation de la pathologie mentale qui voit la maladie mentale comme le résultat des structures sociales et des rapports de domination, plus proche de la sociogénèse. L'action du psychiatre conséquent serait alors de militer en faveur de changements sociopolitiques pour modifier l'ordre social tenu pour responsable de la pathologie.

La sociogenèse contre la psychogenèse

Le modèle sociogénétique se trouve aussi opposé au modèle psychogénétique. Les distinctions entre ces deux modèles demeurent subtiles et relève souvent d'échelles d'analyses différentes, l'échelle individuelle pour la psychologie et l'échelle des structures et des institutions pour la sociologie, et qui ne sont pas forcément incompatibles. Dans le cas de l'étude des possibles causes sociales des problèmes de santé mentale, psychologie et sociologie se touchent à leurs frontières. Comme le remarque Barrett (1999), il n'est pas rare dans les débats étiologiques que les modèles soient fusionnés sous le vocable « explications psychosociales » en tant que vis-à-vis aux explications biologiques. Il n'en demeure pas moins que les modèles psychogénétiques et sociogénétiques ne sont pas toujours complémentaires. Demailly (2005) nous fournit une illustration de ce type d'opposition avec l'exemple du débat par rapport à la popularité des enjeux en termes de santé mentale que les tenants de l'approche sociologique considèrent comme une psychologisation des problèmes sociaux, notamment en ce qui concerne la question des sans-domiciles fixes. Les auteurs les plus critiques de cette « psychologisation » voient dans l'emphase portée sur la santé mentale une façon de réduire la compréhension des enjeux sociaux en termes d'inégalités sociales et de rapports de domination au profit d'explications plus individuelles. Dans le sens de la théorie bourdieusienne, ils soutiennent que la psychologisation des problèmes sociaux participerait d'un « mécanisme idéologique de méconnaissance et de légitimation des dominations » (Demailly, 2005 :2). Demailly résume ainsi ce que les sociologues entendent généralement comme étant une « psychologisation des problèmes sociaux » :

«Psychologisation» s'oppose à approche sociologique des problèmes sociaux, mais aussi à politisation ou historisation des objets. Avec un accent polémique, la "psychologisation" est donc dé-socialisation du regard, dépolitisation des représentations, incapacité à penser ou traiter les problèmes de manière socio-historique. (Demailly, 2005 :2)

Parmi les tenants de cette lecture, il apparaîtrait donc que ce qui était défini, il n'y pas si longtemps, comme étant des «problèmes sociaux», soit maintenant abordé sous l'angle presque exclusif de la santé mentale.

Nous codons aujourd'hui une multiplicité de problèmes quotidiens dans le langage psychologique, et particulièrement dans celui de la dépression, alors qu'ils étaient, il y a encore peu, dans un langage social ou politique de la revendication, de la lutte et de l'inégalité. (Ehrenberg, 1995 :23)

Dans la même lancée, Ehrenberg n'hésite pas à parler d'une «psychologisation des rapports sociaux» alors que Bresson, spécialisée en travail social, parle d'une «psychologisation des problèmes sociaux». Aussi assurés que ces auteurs peuvent l'être de leurs positions respectives, le débat reste ouvert sur la façon d'interpréter la popularité croissante des enjeux définis en termes de santé mentale, comme c'est le cas avec la question des sans domicile fixe (SDF). Cela démontre bien qu'il ne faut pas considérer d'emblée que les modèles psychogénétique et sociogénétique sont complémentaires. La question de la définition des termes réapparaît et plus particulièrement, celle du « social » qui semble osciller entre une conception interpersonnelle, plus proche des disciplines « psy » et une autre plus structurelle, plus associable aux sciences sociales.

Se dégage jusqu'à maintenant le fait que le modèle sociogénétique ne peut pas être compris sans le situer par rapport aux autres modèles que sont les modèles organogénétique et psychogénétique. La place des facteurs sociaux dans l'explication des problèmes de santé mentale s'établit par rapport à celle réservée aux autres facteurs. En 1965, en pleine période d'âge d'or des approches sociales de la santé mentale, Bastide se demandait quelle place pouvait être accordée aux facteurs sociaux dans l'étiologie des problèmes de santé mentale. Qu'en est-il maintenant ?

Actualité de la sociogenèse

Il apparaît d'entrée de jeu que la question de la sociogenèse des problèmes de santé mentale ne soit plus une question qui intéresse la recherche psychiatrique contemporaine. Il n'existe presque pas d'études récentes en ce qui concerne la place que les facteurs sociaux pourraient jouer dans la genèse des problèmes de santé mentale. Cela semble être le constat d'auteurs qui ont récemment réalisé des revues de littérature sur le thème (McAll, 2008 ; Sicot, 2001,2006 ; Lantéri-Laura, 2004). Dans la plus récente revue de littérature portant sur la sociologie de la santé mentale, Sicot (2006) s'aperçoit avec surprise de la rareté des travaux sur la question des déterminants sociaux de la santé mentale. « Rareté plus remarquable encore si l'on se souvient du bel avenir que R. Bastide envisageait pour la recherche sur la sociogenèse des troubles mentaux et la psychiatrie sociale dans sa *Sociologie des maladies mentales* (1965)» (Sicot, 2006 :226).

La sociogenèse n'a pas été complètement délaissée si on en juge aux travaux de Pearlin (2005, 1989) qui a élaboré une théorie du stress social qui laisse une part importante aux facteurs sociaux pour expliquer le caractère pathogène de certaines situations sociales. Ce dernier prend pour point de départ les constats réalisés par Holmes et Rahe (1967) à propos des événements de vie stressants. Ceux-ci avaient démontré l'impact négatif sur la santé physique et mentale du fait de vivre des événements de vie stressants dans un délai rapproché de six mois. Parmi ces événements stressants, positifs ou négatifs, figuraient entre autres le mariage, le divorce, le changement d'emploi, le déménagement, la mort d'un proche etc. L'originalité du modèle de Pearlin (2005) est qu'il situe l'ensemble des sources de stress, événements de vie stressants, pressions et tracas quotidiens, dans le cadre des structures sociales inégalitaires. Son modèle tend à démontrer que la détresse psychologique est intimement liée à l'exposition aux situations de vie stressantes et que cette exposition est elle-même fonction de la position occupée dans les

structures sociales inégalitaires. Celui-ci donne ici l'exemple des mères monoparentales qui sont plus exposées aux soucis financiers, à des situations d'emploi précaires et stressantes et à l'absence de contrôle et de ressources par rapport aux événements qui arrivent dans leur vie. La condition des femmes dans les structures sociales inégalitaires expliquerait donc leur plus haut degré de détresse tel qu'exprimé dans de nombreuses études.

Malgré quelques exceptions, il faut reconnaître que la littérature consultée semble toujours indiquer la prédominance du modèle biologique lorsqu'il vient le temps d'expliquer les causes des problèmes de santé mentale. Après être passé par une crise de légitimité dans les années 70, comme le soulignent la plupart des auteurs consultés, le modèle biologique s'est progressivement réimposé par rapport aux autres modèles et ce, malgré une tentative de synthèse des différents modèles dans le modèle biopsychosocial de Engel (1977). Concernant ce dernier, Shorter (2005) remarque que la diffusion du modèle biopsychosocial dans le champ psychiatrique a été contrariée par les améliorations fulgurantes de la pharmacothérapie. Ces améliorations auraient donné de la force au modèle biomédical que sous-tend l'approche pharmacothérapique. Le modèle biopsychosocial s'est néanmoins répandu en tant qu'explication consensuelle. Shorter (2005) constate que ce modèle, intégrant les dimensions biologique, psychologique et sociale, dans une même grille, n'a cependant engendré qu'une adhésion de façade et que dans la pratique courante, c'est le modèle biomédical qui obtient préséance.

Barrett (1999) souligne qu'à la fin des années 70 le modèle biologique, garant de la légitimité et du rattachement de la psychiatrie au domaine médical, était dans une situation plutôt critique, menacé de toutes parts par les nouvelles professions de la santé mentale (psychologues, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, infirmiers psychiatriques, thérapeutes de toute obédience allant de la

psychothérapie de groupe au courant flirtant avec l'ésotérisme). Selon Grasser et Stigler (2001), c'est dans ce contexte que la psychiatrie américaine va élaborer une réponse à ses principaux détracteurs par le biais du DSM-III. En 1974, les promoteurs de cette orientation et de la préparation du DSM-III, connu sous le nom de la *Task Force on Nomenclature and Statistics* se donnent les principes suivants :

La défense d'un modèle médical, donc volonté de remédicaliser ; le nouveau manuel visera essentiellement à décrire le comportement observé ; abolir des notions jusque-là fondamentales de névrose et de psychose ; l'étiologie fonctionnera comme principe de classification seulement si on a des preuves claires et nettes. (Grasser, J. et Stigler, M., 2001 :237)

Les auteurs du manuel s'assurent alors de réviser les catégories diagnostiques afin de systématiser l'acte d'évaluation psychiatrique. Sans vouloir s'empêtrer dans les vieux débats étiologiques, l'attention se déplace alors vers l'établissement d'un langage commun fiable et valide, vers l'amélioration de la validité inter-juge des diagnostics psychiatriques. Comme le souligne un grand nombre d'auteurs consultés (Lantéri-Laura, 2004,1991; Thoret, 2005; Blanc, 2005), l'objectif est de doter les psychiatres d'un langage commun et « a-théorique » pour rendre compte des signes et des symptômes psychiatriques. Les questions étiologiques n'occupent plus la place prépondérante qu'elles ont déjà occupées. Comme le lancent Ehrenberg et Lovell (2001 :25), « le raisonnement étiologique est remplacé par un raisonnement syndromique. ». Il est plutôt question de clarifier et uniformiser les critères diagnostiques de façon à ce que différents psychiatres arrivent tous au même diagnostic. Cet objectif passe forcément par la mise au point d'une symptomatologie descriptive.

Délaissant l'étiologie, les protagonistes du DSM-III privilégient néanmoins une lecture davantage biologique des problèmes de santé mentale. Comme le note

Barrett (1999), ils critiquent, entre autres, les analyses antipsychiatriques, surtout celles du courant anglais, qui posent les familles comme responsables de la maladie mentale de leurs proches. Ils exonèrent ces dernières en défendant l'origine arbitraire et biologique des troubles mentaux. Ils voient au contraire dans la famille un allié dans le succès du pronostic.

Selon Corin (2009), d'autres d'évènements et d'autres facteurs expliquent cette orientation davantage biologique. Nous pouvons retenir entre autres le développement des neurosciences et neurocognitives, de l'imagerie mentale, de la génétique et de la pharmacologie. Concernant cette dernière, on assiste au même moment à d'importants progrès dans le domaine pharmaceutique. Les nouvelles générations de médicaments engendrent de moins en moins d'effets secondaires. C'est le cas notamment pour les antidépresseurs. Selon Cohen (1996), cette amélioration de la pharmacopée va permettre le retour en force d'une psychiatrie de plus en plus biologique. La mobilisation d'explications biomédicales coïncide elle aussi avec l'effort de la psychiatrie pour regagner de la légitimité. L'effet des médicaments psychotropes prouverait l'origine biochimique de la plupart des problèmes de santé mentale. Dans ce contexte, Cohen (1996) soutient que ce sont les modèles étiologiques qui se seraient maintenant adaptés à l'effet des médicaments plutôt que l'inverse. Postel (1994) soutient que l'histoire des thérapeutiques biologiques en psychiatrie n'obéit pas à l'organisation habituelle de la réponse médicale puisque l'étiologie demeure dans la plupart des cas inconnue.

L'itinérance comme facteur sociogénétique ?

Parti de la question de la sociogenèse des problèmes de santé mentale, ce premier chapitre de revue de littérature mène au constat que, dans le contexte actuel en psychiatrie, ce n'est plus seulement tel ou tel modèle étiologique qui est mis à l'arrière-plan, mais l'étiologie en elle-même, comme le souligne entre autres

Ehrenberg et Lovell (2001). La question de l'étiologie, la question la plus difficile de la psychiatrie selon Ey (Bonnafé et al., 1946) est devenue plutôt secondaire dans les orientations de recherche qui sont davantage centrées sur le développement de pharmacologie et l'établissement de nosographies descriptives. Lorsqu'elle est abordée, c'est le modèle biologique qui semble s'imposer de lui-même et ce, malgré, une adhésion consensuelle au modèle biopsychosociale. Les facteurs sociaux sont d'ailleurs la plupart de temps associés aux facteurs psychologiques (Barrett, 1999) sous le vocable de « facteurs psychosociaux ». Cette situation renvoie à la difficulté de définir ce qui est de l'ordre du social, difficulté notée par la plupart des auteurs consultés. Ceux-ci ont relevé deux grandes conceptions, une première considérant le social en termes de relations interpersonnelles et une deuxième ouvrant la définition au cadre large des structures sociales et des institutions. L'exemple du milieu familial pose un problème particulier du fait qu'il peut aisément être considéré de l'angle de ces deux conceptions comme relations interindividuelles entre parents et comme institutions sociales chargées de la socialisation primaire. Il en va de même pour l'étude des facteurs sociaux de la santé mentale qui se situent aux frontières de la psychologie sociale et de la sociologie. Il n'en demeure pas moins que, chez les auteurs consultés qui se sont intéressés à la sociogénèse (Reich, Pearlin, Bastide, Le Guillant), le social se comprend essentiellement en termes de cadre social, de conditions sociales et de structures sociales. Étudier comment le social affecte la santé mentale, c'est étudier comment le fait d'occuper une position déterminée dans les structures sociales affecte la santé mentale. Dans ses grandes lignes, le modèle sociogénétique repose sur l'hypothèse que certaines conditions sociales, celles des domestiques, des assistés sociaux, des nouveaux immigrants, par exemple, soient susceptibles d'engendrer des problèmes de santé mentale. Se fondant sur cette hypothèse générale, le prochain chapitre porte sur une condition sociale spécifique, celle de l'itinérance. Le fait d'être en situation d'itinérance,

considérée comme la position la moins enviable de l'échelle sociale, peut-il engendrer des problèmes de santé mentale ?

Chapitre 2 : Itinérance et santé mentale : le sens de la relation

Ce second chapitre est l'occasion de préciser notre question de départ sur la sociogenèse des problèmes de santé mentale. Nous n'allons plus nous contenter de discuter des conditions sociales en général pouvant affecter la santé mentale, mais bien d'une condition particulière, celle de l'itinérance. En nous attardant à la littérature sur ce thème, nous allons pouvoir mieux comprendre comment s'articulent les débats concernant les implications réciproques des conditions sociales et des problèmes de santé mentale. Devons-nous voir l'itinérance comme une conséquence des problèmes de santé mentale? Ou encore, devons nous voir les problèmes de santé mentale comme conséquences des conditions de vie à la rue ? Quel sens général est donné à la relation entre condition d'itinérance et pathologie mentale ?

Avant d'entrer dans le vif du sujet, il importe toutefois de mettre en garde le lecteur du manque d'écrits récents sur la situation de l'itinérance au Québec, et cela, malgré l'intérêt qu'il suscite dans l'actualité. Ce constat est corroboré par le Gouvernement du Québec dans un document de travail :

Aucune étude de ce genre n'a été réalisée depuis 1996 en ce qui a trait au nombre de personnes itinérantes. Toutefois, des chercheurs et plusieurs personnes qui interviennent sur le terrain dénotent une augmentation de la fréquentation des refuges. Chose certaine, le fait de pouvoir compter sur des données plus récentes permettrait d'avoir un portrait plus juste de l'itinérance au Québec. (Gouvernement du Québec, 2009 : 18)

La dernière étude statistique pour le Québec et la région de Montréal remonte à 1996, ce qui fait plus de 10 ans. Il s'agit d'une étude qui avait été menée par Fournier et al. (1998). La plupart des analyses récentes, remontant aux dernières cinq années, se fondent sur des données de 1996. Cela dit, beaucoup de réflexions ont été faites récemment sur la question de l'itinérance et la santé mentale en dépit du manque d'actualisation des données. Pour pallier au manque d'études dans le

contexte québécois, nous allons recourir à des études menées dans d'autres sociétés occidentales et à des sources étrangères, principalement françaises et états-uniennes.

État de la situation

Dubreucq (2008) dresse un des portraits les plus récents de la question de la santé mentale des personnes en situation d'itinérance à Montréal. Son portrait se fonde principalement sur les données de l'étude réalisée par Fournier et al. (1998). Il fait valoir une forte prévalence des troubles mentaux parmi la population itinérante, de l'ordre de 70%. En se fondant sur les données de Fournier et al. (1998), Dubreucq souligne qu'il n'y aurait pas moins de 28 000 personnes ayant fréquenté des ressources en itinérance (soupes populaires, centres de jour, refuges) désigné par l'auteur « itinérants » et près de 12 000 personnes que nous pouvons considérer comme sans-domicile ou SDF, « c'est-à-dire sans logement depuis un an au moment de l'étude ». Parmi la population qui fréquente les ressources en itinérance, 35% auraient tenté de mettre fin à leurs jours, ce qui est élevé si on compare ce pourcentage à celui de la population en générale où les statistiques indiquent seulement 0,7%. Dubreucq rapporte aussi que si on inclut les problèmes d'addiction à des substances, les problèmes de santé mentale concernent entre 70 et 80% de la population itinérante. Pour ce qui est exclusivement des troubles psychiatriques graves (schizophrénie et autres troubles psychotiques, dépression majeure et troubles bipolaires), ce serait environ 35% des personnes fréquentant les ressources et 40% des personnes considérées sans-domicile. L'auteur souligne que pour la population en général, ce n'est que 5% de celle-ci qui serait aux prises avec des troubles mentaux graves. Concernant l'addiction, ce serait 45% des personnes fréquentant les ressources alors que ce serait près de 60% des personnes considérées sans-domicile. Il souligne aussi la prévalence des troubles de la personnalité chez la clientèle des ressources en itinérance, ces troubles concernant

20% de celle-ci. Pour ce qui est des personnes sans-domicile, Dubreucq considère que ce serait près de 17% qui manifesteraient des troubles de personnalité antisociale. Il insiste sur le caractère « multiproblématique » propre à la situation des personnes sans domicile en remarquant que « plus de 30% des sans-abri cumulent un trouble psychiatrique grave et un problème lié à l'usage d'une substance ; environ 10% des SDF ont en plus un trouble de personnalité et cumulent ainsi trois types de problèmes mentaux » (Dubreucq, 2008). L'auteur partage le constat de Simard (2000) que les sans-abris sont des êtres en rupture sociale et que la dimension relationnelle de leur problème l'emporte sur la dimension strictement matériel.

Toujours à partir des travaux de Fournier et al. (1998), Dubreucq note aussi que 30% des personnes sans-domicile ont été hospitalisées au moins quatre fois. En moyenne, la première hospitalisation a duré près de 4 mois. Si on considère que la durée moyenne des hospitalisations pour la population en général est de quatre semaines, ces données sont des preuves de la « sévérité » et de la « chronicité » des troubles psychiatriques de près de 30% des personnes sans-abri. Il constate que par rapport aux autres personnes en situation d'itinérance, l'« itinérant souffrant d'une maladie mentale » a « une moins bonne santé physique, une plus longue histoire d'itinérance, une rupture plus fréquente des liens familiaux, une plus grande incapacité vis-à-vis du marché du travail, une méfiance plus importante envers le milieu de la santé et un recours plus fréquent à la criminalité » (Dubreucq, 2008). Il serait aussi plus souvent victime de violence.

Dubreucq souligne que cette réalité est d'une grande complexité et compromet sérieusement l'intervention :

Comment conceptualiser dans le même temps la combinaison de facteurs structuraux (situation économique, mesures sociales de protection, organisation du système de santé, lois), personnels (enfance douloureuse, maladie mentale, toxicomanie, incapacité à

tolérer les règles et les frustrations, capacités limitées face aux demandes de la vie) et situationnels (perte d'emplois, perte de logement, ruptures amoureuses) ? (Dubreucq, 2008)

Le portrait de Dubreucq ne fait pas consensus parmi l'ensemble chercheurs ayant traité de la question. Poirier (2007) fait remarquer que le pourcentage de 70% a été calculé à partir d'une définition large de la santé mentale, définition qui inclut les troubles liés aux substances. Lorsque l'addiction est retirée de la définition, les problèmes de santé mentale concernent plutôt 30% de la population itinérante. Or, Poirier fait remarquer que ce pourcentage n'est pas si différent de celui de la population en général. Il rappelle qu'au Canada, une personne sur trois sera aux prises avec un problème de santé mentale. Par rapport à la population domiciliée en situation de pauvreté, il fait remarquer que les pourcentages sont sensiblement les mêmes :

Un tiers des itinérants ayant un problème de santé mentale, cela peut sembler beaucoup. Mais qu'en est-il pour l'ensemble de la population ? Les personnes domiciliées et les travailleurs sont-ils en meilleure santé mentale ? Rien n'est moins sûr. En épidémiologie générale, on estime que de 15 à 20 % des adultes souffrent présentement d'un problème diagnostiquable de santé mentale et qu'au moins une personne sur trois en souffrira au cours de sa vie. (Poirier 2007: 80)

Il y a donc un enjeu de définition d'itinérance et de santé mentale qui est à même de faire varier les tableaux statistiques et qui influence la perception de l'ampleur des problèmes de santé mentale au sein de la population itinérante.

La difficulté de dénombrer les personnes itinérantes aux prises avec des problèmes de santé mentale ne relève pas seulement d'un problème de définition mais aussi d'un problème d'identification des symptômes dans le contexte de l'itinérance. Comme Snow et al. (1986) le soulignent, cette identification peut rencontrer de nombreux écueils. Les auteurs donnent quelques exemples. Un premier exemple d'écueil consiste à lire les comportements adaptés aux

conditions de la rue comme symptomatiques. Ils parlent aussi du risque d'interpréter les réactions physiologiques aux problèmes de diète et de sommeil comme des signes de problèmes de santé mentale.

Plusieurs auteurs consultés (Thibodeau, 1999; Damon, 2002; Sicot, 2006), à l'instar de Dubreucq, font mention du caractère multiproblématique de la population itinérante et de la difficulté qui en découle de bien distinguer ce qui relève de la pathologie mentale de ce qui est attribuable aux conditions de vie à la rue. Il est aussi fait mention de la difficulté d'émettre des diagnostics dans le contexte de l'itinérance. Les premiers chercheurs (Snow et al., 1986; Wright, 1988) à avoir traité de la question s'entendent sur les limites de l'utilisation de questionnaires diagnostiques conçus pour des personnes domiciliées pour évaluer la santé mentale de personnes sans domiciles. Ces outils ne permettraient pas de distinguer entre pathologies mentales et réactions aux situations de vie difficiles que peuvent rencontrer les personnes en situation d'itinérance.

Des études plus récentes refont ce même constat. Kovess et Mangin-Lazarus (1999) notent la complexité de distinguer entre les effets d'une condition sociale vécue comme sans issue et des symptômes dépressifs, entre des symptômes d'épisodes de manie et des simples réactions d'anxiété reliées à la situation d'itinérance. Ils soulignent aussi la difficulté à différencier les expressions d'un trouble de la personnalité antisociale et l'adoption d'un comportement agressif en réponse à la dureté des rapports sociaux dans la rue. Au terme de leurs travaux, Guesdon et Roelandt (1998) en viennent aussi à remettre en question la validité des catégories psychiatriques quand elles sont appliquées aux personnes vivant dans des conditions extrêmes.

En raison de la complexité de la situation, il est donc difficile d'établir un portrait qui soit pleinement satisfaisant. Poirier cite Declerck (2001) qui avait souligné

que les personnes en situation d'itinérance évoluent dans un « décor pathologique » comportant au moins sept dimensions ; « l'alcoolisme et la toxicomanie, les troubles mentaux, la malnutrition et la dénutrition, l'exposition aux agressions (physiques et climatiques), l'absence d'hygiène, le manque de sommeil et le retard à la médicalisation » (Declerck 2001 :403). Face à cette situation, il devient difficile de dissocier ce qui est de l'ordre de la pathologie mentale, de la condition d'itinérance, des problèmes avec la justice et de la consommation de psychotropes. Tous ces problèmes sont irréductibles et indissociables. Certains constats se recoupent néanmoins et font consensus. Si les auteurs apportent des nuances méthodologiques et conceptuelles au portrait statistique de la santé mentale des personnes en situation d'itinérance, ils reconnaissent la gravité de leur situation. Ils admettent notamment que ces personnes éprouvent une grande détresse psychologique qui se traduit par de hauts de taux de tentatives suicidaires. Les tentatives suicidaires² figurant parmi les motifs les plus fréquents d'hospitalisation psychiatrique d'office (Otero, 2010).

Modèles explicatifs

Deux grands modèles explicatifs existent en ce qui a trait à la relation entre itinérance et santé mentale. Le premier modèle postule que ce sont les problèmes de santé mentale qui mènent à la rue et le second que la relation est plutôt dans le sens inverse, c'est-à-dire que les conditions de vie à la rue engendrent des problèmes de santé mentale.

De la maladie mentale à la rue

Les tenants du premier modèle explicatif soutiennent que les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale se retrouvent à la rue principalement en raison de leur état mental. Cette idée trouve des précurseurs chez les sociologues

² Selon Otero (2010), les passages à l'acte suicide ont représenté 10,56% des motifs d'hospitalisation d'office de l'application de la loi P-38

de l'École de Chicago, Faris et Dunham (1939). Dans un ouvrage intitulé *La maladie mentale dans la cité*, ils avaient constaté que les patients psychiatriques avaient tendance à se retrouver majoritairement dans les quartiers défavorisés en périphérie des centres urbains. L'explication serait que la maladie mentale, leur faisant perdre leurs moyens, les ferait inexorablement glisser vers la pauvreté. Ils auraient tendance à se concentrer dans certains types de quartiers en raison du moindre coût des loyers, de la tolérance du voisinage et de l'anonymat de ces quartiers. Ces auteurs remarquent que les personnes affectées ont tendance à changer de quartier par rapport à leur quartier d'origine.

La théorie qui soutient que la maladie mentale mène à des situations de pauvreté est aussi appelée la théorie de la « dérive sociale » (Dorvil, 2007). Les tenants de celles-ci soutiennent que la plus forte prévalence de troubles psychiatriques des quartiers défavorisés s'expliquerait par la mobilité sociale descendante des personnes diagnostiquées, personnes qui seraient issues de toutes les classes sociales. Ce qui revient à dire que la pauvreté est une des conséquences sociales du fait d'avoir un problème de santé mentale.

Ce type d'explication est appliqué au phénomène de l'itinérance. Sicot (2001) nous explique que dans les années 80, la recrudescence de l'itinérance, notamment en Amérique du Nord, avait été attribuée à la désinstitutionnalisation psychiatrique. Cette idée était véhiculée dans le sens commun et reprise par les médias. Elle laissait entendre que les patients n'avaient pas réussi à s'adapter à la vie à l'extérieur des murs de l'hôpital et s'étaient retrouvés à la rue, expliquant par le fait même l'accroissement de l'itinérance. Les études réalisées à cette époque invalidèrent toutefois cette hypothèse. Sicot (2001) se réfère à l'article de Snow et al. (1986) qui démontra alors, chiffres à l'appui, que le nombre de patients désinstitutionnalisés n'avait aucune commune mesure avec celui des personnes se retrouvant sans domicile. Au Texas, entre 1979 et 1984, les lits psychiatriques ont

ainsi diminué de 10% (la population hospitalisée de l'État passant de 5 508 à 4 928) alors que le nombre de personnes utilisatrices des services de l'Armée du Salut à Austin s'était accru pour la même période de 126% (passant de 4 938 à 11 271 utilisateurs). Les auteurs associent plutôt la recrudescence de l'itinérance aux États-Unis aux effets combinés de la récession économique et des coupures néolibérales dans les services publics en santé et services sociaux.

Plusieurs auteurs consultés ne rejettent pas complètement l'idée que les problèmes de santé mentale puissent dans certains cas mener à la rue. Wright (1988) soutient, par exemple, que les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale constituent un groupe plus vulnérable à certains changements structurels, par exemple, dans le cas de récessions économiques ou de coupures dans les mesures sociales (Wright, 1988). D'autres auteurs comme Snow et al. (1986) vont dans le même sens et soulignent que les personnes aux prises avec des problèmes figurent aussi parmi les groupes qui risquent d'avoir un accès plus difficile au logement. Les différents facteurs structurels auraient ainsi plus d'impacts sur ces personnes.

Ces mêmes auteurs mettent en doute certains aspects de l'hypothèse de la « dérive sociale ». Ils sont réticents à considérer les problèmes de santé mentale comme cause première de l'itinérance, soutenant plutôt que les causes de l'itinérance sont avant tout d'ordre social et structurel et cela, même, pour la proportion des itinérants qui présentent des problèmes de santé mentale. (Dubreucq, 2008; Poirier, 2007; Damon, 2002; Kovess et Mangin-Lazarus, 2000; Wright et Ruben, 1998; Snow et al., 1986; Wright, 1988). Ils s'appuient sur le constat que ce sont trois personnes sur dix qui sont aux prises avec des problèmes de santé mentale dans la rue. Donc, pour les sept autres personnes sur dix, il faut imputer d'autres causes que la santé mentale pour expliquer leur arrivée à la rue.

Le modèle qui voit dans la santé mentale un facteur explicatif premier de l'itinérance est critiqué aussi par rapport à ses usages sociopolitiques. Selon Poirier (2007), ce type d'explication justifierait la tiédeur des décideurs à agir sur les facteurs d'ordre structurel comme l'accès au logement et à un revenu d'aide sociale suffisant. Poirier fournit l'exemple du maire de New York dans les années 80 qui assimila la présence de personnes itinérantes à la désinstitutionalisation psychiatrique s'évitant ainsi d'agir sur les facteurs d'ordre structurel. Sur les plans clinique et politique, la priorité mise sur la santé mentale des personnes itinérantes laisse croire que le problème de l'itinérance est avant tout d'ordre psychiatrique et qu'il suffit de régler les problèmes de santé mentale des itinérants pour qu'ils puissent reprendre une vie « normale » et se trouver un domicile.

Avec la récente emphase portée sur la santé mentale des itinérants, Poirier (2007) s'inquiète aussi d'une éventuelle réhospitalisation massive des personnes ayant des troubles mentaux en situation d'itinérance et d'un renforcement du rapport entre clinicien et patient (Poirier 2007 :78). Dans le même sens que Poirier, Sicot (2001) soutient qu'en traitant de la situation des sans-logis uniquement sous l'angle de déficiences individuelles, on tenderait à « ignorer la responsabilité politique et sociale » (Sicot, 2001: 74). Snow et al.(1986) concluent aussi que le fait de surestimer la présence de problèmes de santé mentale parmi les itinérants conduit à négliger les causes structurelles prédominantes du problème de l'itinérance comme le manque d'emplois, les salaires inadéquats pour les travailleurs sans qualification et semi qualifiés et la diminution de l'accès à des logements à prix modiques.

La rue qui « désocialise »

Un autre modèle soutient que ce sont les conditions de vie à la rue qui engendrent des problèmes de santé mentale. Autrement dit, une fois que les personnes se retrouvent à la rue, leur situation sociale aggrave ou engendre des problèmes de

santé mentale. Cette explication va dans le sens de l'hypothèse sociogénétique. C'est le choc de l'arrivée à la rue et les conditions de vie à la rue au quotidien qui détérioreraient la santé mentale des personnes. Le fait de se retrouver à la rue est quant à lui imputer principalement à des facteurs structurels et non à un facteur d'ordre individuel comme la santé mentale.

Parmi les précurseurs de ce modèle, nommé modèle de la « désocialisation » ou encore de la « désinsertion sociale », nous retrouvons Vexliard (1957). Ce dernier, dans sa célèbre étude sur les clochards réalisée à Paris dans les années 50, livre sa théorie sur le processus de désocialisation. Vexliard rejette l'hypothèse que le problème du « clochard » soit d'origine psychiatrique. Il affirme plutôt que les clochards sont des personnes qui sont parvenues à un point très avancé de désocialisation. Il propose d'« étudier la psychogenèse de la conduite du vagabond » (Vexliard, 1957 :78), soit la constitution de la personnalité de ce dernier.

L'auteur nous expose un modèle décrivant quatre phases de désocialisation aboutissant à la formation de la personnalité du clochard : la phase dite « agressive » est marquée par la résistance à la nouvelle condition par la personne. « Au cours de la première phase, cependant, le futur clochard côtoie un monde nouveau pour lui, qu'il ne reconnaît pas encore pour sien. » (Vexliard, 1957 :241) Il explique que c'est souvent à la suite d'un événement plus ou moins brutal et grave (deuil, infirmité, perte de position sociale, etc...) que la personne se retrouve à la rue. La préoccupation de la personne est alors « de rétablir ce qui lui semble avoir été ébranlé ; il souhaite un retour au passé, à une existence « normale » (c'est-à-dire habituelle) » (Vexliard. 1957 : 241). La seconde phase, régressive, est celle où la personne commence à devenir familière avec sa nouvelle situation de vie à la rue. Elle commence à admettre qu'elle appartient à ce nouveau monde de la rue. Elle garde toujours « l'espoir de retrouver le monde

ancien ». « Cependant », précise Vexliard, « les échecs répétés entraînent la crainte des insuccès futurs et diminuent l'allant, l'enthousiasme, le nombre d'expédients, qui président aux entreprises susceptibles de redresser la situation » (Vexliard, 1957 : 242).

Au cours de la troisième phase dite d' « auto-accusation », la personne amorce une rupture avec l'ancienne vie qu'elle voulait jusque-là retrouver. « La situation « normale » qu'il cherchait à rétablir n'existe plus. Lui-même fait partie d'une autre catégorie d'hommes que celle à laquelle il a appartenu jusqu'à présent. Il garde cependant la conscience de soi de l'homme qu'il a été et qu'il n'est plus. » (Vexliard, 1957 : 243) L'espoir de la personne de retrouver sa situation diminue, mais est toujours présent. La quatrième phase (valorisation de l'état actuel), celle de la résignation, rendue à cette phase, la personne a fait le deuil complet de son ancienne situation. Elle commence à assumer sa situation et même à la valoriser. Elle n'a plus d'espoir, ni de volonté de quitter sa condition de clochard. Vexliard établit ici un rapprochement entre ce stade de désocialisation et un état mental autistique. « On retrouve là les mécanismes d'une rationalisation autistique, minimisant autrui et l'univers « normal », la négation des valeurs anciennes, le blâme à leur égard » (Vexliard, 1957 : 245).

Vexliard défend l'idée que le problème des clochards est avant tout d'ordre social.

Il préconise ainsi des mesures sociales pour y pallier :

La prévention du vagabondage relève essentiellement, sinon exclusivement, de mesures d'ordre social. Il faut tout d'abord créer des conditions qui empêcheraient les hommes de sombrer dans une existence où les liens sociaux seraient rompus pour eux, excluant ainsi la possibilité d'une vie normale. (Vexliard, 1957 :269)

Le modèle de la désocialisation sociale a inspiré beaucoup d'autres auteurs sur le sujet de l'itinérance. Roy (1995) propose un modèle en trois étapes qui s'y apparente. Elle définit cette désinsertion à partir de la notion d'insertion sociale :

Un tel modèle induit un rapport au social de l'ordre de l'idéal, lequel supposerait des conditions économiques suffisantes pour assumer son autonomie, une activité professionnelle valorisante, un réseau relationnel (famille, amis) stable et enrichissant, un lieu d'habitation confortable, des objets de consommation (voiture, télé, meubles, loisirs) qui permettent de se réaliser. (Roy, 1995 : 74)

Ce dernier processus de désinsertion se déroulerait selon les 3 phases suivantes: 1) la phase de résistance, marquée par la combativité, où la personne résiste à sa nouvelle situation et tente d'en sortir; 2) la phase d'adaptation, marquée le pessimisme, où la personne commence à s'adapter et à accepter sa situation; 3) la phase d'installation : où la personne met une croix sur ses possibilités de sortir de sa situation et adopte un « discours justificatif de la nouvelle situation ». Enfin, elle parle de la désinsertion comme d'un glissement vers l'exclusion et comme d'un « éloignement du pôle fort de l'intégration vers son contraire l'exclusion » (Roy, 1995 :76) Elle explique que le processus de désinsertion peut mener ultimement à l'itinérance, que celle-ci est la limite ultime d'un long processus.

Furtos (2007) propose un modèle semblable à celui de Vexliard et Roy tout en reconnaissant un caractère pathogène sur le plan de la santé mentale aux situations sociales d'exclusion. Il établit un lien entre la souffrance psychique et la perte possible ou avérée d'objets sociaux, donnant une définition des « objets sociaux » qui se rapproche de la situation idéale d'insertion sociale donnée par Roy :

Qu'est-ce qu'un objet social ? C'est quelque chose de concret comme l'emploi, l'argent, la retraite, le logement, la formation, les diplômes, les troupeaux, les biens. On en a ou pas. On peut les avoir perdus, ou avoir peur de les perdre en les possédant encore, ou de perdre les avantages qu'ils sont susceptibles de procurer. Un objet social, c'est une forme de sécurité, comme l'avait bien décrit le rapport Wresinski en 1997, qui est quelque chose d'idéaliser dans une société donnée, en rapport avec un système de valeurs qui fait à la fois statut et lien. Il permet une reconnaissance d'existence, il autorise des relations, on peut jouer avec l'objet social comme on joue avec un ballon. (Furtos, 2007 :26)

Il identifie trois modalités de souffrance devant la perte d'objets sociaux. La première modalité comme est essentiellement saine. Il l'associe aux effets du bon stress. Le sujet qui l'éprouve garde confiance en lui et dans l'avenir. Il conserve des liens forts avec son entourage. Il prend une position existentielle que Furtos résume par la phrase « quoiqu'il arrive, je m'en sortirai » (Furtos, 2007 : 26). La seconde modalité est plus néfaste pour le sujet. Sa souffrance commence alors à l'empêcher de vivre. Il anticipe ou expérimente la perte d'objets sociaux de façon dramatique. Ses liens sociaux se trouvent en difficulté. Il sollicite moins d'aide de son entourage et tend davantage à s'isoler. Furtos illustre sa posture existentielle par l'expression suivante : « Si je perds (ou si j'ai perdu), je suis foutu » (Furtos, 2007 : 26). La troisième et dernière modalité possède, selon Furtos, « les effets psychiques les plus invalidants » (Furtos, 2007 : 26). Le sujet vit « une souffrance qui l'empêche de souffrir sa souffrance » et passe d'une logique de la vie fondée sur les principes de plaisir et de réalité à une logique de survie (Furtos, 2007 : 26). Furtos résume sa situation existentielle par cette phrase : « tout est foutu, vivons-disparaissons ». À son point le plus extrême, cette modalité de souffrance se manifestera par ce que Furtos désigne comme étant le « syndrome d'auto-exclusion » (Furtos 2007 :27).

Furtos nous explique les raisons de ce terme d' « auto-exclusion » qui « introduit une duplicité sémantique de la psychogenèse et de la sociogenèse simultanée »:

Le terme exclusion signifie « être fermé dehors ». Sur le plan social, cela consiste en effet à être objectivement exclu du travail, du logement, de la culture, de la citoyenneté. Sur le plan psychique, cela revient à avoir un sentiment de se sentir exclu de l'appartenance à la commune humanité. Le terme « auto » renvoie à une activité psychique autonome, car tout en subissant la situation d'exclusion, le sujet a la capacité d'exercer sur lui-même une activité pour s'exclure de la situation, pour ne pas la souffrir, transformant ainsi le subir en agir. (Furtos 2007 :27)

Dans la formulation conceptuelle de ce symptôme, Furtos reconnaît ici sa dette envers les auteurs classiques comme Vexliard faisant état de processus de désocialisation chez les clochards.

Le processus à travers lequel s'exprime ce syndrome d'auto-exclusion commence par une perte de courage chez le sujet, corrélative à la perte d'objets sociaux, par exemple se retrouver sans domicile, qui n'est pas irréversible, mais qui peut le devenir à mesure que celle-ci se transforme en profond découragement. Furtos mentionne aussi un passage de la logique de vie à la logique de survie où « certaines choses apparaissent plus importantes à la vie elle-même », comme la conservation d'un certain idéal normatif. Furtos explique que ce syndrome s'exprime principalement par une tendance chez le sujet à se couper de son ressenti physique et psychique. « Le moi ne veut plus savoir rien de lui-même, ce qui nécessite un déni, c'est-à-dire une déconnection du sensoriel et du psychique » (Furtos 2007 :28). Pour rendre compte de cette dynamique, Furtos utilise le terme de désobjectivation et de « déshabitation de soi-même » (Furtos 2007 :26). Le psychiatre explique que cette dynamique est associée à des défenses paradoxales sur le plan psychique. Ces défenses seraient paradoxales dans le sens étymologique du terme qui renvoie à leurs aspects « à l'envers de l'opinion commune » (Furtos 2007 :26). Il donne de nombreuses illustrations de ces défenses paradoxales comme celle de cet homme de la rue parcourant la ville avec un couteau et une hache dans les mains. Ce dernier disait agir ainsi afin de préserver les autres de sa propre violence.

Conjointement aux derniers constats sur le syndrome d'auto-exclusion, Furtos expose d'autres signes de désocialisation. Il mentionne la rupture constante des liens sociaux. Le sujet n'est pas à l'aise avec tous les types de proximité, lorsqu'il la ressent comme trop prégnante, il peut accomplir de nouvelles ruptures. Furtos en arrive ainsi à l'errance et à l'incurie. L'errance s'exprime par une fuite

permanente au dehors, une fuite du lien tout en le conservant en permanence à la conscience. Selon Furtos, l'incurie participe de cette logique de fuite et constate que « l'isolement chez soi et la négligence de sa propre personne » sont tout aussi révélatrices de désocialisation que l'errance (Furtos 2007 :26). Autres signes, l'abolition de la vergogne où le sujet n'éprouve plus de « honte de la déchéance affichée de leur vie et de leur corps » (Furtos 2007 :26).

En conclusion de ce tableau clinique du syndrome d'auto-exclusion, Furtos rappelle que la mort peut être le dernier signe de ce syndrome (Furtos 2007 :26). Elle marque « l'aboutissement assez souvent prématuré du syndrome d'auto-exclusion » chez le sujet absent de son propre corps, vivant dans des conditions extrêmes, coupé de l'aide par la non-demande et insensible à sa propre souffrance.

Furtos rappelle que le syndrome d'auto-exclusion « est une voie commune » d'une diversité de situations d'exclusion. Elle n'est pas l'unique fait des personnes vivant à la rue. Il donne l'exemple des exclus politiques et d'autres victimes d'ostracisme social et d'exclusion comme les malades mentaux ou les victimes d'harcèlement au travail. Il associe ce type d'exclusion pathogène à deux modèles. Celui de la dépression anaclitique, c'est-à-dire la dépression caractéristique des personnes ayant subi la maltraitance infantile. Selon lui, le nourrisson dont les besoins affectifs ne sont pas reconnus vit en accéléré le syndrome d'auto-exclusion. Le second modèle est celui des camps de la mort nazi, « où l'intention d'exclure de la commune humanité était affichée » (Furtos 2007 : 32).

Furtos soutient enfin qu'il existe des rapprochements entre les symptômes des patients psychotiques et ceux associées au syndrome d'auto-exclusion : anesthésie, repli, retrait et comportements paradoxaux. Il admet que ces deux types de symptômes sont superposables. Il identifie ici une situation où il existe des risques de confusion entre les symptômes. Il avance même l'hypothèse que ce

qui est pris actuellement pour des symptômes déficitaires associés à la schizophrénie sont en fait le résultat du syndrome d'auto-exclusion engendré par un « regard excluant, dans un contexte de pratiques excluantes » (Furtos 2007 :32). Selon Furtos, le fait que de nombreux signes déficitaires de la schizophrénie disparaissent lorsque le sujet est mis dans des conditions plus décentes semble valider cette hypothèse. À partir de celle-ci, Furtos voit la possibilité, comme il le dit, de « reprendre, en l'actualisant, la question de la psychogenèse et de la sociogenèse des troubles psychiques via le rôle du corps et du sensoriel en rapport avec certains mécanismes sociaux d'aliénation » (Furtos 2007 :32). En admettant que c'est l'« organisation/désorganisation du vivre ensemble » qui a des effets cliniques en termes de souffrance psychique, Furtos explique en quoi les observations cliniques, rapportées par les intervenants de première ligne, éclairent aussi les « enjeux politiques de notre temps », qui sont traversés, selon lui, par le « conflit entre les droits de l'homme et le néolibéralisme non régulé » où la vie sociale est assujettie à sa seule dimension économique (Furtos 2007 :26). Il voit un important facteur sociogénétique dans la difficulté croissante de plusieurs à conserver les objets sociaux qui leur permettent de s'inscrire dans la société.

À propos des effets de la rue sur la santé mentale, nous avons présenté trois modèles qui s'apparentent et qui font référence au processus que les personnes vivent en se retrouvant à la rue. De Vexliard à Furtos, ils ont tous reconnu des phases similaires par lesquelles elles passent. Ils ont traduit un processus d'adaptation psychosociale menant à une situation ultime proche de la folie. Vexliard rapproche l'état de la personne rendue à la dernière phase de la désocialisation à un état mental autistique. Furtos explique que les symptômes du « syndrome d'autoexclusion », se manifestant au dernier stade de la perte des objets sociaux, s'apparentent aux symptômes déficitaires de la schizophrénie. De

par leurs modèles, ces auteurs ne prétendent pas que l'itinérance engendre la pathologie mentale mais qu'elle engendre un état qui lui est très semblable.

Conclusion

Concernant la littérature consultée, nous pouvons faire un ensemble de constats. Tout d'abord, il semble que les auteurs considèrent l'itinérance principalement comme un problème social, et cela incluant même l'itinérance des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Ce sont principalement des facteurs structurels qui sont tenus responsables de leur arrivée à la rue. Sur le plan des solutions préconisées par rapport à l'itinérance des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale, les auteurs consultés mettent l'accent sur la prévention des situations de rupture sociale ainsi que sur la couverture des besoins de base et ce avant toute forme d'évaluation et/ou d'intervention clinique. Ensuite, les auteurs constatent pour la plupart la nature complexe des liens entre santé mentale et itinérance. La situation des personnes itinérantes est multiproblématique. Les données par rapport aux différentes variables structurelles ne sauraient expliquer à elles seules le phénomène complexe de l'itinérance, bien qu'il ne fasse aucun doute qu'elles peuvent contribuer à l'expliquer en bonne partie. La plupart de chercheurs ayant étudié le phénomène invoquent plutôt une combinaison de facteurs personnels et de facteurs structurels pour rendre compte de l'itinérance. Celle-ci doit être davantage comprise comme l'interaction de plusieurs variables, amalgame d'événements de vie difficiles (*life events* en anglais, décès de proche, rupture amoureuse maladie), de contextes familiaux difficiles et de conditions de vie socioéconomiques précaires. Il devient donc aussi compliqué de considérer ces dimensions dans leurs interrelations que de les prendre une à une. Les auteurs font tous mention d'une difficulté en particulier; il s'agit de celle à distinguer entre pathologie mentale et condition sociale dans le cas de la population itinérante (Poirier 2007 ; Snow 1988 ; Kovess et Mangin-Lazarus 1999 ; Kovess 2001 ; Furtos 2007). Cela rappelle les questions

du sociologue Marcelo Otero sur les aspects sociaux des problèmes de santé mentale : « comment démêler l'imbrication du dysfonctionnement social et du problème de santé mentale ? Est-il seulement possible de le faire ? Est-ce pertinent ? » (Otero, 2010 :19)

Le prochain chapitre sera l'occasion de prolonger cette réflexion sur la définition de la situation des personnes sans-domicile aux prises avec des problèmes de santé mentale. Quelle dimension biologique, psychologique ou sociale les personnes mettent-elles de l'avant pour expliquer leur situation?

Chapitre 3 : Le discours des personnes concernées

Ce chapitre poursuit notre réflexion sur la relation entre itinérance et santé mentale en abordant le point de vue des principales intéressées, c'est-à-dire les personnes sans domicile aux prises avec des problèmes de santé mentale. Dès nos premières lectures, il est apparu que cette démarche ne fait pas l'unanimité parmi les auteurs consultés et suscite beaucoup de discussions et de questionnements, surtout lorsqu'elle est appliquée à des personnes présentant de graves problèmes psychiatriques. La parole de ces dernières est plus souvent qu'autrement considérée sous l'angle unique de la manifestation symptomatique. À titre d'exemple, rappelons que, dans *DSM-IV*, le fait de tenir des propos « bizarres » figure d'ailleurs parmi les critères de certains troubles comme la schizophrénie. Il n'est donc pas étonnant que le discours des personnes, tenant pour signe de la maladie, soit sujet à un certain soupçon dans le domaine de la santé mentale. Dans ce chapitre, nous comptons rendre compte des principales postures épistémologiques tirées de la littérature consultée par rapport au discours des personnes.

Un discours incompréhensible

La première position recoupe deux postures très différentes qui émettent des réticences à l'usage du discours des personnes dans le cadre d'une recherche scientifique. La première posture épistémologique est liée à l'approche biomédicale dominante en psychiatrie, mais elle est aussi partagée par des chercheurs en sciences sociales. Velpry (2008), sociologue spécialisée en santé mentale, souligne que ces derniers avaient intégré le même scepticisme que les médecins à l'égard du discours des patients. Cette posture biomédicale dénie tout sens ou intérêt scientifique particulier à la parole des personnes aux prises avec des troubles mentaux. Elle les considère comme une manifestation symptomatique, un épiphénomène, de problèmes dont l'origine est principalement biologique. Lovell (1997) déduit de cette posture la tendance à considérer le

discours de la personne diagnostiquée « schizophrène », plus spécifiquement son délire, comme fermé à l'interprétation (« *closed to interpretation* ») et, par le fait même, comme des « actes de paroles vides de sens » ne méritant même pas d'être analysées (« *empty speech acts* »). La parole des personnes diagnostiquées peut demeurer toutefois l'objet d'attention mais strictement comme manifestation de troubles neurobiologiques. Par exemple, des chercheurs comme Iakimov et al. (2006) soutiennent que le discours des schizophrènes peut être analysé en tant que problèmes cognitifs, plus précisément de troubles dans l'interprétation des métaphores. La pathologie mentale rend ainsi compte de la difficulté des personnes schizophrènes à distinguer le sens littéral et figuré d'énoncés imagés comme des proverbes. Lovell attribue cette déconsidération de la parole et de l'expérience subjective des personnes psychotiques au changement de paradigme au sein de la psychiatrie contemporaine. Alors que celle-ci était basée sur une approche plus phénoménologique, elle est maintenant passée à une approche nettement plus biologique en termes de fonction du cerveau et de cognition. Aux États-Unis, ce changement s'est exprimé par l'adoption de critères diagnostiques « *objectifs* » fondés sur l'observation de symptômes extérieurs. De son côté, plusieurs auteurs consultés comme Blais (2006) constatent l'abandon par la psychiatrie de l'étude de la subjectivité et du symbolisme de l'expérience psychotique, de tout ce qui n'est pas visible et mesurable, au profit de l'étude de la neurobiologie.

Cette contestation biomédicale de la parole des patients remonte à la vieille distinction établie par Karl Jaspers, elle-même inspirée de Dilthey et de Weber, entre les connexions significatives et les connexions causales (Barrett, 1999; Bonnafé et al., 1946). Les premières sont accessibles par le processus empathique de compréhension (*Verstehen*). Il peut s'agir d'humeurs et de réactions psychiques à des situations données. Les secondes, les connexions causales, relèvent de phénomènes d'ordre physique et chimique qui sont expliqués (*Erklaren*) et non

compris. Pour Jaspers, certaines pathologies mentales comme la schizophrénie ne peuvent être comprises puisqu'elles impliquent des mécanismes biologiques qui ne sont pas compréhensibles mais explicables scientifiquement. Comme le résume Barrett (1999) à propos de Jaspers : « La schizophrénie étant, dans son noyau, un état incompréhensible, elle ne peut être saisie que par des explications causales qui invoquent des mécanismes biologiques agissant hors du conscient » (Barrett, 1999 :240).

En somme, les tenants de cette posture s'appuient généralement sur les pathologies mentales graves comme la schizophrénie pour soutenir qu'il est impossible de comprendre l'expérience des personnes qui en sont atteintes. Leur discours étant marqué par la confusion induite par des dysfonctions biologiques, il n'est pas la peine de s'y attarder et d'y prêter trop d'attention, à moins de pouvoir mettre leur discours en parallèle avec ces mêmes dysfonctions.

La seconde posture relève du domaine de la littérature et des sciences sociales. Tout comme la première posture, elle plaide que l'expérience des troubles graves de santé mentale, dont la schizophrénie est la figure principale, serait inaccessible. Cependant, cette inaccessibilité n'est pas attribuable à la défaillance du cerveau, mais plutôt au caractère incommunicable et singulier de ce type d'expérience. Velpry cite Roe et Ben-Yishai (1999), auteurs représentatifs de cette approche qui affirment que «la maladie mentale atteint le cœur de la subjectivité et de l'expérience de « soi » » (Velpry, 2008 :220). Pour les tenants de cette conception, l'expérience psychotique est représentée comme l'emblème de l'altérité radicale, qui ne peut être objectivée par la narration et qui ne peut faire l'objet de généralisation. Ils rejettent toutes prétentions à élaborer un discours général à partir de ce type d'expérience singulière et subjective. Lovell écrit à ce propos: « Similarly, the fragmented discourse and continual dislocation of meaning – of multiple referents – associated with schizophrenia are mirrored in postmodern

aesthetics and, some would say, in the experience of the postmodern self » (Lovell, 1997: 363). Le « texte schizophrénique » serait impossible à analyser en raison de son imprédictibilité, de l'identité désincarnée qu'il mobilise et de l'absence de signifiants communs entre le narrateur et le récepteur. La narration schizophrénique serait accomplie sans considération pour l'interlocuteur. En termes lacaniens, la « chaîne des signifiants » serait rompue. Par ailleurs, ce courant tend à soutenir que la plupart des expériences d'autrui restent incommunicable. Dans cette veine, l'expérience des femmes serait complètement fermée aux hommes. Si ce courant eut le mérite de poser la question des limites de la compréhension d'autrui, les tenants les plus radicaux de celui-ci en arriveraient au postulat qu'il est impossible de comprendre l'expérience d'autrui et mènerait à une impasse épistémologique selon des auteurs comme Bonny (2000), à l'origine d'un ouvrage synthèse sur la postmodernité et le postmodernisme.

Bien que se fondant sur des prémices très différentes, les postures biomédicale et postmoderne affirment qu'il est impossible de comprendre l'expérience des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Dans les deux cas, les postures prennent l'exemple du discours schizophrénique comme limite posée à toute démarche qui voudrait lui tirer un sens. Pour l'approche biomédicale, la schizophrénie représente le cas type de l'atteinte biologique qui ne s'explique que par des phénomènes naturels et qui rend vain tout effort de compréhension par l'échange verbal. Pour l'approche postmoderne, elle est l'emblème par excellence de l'altérité radicale, de la subjectivité ineffable et de l'expérience singulière.

Un discours producteur et porteur de sens

La position suivante est élaborée en réponse aux objections de la première. Les tenants de celle-ci remettent en question l'idée que le discours des personnes serait vide de sens. Ils soutiennent au contraire que, peu importe la gravité de la

pathologie mentale, leur discours serait toujours producteur et porteur d'un sens qui serait à la fois personnel et social.

Cela dit, la plupart des auteurs consultés adoptant cette position reconnaissent les nombreux obstacles à la compréhension de certains discours, comme c'est le cas des discours délirants ou de ceux qui évoquent des expériences psychotiques. Velpry (2008) présentent quelques-unes de ces difficultés en prenant le cas des personnes schizophrènes. Ces dernières auraient un rapport au temps particulier qui se traduit dans leur narration. L'auteure fait état d'une tendance récurrente dans les récits des personnes qu'elle appelle l'« ellipse », comme la figure du style. Elle remarque dans leurs discours une propension à concentrer en une seule journée les événements s'étant échelonnés sur de longues périodes, comme si les dernières dix années s'étaient déroulées hier. L'auteure note aussi une difficulté chez les personnes diagnostiquées schizophrènes à se remémorer des périodes qu'elles ont vécues dans la confusion.

La mise en récit des événements était rendue d'autant plus difficile pour certains, du fait que les souvenirs étaient anciens, mais également parce qu'ils avaient pu être vécus confusément et renvoyer à un sentiment d'étrangeté à soi-même, ce d'autant plus lorsque les événements avaient été rarement racontés. (Velpry, 2008 :222)

À la difficulté de se remémorer les expériences vécues dans la confusion de la psychose, qualifiées parfois de « trous noirs » s'ajoutent la difficulté d'ordonner les différentes expériences entre elles de même que la difficulté provenant « du mélange d'éléments réels, ou plausibles, avec d'autres délirants, ou peu crédibles, ou encore de contradictions internes non assumées » (Velpry, 2008 :223). Confrontés à ce type de discours, la plupart des auteurs consultés soutiennent que le plus important est le sens accordé par les personnes à leur expérience plutôt que la stricte véracité factuelle de leur propos. Velpry écrit à ce propos : « L'étrangeté d'un corpus ne rend pas impossible l'analyse sociologique de son contenu » (Velpry, 2008 : 226).

Plusieurs auteurs (Velpry, 2008; Kolh, 2006; McAll et al, 2011) soutiennent qu'à travers leur discours, les personnes parviendraient à reconstruire un sens à leur existence chambardée par l'expérience des problèmes de santé mentale. Selon Kohl (2005a; 2005b), ce serait notamment grâce à la mise en récit de ce qui aurait causé leurs problèmes que les personnes parviendraient à reprendre un certain contrôle sur leur parcours de vie souvent marqué par des expériences de confusion et de perte de contrôle. Elle serait un moyen à leur disposition pour rattacher les différents éléments de leur identité et de leurs histoires de vie, et, contrairement aux postulats postmodernes, elle serait aussi un moyen de renouer des liens avec le monde commun en rendant compréhensible leurs expériences de détresse aux autres. Le discours ne serait donc pas un acte de rupture de sens avec le monde extérieur mais un acte de rattachement avec celui-ci. Dans cet esprit, Kohl soutient que le récit de vie permettrait aux personnes de mieux composer avec ses troubles.

Kohl (2006) remarque que l'attitude de méfiance à l'égard du récit des personnes, entretenue notamment dans les milieux cliniques, porterait atteinte à leur équilibre souvent fragile. Il donne l'exemple des conceptions étiologiques des patients qui rencontrent souvent l'opposition des cliniciens qui cherchent à remplacer ces conceptions considérées comme erronées et irrationnelles par des conceptions dites savantes, fondées sur la science biomédicale. L'auteur souligne les effets pervers d'une telle posture à travers les programmes d'information adressés aux patients et à leurs proches :

En effet ces programmes d'éducation partent souvent de la représentation que nous nous faisons de la représentation étiologique et thérapeutique des patients; ils ne cherchent que rarement à promouvoir un échange de représentations, mais visent plutôt à remplacer des représentations supposées erronées ou du moins opposées aux représentations savantes. Il y a donc un pouvoir dans

cette mise en œuvre de la représentation, qui peut entraîner une certaine forme d'aliénation. (Kohl, 2005a; 149)

Il dénonce l'ensemble des campagnes de sensibilisation en santé mentale qui adoptent une telle posture. Selon l'auteur, le discrédit entretenu par les cliniciens envers leurs conceptions de leur trouble s'avère néfaste pour le patient. Il s'en prendrait notamment aux rares moyens mobilisés par celui-ci pour donner sens à une expérience de confusion, se reconstruire une identité et se réinscrire dans le « monde commun ».

Dans le même esprit, des auteurs en appellent à considérer les explications surnaturelles mises de l'avant par les patients. De nombreuses études attestent que les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale ont recours à une étiologie surnaturelle, impliquant l'intervention d'entité divine ou démoniaque, pour expliquer leurs troubles. Mohr (2011), une psychologue suisse, met le projecteur sur cette même prédominance des thèmes surnaturels chez les personnes aux prises avec des troubles psychotiques. Elle mentionne dans son étude que plus de 50% des patients schizophrènes attribuent leur problème à des causes surnaturelles. Elle propose aux cliniciens de ne pas sous-estimer ce fait et, surtout, de ne pas discréditer ou confronter le discours étiologique des personnes. Dans son approche clinique, elle incite à considérer les explications des patients dans une visée de complémentarité avec celle de la psychiatrie. Valenzuela-Pérez et al. (2003) font valoir l'importance de reconnaître que les images surnaturelles et démoniaques exprimées par les patients « en tant qu'efforts pour donner un sens à l'expérience et pour maintenir les morceaux d'une identité effritée » (Valenzuela et al., 2003 :395). Les auteurs affirment que ces images, de même que la simple évocation de la spiritualité, demeure trop souvent suspectes aux yeux des professionnels de la santé mentale. Les auteurs soutiennent que plutôt que de dénigrer ou d'ignorer ce type d'explication, il est préférable de les mettre en valeur et de les mobiliser dans le processus thérapeutique. L'étiologie du patient,

ici celle de l'intervention du diable, serait une façon de reconstruire du sens dans un contexte de perte de repères. Leur article tente de démontrer la pertinence d'une approche thérapeutique qui puisse accueillir les différentes formes d'expression de l'expérience de la maladie et fait ressortir l'importance de mettre en lien les conceptions étiologiques surnaturelles des patients avec le contexte et les référents à disposition des patients.

Plutôt que de rejeter et de combattre les conceptions étiologiques des patients, il importerait donc aux cliniciens de les considérer en justifiant l'importance de celles-ci par des arguments autant cliniques que théoriques. En tenant compte des modèles d'explication des patients, il serait plus aisé d'établir une relation thérapeutique positive et respectueuse. Kohl (2006) explique ainsi que la reconnaissance des représentations étiologiques des patients joue un rôle important dans l'alliance thérapeutique, dans le recours aux soins et dans la manière de se représenter ses problèmes. Elle déterminerait aussi le choix des solutions pour les régler. L'auteur, psychiatre d'expérience, souligne que le fait d'expliquer l'origine de son trouble, peu importe le type de modèle adopté, peut aider le patient à donner du sens à l'expérience de son trouble et l'aider à composer avec lui. McAll et al. (2011) souligne eux aussi cette fonction de sens et l'hypothèse probable de son impact thérapeutique : « Les récits permettent de situer les personnes et leur condition actuelle dans une histoire qui est une tentative de construire du sens autour du temps présent ou d'indiquer des chemins possibles qui auraient pu les amener là où elles sont aujourd'hui » (McAll et al., 2011 : 67).

Chez les auteurs consultés qui soutiennent que le discours des personnes a du sens, il apparaît que le récit de vie, incluant les explications de ce qui aurait causé leur problème, permet aux personnes de conférer un sens à leur expérience. Or,

selon ces mêmes auteurs, ce sens ne se limiterait pas à sa dimension personnelle mais recouvrait aussi une dimension sociale. Comme l'écrit Sévigny :

Tant pour les personnes qu'on appelait autrefois « aliénées » que pour l'ensemble des personnes dites « normales », on ne peut donner un sens à une expérience sans faire référence, explicitement ou non, à son univers social. (Sévigny, 2009 :125)

Cette idée est défendue et illustrée par plusieurs auteurs consultés. Lovell (1997) se réfère à ce titre à une étude qu'elle a menée auprès des personnes schizophrènes vivant dans les rues de New York. Elle explique que leurs récits ne seraient jamais que pure subjectivité et pure imagination et qu'ils sont constitués à partir des référents disponibles dans l'univers socio-symbolique auquel appartiennent ceux qui les racontent. Elle donne l'exemple des récits mythifiés évoquant des origines familiales fictives qui empruntent dans une large part aux référents de la culture populaire comme les bandes dessinées, les dessins animés et les films d'action. Le discours des personnes, comprenant leurs modèles explicatifs de leur trouble, serait pour ainsi dire fonction des éléments disponibles dans le cadre de référence socioculturel.

Des auteurs comme Massé (1998) soutiennent que le discours des personnes est façonné par la société qui l'entoure, par les normes qu'elle défend, par ce qui est valorisé et ce qui est dévalorisé. Il rappelle à ce titre que l'identification de comportements comme relevant de la santé mentale passe d'abord par une lecture réalisée par la personne elle-même et son entourage et cela, bien avant tout diagnostic de cliniciens. Ce qui apparaît comme signe de problèmes de santé mentale ne fait pas l'unanimité entre les groupes sociaux et les différentes communautés d'une même société. Dans leur étude en Abitibi, Corin et al. (1990) avaient constaté eux aussi comment la définition des comportements symptomatiques de problèmes de santé mentale pouvait varier entre six communautés d'une même région en fonction notamment de leur type d'activités

socioéconomiques principales (agricole, agro-forestier et minier). Les auteurs avaient constaté que « le fait d'appartenir à un même milieu implique généralement le partage d'un même environnement sémantique, c'est-à-dire d'un même ensemble de représentations ou d'un même cadre de référence sur lesquels se base la lecture de la réalité. » (Corin et alt., 1990 :118)

Corin (2009) reprend les idées de Kleimann (1980) qui voit la clinique comme un espace de négociation entre le clinicien, le patient et son entourage. Cela signifie que c'est à travers la rencontre de ces trois types d'acteurs que s'élaborent les représentations des problèmes de santé mentale. Les cliniciens assimilent certaines conceptions des patients et vice et versa. Le discours étiologique des personnes peut donc être compris comme le résultat de relations sociales avec les différents types d'acteurs. Les personnes réaliseraient pour ainsi dire une synthèse des diverses explications auxquelles elles ont été exposées à travers leurs différentes relations.

Dans le même esprit, Massé (1999) considère que les idiomes de la détresse relèvent d'une construction à la fois personnelle et sociale, qui s'inscrit aussi bien dans l'histoire de vie des personnes qui l'éprouvent que dans le contexte socioéconomique. Il soutient que l'expérience personnelle doit donc être replacée dans un cadre plus large et que les idiomes de la souffrance et les types d'explication demeurent puisés dans une culture et une société données. Massé écrit à ce propos:

Une fois le sens inscrit dans l'expérience, il faut réinscrire l'expérience de la souffrance dans le contexte des inégalités sociales (fondées sur le sexe, la classe sociale ou l'origine ethnique) et des formes culturelles qui définissent le moi occidental, mais aussi par rapport à la notion de personne, à la centralité de la productivité, au rôle du faire sur l'être, à la perte des repères à laquelle fait face l'individu postmoderne atomisé, au narcissisme et au désengagement sociopolitique. (Massé, 1999 : 28)

Les auteurs consultés donnent de nombreux exemples de l'importance de considérer le cadre social de référence dans l'interprétation du discours des personnes (Corin, 2009; Sévigny, 2009; Velpry, 2008; Girard et al., 2006; 2006, 2005a, 2005b; Knowles, 2000; Massé, 2001, 1999, 1998; Lovell, 1997). Le contenu de leur discours n'est jamais indépendant de leur univers social. Même, en ce qui concerne les délires, le contenu reste imprégné des éléments de la société ambiante. Selon cette perspective, la gravité des troubles ne serait donc pas un obstacle insurmontable à l'analyse du discours des personnes qui en sont atteintes. Un peu à l'instar de la position psychanalytique vue au premier chapitre, il y aurait du sens derrière le « non-sens » apparent.

Un discours stratégique

Contrairement à la dernière position, où il est surtout question de la signification, que ce soit à l'échelle personnelle ou sociale, cette troisième posture aborde le discours des personnes en tant que stratégies de survie élaborées pour préserver une image positive d'elles-mêmes, pour « sauver la face » au sens goffmanien (Goffman, 1973), de même que pour faciliter leurs accès aux différentes ressources d'aide en se présentant comme admissibles.

Plusieurs auteurs soutiennent que le discours des personnes a une fonction de préserver leur dignité et de protéger l'image positive qu'elle peut avoir d'elle-même (Velpry, 2008; Girard et al., 2006; Kohl, 2006, 2005a, 2005b; Knowles, 2000; Massé, 2001, 1999, 1998; Lovell, 1997; Lanzarini, 1996). Kohl considère par exemple que le discours étiologique a une fonction identitaire de premier plan pour les patients. À travers leurs modèles explicatifs, les patients tentent aussi d'échapper au stigma associé à la maladie mentale et sortir de leur mise à l'écart du reste de la société en retissant des liens avec le monde commun. Les explications viseraient à démontrer que leurs problèmes ne sont pas si étrangers à l'expérience des autres. Elles participeraient aussi d'un ensemble de stratégies

identitaires visant à s'extraire du groupe dévalorisé des « malades mentaux » pour mieux s'insérer dans un groupe socialement valorisé. Kohl (2005a) explique par ce même souci d'insertion sociale les affirmations des patients à l'effet qu'ils souhaiteraient travailler « comme tout le monde ». Kohl donne l'exemple des récits de vie de personnes schizophrènes sans-abri pour qui ce souci d'insertion serait même à l'origine de leur clochardisation, trouvant dans la rue un milieu dans lequel ils peuvent enfin s'insérer et contrer le stigma associé à la maladie mentale. Selon cet auteur, les représentations étiologiques seraient aussi une façon de se préserver d'explications psychiatriques jugées trop totalisantes. La multiplicité des représentations étiologiques mobilisées par les personnes irait notamment dans ce sens. Il donne l'exemple de personnes expliquant leurs troubles à la fois par des facteurs génétiques, des problèmes familiaux, des forces surnaturelles et des événements malheureux. Il s'agit pour ainsi dire de garder un pouvoir sur la définition de soi.

Pour les personnes qui vivent à la rue, ces stratégies de présentation de soi se voient complexifiées par le contexte. Lovell (1997) explique que l'itinérance signifie vivre sa vie privée en public, c'est-à-dire être sous le regard constant d'autrui, ce qui ne permet pas de préserver la meilleure image de soi. L'auteure fait aussi mention de l'apparence vestimentaire des personnes qui trahit souvent leur situation de sans-domicile. Dans le cas des personnes sans domiciles aux prises avec des problèmes de santé mentale, l'auteure soutient que l'enjeu identitaire est double. Il s'agit de ne pas passer pour un « fou », ni pour un « itinérant ». L'auteure explique que, règle générale, les personnes ont intérêt à « travailler leurs identités » de manière à éviter les « dégâts ». Qu'elles soient atteintes de problèmes de santé mentale ou non, elles ont recours à diverses stratégies de présentation de soi pour contrer le stigma associé à la vie à la rue. Lovell rappelle cependant que dans le cas particulier des « itinérants malades mentaux », ces stratégies de maîtrise de l'image de soi prennent une forme

délirante, signifiant par là que les altérations ou les fabrications concernant des caractéristiques personnelles trompent même celles qui en sont les auteurs. Elle donne l'exemple de Rod, une personne schizophrène à la rue qui, dans son discours emprunte des éléments fictifs et délirants, présente sa vie à la rue d'une façon à en escamoter les aspects les moins reluisants. Par exemple, ses multiples déplacements dans la rue, afin notamment de répondre à ses besoins de base, sont présentés comme une quête pour retrouver sa mère. Dans le même esprit, la nourriture qu'il trouve dans les poubelles serait des cadeaux qui lui seraient laissés par sa mère. Cela lui évite notamment de se reconnaître comme étant un *dumpsters diver*, un terme de la rue pour désigner les personnes qui mangent à même les poubelles et qui sont souvent l'objet de stigmatisation de la part des autres personnes en situation d'itinérance.

D'après la lecture en termes stratégiques, le discours des personnes en situation d'itinérance ne serait pas qu'un moyen de défense identitaire mais répondrait aussi aux impératifs de la survie matérielle. Les auteurs consultés soutiennent que ces impératifs amèneraient les personnes à conformer leurs discours aux attentes des responsables des ressources en itinérance afin de s'assurer leur aide. Lanzarini (1996) parle « d'histoires toutes prêtes pour les professionnels du social ». L'auteure explique que ces histoires « fabriquées » « seraient suffisamment dramatiques pour qu'elle attire l'attention et l'aide de celui qui est sollicité, sans trop d'exagération pour ne pas paraître excessivement « tragique » » (Lanzarini, 1996 :114) L'auteure parle aussi du recours à des identités instrumentalisées, fabriquées en fonction du type de ressources et du type d'aide sollicité. Lanzarini reconnaît ici sa dette envers les travaux de Laé (1995) sur les récits de malheurs. Ce dernier avait entre autres démontré une tendance chez les personnes sollicitant l'assistance à mettre de l'avant leur dénuement et leurs manques afin d'accéder aux différentes ressources. Laé avait souligné le paradoxe qui était imposé aux

personnes en demande d'assistance qui se trouvent reconnues socialement dans leurs besoins en faisant reconnaître un aspect stigmatisé de leur identité.

Declerck (2001), anthropologue et psychanalyste, voit lui aussi une fonction stratégique aux récits de vie des personnes en situation d'itinérance. Ceux-ci rempliraient une « triple fonction de normaliser, de désangoisser et de déculpabiliser les sujets à leurs propres yeux et aux yeux d'autrui, en faisant appel à une étiologie objectivante à laquelle tout un chacun doit pouvoir s'identifier » (Declerck, 2001 :322). Declerck explique qu'en se présentant comme victime d'évènements extérieurs qui auraient pu arriver à n'importe qui, la personne clocharisée chercherait, consciemment ou non, à ce que son interlocuteur s'identifie à lui. L'objectif de cette identification serait d'obtenir davantage de la part de l'interlocuteur qui est la plupart du temps un soignant. L'auteur exprime un profond doute envers le discours étiologique des personnes qu'il qualifie d'« étiologie qui n'implique en rien ». Leur discours servirait à les laver de toute responsabilité par rapport à leur situation. Concernant la portion des personnes sans domicile habituées au champ psychiatrique, Declerck applique une lecture similaire et note qu'elles ont tendance à répéter des « formules toutes faites » qu'il qualifie comme étant une forme de « psittacisme psychiatrique ». Il écrit à leurs propos :

Une des difficultés liées à ces malades aux parcours psychiatriques existentiels (j'allais écrire « professionnels » tant on est proche là de véritables « carrières ») est qu'il ne présente plus à l'extérieur qu'une sorte de faux self, rompu au psittacisme psychiatrique. Tous se passe alors comme si le malade discourant en face de nous n'était plus qu'une sorte de ventriloque répétant un texte depuis longtemps désinvesti. « Je » est ailleurs. (Declerck, 2001 : 157)

Declerck ne distingue pas le discours de ces personnes ayant une expérience de la psychiatrie des autres personnes à la rue. Il s'agit d'un discours généré dans le cadre des dynamiques entre intervenants et personnes sans domiciles. Declerck

laisse entendre que les attentes de normalisation des intervenants se trouvent reprises par les personnes. Les enjeux de normalité deviennent ce qui cimente l'union des intervenants et des personnes sans domiciles. Dans ce contexte, la référence à la normalité, que ce soit pour expliquer d'où elles viennent ou pour se fixer des objectifs, se trouve mobilisée par les personnes dans leur interaction en vue d'obtenir l'approbation des intervenants. Declerck adopte une position hybride entre la psychanalyse et l'interactionniste qui l'empêche de conclure que leurs stratégies seraient pleinement délibérées et volontaires. Il laisse plutôt entendre qu'il s'agit de stratégies plus ou moins conscientes des personnes pour favoriser l'implication des intervenants.

Dans une étude sur les stratégies de recours au système psychiatrique, Verhaegen (1985) a distingué un sous-groupe particulier de patients affichant une tendance à adopter la lecture psychiatrique de leurs problèmes et cela, de manière à s'installer dans l'institution psychiatrique. L'auteur note que ceux-ci sont issus pour la plupart de milieux sociaux défavorisés et vivent principalement de l'aide sociale. Ils auraient tendance à utiliser « l'institution pour les bénéfices secondaires qu'elle procure », c'est-à-dire de l'ensemble des services à l'exception des soins, comme le fait d'être hébergé et de couvrir ses besoins alimentaires (Verhaegen, 1985 : 59). Verhaegen remarque que les patients qui font ce type d'usage sont ceux qui ont toujours vécu dans une grande instabilité. Ils voient l'hôpital comme un répit. L'auteur constate que ceux-ci ont rarement des projets d'avenir. Ces patients soutiendraient presque unanimement une origine organique à leurs problèmes, pour justifier leur recours et contrer la stigmatisation. Rappelons qu'il ne s'agit que d'une des trois types d'usage des systèmes psychiatriques identifiés par l'auteur. L'auteur a aussi noté un sous-groupe qui cherche à éviter à tout prix le recours à la psychiatrie. Il serait composé lui-même de deux sous-groupes, soit celui des personnes pour qui le recours à la psychiatrie représente une menace pour le maintien de leur situation sociale et celui de celles qui ont été placées en

institutions en jeune âge et qui ont en horreur la vie encadrée. Les personnes qui adoptent une telle stratégie d'évitement par rapport à la psychiatrie auraient aussi tendance à rejeter l'identité de malade et la lecture organiciste de leurs problèmes. Le dernier type d'usage est celui des personnes qui entretiennent un rapport fonctionnel à l'institution psychiatrique. Verhaegen résume leur posture : « L'hôpital psychiatrique n'est pas un lieu auquel il faut à tout prix échapper ou dans lequel il faut rentrer. Il est simplement question que de s'y faire soigner » (Verhaegen, 1985 : 59). Il s'agit pour la plupart de personnes aux prises avec des problèmes sans « conséquences majeures sur la vie professionnelle, sociales et affectives » (Verhaegen, 1985 : 59). Les personnes qui adoptent ce type d'usage ne sont pas en opposition à la définition psychiatrique de leurs problèmes, elles s'y résignent avec un certain détachement. Chez Verhaegen, il y aurait donc plusieurs stratégies qui seraient principalement fonction des « conditions de vie passées et présentes des patients au sein de la société » (Verhaegen, 1985 :56). L'auteur explique que les personnes feraient une sorte d'évaluation du coût de renonciation à la vie sociale qu'implique le recours à l'institution psychiatrique. Les personnes mieux intégrées socialement auraient ainsi plus à perdre que les personnes exclues d'une prise en charge psychiatrique. Verhaegen ne note pas seulement des coûts matériels, en termes de conditions de vie socioéconomiques, mais aussi des coûts symboliques, qui peuvent notamment affecter l'image que la personne a d'elle-même et le maintien de ses relations sociales. Selon l'auteur, ces différents coûts seraient pris en compte par les personnes dans le choix de leur stratégie d'usage des services en santé mentale qu'elle soit d'installation, d'évitement ou de recours fonctionnel.

Plusieurs auteurs prennent le contrepois de la posture en terme de stratégie que nous venons d'illustrer. Ils nous avertissent des dangers de glisser dans une attitude de méfiance généralisée envers les personnes en situation de pauvreté alors tenues pour d'habiles simulateurs. Dans le cas particulier des personnes sans

domicile aux prises avec des problèmes de santé mentale, ce soupçon n'est pas seulement alimenté par leur potentiel intérêt à produire de « faux-témoignages » mais aussi en ce qui a trait à leur état mental. Selon Thibodeau et al. (1999), le personnel hospitalier aurait une très mauvaise perception des personnes sans domicile qui se fonde sur ce même type de soupçon. Les auteurs expliquent que le personnel aurait tendance à considérer les personnes itinérantes comme de mauvais patients, manipulateurs et peu motivés, et qui ne suivent pas leur traitement. Le personnel soignant aurait lui aussi tendance à voir les personnes itinérantes comme des personnes qui cherchent à profiter des ressources hospitalières par tous les moyens possibles, notamment en inventant des histoires. Elles sont soupçonnées entre autres de chercher à se faire prescrire des médicaments pour les revendre sur la rue.

Dans *Misère du monde*, Bourdieu (1993) se montre très critique des approches en termes de stratégies appliquées aux personnes en situation de pauvreté. Il y décèle une philosophie de l'action qui cherche dans les seules intentions et raisons « le principe de toutes les actions de tous les agents, supposés également maîtres de leur destin, et à constituer ainsi tacitement les RMistes (personnes sur l'aide sociale) en responsables de leur misère » (Bourdieu, 1993 : 928). Elle porterait à traiter les personnes « en dissimulateur et en simulateur potentiel qu'il faut prendre au piège » (Bourdieu, 1993 : 928). Bourdieu donne l'exemple des entretiens administratifs menés par les responsables de l'aide sociale auprès des bénéficiaires de celle-ci, entretiens qui s'apparentent à de véritables interrogatoires policiers.

En regard des auteurs que nous venons de citer ici, il apparaît que la posture en termes de « stratégie » aurait un certain potentiel stigmatisant. Elle se distingue grandement de la posture biologique, qui doute de la capacité même des personnes à élaborer un discours sensé, la position « stratégique » reconnaît quant à elle des

capacités intellectuelles aux personnes, capacités qui ne sont toutefois pas nécessairement vues comme positives. Ces dernières sous-entendent une capacité à « frauder » le système d'assistance. Il ne faut pas en déduire que les auteurs consultés qui abordent le discours sous l'angle stratégique cherchent pour autant à discréditer les personnes. En un sens, elle leur reconnaît le même souci que tout un chacun de bien peser ses mots et de se présenter sous un jour favorable. Cette lecture les réinscrit dans une commune humanité, même si elle n'est pas l'abri de déraper dans une logique du soupçon.

Un discours comme forme de savoir

Les auteurs associés à cette dernière position défendent que le discours des personnes traduise une forme de savoir d'expérience qui doit être considéré au même titre que les savoirs clinique et théorique. Elle se distingue des deux positions précédentes qui soutiennent l'importance de prêter attention au discours des personnes mais sans lui reconnaître nécessaire une valeur en tant que forme spécifique de connaissance. D'après ces positions, le discours des personnes représente surtout un matériel qualifié de riche mais insuffisant en lui-même et nécessitant l'analyse de spécialistes afin d'en extraire les différentes significations et intentionnalités profondes. En somme, leur discours n'a de valeur qu'en deuxième analyse et ne révèle rien de significatif sans cet exercice intellectuel. C'est souvent à partir de l'exemple du discours schizophrénique, dont l'accent est mis sur leur caractère confus et désorganisé qu'est déduite la nécessité du travail du chercheur qui le met en forme et en traduit le sens.

En proposant une lecture en termes de savoir d'expérience, les auteurs ne s'opposent pas à l'analyse en termes de significations et de stratégies. Ils soutiennent l'importance d'étudier ces dimensions du discours des personnes. Ils se montrent toutefois sensibles au risque d'encoder le discours des personnes dans les termes du savoir expert. Ils cherchent à rompre avec l'attitude de suspicion à

l'égard de la version des personnes en la reconnaissant comme une forme de savoir particulier, un savoir d'expérience, tout aussi valable que les autres dans le champ de la santé mentale. Cela dit, précisons que cette approche n'est pas exclusive à ce champ. Des auteurs comme Chambers (1995) l'ont appliquée à l'intervention en développement international en laissant la parole aux bénéficiaires de l'aide plutôt que seulement aux professionnels. Chambers révèle l'écart entre ce que propose la population et ce que les professionnels occidentaux projettent comme besoin pour cette population. Par exemple, il avait remarqué une importante différence dans la hiérarchie des demandes adressées. Pour les professionnels, le fait d'avoir un important revenu occupe la tête de liste des besoins alors que selon les populations, ce « besoin » occupe la neuvième place. De là, Chambers plaide pour un renversement de paradigme en faveur de la participation des populations vivant la réalité de la pauvreté.

De leur côté, Rodriguez et al. (2007) rendent compte d'un projet de « Gestion autonome de la médication » lancé par le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRSAMQ) où le savoir d'expérience des usagers avait été sollicité concernant l'utilisation de médicaments psychotropes. L'objectif de ce projet était de « proposer aux personnes qui consomment des psychotropes une démarche de réflexion sur leur qualité de vie, sur leur cheminement vers le mieux-être et sur la place qu'occupent la médication et les autres pratiques dans leur vie quotidienne et leurs parcours » (Rodriguez et al. ,2007 : 115). Selon les auteures, ce projet n'a pas seulement un intérêt sur le plan de la reconnaissance sociale des usagers mais aussi sur celui de la prise en considération de leurs savoirs.

Ces auteurs exposent le contenu particulier de ce savoir, en remarquant d'abord que les personnes mettent l'emphase sur la multiplicité des formes de souffrance. Ces dernières ne se concentrent pas uniquement sur les formes extrêmes de son

expression, c'est-à-dire sur les épisodes intenses de détresse ou sur les périodes de crise, mais insistent sur leur façon de composer au quotidien avec leur trouble et les effets secondaires de la médication. Elles racontent aussi que leur souffrance ne se limite pas à son seul aspect médical, comme le laisse entendre la réponse unique du système de santé mentale en termes de prescription de médicaments. Selon le témoignage des personnes, le fait de ne proposer que des médicaments en réponse à leur souffrance viendrait exacerber leur détresse et leur désespoir. Elles ne se sentiraient pas reconnues dans leurs besoins, besoins qui ne se limitent pas à la médication. Les personnes font part du peu de temps d'écoute qui leur est alloué par les cliniciens. Elles plaident de façon générale pour le développement de pratiques d'intervention plurielles pour répondre à la pluralité de leurs souffrances.

Rodriguez et al. reconnaissent que le savoir des personnes est plutôt critique des conceptions et des pratiques actuelles en santé mentale, notamment en ce qui concerne la place prépondérante du modèle biomédical. Cependant, les personnes sont loin de rejeter ce modèle. Elles offrent plutôt une lecture modérée comme le notent Rodriguez et al. :

Les participants au projet ont tenu à s'écarter d'une tendance idéologique rigide et réductrice (qu'elle provienne des tenants de l'antipsychiatrie ou d'adeptes inconditionnels d'un traitement quasi exclusivement médical des troubles mentaux) afin de mettre plutôt de l'avant une approche ouverte sur les significations et les effets des médicaments dans la vie quotidienne et dans la trajectoire des personnes. (Rodriguez et al., 2007 : 120)

Les auteures remarquent aussi une ouverture des personnes à dialoguer avec les représentants des autres formes de savoir comme celui des intervenants sociaux et des cliniciens. Elles ont constaté que le projet fut d'ailleurs l'occasion d'entamer ce dialogue dans un esprit d'égalité entre les différentes formes de savoir.

Elles soulignent l'intérêt grandissant pour les approches qui considèrent les personnes comme expertes de leur expérience. Elles soulignent notamment la reconnaissance du Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (MSSSQ) et des gestionnaires du secteur public des services de santé mentale. Cette approche semble donc bénéficier d'un soutien qui aurait été inespéré quelques années auparavant. Il s'agit d'une approche qui remet en question dans ses fondements même la posture biomédicale. Le savoir d'expérience des personnes, tel qu'exprimé à travers leurs discours, questionne « le traitement unidimensionnel de la souffrance psychique » sous l'angle biomédical. Il fait valoir plutôt une vision plurielle de cette souffrance et laisse plus de place au quotidien de la souffrance et pas seulement aux épisodes extrêmes de détresse.

Conclusion

La présentation de ces différentes perspectives reconferme l'influence des modèles explicatifs sur la manière de considérer la parole des personnes. Il apparaît que certaines lectures, comme la lecture biologique, privilégient les signes physiques aux dépens de la confiance du patient. Cette influence devra être prise en compte dans la suite de notre démarche, surtout dans l'optique où nous souhaitons recourir au récit des personnes. Le chapitre suivant sera l'occasion de nous repositionner par rapport à la valeur épistémologique du discours des personnes ayant des problèmes de santé mentale.

Chapitre 4 : Reformulation de la question et méthodologie

Ayant l'hypothèse sociogénétique comme point de départ, la revue de littérature que nous venons d'effectuer aura été l'occasion de mieux saisir les tensions entre les modèles explicatifs qui traversent le champ de la santé mentale. Dans la littérature consultée, ces tensions se présentent la plupart du temps sous la forme de l'opposition entre les explications biologiques et les explications psychosociales. La plupart des auteurs étudiés développent leurs arguments dans un dialogue avec le modèle biomédical dominant.

Reformulation de la question

Dès le premier chapitre, le modèle biologique apparaît comme un modèle qui tend à s'imposer et ce, au détriment des autres modèles. C'est cette prétention à être le seul modèle explicatif qui rencontre le plus de critiques dans la littérature consultée. Bien qu'il soit concédé que le modèle biologique libère la personne de la responsabilité de ses actes, passant d'une attribution morale à une attribution en termes de maladie, le modèle peut entraîner la perte du statut de sujet à part entière chez cette dernière. Pour reprendre les termes de Pinel, il lui est dénié cette « part de commune humanité », ce « reste de raison ». Il n'est dès lors plus nécessaire de chercher à dialoguer avec celle-ci ou de tenter de comprendre son comportement, attribuable uniquement à une défaillance organique. Les auteurs consultés se rejoignent pour la plupart dans cette analyse mais n'en tirent pas tous les mêmes conclusions sur le plan des solutions. Radicaux, les auteurs associés à l'antipsychiatrie n'hésitent pas à condamner la psychiatrie en tant qu'imposture scientifique et à dénoncer sa tendance biologisante comme dépersonnalisante. Elle mènerait à considérer les patients comme des « objets », des « entités biologiques », plutôt que comme des personnes. Basaglia voyait quant à lui dans l'approche biologique un refus de mettre en cause l'ordre social aliénant en rejetant le blâme sur le cerveau de l'individu psychiatisé. Davantage réformateurs, des auteurs comme Engel (1977) n'en critiquent pas moins avec

vigueur la psychiatrie trop centrée uniquement sur la biologie. Ils proposent un compromis dans l'adoption d'un modèle qui intègre et prend en compte l'ensemble des dimensions biologique, psychologique, sociologique, voire spirituelle, le modèle biopsychosocial. Plusieurs auteurs consultés notent que ce modèle a été l'objet d'une adoption de façade et que dans le quotidien de la psychiatrie, c'est le modèle biomédical qui domine toujours.

Dans le second chapitre sur les relations entre itinérance et santé mentale, nous retrouvons cette même polarisation entre les explications biologique et psychosociale. Plusieurs auteurs consultés voient d'un œil critique l'emphase mise sur la santé mentale des personnes en situation d'itinérance y décelant une manière d'occulter les dimensions politiques et socio-économiques impliquées dans le phénomène. Ils défendent l'idée que l'itinérance soit un phénomène principalement social et se montrent réticents à expliquer le phénomène par l'état mental des individus qui se retrouvent à la rue. Ils concèdent toutefois comme Wright (1988) que les personnes atteintes de troubles mentaux se trouvent plus à risque devant les facteurs structurels comme le manque d'emplois, les salaires inadéquats pour les travailleurs sans qualification et semi qualifiés et la diminution de l'accès à des logements à prix modique. Ces auteurs font ainsi valoir l'importance de considérer les multiples dimensions impliquées dans la situation. Ils accordent néanmoins une importance plus particulière à la dimension sociale et se méfient d'une lecture trop psychiatrique, craignant par là de réduire le problème à la santé mentale des individus, mais aussi de cautionner une rehospitalisation massive des personnes à la rue (Poirier, 2007). Plusieurs auteurs sont d'avis que l'itinérance est le résultat d'un processus social d'exclusion pouvant avoir des effets négatifs sur la santé mentale. Ils soutiennent que dans sa dernière phase, l'exclusion sociale engendre un état mental pouvant s'apparenter à la schizophrénie. Selon Furtos (2007), l'exclusion, le fait de se voir dénier sa

« commune humanité » avec les autres membres de sa société, aurait un impact traumatique manifeste.

L'auteur inscrit ce processus d'exclusion dans le cadre de ce qu'il qualifie comme le « néolibéralisme non-régulé » qui aurait entre autres pour conséquence de réduire la vie sociale à sa seule dimension économique. Furtos soutient que dans ce cadre, marqué par la précarisation du travail et les coupures dans l'assistance sociale, de plus en plus de personnes sont à risque de glisser vers l'exclusion, dont l'itinérance constitue la phase ultime. L'auteur explique que la perte d'objets sociaux, comme la perte d'un emploi, peut être le début d'un long processus de rupture sociale. En faisant découler la détresse psychologique d'une situation sociale, ces auteurs s'avancent évidemment sur la voie de la sociogenèse des problèmes de santé mentale. Furtos remarque d'ailleurs concernant la souffrance psychique qui se manifeste chez les exclus, dont les personnes sans-domicile représentent le cas extrême, qu'elle permet de reconsidérer la question de la sociogenèse des troubles psychiques. En face de ces lectures de spécialistes, dont plusieurs mettent l'accent sur les facteurs sociaux en lien avec la santé mentale, s'est dressée la question du point de vue des personnes qui vivent cette situation. Quelle lecture adoptent-elles ? Biologique, sociologique, psychologique, surnaturelle ; quels facteurs mettent-elles de l'avant pour expliquer leur situation ?

Dans le troisième chapitre, tentant de répondre à ces dernières questions, nous nous sommes heurtés dès le départ aux discussions portant sur le recours aux discours des personnes et sur la valeur scientifique d'une telle démarche. Ces discussions ont fait ressortir à nouveau la polarisation des écrits entre les lectures biologique et psychosociale. La lecture biologique fournit la plupart des arguments qui rejettent la possibilité de comprendre et de tirer un sens du discours des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Les autres postures prennent la forme d'une réponse à cet argumentaire. Elles défendent qu'il soit

possible de dégager un sens et une intentionnalité dans le discours les plus délirants. Elles tiennent aussi à démontrer que les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale confèrent un sens à leur expérience, notamment via la mise en récit de leur expérience et le recours aux référents communs à leur société, qu'ils soient d'ordre culturel ou religieux. Ce faisant, elles se reconstruisent un équilibre identitaire et tentent de rétablir des liens avec le monde commun. Selon des auteurs comme Koln (2005a), l'imposition d'une lecture biologique pourrait mettre en péril le fragile équilibre ainsi élaboré et accroître leur sentiment d'aliénation par rapport à leur propre expérience. En se fondant sur le point de vue des personnes elles-mêmes, Rodriguez et al. (2007) rapportent que la seule réponse pharmacologique à leurs problèmes participerait à l'aggravation à long terme de leur détresse et de leur désespoir. Elles se sentiraient aussi niées dans l'ensemble de leurs besoins qui ne se résument pas uniquement à la médication psychiatrique. Partant d'une critique de la réduction opérée par le modèle biologique, nous retrouvons une fois de plus chez les auteurs la défense d'une approche multidimensionnelle dans la compréhension des problèmes que vivent les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale.

Dans son ensemble, la littérature consultée nous apparaît d'abord sous la forme d'une remise en question de l'application de la seule grille de lecture biomédicale à la réalité des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Elle n'invalide pas nécessairement la lecture biologique en elle-même mais plutôt son usage exclusif. La plupart des auteurs consultés invitent par conséquent à considérer les multiples dimensions qui composent la réalité de ces dernières. Dans le cas des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale en situation d'itinérance, parmi ces multiples dimensions, la dimension sociale occuperait une place importante. L'hypothèse que des facteurs sociaux puissent avoir un impact sur la santé mentale trouve ainsi un appui manifeste chez les auteurs.

La littérature consultée nous a permis de mieux situer la sociogenèse parmi les autres modèles explicatifs. Cette mise en perspective a été l'occasion de saisir en quoi la portée de ces modèles dépasse les seules considérations scientifique et clinique. La façon d'expliquer les problèmes de santé mentale a de nombreuses répercussions sur l'attitude à l'endroit des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale, sur le degré de responsabilité qui leur est imputé, sur la place qui leur est donnée dans la société, sur les ressources et les services qui leur sont alloués. Comme nous l'avons noté au troisième chapitre, elle influence aussi la crédibilité accordée aux discours des personnes.

Certaines lacunes dans la littérature consultée se sont aussi révélées. Il semble que celle-ci se concentre principalement sur l'étude des pathologies mentales graves, comme la schizophrénie, et des situations de crise et autres épisodes de détresse, sans véritablement aborder le spectre plus large des expériences associées à la santé mentale et l'ensemble des dimensions, parfois moins « spectaculaires », reliées à cette expérience, comme c'est le cas de sa dimension quotidienne. Ces limites furent soulevées entre autres par Rodriguez et al. (2007) dont la démarche se fonde notamment sur l'idée que les personnes détiennent une forme de savoir qui possède sa spécificité par rapport aux autres formes de savoir au sein du champ de la santé mentale. L'approche théorique pour laquelle nous optons s'inspire de cette dernière approche. Elle se fonde aussi sur les constats réalisés dans la revue de littérature. Selon ceux-ci, il apparaît important d'aborder le discours des personnes en tant que moyen de s'inscrire et de composer avec leur société. C'est sous cet angle sociologique que seront analysées les différentes explications des problèmes de santé mentale que les personnes peuvent mobiliser dans leur discours.

Par rapport à notre question de départ, nous conservons notre emphase sur l'hypothèse sociogénétique, mais en l'élargissant pour mieux prendre en considération les différents modèles explicatifs, qu'ils soient biologiques, psychologiques ou encore surnaturels, et pour bien saisir les multiples implications qu'ils contiennent. Un effort particulier devra être consenti à la compréhension de l'appropriation que les personnes font de ses différents modèles dans leurs discours. L'orientation que nous comptons donner à notre question s'attardera aux récits des personnes considérées comme savoir d'expérience. Cette reconnaissance du savoir d'expérience des personnes n'a pas uniquement une fonction symbolique, celle de restaurer la dignité des personnes en conférant formellement une valeur à leur discours. Elle permet de soulever des dimensions qui se trouvent négligées par les autres formes de savoir et qui s'avèrent d'une importance première pour celles qui les vivent, à savoir leur façon de composer avec leur expérience, de la mettre en forme et de la partager. Cette approche semble permettre l'exploration d'aspects peu fouillés dans les études antérieures, comme c'est le cas notamment de la dimension quotidienne de l'expérience des problèmes de santé mentale. Elle donne aussi un portrait qui évite une représentation trop spectaculaire de ces problèmes, comme c'est le cas avec l'emphase mise sur les épisodes de détresse où il est question d'hallucinations, de psychoses et de crises. Il semble que cette approche permet d'établir un portrait plus fidèle de la situation des personnes telles qu'elles la perçoivent. L'approche sous-tend une attitude propice au dialogue interdisciplinaire en reconnaissant la valeur des différentes formes de savoir au sein du champ. Elle évite d'entrer dans une critique radicale du modèle biomédical en se gardant aussi de faire l'apologie de la psychiatrie biologique. Il semble que cette approche soit plus propice à une intégration des différentes formes de savoir. En conservant un intérêt premier pour l'étude des facteurs sociaux susceptibles d'être à l'origine des problèmes de santé mentale, nous adoptons un point de vue large qui considère l'ensemble des

modèles explicatifs et tente de saisir le point de vue des personnes dans une perspective plus large.

Sur le plan de notre questionnement, cela implique que nous allons tenter de comprendre comment les personnes expliquent l'origine de leurs problèmes de santé mentale à travers leurs récits de vie. Quels modèles explicatifs mobilisent-elles ? Quels impacts cela a-t-il sur le sens qu'elles donnent à l'expérience de leurs problèmes ? Nous allons regarder de près la façon dont elles intègrent les facteurs sociaux dans l'explication de leur trouble et sur leur évaluation qu'elles font de l'impact de leur condition de vie, aussi bien en termes relationnel que matériel, sur leur santé mentale. Nous porterons un intérêt particulier à la façon dont elles intègrent entre eux les différents éléments explicatifs de leur problème dans leur discours.

Au-delà des questions concernant la nature de leurs explications et l'intégration des différents facteurs qu'elles mobilisent, une attention particulière sera portée à l'inscription de ces explications dans la trame de leur récit de vie. Cette attention ne devra donc pas trop se concentrer exclusivement sur les facteurs sociaux mais devra être assez large pour inclure l'ensemble des facteurs soulevés par les personnes. L'objectif premier n'étant pas seulement de vérifier le degré d'adhésion des personnes à l'hypothèse sociogénétique mais d'étudier le champ large des éléments d'explications présents dans le récit des personnes, peu importe le registre explicatif auquel ils appartiennent. Comment sont-ils mobilisés et intégrés au fil du récit des personnes ? Quel rôle jouent ces éléments dans leur récit ? Jouent-ils un rôle particulier dans leur façon de composer avec leurs problèmes ? Est-ce que leurs éléments coïncident avec ceux des auteurs consultés ? Les personnes soulèvent-elles des éléments nouveaux par rapport à ceux soulevés dans la littérature consultée ? Et enfin, qu'en est-il aussi des diverses implications de l'adhésion à une forme d'explication donnée sur le plan de la

signification, de l'attribution de responsabilité individuelle et sociale et du rapport au système de soins en santé mentale ?

Méthodologie

La poursuite de cette recherche, centrée sur le point de vue des personnes, nous incite à recourir à une forme particulière de méthode qualitative, le récit de vie. Cette recherche se fera plus particulièrement à partir d'un riche matériel de récits de vie réalisés dans le cadre d'un vaste projet de recherche pancanadien (Vancouver, Winnipeg, Toronto, Montréal et Moncton) chapeauté par la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) portant sur l'itinérance et la santé mentale, le projet Chez soi. Mentionnons que l'objectif premier de ce projet est de « mettre à l'essai » un programme américain nommé « Logement d'abord » qui consiste à donner accès à un logement subventionné (la subvention fait en sorte que le bénéficiaire ne débourse pas plus que 25% de son revenu pour son loyer) ainsi qu'à un suivi intensif pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale en situation d'itinérance. À la manière d'une étude expérimentale, le projet compte comparer un groupe expérimental composé de personnes bénéficiant du programme à un groupe témoin laissé aux ressources habituelles en itinérance et en santé mentale. Les groupes expérimentaux et témoins sont eux-mêmes subdivisés en deux groupes : le groupe des « personnes à besoins élevés », qui sera en suivi intensif (SI) et le groupe des « personnes à besoins modérés », qui sera en suivi d'intensité variable (SIV). Sur ce dernier point, précisons que ces catégories cliniques se rapportent à la gravité fonctionnelle des « problèmes de santé mentale » et non en fonction du diagnostic. La visée du Projet Chez Soi est avant tout d'intervention. Dans le protocole, il est précisé que « l'objectif général est d'établir des pratiques exemplaires qui pourraient s'appliquer à l'échelle nationale » (CSMC, 2009 :1).

Dans le cadre de ce vaste projet, des entretiens qualitatifs ont été menés dans les différents sites canadiens. En ce qui concerne cette recherche, nous allons recourir aux entretiens réalisés au site de Montréal. Précisons que le recrutement des participants a été effectué par une équipe d'agents de recherche, qui a été chargée de repérer des « personnes susceptibles de satisfaire aux critères d'éligibilité de l'étude (itinérance et troubles mentaux) » (CSMC, 2009 :11). Ce repérage a été effectué, entre autres en fréquentant une diversité de ressources en itinérance et de lieux où se tiennent les personnes en situation d'itinérance. Après avoir établi des liens de confiance avec des personnes répondant au profil du projet, les membres de cette équipe ont présenté le projet aux potentiels participants et leurs ont demandé s'ils souhaitaient participer à l'étude. Les personnes intéressées ont été ensuite soumises à une évaluation de leur éligibilité et de leur niveau de besoins. En ce qui a trait à l'éligibilité, un questionnaire d'admissibilité a été adressé aux référents et aux potentiels participants. Les personnes éligibles ont été ensuite attribuées aléatoirement soit dans le groupe expérimental, soit dans le groupe témoin.

Pour le site de Montréal, 469 personnes ont été recrutées pour le projet Chez-Soi, dont 285 reçoivent les services offerts dans le cadre du projet – 81 dans le groupe de suivi intensif dans le milieu (SIM) et 204 dans le groupe de suivi d'intensité variable (SIV) – et 184 reçoivent les services réguliers offerts dans la communauté. Elles furent recrutées dans une trentaine de ressources incluant des ressources d'hébergement en itinérance et des hôpitaux. D'autres personnes furent référées par le service correctionnel du Canada et même le service de police de la Ville de Montréal. Chaque dixième personne recrutée comme participant au projet pour chacun des quatre groupes (besoins élevés et besoins modérés, groupes expérimentaux et témoins) a été sélectionnée lors de leur arrivée dans le projet pour une entrevue de type « récit de vie ». Ce critère aléatoire de sélection a été ajusté en cours de route pour s'assurer de la représentation des femmes

équivalente à leur poids dans l'ensemble des personnes recrutées. L'échantillon sur lequel porte ce texte est ainsi composé de 46 personnes, dont 30 hommes (65%) et 16 femmes (35%), reflétant les proportions d'hommes et de femmes parmi les 469 participants (67% et de 33% respectivement) (McAll et al., 2012).

Une fois les participants recrutés, les entretiens ont été menés par des membres de l'équipe d'agents de recherche. Les entretiens se sont déroulés dans des conditions plutôt variées. En ce qui concerne le lieu des entretiens, les entretiens ont été réalisés en CLSC, dans les bureaux du projet Chez soi, dans des locaux de ressources en itinérance et deux entretiens se sont déroulés dans la rue. Pour ce qui est du moment des entretiens, ils ont été effectués entre le 3 décembre 2009 et le 3 juin 2011. La majorité des entretiens ont été effectuée en après-midi (31) (entre 13h et 17h).

Après chaque entretien, les membres de l'équipe d'agents de recherche ont rempli une fiche signalétique, en guise de notes de terrain, où elles ont consigné certains détails concernant le déroulement de l'entretien; le contexte et le climat de l'entretien, les problèmes méthodologiques rencontrés, les commentaires qui ont suivi l'entretien. Concernant les aspects méthodologiques de la conduite des entretiens, les intervieweurs remarquent en tête de liste l'exigence émotionnelle qu'implique l'exploration de l'histoire de vie de personnes ayant connu de nombreux épisodes de détresse. De là, ils notent la difficulté de s'en tenir à leur rôle de recherche et de devoir parfois entrer dans un rôle thérapeutique, presque malgré eux.

En ce qui a trait au thème abordé dans les entretiens, ils ont pour la plupart suivi l'ordre de la grille d'entretien divisée en deux parties (voir annexe). La première partie porte sur « l'histoire de vie à la rue et dans les refuges ». Une première série de questions explore le thème des chemins ayant mené à la perte du domicile; la

vie avant la perte du domicile, ce qui a contribué à la perte du domicile, la récurrence des expériences de vie sans domicile et la dernière expérience sans domicile. La seconde série de questions concerne plus précisément le thème de la vie à la rue ou dans les refuges; une journée typique à la rue, les services utilisés et leur appréciation, la vision du logement d'avenir. Une dernière série de questions se concentre sur le thème des « expériences en lien avec la santé mentale et les services qui y sont associés »; la première expérience de problèmes de santé mentale, les expériences avec le système de soins en santé mentale et la conception du rétablissement. La seconde partie porte sur les pires et meilleurs moments de vie du participant ainsi que sur un point tournant dans leur vie.

À partir du riche matériel obtenu, un processus de traitement analytique des données a été entrepris. C'est à partir des premiers verbatim et des premiers enregistrements que l'équipe du CREMIS a procédé à l'élaboration d'une méthode d'analyse des récits de vie. Des fiches-résumés ont été conçues afin de synthétiser la masse d'informations contenues dans les quelque 46 récits de vie qui furent produits. Ces fiches-résumés se divisent en 7 fiches spécifiques : la première porte sur la façon dont la personne s'est présentée dans l'entretien, la seconde offre une chronologie générale de la vie de la personne, la troisième est consacrée à l'histoire de logement et d'itinérance de la personne, le quatrième se concentre sur la vie à la rue et les services en itinérance que la personne a utilisés, la cinquième relate l'expérience de la personne en lien avec le système de santé mentale, une sixième fiche fait l'historique de ses expériences de travail puis, finalement, une dernière fiche est allouée aux relations sociales significatives de la personne (amitié, relations amoureuses et famille). Au terme d'un travail de mise en fiches des récits, nous avons obtenu un imposant document de 500 pages qui regroupent et synthétisent un total de 46 entretiens. L'information contenue dans ce document a été ensuite colligée dans un tableau codé et chiffré pour permettre certains recoupements entre les participants. Nous avons, par exemple, consigner

des informations sur un certain nombre de variables significatives comme l'ancienneté dans la rue, l'addiction à des substances psychotropes etc. Ce tableau a facilité ainsi l'analyse quantitative de contenu.

C'est à partir de ces outils, fiches-synthèses et tableau codé et chiffré, que nous avons pu ensuite procéder à la sélection d'un échantillon plus restreint de 10 entretiens (sur les 46 entretiens) pour mieux les soumettre ensuite à une analyse qualitative en profondeur. Nous avons réalisé cette sélection en nous fondant sur les principes de diversifications³ internes (Poupart et al., 1998 :180), c'est-à-dire en visant la plus grande diversité au sein du groupe restreint des participants, groupe considéré « homogène » sur le plan de leur situation d'itinérance et de leur état de santé mentale⁴. Tenant compte de ces principes, nous avons donc privilégié la plus grande variété possible au sein de notre échantillon en fonction de variables générales comme l'âge, l'ethnicité, le niveau de scolarité, et de variables plus spécifiques au phénomène étudié et au projet de recherche Chez soi, comme l'appartenance aux groupes expérimentaux ou témoins, l'ancienneté à la rue et la présence de problèmes d'addiction. Parmi ces 10 participants sélectionnés, figurent 3 femmes et 7 hommes, ce qui respecte le ratio homme-femme chez les participants au projet, 5 participants du groupe témoin dont 4 avec « besoins

³ Principe de diversification : « On présente la diversification- plutôt que la représentativité statistique – comme le critère majeur de sélection dans les échantillons qualitatifs par cas multiples. En effet, ces recherches sont souvent appelées à donner un panorama le plus complet possible des problèmes ou situations, une vision d'ensemble ou encore un portrait global d'une question donnée. D'où l'idée de diversifier les cas de manière à inclure la plus grande variété possible, indépendamment de sa fréquence statistique. » (Pirès dans Poupart et al., 1998 :180-181)

⁴ Principe de diversification interne : « La seconde forme est la « diversification interne » ou intra-groupe. Il y a ici un changement dans les finalités théoriques de la recherche. Disons d'une façon impropre que, dans ce cas, on veut donner un « portrait global » mais seulement à l'intérieur d'un groupe plus restreint et homogène d'individus. Imaginons le thème de recherche suivant : « l'image de la justice pénale chez les ouvrières et ouvriers Québécois ». Ici, l'analyste ne peut pas savoir ce que tous les Québécois pensent de la justice pénale, mais seulement une certaine catégorie sociale de Québécois. » (Pirès dans Poupart et al., 1998 :181) « C'est le principe de diversification interne qu'on applique : il s'agit de prendre les informateurs les plus divers possibles dans le groupe afin de maximaliser l'étude extensive du groupe choisi. » (Pirès dans Poupart et al. 1998 : 185)

modérés » et 1 avec « besoins élevés », 5 participants du groupe expérimental dont 4 avec « besoins modérés » et 1 avec « besoins élevés », 8 francophones nés au Québec, un anglophone né au Québec et une personne parlant l'anglais comme langue seconde née dans un pays du sud-est asiatique. En ce qui a trait à l'âge, le participant le plus jeune est âgé de 27 ans et le plus âgé a 53 ans. La moyenne d'âge des participants est de 45,4 ans. Pour ce qui est de l'ancienneté à la rue, le participant ayant la moins longue expérience avait passé 2 mois à la rue au moment de l'entrevue alors que celui qui a la plus longue expérience y a passé près de 12 ans. En moyenne, les participants ont passé près de 39,5 mois, soit environ 3 ans et 4 mois à la rue.

En plus de ce souci de diversification des profils, la richesse des entretiens a aussi orienté le choix des participants. Nous avons de prime abord rejeté les entretiens qui se sont déroulés plus difficilement, ou les participants ont donné des réponses courtes, évasives et défensives. Nous avons retenu les entretiens où les participants se sont livrés avec aisance à l'exercice et qui se sont distingués par la richesse de l'information qu'ils ont livrée. Tel que recommandé par Pirès (Poupart et al., 1998 :172), nous avons opéré notre sélection en fonction de la bonne capacité d'expression de l'information des participants et leurs habilités à l'autoréflexivité, à la prise de distance par rapport à leur propre rôle. Tous ces critères se reflètent souvent dans la plus longue durée des entretiens et la longueur des réponses émises aux questions des intervieweurs.

La plupart des entretiens ici retenus sont considérés par les intervieweurs comme d'excellents entretiens, en ce sens, qu'ils ont suscité des récits plus étoffés que la moyenne. Ces entretiens rendent tous compte de la capacité d'expression de l'information des participants et leurs habilités à l'autoréflexivité. Les commentaires des intervieweurs à propos de ces entretiens vont tous dans ce sens ; « l'honnêteté du participant l'a amené à se révéler 'comme jamais il ne l'avait fait

auparavant » ; « « Entrevue touchante par la confiance accordée à l'interviewer ». Certains entretiens retenus démontrent une capacité des participants à la prise de distance à leur propre rôle et à leur émotion. « C'est la première personne schizophrène que je rencontre qui est aussi fonctionnelle et bien avec sa médication et capable de parler avec détachement de ses psychoses et de ses expériences en santé mentale. » « Quelques moments d'émotions intenses bien maîtrisés chez le participant (pleurs brefs). » Toutes ces caractéristiques des entretiens et des participants se reflètent souvent dans la plus longue durée des entretiens et la longueur des réponses émises aux interventions des intervieweurs. Concernant le contexte dans lequel se sont déroulés ces entretiens, ils ne diffèrent pas beaucoup de l'ensemble des 46 entretiens. La plupart se sont déroulés dans un espace-temps comparable à celui de la clinique (tel que mentionné dans le chapitre méthodologique). Ils ont tous duré en moyenne une heure à l'exception d'un entretien de près de 3 heures, le seul réalisé dans le nouveau domicile d'un des participants.

L'analyse que nous avons réalisée à partir de ces 10 entretiens retenus sera élaborée et présentée au chapitre cinq. Ce chapitre est organisé en fonction de notre question de recherche portant sur les explications étiologiques que fournissent les participants à propos de leurs problèmes de santé mentale. Nous comptons y soumettre notre hypothèse selon laquelle les personnes en situation d'itinérance aux prises avec des problèmes de santé mentale recourent davantage à des explications de type sociogénétique. L'exercice ne saurait se limiter à la seule validation ou invalidation de l'hypothèse. Il va aussi porter sur leur « manière de parler » des causes de leurs problèmes de santé mentale. Nous serons particulièrement attentifs aux éléments nouveaux apportés par les personnes par rapport à leurs explications de leurs « problèmes de santé mentale ». Tel que conseillé par Bourque et Duchastels (1988 :58), nous allons combiner les démarches descendantes, concentrées sur la validation-invalidité d'hypothèses

et ascendantes, fondée sur la « révélation du texte dans la perspective la plus ouverte possible ». En explorant le point de vue des personnes sur les causes, nous serons aussi attentifs à leur façon de traiter des nombreuses implications liées à l'adhésion à un modèle d'explications donné.

Les limites de la démarche de recherche

Tout au long de notre exposé sur le déroulement de la recherche, il a déjà été possible d'identifier certaines limites. Nous comptons ici les approfondir et en discuter les implications pour notre analyse. Plusieurs problèmes méthodologiques ont été soulevés jusqu'à maintenant. Ils pourraient tous faire l'objet de discussions. Cependant, nous avons souhaité concentrer notre réflexion sur les biais se rapportant plus précisément à notre question de recherche sur les registres explicatifs des problèmes de santé mentale chez les participants. Pour nous guider dans ces discussions des limites, nous allons reprendre la chronologie dans laquelle s'est effectuée la recherche.

La principale limite qui se pose à notre démarche sociologique concerne la visée d'intervention de départ du projet. Chez soi. Le projet se donne comme objectif premier d'agir sur le phénomène qu'il se propose d'étudier. Cette visée d'intervention repose essentiellement sur certains présupposés à propos des besoins des populations ciblées par le projet de recherche. Nous pourrions affirmer que le projet tient son origine dans une initiative institutionnelle. Elle provient d'une volonté de responsables politiques d'agir sur une situation définie dès le départ comme posant « problème ». Or, l'approche de la recherche sociologique nous incite à remettre en question les catégories de pensée instituées. Elle nous invite à étudier des problématiques sociales, avec l'objectif avant tout de comprendre, plutôt que des problèmes sociaux, qui supposent une nécessité d'intervention (Berger, 1973[1963]). Le chercheur en sciences sociales devrait ainsi prendre ses distances par rapport aux objectifs posés par les représentations

institutionnelles de sa société⁵. Il devrait mettre de côté ses prénotions sur un phénomène de manière à s'ouvrir à des logiques sociales étrangères à celle de son milieu d'origine ou des préoccupations strictement institutionnelles. Dans le cas du projet Chez soi, cela pourrait se traduire par une remise en question de la définition institutionnelle des besoins et des problèmes que sous-entendent les initiateurs du projet. L'importance des problèmes de santé mentale chez les personnes à la rue fait partie de ces présupposés. Il en va de même de l'importance supposée du logement pour les personnes à la rue, qui, dans les faits, ne représente pas toujours une priorité en soi⁶. Il est attendu des initiateurs des programmes d'intervention que les personnes pouvant être ciblées par leur intervention partagent leurs définitions de leur situation et de leurs besoins. Dans ce contexte, il apparaît que le chercheur devrait d'abord chercher à connaître comment les personnes visées par le projet définissent leur situation et opposer cette définition d'« en bas » à celle élaborée « d'en haut » par les instigateurs du projet. La présente recherche se veut un pas dans cette direction. Elle vise à exposer comment les personnes s'expliquent l'origine de ce qui est défini par le système psychiatrique comme « problèmes de santé mentale ».

En partant du discours des participants, nous espérons donc pouvoir faire ressortir ce point de vue d'« en bas ». Certes, cet exercice rencontre de nombreuses limites à prendre en compte sur le plan méthodologique. Une des limites les plus importantes concerne justement l'importance de la visée d'intervention dans le

⁵ « *Le message des organismes subventionnaires est clair (...) les efforts de la recherche doivent porter prioritairement sur l'étude des faits sociaux, non pas en tant que phénomènes à interpréter, mais en tant que problèmes à résoudre (...). On vise le développement d'une technologie sociale.* » (Létourneau, J. 1994 :594)

⁶Comme le rappelle un membre du comité expert, « *les personnes ne cherchent pas un logement à tout prix et à n'importe quelle condition.* » Il faut rappeler que le retour en logement signifie la rupture avec le milieu sociale de la rue. Par conséquent, cela peut signifier l'isolement social. Cela dit, il faut aussi mentionner que les conditions de logement qui peuvent parfois être insalubres. Sur ce point, il semble encore très important de laisser la parole aux participants afin de mieux comprendre les nuances de leur rapport au logement.

projet. Cela complique la tâche qui consiste à se distancier du point de vue institutionnel. Il semble que l'importance de la visée d'intervention complique l'ensemble des démarches de notre recherche. Une première complication s'exprime dans le fait que les participants ne semblent pas toujours avoir été à même de distinguer entre le volet « clinique » et le volet « recherche » du projet. Plusieurs participants se sont donc présentés à leur entrevue en pensant qu'il s'agissait de rencontres cliniques et ce, malgré les consignes des intervieweurs. D'autre part, les intervieweurs eux-mêmes ont confessé avoir eu de la difficulté à distinguer ces deux volets. Ils ont été confrontés à des situations où les participants ont manifesté une telle détresse qu'ils ne pouvaient pas ne pas intervenir. Cette confusion entre la visée d'intervention et de recherche constitue la première limite avec laquelle nous devons composer, limite soulevée dans la littérature consultée (Velpry, 2008 :220, Knowles, 2000 :14).

Cette confusion, nous la trouvons à toutes les étapes de la recherche. Elle se trouve au point de départ dans l'élaboration du volet de la recherche portant sur les histoires de vie, dans l'élaboration de la grille d'entretien, mais aussi dans le repérage et le recrutement. Il faut se rappeler que les participants ont été sélectionnés en fonction de catégories de pensée d'intervention, soit en fonction de leur « itinérance » et de leurs « problèmes de santé mentale ». Ce repérage a été réalisé d'abord en fonction de la perception sociale des intervieweurs. En cela, il ne diffère pas de tous les autres référents en santé mentale, c'est-à-dire les personnes qui sont les premières à dépister des problèmes de santé mentale parmi des membres de leur entourage. Les personnes abordées pour participer à l'étude l'ont donc été d'abord en regard d'une certaine représentation des personnes en situation d'itinérance aux prises avec des problèmes de santé mentale. Bien évidemment, l'intuition des intervieweurs a été ensuite confirmée par une série de tests et de critères pour évaluer l'admissibilité des participants potentiels. Ces tests et critères relèvent encore de « catégories de pensées cliniques ». Afin de mener

une approche sociologique, nous devons garder à l'esprit ce premier formatage du profil des participants en fonction de critères institutionnels et cliniques. Nous partons donc d'une représentation sociale de ce que devrait être une personne itinérante aux prises avec des problèmes de santé mentale. Les personnes se rapprochant de cette représentation n'adhèrent pas forcément à cette représentation que l'on se fait d'elles et de leurs « problèmes ». Il faut rester conscient de cela en abordant leurs conceptions de l'origine de leurs problèmes dits de « santé mentale ». Il faut donc s'attendre à une toute autre lecture de leur situation. L'analyse sociologique doit justement s'ouvrir à ces autres lectures que les participants peuvent opposer à la lecture institutionnelle de leur situation. Elle doit aussi être consciente des implications d'un cadre assimilé à celui de l'intervention sur le discours des personnes, surtout lorsque ce cadre peut être l'enjeu d'accès à des ressources et à des services comme le projet Chez soi le fait miroiter. D'après une perspective « stratégique », il faut donc aussi s'attendre à ce que les participants se présentent de manière à répondre aux attentes du projet, c'est-à-dire qu'ils risquent de se présenter avant tout comme itinérants et malades mentaux pour assurer leur participation au projet.

C'est sans aucun doute à travers les conditions mêmes de production des récits de vie, soit dans les entretiens, que l'on s'aperçoit le plus de la confusion entre visée d'intervention et de recherche. Cette ambiguïté semble être entretenue par le contexte des entretiens. Comme nous l'avons rapporté, beaucoup d'entretiens se sont déroulés dans des lieux rappelant la clinique, CLSC, bureau d'entretien de Chez soi et bureau de ressources en itinérance. Seulement trois entretiens se sont déroulés dans des lieux étrangers au monde de l'intervention, deux dans la rue et un dans l'appartement d'un participant. Or, la littérature en sciences sociales consultée sur les personnes en situation d'itinérance aux prises avec des problèmes de santé mentale est unanime par rapport l'importance de mener les entretiens dans des contextes le plus éloignés de celui de l'intervention et de la

clinique. Il s'agit d'une sorte de conditions préliminaires à la production de discours qui ne sont pas soumis aux logiques de la relation thérapeutique et qui sont davantage liés à celle, moins impliquant (car moins lié à des traitements et des services), de la relation entre chercheur et informateur-clé. En plus du lieu de déroulement des entretiens, il importe aussi de considérer que le moment des entretiens peut suggérer un cadre temporel davantage clinique. La plupart des entretiens se sont déroulés durant les heures normales de bureau, majoritairement en début d'après-midi. De l'avis de pairs, ce cadre temporel pourrait être susceptible de ramener les participants dans un cadre temporel rappelant l'intervention de type institutionnel. En réalisant les entretiens à d'autres moments, comme par exemple en soirée, voire durant la nuit (selon les disponibilités des participants), il aurait été plus facile de sortir les participants du cadre de référence de l'intervention. Cela aurait aussi forcé les intervieweurs à entrer dans le cadre spatio-temporel des personnes à la rue qui diffère des personnes intégrées socialement qui évoluent, pour la plupart, dans le cadre des heures de bureaux. Participant toujours à la confusion clinique-recherche, les intervieweurs ont été nombreux à noter le caractère émotif des entretiens à la fois pour l'intervieweur et pour l'interviewé qui pouvait faire glisser l'entretien vers un cadre thérapeutique.

À la lumière de ce que nous venons de mentionner, il apparaît donc important de ne pas se faire d'illusion sur l'influence du cadre d'intervention dans les discours produits dans cette sous-étude. Est-ce que cela signifie que ce matériel est trop biaisé pour mener une analyse sociologique digne de ce nom? Nous ne le croyons pas. Certes, le cadre de la sous-étude histoire de cas ne se distingue pas de façon tranchée du cadre clinique. Cependant, est-ce que cette situation ne pourrait pas se transformer en atout en renversant notre perspective? Si le matériel produit à travers le projet ne nous donne pas accès à des discours complètement libres du

cadre clinique, se pourrait-il qu'il nous permet de mieux comprendre l'influence du cadre clinique sur le discours des participants?

Il est possible et souhaitable de retourner ces limites en atouts pour la recherche sociologique. C'est en prenant appui sur ces « biais », celui de la confusion clinique-recherche, que nous espérons, entre autres, faire ressortir les éléments composant la dynamique relationnelle entre professionnels de l'intervention et personnes ciblées par l'intervention.

Chapitre 5: Conceptions étiologiques et trajectoire de vie des participants

Dans ce chapitre, nous allons nous attarder au thème de la santé mentale dans le récit des participants. Une attention particulière sera portée à l'inscription des différents moments de détresse des participants dans leur trajectoire. Dans un premier temps, nous traiterons de la posture des participants face au thème de la santé mentale. Ensuite, nous pourrions nous attarder aux explications qu'ils utilisent au fil de leur récit pour rendre compte de leurs problèmes de santé mentale, question centrale de ce mémoire. Pour comprendre les explications qu'ils en donnent, nous suivrons leurs trames narratives dans le respect de leur unicité et avec le souci de reprendre leurs définitions de la situation et des implications de celles-ci sur leur santé mentale.

Le thème de la santé mentale

Comment les participants traitent de leur expérience en lien avec la santé mentale dans leur récit de vie? Il faut mentionner d'abord que, dans la grille d'entretien, le thème de la santé mentale fut généralement introduit après que le participant ait parlé de son passé et de son arrivée à la rue. Il arrive que les participants l'introduisent d'eux-mêmes, mais, pour la plupart, c'est l'intervieweur qui l'amène dans les échanges. Les questions se rapportant à ce thème engendrent des réactions variées chez les participants. Plusieurs ont manifesté de la gêne sans nécessairement dénier le fait d'avoir des problèmes de santé mentale.

Concernant la définition de leurs problèmes de santé mentale, les participants adoptent une diversité de postures. Il y a ceux qui affichent une acceptation presque complète de la définition psychiatrique. C'est le cas de Robert⁷ (51 ans, 2

⁷ **Sylvain**, 50 ans, 2 mois passés à la rue, groupe témoin avec besoins modérés; **Elisabeth**, 52 ans, 2 mois passés à la rue, groupe expérimental avec besoins modérés; **Michel**, 50 ans, 3 ans passés à la rue, groupe expérimental avec besoins modérés; **Diane**, 51 ans, 4 ans passés à la rue, groupe

ans passés à la rue, groupe témoin avec besoins modérés) qui explique avoir tout récemment accepté l'idée qu'il a un « trouble de la personnalité ». Il raconte que son dernier psychiatre a pris le temps de l'écouter et de lui dire « ses quatre vérités » concernant son trouble. Avant cette rencontre clinique, Robert interprétait son comportement bagarreur comme étant normal dans les quartiers populaires et refusait toute analyse des « spécialistes ». Depuis, il explique qu'il prend sa médication et que son comportement a changé positivement. Robert qualifie cette rencontre avec son psychiatre comme un des meilleurs moments de sa vie et exprime le regret de ne pas avoir écouté les « spécialistes » plus tôt.

Il y a ensuite ceux qui acceptent la définition psychiatrique de leur état mental tout en la complétant par d'autres formes d'explications. Par exemple, Michel (50 ans, 3 ans passés à la rue, groupe expérimental avec besoins modérés) se qualifie de « schizo-affectif », accepte son diagnostic mais continue d'envisager une causalité surnaturelle à ses psychoses :

L'apocalypse. Ça, c'est ça qui m'a fait sauter la coche. **Ah, ouais ?**
 Ah, oui. Toute ma maladie, elle est là. J'y crois, tiens [toc, toc, toc],
 dur comme ça. J'y crois encore. J'ai vu le diable. J'ai vu le démon.
 J'ai vu l'ange de la mort. J'ai tout vu ça. (Michel)

Chez certains autres participants, la définition psychiatrique est acceptée mais avec une certaine distance critique. C'est le cas de Philippe (27 ans, 1 an et demi passé à la rue, groupe témoin avec besoins élevés) qui se dit schizophrène, mais refuse de voir son état uniquement comme un problème. Philippe est du même

témoin avec besoins modérés; **James**, 50 ans, 3 mois passés à la rue, groupe témoin avec besoins modérés; **Cynthia**, 32 ans, 3 ans passés à la rue, groupe expérimental avec besoins élevés; **Alain**, 48 ans, 2ans passés à la rue, groupe expérimental avec besoins modérés; **David**, 53 ans, 10 ans passés à la rue, groupe témoin avec besoins modérés; **Robert**, 51 ans, 2 ans passés à la rue, groupe témoin avec besoins modérés; **Philippe**, 27 ans, 1 an et demi passé à la rue, groupe témoin avec besoins élevés.

avis que son voisin et considère que la schizophrénie est aussi une capacité sensorielle, une forme d'« éveil » :

La schizophrénie pour moi, c'est quelqu'un qui est très, très réveillé, très, très, alerte. **Ok?** Moi, je suis dans une place et je suis capable d'écouter 3-4 conversations en même temps. (Philippe)

Il exprime aussi ses doutes envers le savoir des psychiatres. « Je pense que les psychiatres ne connaissent pas toute. » À ce titre, il s'explique difficilement le fait qu'il ait reçu deux diagnostics différents mais que sa médication n'ait jamais changé : « Je me demandais pourquoi deux diagnostics puis que c'est le même médicament, j'ai trouvé ça étrange. »

Enfin, il y a ceux qui ne se voient pas comme ayant nécessairement un problème de santé mentale. Par exemple, Alain (48 ans, 2 ans passés à la rue, groupe expérimental avec besoins modérés) explique que ce sont les personnes qu'il côtoie qui lui attribuent à tort des problèmes de santé mentale en raison de sa marginalité et de ses croyances religieuses. « Moi, je ne pense pas d'avoir besoin d'aide non plus. Je ne suis pas pareil comme tout le monde, parce que ma pensée n'est pas la pensée du monde. » D'autres participants ne semblent pas bien comprendre à quoi réfère la notion de santé mentale. C'est le cas de Cynthia (32 ans, 3 ans passés à la rue, groupe expérimental avec besoins élevés) qui explique qu'elle n'a pas de problèmes de santé mentale et qu'elle est seulement un peu gênée, mais explique par ailleurs avoir récemment rencontré un psychiatre.

Cette diversité de postures par rapport à la définition de la santé mentale se retrouve aussi en ce qui concerne les rapports que les participants entretiennent avec le système de soins en santé mentale. Une première posture, la posture qui semble la plus fréquente, est la posture de recours fonctionnel. Les participants qui l'adoptent limitent leur recours au renouvellement de leurs prescriptions de médicaments ou des questions administratives d'accès à l'aide sociale. Par

exemple, lorsque l'intervieweur le questionne sur son dernier rendez-vous avec son psychiatre, Philippe donne la réponse suivante : « Je ne me rappelle plus. Pour qu'il signe mon papier pour que j'aie plus, pour que je puisse me pogner un logement, puis je vais peut-être prendre les médicaments, peut-être. »

L'évitement est une autre posture qu'on décèle chez des participants qui affirment avoir été traumatisés suite à une expérience négative avec le système de soins. C'est le cas d'Elisabeth (52 ans, 2 mois passés à la rue, groupe expérimental avec besoins modérés) qui relate les détails de son hospitalisation après le retrait de la garde de son premier enfant. Elle dit avoir été « attachée » et « piquée » avec des médicaments contre son gré : « J'ai fait une grosse dépression. Je me suis ramassée au septième ou au huitième étage. Ils m'ont attachée, je me suis détachée, ils m'ont piquée pour me calmer ». Elle garde un mauvais souvenir de cette expérience et dit vouloir se tenir loin du système de soins en santé mentale.

Une autre posture est le fait d'un participant qui a eu un usage récurrent du système, ce dernier se présente d'ailleurs comme un vétéran de la psychiatrie :

Quand ça fait 30 hospitalisations dans ta vie en psychiatrie...**30 hospitalisations** ? Au moins, au moins. Ça, c'est garanti 30 hospitalisations. J'en ai 23, à tout, d'au moins, au moins 20 de trois mois. Puis, les autres, c'est tout un mois, deux mois, 4-5 jours. Tu sais, puis, j'ai perdu la carte un peu. (Michel)

Deux participants disent ne pas avoir utilisé de services en santé mentale. Un d'entre eux, James (50 ans, 3 mois passés à la rue, groupe témoin avec besoins modérés), envisage toutefois y recourir en raison de la détérioration de son état mental depuis son arrivée à la rue :

I'm considering going for a psychiatric evaluation to see if I maybe I should get on some medication. I'm actually that concerned about it. It's been 3 months; I don't want to, I don't want to lose my perspective. So if I need help, it'll have to be necessary ... even as a temporary measure. Just while I'm going through this. (James)

Parmi les dix entretiens analysés, on retrouve donc une grande variété de points de vue et d'expériences en lien avec la santé mentale. Il reste toutefois que le thème de la santé mentale n'occupe pas une place centrale dans le récit des participants. Le thème peut être considéré comme étant périphérique par rapport à d'autres aspects considérés comme plus centraux.

Les participants mettent en lien avec leur santé mentale, en respectant l'ordre de leurs trajectoires ; la vie avant la rue, l'arrivée à la rue et la vie à la rue. C'est donc en suivant le fil de leur trajectoire que nous traiterons ici des explications qu'ils font intervenir pour expliquer leur état mental.

Avant la rue

Les éléments qui marquent la trajectoire de vie des participants avant leur première arrivée à la rue couvrent une large période de temps incluant, pour la plupart, l'enfance, l'adolescence et le début de la vie adulte, et recourent donc un large spectre d'expériences de vie. En ce qui a trait aux expériences mises en lien avec la santé mentale, les participants évoquent un nombre somme toute assez restreint de situations et d'évènements ayant eu un impact sur leur santé mentale. Ceux-ci peuvent être regroupés en fonction des lieux qu'ils ont traversés aux différents moments de leurs trajectoires. Ces lieux et ces moments sont liés aux explications et aux significations que les participants donnent de leurs problèmes sur le plan de la santé mentale.

Foyer familial

Le foyer familial est un premier lieu où certains participants affirment avoir vécu des situations ayant affecté leur santé mentale. Cependant, la référence à la famille n'occupe pas la même place dans le récit de tous les participants. Pour certains, les relations avec les membres de la famille proche (parents et fratrie) sont à peine

abordées pendant l'entretien. C'est le cas de David (53 ans, 10 ans passés à la rue, groupe témoin avec besoins modérés) qui donne peu de détails sur les relations avec sa famille et sa vie avant de quitter le foyer familial. D'autres expriment avoir connu une enfance marquée par des relations plutôt positives avec leur famille. Cynthia se rappelle avoir toujours été aimée, entourée et protégée par ses grandes sœurs: « my older sisters had always surrounded me and telling me what to do and what not to do. » Alain se souvient de moments forts de son enfance et laisse entendre qu'il a eu « une bonne enfance » où il a pu se réaliser. Il relate longuement les trophées qu'il a gagnés à l'école et au cours de compétitions de hockey. Tout en reconnaissant des aspects positifs, Alain parle toutefois de zones d'ombres au niveau de sa famille et des souvenirs moins agréables. Celui-ci exprime des griefs à l'endroit de son père auquel il reproche sa dureté et sa façon de parler : « Mon père, ce n'était pas clair non plus, sa manière de me parler, c'était dur, puis il n'y avait pas de communication qui était bonne, donc là, il y avait une déception. ». Au moment d'évoquer les circonstances d'une tentative de suicide, il mentionne justement l'influence qu'a jouée l'attitude de dureté de son père.

Une autre lecture se retrouve chez les participants par rapport au foyer familial; celle de la famille marquée par les problèmes de violence et de consommation :

Ça n'a pas toujours été bien. Mon père, ça n'a pas toujours été un ange non plus. Un gars qui travaillait sur les camions puis il était souvent en état d'ébriété. Bon, ma mère je me rappelle, elle l'attendait devant la porte-patio. Puis moi, j'étais tout petit, je me rappelle, j'allais serrer la cuisse de ma mère. (Sylvain, 50 ans, 2 mois passés à la rue, groupe témoin avec besoins modérés)

Le témoignage de certains participants laisse entendre que leur vie a été difficile dès le début. « Moi, ma famille, ça n'a jamais bien été » (Philippe). « Je me suis tout le temps battu dans ma vie pour survivre, on est 9 enfants chez nous, on était pauvres, puis mon père, c'était un alcoolique. Il nous battait » (Michel). « C'est de

là (l'enfance) que ça l'a parti tout le restant de ma vie jusqu'à aujourd'hui » (Diane, 51 ans, 4 ans passés à la rue, groupe témoin avec besoins modérés). Ces participants peuvent se rappeler de mauvais souvenirs en rapport avec la violence psychologique et physique, la maltraitance ou la toxicomanie d'un parent, que certains posent comme étant à l'origine de fragilités psychologiques : « I guess it was affecting me on some emotional level » (James). Ceux-ci utilisent un lexique qui gravite autour de l'idée de fragilisation. Ils se disent avoir été « affectés », être devenus « plus fragiles » ou plus « sensibles » en raison de leur contexte familial. D'autres participants expliquent, qu'au contraire, le climat de violence auquel ils ont été confrontés les aurait rendus eux-mêmes violents. C'est le cas d'une participante qui a été placée en institution à l'âge de 12 ans où elle dit avoir « développé son côté agressif » pour se défendre des autres pensionnaires. Michel explique qu'en plus d'avoir vécu dans un contexte familial difficile (violence et alcoolisme du père), sa mère lui a transmis des croyances religieuses qui seraient à l'origine de fragilités psychologiques :

Depuis mon enfance, avec les croyances que ma mère m'a données. Je ne l'ai pas dit souvent à personne. Je l'ai dit en thérapie, après, je ne l'avais jamais dit de ma vie à personne. Ça fait que j'ai toujours eu peur de me faire enculer par le démon. C'est psychologique, c'est... bien ça fait partie de ma maladie. J'étais malade, jeune. Ça n'a pas aidé. Ça me suit, ça, toute ma vie. (Michel)

Même chez ceux qui ont une lecture plutôt négative, la famille demeure associée à des expériences positives. Les relations avec la famille, même lorsqu'elles sont difficiles, sont aussi perçues par certains participants comme contribuant à leur équilibre mental. Malgré la souffrance qu'elle lui a causée en la plaçant en institution, Diane dit que sa mère avait représenté aussi pour elle un support psychologique et un point de repère stable dans sa vie :

J'imagine que tout le reflet de ma vie, ça été ce gros manque-là, inconsciemment. Parce que savoir, si ma mère elle avait été vivante, je n'aurais sûrement pas fait le même genre de vie. Elle m'aurait mis un stop à plein de choses. [...] Je suis convaincue. C'était une femme très

autoritaire. On disait oui, nous autres à nos parents. C'est une femme qui était juste. (Diane)

Les réalités de leurs rapports avec la famille apparaissent comme étant complexes et méritent d'être comprises dans leurs nuances. Ils semblent s'éloigner de l'hypothèse d'une causalité simple entre « milieu familial difficile » et « fragilité psychologique ». Comme on vient de le voir, la famille comporte à la fois des éléments négatifs et positifs sur le plan de la santé mentale. L'histoire familiale des participants incite à la prudence dans la compréhension de l'impact de la famille en termes de santé mentale.

Les participants ne font pas uniquement mention de difficultés familiales vécues durant leur jeunesse, ils se réfèrent aussi à des difficultés survenues plus tard. Certains participants notent que c'est au moment du passage de l'adolescence à l'âge adulte qu'ils ont connu des problèmes avec leur famille, problèmes qui auraient des conséquences négatives sur leur santé mentale. Un participant explique comment la dureté des propos de son père sur son avenir professionnel l'a mené au désespoir et à une première tentative de suicide. Pour certains participants, les relations avec la famille continuent d'être difficiles et préoccupantes. C'est le cas de Philippe qui soutient que sa relation avec sa famille serait la première cause de ses problèmes de santé mentale.

C'est sûr que j'ai des problèmes vraiment dépressifs. Ça, c'est... Les reptiles que j'ai vus dans le ciel, je ne pourrais jamais te l'expliquer. **Ok?** Mais il ne faut jamais dire jamais, peut-être qu'un jour, je vais comprendre ce qui s'est passé. **Ok? Qu'est-ce que ça prendrait pour que tu te sentes mieux?** Qu'est-ce qui est bizarre c'est que les symptômes, les affaires que j'ai dit au médecin, ce n'est pas ça qui fait que je ne vais pas bien. Ça ne me dérange pas de voir des reptiles dans le ciel, ça n'a pas d'impacts sur ma vie, c'était mignon, c'était beau, ce qui me dérange, c'est ce que les autres disent sur moi, ce que mon frère dit sur moi. Le fait que je ne peux pas voir ma mère puis à Noël, d'être seul. Ça, ça me rend malade. (Philippe)

Les relations avec la famille sont associées à différentes formes de souffrance, dont la culpabilité qui est mise en relation avec leurs problèmes de santé mentale par certains participants. Ces derniers expriment des regrets par rapport à leurs agissements passés. Il peut s'agir du fait d'avoir « profité » du soutien de la famille sans rendre la pareille ou encore d'avoir quitté sa famille et de ne pas avoir écouté ses conseils. Par exemple, Cynthia dit se sentir coupable d'avoir abandonné sa famille pour se marier sans l'accord de ses parents, qui avaient investi beaucoup d'espoirs en elle. Les participants dans cet état manifestent de la honte à l'idée de reprendre contact avec leur famille. Ils préfèrent demeurer isolés. Pour d'autres, les rapports avec la famille sont aussi vécus comme culpabilisants, ce qui les conduit à les réduire. C'est le cas de Sylvain qui explique que sa famille le tient responsable de l'agression qu'il a subie. Ce dernier explique avoir délaissé sa famille en raison de cela :

Je n'étais plus capable, là, me faire blâmer en plus... d'avoir mangé une raclée. Je l'ai pris dur en maudit, c'est une des raisons pour laquelle j'ai arrêté de fréquenter un peu ma famille un bout de temps, puis qu'ils ne me voyaient plus. Tu sais, je veux dire... Puis, en plus de ça, plus tu arrêtes, plus que tu ne vois plus ta famille, plus c'est dur de retourner la voir. Tu sais, après ça, tu te culpabilises de ne pas y avoir été, en plus que tu es déjà culpabilisé de ce qui est arrivé, puis, tu vis ta culpabilité puis la culpabilité de ta culpabilité. (Sylvain)

Alors que, pour certains, les relations avec la famille, bien que maintenues, demeurent éprouvantes, pour d'autres, c'est l'absence de relations avec la famille qui est cause de souffrance. Ces participants expriment des sentiments d'abandon. C'est le cas de Michel qui raconte comment il a été affecté lorsque sa sœur, après avoir consulté son mari, avait refusé de l'héberger une fin de semaine sur deux pour ses congés de l'hôpital. Il confie par la même occasion que le « système », en référence au système de soins en santé mentale, est venu remplacer le soutien de sa famille :

Ça m'a fait bien mal au cœur. Ma sœur, elle dit... elle aurait... elle n'aurait pas voulu, c'est une décision de couple. Tu sais. Bien,

comme, c'est là que tu réalises... C'est le système qui m'aide. Le système ne m'a pas abandonné, lui. J'ai parlé au thérapeute ici... Les autres..., ils avaient tous lancé la serviette. (Michel).

Dans la vie de ceux qui ont mentionné avoir eu des rapports difficiles avec leur famille, les expériences de violence, d'abandon et d'abus continuent de les affecter. Pour certains, il semble que la vie se poursuit comme elle a commencé. Ces expériences cultivent en eux une faible estime de soi, une conviction de leur « non-valeur » et le sentiment de leur anormalité. Philippe explique s'être senti diminué à plusieurs reprises par les membres de sa famille dont son beau-père qui considère qu'« il n'en vaut pas la peine ». Il raconte aussi comment il vit difficilement le fait de devoir rencontrer sa mère « en cachette », à l'insu de son beau-père : « Il faut que je voie ma mère en cachette comme si j'étais un fucké. » Ces expériences traumatiques les ont « affectés » (James). Comme les participants l'expliquent eux-mêmes, elles demeurent associées à l'origine des problèmes qu'ils se reconnaissent; comportements agressifs, culpabilité, fragilité et instabilité (résidentielle, amoureuse, professionnelle). Ces mauvais souvenirs vécus dans le foyer familial continuent de les hanter et de leur poser problème. Le fait d'avoir eu des rapports problématiques avec la famille semble mener les personnes à chercher des relations sociales significatives fondées sur des liens d'affectivité. Par exemple, Philippe dit avoir trouvé sa « famille parfaite » à travers une relation d'amitié avec un ancien voisin. Plus loin, il confie sa fierté d'être considéré comme un « grand frère » par une jeune fille de 14 ans rencontrée dans un parc.

Foyer conjugal

Après la vie passée en famille, la trajectoire de vie de certains participants est marquée par une première expérience de vie conjugale. Dans le cas de David, qui s'est marié à 19 ans, cette nouvelle vie commence très tôt, aussitôt le domicile familial quitté. Les débuts de son premier ménage sont relatés avec fierté.

Quand j'arrivais à la maison, la première journée que j'arrivais, je prenais une couple de bières, je me couchais, je dormais, je mangeais.

J'étais bien content d'arriver à la maison, avec la famille puis tout ça.
(David)

Chez ces participants, les moments de vie de couple semblent associés à un sentiment de normalité : « J'avais une vie normale autrement dit. J'avais une blonde » (Sylvain). Pour les participants provenant d'un milieu familial difficile, le fait d'être en couple et de fonder une famille semblent être en lien avec un regain du sentiment de dignité et de valeur personnelle. Les relations amoureuses semblent aussi jouer un rôle de compensation par rapport aux sévices, aux manques et aux abandons vécus dans la famille. Elles semblent être vécues non seulement sur le plan émotionnel mais aussi sur le plan de la validation sociale, principalement celui d'« avoir une vie normale ». Les moments passés en couple représentent ainsi souvent les meilleurs moments de leur vie :

Mais le meilleur moment, ça l'a été l'amour. Ça l'a été d'être heureux avec la personne. Je pense que c'est une vie normale, d'avoir une... Quelqu'un à qui te confier ou eh, prendre dans tes bras, tu sais, je veux dire, de la tendresse, pas rien que de la, pas rien que du cul, là, de la tendresse. (Sylvain)

Source de bonheur, la vie de couple recouvre aussi les pires moments de la trajectoire de vie de certains participants. L'infidélité signifie non seulement la perte d'un important soutien affectif, mais aussi d'un sentiment de validation sociale et de confiance envers autrui :

J'étais bien content d'arriver à la maison, avec la famille puis tout ça. Ma femme, compagne, moi, sur le coup, je ne le savais pas. J'étais, je suis un gars qui, je ne suis pas méfiant, dans ce temps-là, à l'époque, je n'étais pas méfiant. Ce n'était pas dans ma nature. Je faisais confiance aveugle. Mais quand tu es loin de chez vous, ça ne fait pas des enfants forts. Ça fait qu'eux autres, ils couraient. Tu comprends-tu ? (David)

Chez certains participants, des difficultés en couple sont identifiées comme étant à l'origine de périodes de profonde détresse. Celles-ci les auraient menés à une première hospitalisation psychiatrique. Un participant parle de son deuxième

divorce, consécutif d'une infidélité, comme du « coup de grâce » qui l'a fait basculer dans la dépression et la consommation de drogues :

Quand j'ai fait mon « burn-out », tout le kit, c'est quand qu'elle a décidé qu'elle partait, qu'elle prenait la petite, qu'elle s'en allait avec la petite. Qu'on se séparait, puis qu'elle est partie avec un autre homme. C'est là que j'ai fait ma grosse dépression. (David)

Les participants ayant connu une séparation l'associent à une panoplie d'émotions négatives. Elle se trouverait aussi à l'origine d'un sentiment de trahison qui mine la confiance en autrui :

Tu perds confiance en tout, tu perds confiance en la vie, tu perds confiance en tes meilleurs amis, à... Aux bonnes paroles de qui tu voudras, tu perds confiance de tout. Tu ne crois plus en rien. C'est là que cela a commencé ma déchéance, tout cela pour dire là. Parce que, tu sais, la personne avec qui tu as resté pendant cinq ans, qui m'a mis sur un pied d'estale, que j'étais la meilleure mère, oui, c'est vrai que je l'étais. (Elisabeth)

Les femmes relatent toutes avoir vécue des situations de violence conjugale, physique ou psychologique. Diane raconte ainsi avoir habité 12 ans en région dans la maison de son conjoint qu'elle décrit comme un « homme dans l'abondance monétaire, possessif, jaloux et violent psychologiquement ». Cynthia raconte avoir habité avec son ex-mari pendant 11 ans et que ce dernier ne lui donnait pas le droit d'appeler sa famille. Les femmes associent ces situations au développement d'une certaine méfiance de leur part envers les hommes. Celle-ci s'exprime notamment par une difficulté accrue à établir des relations de couple stable :

Mes conjoints avec qui j'étais, cela ne pouvait pas marcher. Tu sais, quand ton cerveau, il n'est pas clair, tu ne peux pas avoir, euh? Une vie stable avec quelqu'un, tu sais, tu es déjà révoltée, fait qu'oublie-cela... Cela ne pouvait pas marcher. (Elisabeth)

Souvent vécu dans des conditions difficiles, à la suite d'infidélité, la séparation alimente la méfiance. De l'avis des participants concernés, elle semble même

propice au déclenchement de la paranoïa. Deux participants soutiennent d'ailleurs qu'elle serait à l'origine de leurs premières psychoses :

On s'est laissé avant ça, avant l'appartement. Pendant que j'habitais dans cet appartement-là, mon frère a sorti avec mon ex dans cet appartement-là. Ça me dérangeait pas en premier, mais quand il a commencé à me parler dans mon dos. Tout ce que je ne sais pas qu'il dit sur moi, ce qu'il sait ça me fait déjà assez mal, ce que je ne sais pas, j'aime autant ne pas savoir. Est-ce que ça l'a contribué au fait que tu finisses à la rue où? Pas au fait que je finisse à la rue, mais au fait que je me suis ramassé à l'hôpital. (Philippe)

Le sentiment de trahison peut être suivi d'une perte de repères. Un participant se décrit ainsi après son divorce :

J'étais, j'étais suicidaire... j'étais perdu. J'étais une loque vivante. Je ne me lavais plus. Je ne me rasais plus. Toutes les semaines, je me ramassais à l'hôpital de Verdun [...] Parce que moi, ça fait seulement trois ans que ma vie a chambardé. J'ai été 20 ans marié avec la même femme. J'ai tout perdu du jour au lendemain. (Michel)

Les séparations de couple sont présentées comme des événements déstabilisants qui affectent tous les aspects de la vie. La vie professionnelle peut en venir à perdre son sens. Camionneur qui aimait son métier, David finit par abandonner son travail en raison de son deuxième divorce. Il explique que cet événement l'aurait entraîné dans une consommation abusive de cocaïne et d'alcool au point d'être devenu dangereux sur la route et de renoncer volontairement au renouvellement de son permis de conduire :

À partir de 90, que j'ai commencé à boire, parce que ça allait mal avec elle. Mais, je n'ai jamais perdu mon permis de conduire. La seule affaire que j'ai arrêté de conduire, je n'ai pas renouvelé. Je n'ai pas renouvelé. J'arrête de conduire, ça ne me donne rien de conduire. Tu sais, j'étais après perdre, toute laisser, tout... Toujours dans ces années-là ? Ouin. Tant qu'à tuer quelqu'un sur la route ou bien me tuer ou blesser quelqu'un, j'aime mieux laisser tomber. J'ai le goût de laisser tomber. (David)

De l'avis de certains participants, la séparation sape aussi les raisons de vivre. Michel mentionne avoir tenté de se suicider dans le contexte d'une rupture de

couple : « J'ai fait une couple de tentatives de suicide, mais, ça, c'est à cause de la perte de... mon divorce, puis tout. Puis, ma, à cause que j'ai sombré dans la drogue encore. Je n'avais jamais touché ça, à ça, au crack de ma vie. »

Dans les trajectoires de vie étudiées, la question de la garde des enfants peut venir augmenter la charge émotionnelle de la rupture. On remarque chez certains qu'ils attribuent une grande importance à leur rôle de parent. Par exemple, Elisabeth déclare dès le début de l'entretien qu'elle est « une mère avant tout » : « Je n'ai jamais été une fille de rue premièrement. J'ai eu une famille, j'ai eu quatre enfants, tout, je suis une mère de famille avant tout, mais je me suis retrouvée dans la rue, c'était un peu à cause de la toxicomanie » (Elisabeth). Ce rôle apporte un sentiment d'accomplissement et de normalité. La naissance d'un premier enfant est un moment considéré comme le meilleur de la trajectoire de vie de plusieurs participants :

[Le meilleur moment de sa vie] C'est quand j'ai tombé enceinte de mon fils. Quand j'ai été en train de tomber enceinte, quand j'ai été enceinte de Y. Quand j'ai rencontré son père, il demeurait sur la rue X. Je peux, je peux dire que c'était là mon premier milieu d'appartenance en tant que mère, femme. Hum, hum. Tu sais, je me sentais dans une vie normale. (Diane)

Le retrait de la garde d'un enfant apparaît comme un évènement particulièrement négatif. Certains participants lui attribuent un rôle explicatif de leurs problèmes de santé mentale. Par exemple, une participante est de l'avis que la perte de la garde de son premier enfant a « gâché sa vie ». Elle met aussi cet évènement en lien avec sa première hospitalisation psychiatrique :

Bien, ma première dépression, je vais te dire c'était à l'Hôpital X. Ok. C'est quand j'ai perdu la garde de mon gars. Ok. J'ai fait une grosse dépression. Je me suis ramassée au septième ou au huitième étage. Ils m'ont attachée, je me suis détachée, ils m'ont piquée pour me calmer, mais je ne sais pas si c'est vraiment une dépression ou c'est... C'est vraiment, euh? J'étais tanné de vivre, je n'avais pas le goût de vivre si je n'avais pas d'enfants. On m'avait enlevé ce que j'avais de plus cher

pis, euh? Je n'avais pas l'intention de vivre comme cela, fait que, après cela, j'ai essayé de me débattre, je vais prendre sur moi, je vais essayer de me débattre, pis j'y ai retourné, mais pas au septième, je ne sais pas où je suis retournée. J'y ai retourné, j'avais pris des pilules une couple de fois pis j'ai trouvé cela bien dur. (Elisabeth)

Plus loin, la même participante explique qu'elle a commencé à consommer de la drogue pour « être capable de supporter » le « mal » que cet événement lui a causé. « Cela m'empêchait d'avoir mal, parce que perdre une famille, cela fait mal, je veux dire. J'ai trouvé cela bien dur » (Elisabeth).

David est un autre participant qui établit un lien direct entre sa santé mentale et la perte de la garde de son enfant : « Quand elle [sa femme] est venue la chercher, c'est là que j'ai fait une grosse dépression. C'est là que j'ai fait des tentatives de suicide» (David). La perte de contact avec les enfants peut être tenue comme motif d'idéations et de tentatives suicidaires. Elle est présentée aussi parfois comme étant à l'origine de sentiments de culpabilité. C'est ce que relève une participante contrainte de laisser son enfant en adoption :

J'ai encore un peu de culpabilité. Ça l'a été important. Quand tu vis avec la culpabilité, je l'ai vécue par des gestes inadéquats. Si je venais à penser à cet enfant, là j'allais à la taverne, l'émotion négative, c'est lui qui l'avait. (Diane)

Les problèmes de la vie conjugale apparaissent comme en continuité avec les expériences vécues au sein de la famille. La vie de couple, la naissance d'un enfant, bref la fondation d'un « nid amoureux » (Diane), ou d'une famille peuvent prendre le sens d'une réparation d'un passé familial trouble. Ces événements apportent de la fierté et de la joie mais contiennent aussi la possibilité de leurs contraires. Lorsque le projet familial s'écroule, il semble que ce soit l'univers de sens de la personne qui s'écroule aussi. C'est la perte du rôle valorisant de mère ou de père, la perte des motivations à aller au travail, la perte du foyer réconfortant où il est possible de se confier. C'est dans certains cas aussi la perte

des raisons de vivre : « Mes enfants, c'est ma vie. C'est tout ce qui me reste dans la vie, fait que, regarde, il n'y a plus de famille je n'ai plus rien » (Elisabeth). La séparation et la perte du contact avec les enfants peuvent signifier implicitement un échec à s'inscrire dans la normalité. Dans leur trajectoire de vie, ces évènements peuvent être vus comme un moment charnière où tout s'est joué, où ils interprètent avoir tout perdu et cela, avant même d'arriver à la rue.

La mort de proches

La mort d'un être cher est un autre évènement de vie qui participe au sentiment de perte exprimé par certains participants. Elle s'inscrit dans une période de cumul d'évènements difficiles engendrant des pertes relationnelles, séparations et perte de la garde d'un enfant. Les relations avec leur famille, même lorsqu'elles sont décrites comme négatives, peuvent être considérées néanmoins comme contribuant à leur équilibre mental. C'est d'ailleurs le cas de Diane qui explique que sa mère, bien qu'à la source de certaines souffrances, lui apportait un sentiment d'être soutenue et encadrée, sentiment miné lorsque cette dernière est décédée. La mort d'un membre de la famille peut aussi être à l'origine de nombreux bouleversements sur le plan psychologique et relationnel. C'est le cas de Philippe avec la mort de son oncle qui jouait un rôle de protecteur vis-à-vis son beau-père : « [Le pire moment de ma vie] C'est quand mon oncle est mort. [...] C'était quelque chose. En haut, c'est lui qui me protégeait. **C'est lui qui te protégeait?** Il n'y a personne, mon beau-père, il n'y avait personne qui pouvait (pleurs) » (Philippe).

Plusieurs ont exprimé que la mort d'un de leurs parents les avait fait « basculer » dans la détresse :

Avant les décès? Avant, oui... Depuis que... Avant que j'aie eu les trois décès là. Mon père, ma sœur, pis ma mère là. Ma vie je pense qu'elle était [...] mais elle était un peu plus normale, disons. Mais pas tout à fait, ce n'était pas normal, normal. Mais j'étais peut-être

éveillée, plus apte à faire mes choses. Mais après les décès, je vais te dire, je pense que j'ai plus que basculé. J'ai tombé en chute. (Elisabeth)

Les participants emploient diverses expressions pour exprimer un sentiment de perte de repères et de confusion : « perdue sur la planète » (Elisabeth), « assommé » (Alain). Après le décès successif de sa copine et de sa mère, Alain s'est dit « assommé ». Il explique aussi avoir « perdu son vrai moi » en perdant ces deux êtres chers : « Quand j'ai perdu Josiane, ça l'a été, quand Josiane est partie, ça, ça m'a assommé. Ça, je l'ai dit, j'ai comme perdu 50% de ma vie, ma bien-aimée qui part comme ça. » Pour une autre participante, le décès de trois membres de sa famille a affecté drastiquement sa capacité à fonctionner en société. Elle mentionne avoir de « la misère à gérer même de payer un appartement » (Elisabeth). La mort d'un proche, c'est aussi la perte d'un soutien irremplaçable pour affronter les difficultés de la vie, ne serait-ce que sur le plan psychosocial. Du point de vue de certains participants, il en ressort aussi que la mort d'un proche contribue à l'isolement, à la diminution du soutien et, par conséquent, à l'aggravation de l'état mental, notamment sur le plan du sentiment d'abandon.

Foyer en milieu hostile

L'ensemble des éléments que nous venons de décrire : les difficultés au sein du foyer familial et les obstacles rencontrés dans l'établissement d'un nouveau foyer, les ruptures et les décès, semblent contribuer à ce que les personnes se retrouvent, bien souvent, seuls en logement dans des milieux plus ou moins salubres et sécuritaires. Des participants expliquent s'être retrouvés à vivre dans des blocs appartements plutôt hostiles, fréquentés par des consommateurs de drogues :

Yes, huh, well it was a very, very depressing affair, it went on. There was not really animosity; it was just too much crazy behaviour. I just couldn't control it and I was going to the landlord more and more

complaining and he was inactive about any of it you know? He, I just felt like I was not getting any support from him and the whole premises, they where deteriorating. There was drugs and things, It was really, really, really terrible. **Ok.** And it almost made me crazy. (James)

David explique qu'il a vécu dans un bloc où la « police venait 3-4 fois par semaine » et « les pompiers à toutes les semaines » en raison des activités d'une « gang de rue ». Le fait de vivre dans ce type d'habitat est mis directement en lien avec la santé mentale. Il est question d'anxiété, de trouble du sommeil et d'agressivité pour parer à la crainte d'être soi-même agressé : « Je vais être porté à être agressif parce que c'est comme de l'auto-défense » (Sylvain). Sylvain dit avoir vécu dans l'appréhension constante : « En plein milieu une *rod* (barre) d'acier assez longue de même pour pas qu'ils rentrent chez nous, j'avais-tu peur, j'avais peur en maudit ». Alain témoigne d'un stress constant et de l'absence de silence alors qu'il vivait dans une maison de chambres : « Toujours, toujours, toujours dans ce stress-là. Il n'y avait pas de silence, puis la chambre qu'on m'avait donnée. Il n'y avait pas de porte en plus. C'était juste un rideau. » Il raconte avoir été agressé par des voisins :

Puis moi, j'étais dans ma petite vie tout seul. Mais ça commençait à les déranger, je ne sais pas, ils étaient pas bien bien. À un point tel que dans les fois je sortais puis ils me disaient des saloperies tout en sacrant. Puis même ce qui est arrivé dans les derniers temps, c'est, j'ai été agressé.

Un autre participant explique avoir quitté son logement sur un coup de tête après s'être fait cambrioler. « I didn't even feel like my possessions were safe. I felt like my house had been broken into and my things moved around and I searched and everything. **Ok.** So it became a very insecure environment for me to live in » (James). Deux participants rencontrent avoir été agressés par leurs voisins.

Ce type d'expérience mène certains participants à regarder le logement d'un autre œil. Certains vont même jusqu'à dire qu'ils ont connu des situations de logement pires que la rue. Ce type de constat les amène à préciser au fil de l'entrevue ce qu'ils espèrent en termes de logement du projet Chez soi :

Un logement avec, pour commencer...Pas parce que je veux critiquer, mais pas le monde de la rue. Pas de *junkies*, pas de *crack-heads*, puis une place que je vais arriver, que ça va être paisible puis sécuritaire. Puis, que je vais être capable de me replacer là-dedans, puis de dormir, de me lever le matin pour aller travailler. C'est ça que j'envisage. (Sylvain)

Au fil de leurs trajectoires de vie, de la naissance à la vie adulte, les participants ont connu différents espaces relationnels où ils ont connu des expériences ayant affecté leur santé mentale. Même avant d'arriver à la rue, les participants laissent entendre qu'ils ont toujours eu de la difficulté à se constituer un lieu où ils pourraient se sentir « chez soi », synonyme de normalité, de liens affectifs et de sécurité. Certains ont néanmoins connu des occasions où ils ont ressenti le bien-être d'être chez soi :

Bien, je veux dire quand j'étais dans mon bien-être. Tu sais quand j'étais encore (bien), quand j'avais mon chez nous. Ma vie normale. Tu sais, une vie normale, pour moi, c'est travailler, s'occuper de la maison, avoir des activités, d'avoir normalement. (Diane)

Ces moments leur servent de point de comparaison pour évaluer leur bien-être aux différents moments de leur trajectoire. Il reste que la plupart des lieux qu'ils ont habités semblent avoir été des espaces relationnels difficiles. Le foyer familial fut pour certains un lieu marqué par la violence, la consommation d'alcool et de drogues, l'abus et l'abandon. Le foyer conjugal, pour ceux qui l'ont connu, fut un lieu de déchirement et de désillusion. Pour le reste, la plupart des foyers qu'ils ont connus furent situés dans des environnements menaçants et aux limites de la salubrité, avec un arrière-fond de pauvreté, de consommation et de violence. Il n'est pas étonnant qu'en ayant connu peu de foyers procurant

réconfort et sécurité, certains participants affirment s'être sentis à plusieurs moments de leur vie comme perdus et sans repères. Alain résume ainsi sa situation avant de se retrouver à la rue :

J'avais perdu Josiane, j'avais perdu ma blonde, mon appartement, ma mère qui est décédée, il n'y avait pas longtemps aussi. Donc, tous ces morceaux-là, j'étais comme assommé là vraiment. À un point tel que le côté de me remettre d'aplomb pour me trouver un logement n'existait plus. (Alain)

Le choc de l'arrivée à la rue

L'arrivée à la rue est un moment crucial dans la trajectoire de vie des participants. Ces derniers y arrivent avec leurs bagages d'expériences douloureuses vécues dans les différents lieux que nous venons de décrire. Comme nous l'avons dit plus haut, leurs situations avant d'arriver à la rue sont caractérisées par un relatif isolement et par une insécurité générée par leur milieu de vie :

Because of that horrible situation that I was in, where I had been living and working, huh, I didn't arrive out on the streets in a very good frame of mind anyway and I had a disruption in my sleep and my diet for a very long time. For almost an entire year, I actually had some hair, I'm convinced, falling out because the stress of the situation. So, huh, so, I didn't arrive on the streets in a very strong condition. (James)

C'est dans ce type de contexte que les participants ont eu à affronter des évènements (cumul de décès, agression physique, rupture de couple) qui, de leur avis, ont eu pour résultat de les mener à la rue et d'aggraver leur état mental :

Ben, au début, j'en arrachais parce que c'était nouveau. [...] Puis, j'avais des changements de vie. Se ramasser à la rue et tout perdre d'un coup, ce n'est pas évident sur le « *psychologique* ». (Philippe)

Au moment d'arrivée à la rue, plusieurs participants font référence à un sentiment de perte de repères résultant d'un ensemble d'évènements déstabilisants, comme dans le cas d'Alain :

Ah oui, j'ai perdu des morceaux. Dans les fois, les choses que je sais ce que je veux faire. Je ne suis pas capable de les mettre en action. Je

me regarde aller comment je parle avec bien des gens aussi. Ce n'est pas moi. Le vrai moi, je me rappelle du vrai moi, c'était un moi extrêmement spirituel.

De l'avis d'Élisabeth, dont l'opinion reflète celle d'autres participants, l'arrivée à la rue représente un choc même si des événements difficiles l'ont immédiatement précédée et qu'elle s'inscrit dans un parcours de vie déjà rempli d'événements difficiles :

Je ne peux vraiment pas te dire la vraie raison pourquoi je me suis ramassée dans la rue, mais c'est mon état d'âme qui a fait que j'ai eu beaucoup de changements dans ma vie. Pis je trouvais que la vie était... Je me sens, autrement dit, sur une grosse planète Terre, je suis un petit point là, perdu dans une grande ville, dans un grand monde. (Elisabeth)

L'arrivée à la rue peut être associée à un sentiment de confusion et de perte de repères : « Tu te retrouves dans la rue du jour au lendemain, au lendemain, là. Tu te promènes d'un bord puis de l'autre. Tu ne sais pas où aller coucher. Tu ne sais pas quoi faire » (Michel). L'insécurité est un autre sentiment éprouvé par les participants. Ils arrivent en quelque sorte dans un monde hostile où il semble n'exister aucune règle de conduite :

On t'envoie là-bas (ressource d'hébergement en itinérance), tu es dépaysé, tu ne connais rien. Dans ce temps-là, c'était de même. Tu n'as pas d'aide, rien. Encore à l'époque tu n'en avais pas d'aide, encore, à *La maison du Père*. Il y avait, tu sais, excusez-moi, « fuck all ». Toi, tu arrives là, tu pleures comme un enfant, tu sais, tu es vraiment, vraiment déconnecté de la planète. Ils m'envoient en arrière. Tout le monde consomme. **Ah, ouais !** Ça boit, ça fume, ça se pique. Toi, tu es là, tu regardes ça. (David)

L'arrivée à la rue a tendance ainsi à être vécue comme un choc identitaire : « From such a normal environment for so long; to just everything falling apart in just within one year. It, it was a shock. It was a shock » (James). Il en découlerait des répercussions sur la santé mentale. L'idée d'être considéré comme « itinérant » semble menacer le sentiment d'estime personnel. Sylvain affirme

qu' « il n'est pas un gars de la rue vraiment ». James, arrivé à la rue depuis deux mois au moment de l'entretien, explique qu'il ne fréquente toujours pas les centres d'hébergement car ce serait pour lui une confirmation de son statut d'itinérant : « To, huh, to associate yourself with, to admit that, that you are in such a state. It's a hard thing » (James). L'arrivée à la rue représenterait une blessure pour l'image de soi, comme en témoigne Élisabeth :

Pis tu sais, je ne sais pas, te faire nommer comme itinérante, cela arrache à quelque part aussi, tu sais... **Comment t'es-tu sentie par rapport à cela?** Bien, très mal, j'avais honte de cela. Tu ne dis pas cela à tout le monde, mais je suis rendue itinérante.

La vie à la rue

Dans la trajectoire de vie des participants, une fois le choc de l'arrivée à la rue passé, vient progressivement s'installer une habitude de la vie à la rue. De l'avis des participants, ce temps passé à la rue engendre son lot de conséquences sur la santé mentale. Malgré des conditions de vie matérielles difficiles, les participants font davantage allusion aux difficultés relationnelles associées à la rue lorsqu'il est temps de parler de ce qui affecte leur santé mentale.

Dimension matérielle et relationnelle

Au fil de leurs entretiens, les difficultés matérielles reliées à la vie à la rue sont mentionnées par la plupart des participants. Ils relèvent comment ils doivent constamment penser à couvrir leurs besoins essentiels (nourriture, hébergement, vêtements). Une participante affirme que cette inquiétude de tous les instants aurait des répercussions sur le cerveau. Elle parle de « neurones » qui se font endommager par les soucis. Il est aussi question des conditions climatiques intrinsèquement liées à la vie à la rue, notamment de la rigueur des froids d'hiver :

À un moment donné, j'étais couché sur le bord d'un mur, pour avoir le moins de vent possible. Donc, là je suis couché sur le bord du mur, je voyais le gars qui était en face devant moi avec un sac par-dessus la tête. Le sac était là comme ça, il avait froid. Il grelotait comme ça puis

moi, ce que j'ai fait, moi, je me suis dit « Je continue à avoir froid, je vais me promener à la place ». (Alain)

Dans les conditions de vie à la rue, la santé physique est un autre enjeu. Un participant mentionne qui lui est impossible de traiter ses problèmes de peau dans la rue et que ceux-ci s'aggravent :

I have some health issues and it's hard to maintain them. Huh, medication for my skin condition but, huh, huh, I'm supposed to be bathing every day and, huh, applying 2 coats and I have been only, you know, not bathing everyday cause it's too dry and, huh, and I'm only, huh, applying one coat, huh, and an apartment would certainly make it easier for me to be consistent with all of this. (James)

L'aspect matériel des conditions de vie à la rue constitue la toile de fond de la plupart des entretiens mais représente rarement l'avant-plan. Cet aspect est mis en relation avec la santé mentale principalement sous l'angle du stress et du sentiment d'urgence que la vie à la rue engendre. Les conditions matérielles difficiles sont rattachées à la dimension relationnelle de la vie à la rue. Certains participants expliquent que ces conditions génèrent une logique de survie, qui met l'ensemble des rapports avec autrui sous tension. Ces derniers affirment être devenus plus durs dans la rue, comme aguerris par les rudes conditions qu'on y trouve :

Comme, j'en ai rencontré un, il dit, « ah ! Tu as l'air froid », dur d'approche. Tu sais le visage. **Raide.** Le visage dur. C'est une carapace que tu te donnes. Tu n'as pas le choix. **C'est un bon truc.** Ouin, parce que, si le monde voit comment que tu es, le monde va en profiter. (David)

Dans la trajectoire des participants, la rue est un espace relationnel, comme le furent le domicile familial et les autres lieux habités. Cette espace entraîne des changements sur le plan des relations sociales que les participants tendent à identifier aussi comme causes de l'aggravation de leur état de santé mentale. La vie à la rue implique de nouvelles relations, celle avec les pairs, les intervenants et

les personnes transitant par l'espace public (les passants) et des modifications des anciennes relations nouées avant l'arrivée à la rue.

Changements relationnels

Les nouvelles relations établies dans la rue demeurent ambivalentes pour la plupart des participants. Elles sont à la fois source de méfiance et de sécurité. La méfiance n'est pas uniquement attribuable à la vie à la rue. Comme nous l'avons déjà remarqué, certains participants ont vécu des situations qui ont miné leur confiance envers autrui. La méfiance générée dans la rue semble être davantage liée à la peur d'être trompé ou volé par les pairs : "It's a very insecure feeling. To be exposed like that. You don't know if someone will attack you in your sleep or try to rob you" (James). Une participante affirme éviter certaines ressources en hébergement car elle craint d'y être attaquée. D'autres participants relèvent les situations où ils se sont sentis menacés dans la rue :

Je n'ai pas le goût de me faire tuer dans le milieu de la nuit ou avoir du sang de quelqu'un d'autres qui veut se junker. Je tiens encore à vivre, tu sais. Même si des fois cela ne me tente pas de vivre. Quand je vais décider de mourir, cela va être à ma manière pas de la leur, disons. C'est clair. (Elisabeth)

Ces soucis contribuent à accroître le niveau de stress. Un participant raconte à ce titre que sa première année à la rue fut passée dans la paranoïa.

Je ne sais pas dans ma tête ce qui se passait. J'ai été un an de temps dans la rue à capoter sur tout. **À capoter sur ces évènements?** Je pensais qu'on était en train de me monter un coup. (Philippe)

La vie à la rue peut aussi faire en sorte que les personnes se retrouvent constamment sur leurs gardes, ce qui teinte leurs relations avec les autres qui deviennent plus marquées par la méfiance. Il apparaît aussi que la vie à la rue demande un effort constant d'adaptation sociale en raison du passage d'une ressource d'hébergement à une autre. C'est ce que soulève Elisabeth :

Du nouveau monde, des nouveaux visages. Il faut que tu essaies de *fighter* avec les nouveaux membres de là-bas, les nouvelles clientèles, disons. Tu sais, certains cas sont plus durs. Parce que tu as des cas extrêmes et tu en as des moins extrêmes. [...] il faut que tu fasses attention à ce que tu dis, d'autres tu peux aller un peu plus haut, tu sais. Fait que c'est bien dur... C'est dur pour le cerveau.

Les relations avec les pairs ne sont pas toujours vécues de façon négative. Certains participants tirent de celles-ci un sentiment de sécurité et d'appartenance. Par exemple, un participant est de l'avis que c'est dans la rue qu'il est parvenu pour la première fois à éprouver un « sentiment d'appartenance » :

Bien du monde qui sont dans la rue ont un sentiment d'appartenance pour la première fois de leur vie. La première fois de leur vie qu'ils ont un sentiment d'appartenir à quelque chose, c'est dégueulasse à dire, mais c'est ça. (Philippe)

Un autre participant confie se sentir plus en sécurité dans les ressources en itinérance, surtout par rapport à son comportement impulsif, l'environnement des ressources le protégeant en quelque sorte de ses « propres comportements ». De son côté, Sylvain, victime d'une agression physique sérieuse, explique que le « fait de vivre dans une mission, ça le rend en sécurité », car « il y a du monde qui sont là » pour surveiller. On peut faire le même type de constat pour une participante qui note une certaine amélioration de son état mental en hébergement en raison de la présence des autres résidentes :

C'est drôle, tu vas trouver cela bien bizarre, pis je ne sais si les gens vont comprendre. Depuis que je suis en hébergement [ressources d'hébergement en itinérance] ma santé, elle va mieux. **Ok.** C'est quand je me retrouve toute seule que ma santé ne va pas bien. **Ok.** Je deviens dans un état dépressif, euh? Je deviens arrogante, méchante, pas de patience. Je ne sais pas pourquoi, on dirait que je me sens comme perdue quand je suis toute seule. (Elisabeth)

Ce constat s'applique surtout à une ressource spécifique et non pas au milieu de la rue dans son ensemble, qu'elle considère toujours menaçant. Dans cette perspective, le fait de retourner seule en logement peut être à l'origine de craintes.

La coprésence avec les pairs peut être sécurisante bien que certains participants semblent hésiter ainsi à considérer leurs pairs comme des amis :

Quand ça fait cinq ans, ce n'est pas tes amis, c'est peut-être des connaissances, mais c'est du monde pareil qui te parle, tu sais. Là, j'en ai plus de ça, je veux dire j'ai, puis souvent, ce n'est pas parce qu'eux autres, ils te parlent que tu as le goût de leur parler non plus. (Sylvain)

Alain fait part de son ennui et du manque de conversations stimulantes avec les personnes qui partagent sa condition de vie :

Ça l'a bien été sauf que les derniers temps, ça commençait à être ennuyant. Ennuyant, pourquoi? Parce ce qu'il ne se passait rien, il ne se passait rien puis je ne connaissais pas, je ne pouvais pas faire de relations avec les autres. Les autres, c'était « salut, comment ça va? Ca va bien. Ok Salut, bye. » Toujours comme ça. « Salut, ça va bien? » Moi, je disais bonne journée. « Ah ouais, ben ouais, ben ouais » Toujours cette... « Qu'est-ce que c'est ça? » Ils ne sont pas capables de parler. J'étais tout seul. J'ai été là un an et quelques mois sans me faire d'amis. (Alain)

Qu'elles soient perçues comme positives ou non, les relations nouées dans la rue peuvent demeurer superficielles. La distance marque le rapport aux relations à la rue et semble aussi traduire chez certains participants un refus de s'identifier aux autres personnes en situation d'itinérance :

Tu t'associes-tu avec les autres itinérants ? Je pense que non. **Hum, hum.** Je pense que non. Je ne sais pas ce qui fait en sorte que ça me fait, que ça m'agresse. Je ne sais pas pourquoi. **Puis, ton expérience...** Bien je ne le sais pas, je pense que c'est parce que je ne suis pas fier de moi, de me rendre là. À quelque part, j'ai toujours pas mal marché sur mon *power* par rapport à la maladie à la maison. (Diane)

Les relations nouées dans la rue demeurent complexes. Chacun semble s'accorder de l'attention, mais, en restant sur ses gardes. Il se dégage une impression paradoxale de solitude dans la foule. Reflétant le caractère ambivalent de ces nouvelles relations, les participants les identifient à la fois comme facteur négatif

et positif sur le plan de la santé mentale. Il se dégage néanmoins une ambiance de chacun pour soi.

Puis, ce n'est pas en restant ici que je vais en avoir des points tournants parce que, de toute façon le monde ici, ne t'écoute pas, eux autres, ils veulent parler de leurs problèmes eux autres, puis ne pas entendre les tiens. (Sylvain)

Pour ceux qui est du maintien des anciennes relations, les participants constatent leur éloignement par rapport aux personnes, membre de la famille et amis, qu'elles côtoyaient avant d'arriver à la rue. Sylvain, par exemple, considère avoir « perdu une gang » d'amis. Certains participants constatent que leurs anciennes relations ont pris leurs distances, ce qui participe à la souffrance associée à la vie à la rue. Dans d'autres cas, ce sont les participants eux-mêmes qui admettent avoir interrompu leurs anciennes relations par honte de leur situation. « Well, I find myself more isolated. I am not in contact with many of the people from my former life. Huh, because of the humiliation involved, mostly » (James). Même chose pour Sylvain qui affirme que « ce n'est pas une fierté de dire à ta mère, « m'man je reste dans une mission. » » Cette coupure relationnelle signifie pour certains un repli sur eux-mêmes, un isolement social qu'ils identifient comme problématique et comme étant à la source de leurs idées noires. Pour Alain, la solitude est ce qui caractérise son pire épisode de vie à la rue. « C'était tout avec la solitude, et puis la solitude n'avait pas de but, et tout ça, enchaîné ensemble. » (Alain) Dans le même esprit, Elisabeth raconte avoir l'impression d'être laissée seule face à son sort.

Je me promène d'une auberge à l'autre. Je n'ai pas de place, je ne suis pas capable de m'assumer, je ne suis pas capable de me trouver un logement. Mais avec 580\$ par mois, c'est dur d'avoir un logement. Il y aussi cela, tu sais. Mais, pis... Essaie d'avoir de l'aide, je ne sais pas, tu sais, il y en a plus d'aide. Tu es tout seul au monde. (Elisabeth)

La dernière citation introduit le thème des rapports avec les intervenants et les passants. Au fil de leurs interactions quotidiennes, des participants affirment vivre

des sentiments négatifs au fait d'être considérés comme itinérants, comme « anormaux », par les gens « normaux » qui les entourent. Ils ressentent une perte de dignité en subissant le regard de « monsieur madame tout le monde » (Robert). Ce manque de considération et ce regard dévalorisant sont perçus par certains comme ce qui est le plus dur dans la vie à la rue :

C'est quoi qui est le plus dur dans la rue? Qui est le plus dur pour toi? Plusieurs choses... de savoir que pfff... Comment je te dirais ça donc? De savoir qu'un être humain aux yeux des gens, des gens dans le gouvernement ou quoi que ce soit, c'est des numéros, tu sais. Qu'ils associent les gens avec leur porte-feuille. Ceux qui ont plus d'argent, c'est le monde intelligent, ceux qui ont moins, qui font moins, on est moins, sont moins portés je trouve à écouter, à comprendre. C'est le jugement tout de suite, tu sais. C'est n'importe où je trouve. Quand t'arrives, tu dis que tu es sur l'aide sociale, ils ont un autre regard sur la personne. (Diane)

Plusieurs participants relatent avoir noué des liens particuliers avec les intervenants. Philippe raconte ainsi comment il se sent proche d'un intervenant d'une ressource en itinérance qui l'a aidé sur le plan de sa santé mentale :

J'ai commencé à parler avec lui de mes psychoses, de ce que je pensais. Lui, c'était la seule personne qui me comprenait vraiment. Elle était. Quand je faisais des téléphones dans le bureau, il était là, il m'écoutait, donc, il écoutait des conversations que j'ai eu avec certaines personnes. Il me comprend beaucoup plus que d'autres personnes. (Philippe)

Par opposition, il arrive aussi qu'ils puissent percevoir de l'indifférence de la part de ceux qui sont là pour les aider :

Dans les missions, [...] ils s'en foutent. Ils se foutent de toi. Pour eux autres, tu n'es rien, tu es rien qu'un numéro. Pour eux autres c'est rien qu'avoir des subventions pour avoir de l'argent pour payer les salaires « *that's it* ». (David)

Même chose pour Michel qui affirme avoir été jugé par un responsable de ressources :

J'ai été voir le grand patron, là, j'ai dit là, là, j'ai fait une rechute, je suis sur le crack, puis... Il m'a jugé. Il n'était pas pour m'aider, il m'a jugé. Je lui ai dit que je voulais avoir une place pour m'aider, quelque chose. Je voulais m'en sortir quand même. Tu sais. Je me bats depuis trois ans, quand même. Puis que je suis pogné dans cette marde-là. Je me suis battu quand même. Tu sais. Ok, j'en ai fait des rechutes. Tu sais. Je suis un homme. Je suis un être humain. Tu sais. J'ai mes forces, puis j'ai mes faiblesses. Puis, là, au lieu de m'aider, il ne m'a pas aidé. Ok. Il cherchait le moyen de se débarrasser de moi sans avoir à me repayer. Ok... Ça, je te le dis, ce n'est pas des menteries que je te dis là. Ah ! Je suis assez révolté contre cette place-là. C'est des profiteurs. (Michel)

Les participants expriment de diverses manières en quoi ils sont affectés par le sentiment de « ne plus être personne » (Sylvain), de « n'être qu'un numéro » ou de ne pas « valoir plus qu'un sac de vidange » (Diane). Une certaine agressivité mêlée d'impuissance se dégage de ces expressions. L'impression de n'être plus rien, d'« être un moins que rien », peut alimenter leurs idées noires, pensées suicidaires et désespoir. La rue et le statut d'itinérant peuvent finir par confirmer leurs idées négatives sur eux-mêmes. David explique qu'avant d'arriver à la rue, il « avait une certaine fierté » qu'il a maintenant perdue. Ce dernier se demande où est passée sa dignité : « Tu sais, je suis en-dessous du trottoir. Qu'est-ce que tu veux que je fasse ? Quelle dignité que j'ai ? » (David)

L'usure de la rue

La rue peut être vécue aussi comme une « bataille » à mener seul : « Tu sais tout est une bataille. Me laver, c'est une bataille. Il faut que je me parle. Tout est gros, tout me demande. Tout me demande des efforts qu'avant, c'était une chose bien normale » (Diane). Confronté au manque de confort, à l'instabilité, à l'isolement, aux soucis constants et à l'insécurité, James met de l'avant son endurance physique et mentale, sa capacité à s'en tirer tout seul et à mener le combat de tous les jours. Toutefois, il remarque que sa capacité commence lentement à diminuer. Son récit prend une connotation de récit de survivants, connotation que l'on

retrouve chez d'autres participants. C'est d'ailleurs le cas de Robert qui se considère une personne qui « s'est toujours battu seul dans sa vie pour survivre ». De son côté, David affirme que la seule chose qui le tient en vie, c'est sa foi :

Qu'est-ce qui permet de garder le cap ? (sanglots) Peut-être une lueur d'espoir quelque part que je m'en sorte. Parce que je sais que le suicide ce n'est pas la meilleure solution, je suis bien croyant, ça fait que ce n'est pas une chose à faire, à cause de la croyance, ma croyance, là, tu sais. (David)

Cette bataille de tous les jours finit par amenuiser les forces individuelles. Un participant se décrit comme étant sous l'effet de forces extérieures qui commencent à l'emporter sur lui : « I felt like I was put upon by external forces that were out of my control. I felt like my whole reality was crashing down. Like it was spiralling down a well or something. Or a whirlpool, you know » (James). D'après James, les effets de la vie à la rue ressemblent à un lent travail de sape. C'est la répétition sans fin des mêmes situations de survie, les nombreux déplacements et les soucis constants qui finissent par diminuer les ressources physiques et mentales :

It's more my mental condition that I'm concerned about. I find myself having dark thoughts on occasions. Will I ever have a job again, will I ever have an apartment again or have, huh, a girlfriend again and these sorts of things. Huh, the longer that this goes on, the more and more despairing. I get, I have strange dreams. Crazy sleep, huh, habits and, huh... I just can't seem to sleep for more than like, huh, maybe an hour and a half at the time and I wake up and there always are crazy dreams going on. And I just think that I'm overall depressed and stuff. (James)

Les sentiments exprimés par James traduisent un découragement, un état de démoralisation mêlé d'épuisement physique, une forme particulière de désespoir qu'on peut retrouver chez d'autres participants. Cette forme de souffrance psychique semble découler d'une évaluation subjective de leurs chances de se sortir de la rue : « Pis on dirait que je ne suis pas capable de trouver une issue, tu

sais... Cela m'a donné beaucoup de chocs... » (Elisabeth). Cette évaluation n'est pas indépendante de leurs tentatives infructueuses de sortir de la rue. Les situations répétées d'échecs ont un effet corrosif sur l'espoir des participants. Le suicide apparaît chez certains comme l'ultime expression de leur désespoir et de leur sentiment d'être captif dans leur situation. Des participants font ainsi état de situations de souffrance qui leur apparaissent sans issue.

L'usure et le désespoir peuvent se mêler à un sentiment de captivité. Pour David, la vie à la rue est « pire que de faire du temps » (être incarcéré) car, en prison, il est tout de même possible de connaître la date de sa libération, alors que, dans la rue, la sortie reste indéterminée :

Bien ça c'est pire que faire du temps. Quand tu fais du temps, tu le sais qu'un jour tu vas sortir, faire autre chose. **Il y a comme une fin.** Là, là, tu ne sais pas que tu vas sortir. Il n'y a pas de porte de sortie, rien. (David)

Toujours, selon ce dernier, le sentiment de captivité proviendrait aussi de la routine de la vie à la rue, donnant l'impression de « tourner en rond » : « Je suis perdu, je suis perdu dans tout ça. La seule affaire que je sais, c'est que le matin, je me lève, je m'en vais là, je m'en vais là. Là, tu sais, je fais juste tourner en rond »(David).

Ce ne sont pas tous les participants qui voient leur situation comme une impasse fatale. Des participants gardent l'espoir de retrouver les éléments qui « leur permettrait d'avoir de la valeur humaine » (Sylvain), comme le fait d'avoir un logement, d'occuper un emploi pour être à nouveau « productif » (James), de pouvoir offrir des cadeaux ou de voyager. Pour certains participants, le logement est perçu comme le point de départ de leur rétablissement. Diane demande « un logement pour commencer. » Elle se réfère au « nid d'amour » qu'elle a connu au

moment de la naissance de son premier enfant pour illustrer ses espoirs en termes de logement :

Un espoir, d'avoir ce petit nid d'amour-là et de pouvoir être capable de manger. Dans le fond c'est juste ça que je demande. Être bien, c'est tout. **Hum, hum.** D'être capable de manger. Puis d'avoir le chauffage. De pas avoir le froid. Tu sais. Puis, le reste... C'est secondaire. (Diane)

Un participant parle du logement comme d'une « base d'opération » (James) pour mener d'autres activités d'insertion sociale et professionnelle : « I always thought I was not going to be able to work until I have a stable, you know, life an apartment, you know, as a base of operations, sort of » (James).

Retrouver une vie normale?

Considérant avoir tout perdu, les personnes conçoivent spontanément que ce soit en trouvant un logement, un chez soi puis en retrouvant par la suite l'ensemble des éléments associés à la vie « normale » (travail, relation amoureuse, loisir etc) qu'ils pourront se rétablir. Dans le narratif de plusieurs participants, le thème de la santé mentale apparaît comme étant lié à celui de la « vie normale ». Un relatif consensus semble exister chez eux à propos de ce en quoi consiste cette dernière notion. La vie « normale » serait d'abord d'avoir connu un milieu familial harmonieux, d'avoir eu un « chez soi » confortable, d'avoir eu un bon emploi, d'avoir reçu de l'éducation, d'avoir eu une ou des relations amoureuses significatives, d'avoir eu des enfants et d'avoir les moyens et le temps de se divertir et de voyager :

Ça allait bien. [silence] C'est ça. Je veux dire, c'est sûr que je prenais une bière de temps en temps, là, mais, je veux dire, c'était comme relativement normal. [silence] J'avais une vie plus actuelle avec ma mère, avec ma famille, je les voyais plus souvent, je... J'avais une vie normale autrement dit. J'avais une blonde, eh, j'avais des choses qui, qui ... que je n'ai plus aujourd'hui. (Sylvain)

La vie normale, les participants semblent la concevoir principalement ainsi sur le mode d'« avoir eu ». Entre autres, est normal celui qui dispose des attributs matériels et relationnels d'un mode de vie davantage centré sur la sphère domestique. Tout au long de leurs entretiens, nous pouvons remarquer que les participants tendent à se définir par rapport à cette conception de la normalité à laquelle ils donnent des caractéristiques semblables. Leur présent est marqué par le sentiment d'avoir « tout perdu » et leur avenir, par la préoccupation de trouver ou de retrouver une « vie normale », « être comme monsieur madame tout le monde » :

Tu sais, avoir un appartement, ça m'aiderait bien gros pour avoir une vie plus normale. Aimer quelqu'un, tu sais, je veux dire, pas juste ta famille, mais avoir une blonde, avec des projets. Tu sais, des projets, faire des projets, c'est une affaire qui n'existe pu dans ma vie, faire des projets. Avant, j'avais toujours des projets, c'était soit le projet d'aller en voyage, ou le projet d'aller acheter une nouvelle auto, projet de... je ne sais pas moi, changer d'ouvrage, je ne sais pas ça peut être des projets de n'importe quoi, mais j'en ai plus de projet. C'est dur à vivre aussi, ça. Hein, tu sais, c'est le fun quand, tu sais quand on dit vivre d'espoir, c'est ça aussi, un peu. (Sylvain)

Conclusion

La trajectoire de vie des participants s'est tracée en passant à travers une diversité de lieux, impliquant des relations sociales variées. C'est aussi à travers ces lieux qu'ils ont connu des expériences traumatisantes qu'ils portent toujours en eux et qu'ils mettent de l'avant pour expliquer leurs problèmes de santé mentale. Le foyer familial est l'un de ces lieux où certains participants affirment avoir connu des moments éprouvants (violence, alcoolisme d'un parent, abus et abandon) mêlés d'expériences plus positives. L'univers familial apparaît sous le signe de l'ambivalence émotionnelle et de la complexité. Pour ceux qui ont connu une vie de couple, le foyer conjugal fut un autre lieu d'expériences chargées sur le plan psychologique. Lieu investi d'espoir, par exemple, celui de conjurer un passé familial difficile, de mener une vie normale, d'être comme tout le monde, mais ce lieu peut aussi avoir été le lieu de nouvelles expériences d'abandon, d'abus et du

sentiment de sa propre anormalité. La difficulté de se constituer un foyer, caractérisé par la stabilité, la protection et le réconfort, se devine en toile de fond dans la plupart des récits. Il apparaît que la perte du foyer « relationnel », constitué par des relations sociales de proximité et d'intimité, précède celle du foyer « matériel », le domicile au sens d'un lieu physique.

Dans le récit des participants, l'arrivée à la rue se présente comme un long récit de déclin, où les manques et les pertes relationnelles se succèdent jusqu'à ce que la personne se retrouve sans liens sociaux significatifs. De là, l'impression que la perte relationnelle, perte du foyer, précède la perte du domicile, l'arrivée à la rue, événement associé à la plus complète des pertes. Ce moment de la trajectoire des personnes est généralement décrit comme un choc violent, surtout sur le plan de l'image de soi. Elles y arrivent dans un sentiment de confusion induit par des événements déstabilisants, décès de proches, ruptures amoureuses et agressions physiques. Au choc, se succède l'usure de la vie à la rue, dont certains participants relèvent d'importantes conséquences sur le plan de la santé mentale. De leur avis, les dernières résistances des personnes sont mises à l'épreuve par l'inlassable répétition de longues journées à batailler et à se déplacer de ressource en ressource. Les participants concernés ont l'impression d'avoir tout perdu et se qualifient eux-mêmes comme « perdus ». Ils ont perdu et ils sont perdus. Il est significatif que les personnes expliquent leurs trajectoires et les effets de la rue sur leur santé mentale dans ce même registre de la perte. Arriver à la rue, c'est tout perdre, et tout perdre, c'est difficile « sur le psychologique » (Philippe). De l'autre côté, retrouver un logement et les autres éléments de la « vie normale », une blonde ou un copain, un emploi, c'est aussi retrouver sa dignité, son espoir et retrouver sa santé mentale.

Chapitre 6: Retour sur la littérature

Au fil de leurs narrations, beaucoup d'éléments ont été soulevés par les participants concernant leurs conceptions étiologiques des problèmes de santé mentale. Certains de ces éléments recourent ceux rapportés dans la littérature consultée alors que d'autres apportent un nouvel éclairage sur la question. C'est avec tous ces éléments en tête qu'il est proposé dans ce chapitre d'effectuer un retour sur la littérature consultée et de revenir sur la question « sociogénétique », question de départ de ce mémoire : en quoi certains facteurs et conditions sociales peuvent engendrer des problèmes de santé mentale?

Le point de vue des auteurs : les tensions entre modèles explicatifs

Les chapitres consacrés à la revue de littérature ont relevé la complexité de notre question de départ. En faisant un survol de l'histoire de la psychiatrie, il apparaît que plusieurs modèles ont été élaborés pour expliquer ce qui fut désigné successivement de « folie », d'« aliénation mentale », de « maladie mentale » et de « problèmes de santé mentale ». Ces modèles se trouvent la plupart du temps en tension les uns par rapport aux autres : modèle biologique par rapport au modèle psychologique, modèle psychologique par rapport au modèle sociogénétique.

La tension biologique versus psychosociale

Parmi les différentes tensions entre modèles, c'est la polarité entre explications biologiques et psychosociales qui semble occuper le plus d'attention parmi les auteurs consultés. D'un côté, le modèle biologique demeure le modèle dominant. Il pose une origine biologique première aux problèmes de santé mentale. De l'autre côté, le modèle psychosocial est un modèle qui a été souvent mobilisé pour contester l'hégémonie du premier modèle. Ce modèle englobe une diversité d'approches cliniques et théoriques qui font intervenir des facteurs autres que biologiques pour expliquer la genèse de problèmes de santé mentale; des relations

familiales à la prime enfance, en passant par les évènements de vie traumatiques jusqu'aux structures d'oppression de la société. Sous le générique « explications psychosociales », sont donc regroupés plusieurs modèles en tension. Il en va de même pour les modèles sociogénétiques qui peuvent être divisés en deux grandes approches : l'approche interpersonnelle et l'approche structurelle.

Une première approche, l'approche interpersonnelle, considère les facteurs sociaux à l'échelle des relations interpersonnelles et non, de prime abord, à l'échelle des institutions et des structures sociales. Les facteurs sociaux mobilisés pour expliquer l'origine des problèmes de santé mentale gravitent donc surtout autour des traumatismes vécus au sein de la famille, des rapports avec les proches et des évènements de vie difficiles (life events) vécus par les individus. Cette approche soutient que les problèmes de santé mentale peuvent être causés par des évènements extérieurs traumatisants.

La nature des rapports familiaux, plus particulièrement durant l'enfance, constitue le facteur que cette approche privilégie pour expliquer les problèmes de santé mentale. Cette explication possède de nombreuses racines théoriques, dont la plus significative est la psychanalyse. Inspirée de ce courant, ce sont essentiellement les relations développées avec les figures parentales pendant la prime enfance qui sont conçues comme à l'origine des traumatismes psychologiques. Il en va de même pour des mouvements qui furent très critiques de l'approche psychiatrique comme l'antipsychiatrie anglaise qui voit dans un certain type d'interaction familiale, nommée la double-contrainte, la cause première de la « folie ». Somme tout, dans la littérature consultée, la famille tend à être traitée prioritairement sous le prisme des relations interpersonnelles, à une échelle d'analyse plus proche des individus que des ensembles sociaux.

Les évènements de vie difficiles constituent un autre facteur explicatif largement mobilisé par l'approche interpersonnelle. Ces évènements sont de nature variée : divorce, problèmes avec la justice, mortalité, maladies etc. Il s'agit d'évènements vécus à l'échelle individuelle. Dans la plupart des écrits consultés, ceux-ci correspondent aux « évènements de vie stressants » répertoriés dans la liste de Holmes et Rahe (1967). Le rôle étiologique attribué à ces évènements se situe en continuité avec les explications de Meyer, en lien théorie de la réaction qui veut que les problèmes de santé mentale soient des réponses à des évènements extérieurs. L'origine de problèmes de santé mentale est habituellement attribuée à un cumul d'évènements de vie stressants survenus dans un délai rapproché, moins de six mois. Dans ce cadre d'explication, l'individu n'est pas tenu nécessairement responsable des évènements difficiles qu'il rencontre. Ces évènements sont considérés comme étant extérieur à sa volonté.

La seconde approche que nous avons identifiée dans la littérature consultée est l'approche structurelle. Selon ses tenants, la santé mentale d'un individu est fonction de la place qu'il occupe dans les structures sociales. Il est généralement admis que les personnes occupant des positions moins socialement valorisées, voire marginalisées, soit plus susceptible de développer des problèmes de santé mentale. L'approche s'est beaucoup construite dans une critique de la première approche. Elle partage l'idée que la cause des problèmes de santé mentale se trouve dans des facteurs extérieurs à l'individu (théorie de la réaction). Cependant, elle considère ce postulat comme une condition nécessaire mais insuffisante pour défendre la thèse sociogénétique. Des tenants de ce courant comme Bastide (1965) avaient soutenu qu'une véritable étude des facteurs sociaux susceptibles d'affecter la santé mentale se devait de porter sur l'influence des cadres sociaux dans lesquels se déroulent des évènements présumés « traumatisants » et non sur le « caractère, pathogène ou non, des évènements, crise amoureuse, deuil, chômage, etc., qui jalonnent la vie » des individus.

Ce type d'approche est au cœur des travaux de Pearlin (1989) et de son modèle du stress social. Ses études démontreraient que les événements de vie stressants, au sens de Holmes et Rahe (1967), seraient fonction de la place occupée dans les structures sociales. Par la même occasion, cela expliquerait pourquoi on retrouverait des taux de prévalence psychiatrique plus grande chez les personnes en situation de pauvreté. Affrontant plus d'évènements de vie stressants et ce, sans disposer de ressources suffisantes (sur le plan matériel et social) pour les amortir, ces dernières développeraient plus de problèmes de santé mentale. L'approche structurelle incite donc pour inclure des dimensions plus larges que le cercle restreint des rapports interpersonnels de l'individu. De ce fait, la famille, facteur social prédominant selon la première approche, doit être resituée dans le cadre des conditions socio-économiques où elle évolue. Pour revenir à cet exemple, la pauvreté des ménages est ce qui expliquerait les difficultés relationnelles au sein de la famille, notamment en y insufflant un climat de tension. Cette pauvreté se trouverait ensuite expliquée par des phénomènes sociaux et économiques plus larges qui dépassent la réalité immédiate des ménages.

Le point que nous venons de traiter introduit le suivant : le facteur socioéconomique, celui de la pauvreté, largement mis de l'avant par les tenants de l'approche structurelle. Dans la littérature consultée, l'intérêt porte rarement uniquement sur la seule considération du « revenu » ou des « conditions matérielles d'existence » comme variables pouvant affecter la santé mentale. Le Guillant (2006) s'est intéressé ainsi à des conditions sociales spécifiques, liées assez souvent à des occupations socioprofessionnelles (domestiques, mécanographes, téléphonistes) mais aussi à des statuts comme celui d'assisté sociale et d'immigrant. Dans ses études, il a ainsi tenté de saisir les éléments pathogènes de conditions sociales données. Dans son étude sur les « bonnes à tout faire », il relève des éléments d'ordre matériel comme la dureté du travail, mais

aussi des éléments d'ordre relationnel, comme le ressentiment et l'humiliation vécus dans les rapports avec les propriétaires. Pour résumer, la pauvreté, au sens économique, apparaît comme une des nombreuses facettes de la condition sociale des personnes situées dans une position sociale dominée. Ainsi, l'aspect matériel et physique ne saurait rendre compte entièrement des facteurs pathogènes associés à une condition sociale donnée.

L'approche structurelle et l'itinérance

Concernant la littérature consultée portant sur l'itinérance et la santé mentale, il semble que les auteurs adoptent plutôt une approche structurelle. L'itinérance est généralement conçue comme le résultat de facteurs liés la plupart du temps aux réalités économiques : manque d'emplois, salaires inadéquats dans le secteur manufacturier, manque de logements à prix modique. Par rapport à la santé mentale, l'itinérance est aussi tenue pour avoir des effets nocifs. Furtos (2007) soutient l'hypothèse sociogénétique des troubles mentaux dans le cas des personnes qui vivent des situations d'exclusion sociale dont le « SDF » représente la figure type. L'auteur met l'accent sur le marché du travail et sa précarisation pour expliquer les situations d'exclusions sociales pouvant être à l'origine de problèmes de santé mentale. Il précise que cette exclusion passe en premier lieu par l'exclusion du monde du travail, celui de l'emploi stable et rémunérateur, qui permet d'acquiescer les différents objets sociaux prisés par la majorité et qui permet surtout de maintenir des liens sociaux. La perte de ces objets sociaux entraînerait la mise à la marge de la société qui est susceptible d'engendrer une souffrance psychique particulière. Les travaux de Furtos tendent à démontrer la charge traumatique liée à l'exclusion sociale et au sentiment de ne plus faire partie de la commune humanité. Furtos fait pour ainsi dire de l'appartenance à un groupe social ostracisé le premier facteur pouvant affecter la santé mentale des personnes à la rue.

Somme tout, à l'aune de la littérature consultée, l'hypothèse sociogénétique s'est révélée comme portant plus spécifiquement sur les effets pathogènes de situations sociales données. Malgré leur apparence disparate, les différents facteurs sociogénétiques se rejoignent en ce sens qu'ils impliquent des catégories de différenciation sociale : groupes d'âge, sexe, statut socioéconomique, appartenance à un groupe sociale marginalisé etc. L'appartenance à ces catégories semble avoir une influence néfaste sur la santé mentale lorsqu'elles sont associées à des représentations sociales négatives. En étudiant les aspects pathogènes d'une condition sociale, les aspects matériels gagnent à être mis en parallèle avec la représentation que la société se fait de ces groupes.

En revisitant les facteurs sociaux suspectés d'affecter la santé mentale, il apparaît que la plupart des auteurs sympathiques à la sociogenèse que nous avons consultés accordent une importance première à une définition structurelle et objectiviste du « social », c'est-à-dire à la place occupée dans la structure sociale. Cette position est conçue comme un fait social, soit comme donnée dès le départ et extérieure à l'individu. De manière générale, les problèmes de santé mentale découleraient pour ainsi dire de la position, plus ou moins socialement valorisée, occupée par les personnes. Avec cette synthèse en tête, nous pouvons maintenant comparer le point de vue des auteurs à celui des participants.

Ce qui ressort des récits

Lorsqu'ils expliquent ce qui aurait causé leur détresse psychologique, les éléments « causaux » identifiés par les participants coïncident avec les différentes expériences qui ont jalonné leur trajectoire de vie. Leurs explications sont indissociables de leur narration et de leur histoire de vie personnelle.

L'analyse descriptive nous a permis de comprendre comment les participants abordent le thème de la santé mentale dans leur récit de vie. Elle a fait ressortir

différentes postures par rapport à la santé mentale; des participants acceptent la définition donnée par la psychiatrie à leur situation, certains y adhèrent avec une distance critique, d'autres y adhèrent tout en recourant à d'autres types de définition et, enfin, il y a ceux qui ne se reconnaissent pas de problèmes de santé mentale. Sur le plan du recours au système de soins en santé mentale, les participants font un usage davantage fonctionnel des ressources en santé mentale. D'autres n'y ont jamais recouru. Certains, ayant connu des expériences négatives, évitent quant à eux d'y recourir. Enfin, un participant peut être vu comme un utilisateur régulier du système de soins en santé mentale, avec plus 30 hospitalisations.

Hormis ce dernier participant, le thème de la santé mentale est somme toute apparu comme périphérique dans le narratif de la plupart des participants. Les récits de vie des participants s'articulent plutôt autour du thème central de la « vie normale ». La « vie normale » reposerait sur la possession de certains éléments : avoir un emploi, un logement, un conjoint-e, des enfants etc. Ils relatent leur histoire de vie en regard de ces critères implicites de la vie normale. Leur vie avant d'arriver à la rue est décrite par rapport à ce qu'ils avaient et ce qu'ils ont perdu. L'évocation de pertes coïncide souvent avec la description de périodes de détresse et de recours au système de soins en santé mentale. La perte joue un rôle explicatif de leurs problèmes de santé mentale. L'arrivée à la rue est décrite comme un choc chez la plupart et s'assimile au fait de « tout perdre ». La vie actuelle et quotidienne à la rue est comparée quant à elle au moment de leur vie qui a été le plus « normal » à leurs yeux. L'analyse descriptive a fait ressortir l'importance du thème de la normalité au fil de leur récit de vie. La narration des participants apparaît en quelque sorte comme une évaluation de leur normalité aux différents moments de leur vie.

Il s'est avéré que chacun des moments présentés par les participants (la vie avant la rue, l'arrivée à la rue et la vie à la rue) comporte des expériences ayant eu un impact sur leur santé mentale. Ce sont ces moments qui ont structuré notre analyse interprétative portant sur la question des causes des problèmes de santé mentale.

Au point de départ de leurs trajectoires de vie, les relations vécues avec la famille sont identifiées par certains participants comme une raison de leur « fragilité » actuelle. Ils considèrent une implication entre leur état actuel et leur milieu familial d'origine. Plusieurs participants affirment que leur famille n'allait pas bien et laissent entendre, discrètement, au passage qu'ils y ont été témoin et/ou victime de violence de toutes sortes, physique et verbale. « Mon beau-père a toujours été con avec moi. Il m'a tout le temps frappé jusqu'à l'âge de 16 ans jusqu'à temps que je m'en aille de chez ma mère » (Philippe). Selon ces derniers, les relations vécues avec la famille constituent la cause première de leur problème de santé mentale. La famille reste associée à des expériences traumatisantes et à des sentiments négatifs : culpabilité, traumatisme lié à la violence du foyer et sentiment d'abandon. Plusieurs en font un élément expliquant leur problème actuel : « C'est de là que ça part » (Diane). Si l'expérience familiale est associée chez certains participants à des traumatismes psychiques, elle est aussi rattachée à des expériences plus positives. Certains dont l'histoire familiale est des plus sombres (violence conjugale, inceste, consommation) mentionnent une part de positif. Des participants, comme Diane, attribuent à leurs parents un rôle de point de repère qui contribuerait à leur équilibre mental. Les rapports familiaux apparaissent dans toutes leurs complexités dans le récit des participants.

Les difficultés avec la famille ne concernent pas uniquement l'enfance et l'adolescence, mais aussi la vie adulte. C'est notamment le cas d'Alain qui éprouve des difficultés relationnelles avec son père entre le cégep et l'université.

Il parle de la dureté des propos de son père concernant son avenir, propos qui l'aurait mené à une tentative suicidaire.

Après le départ du domicile familial, la trajectoire de vie des participants passe par différentes expériences liées à l'entrée dans la vie adulte. Plusieurs font mention de leurs premiers appartements, de leurs premières relations amoureuses, de leurs premiers enfants et, certains, de la construction d'une famille. Dans leurs récits, ces expériences ont été source de joie et de fierté. Elles s'accompagnent d'un sentiment de validité sociale, celui de « mener une vie normale », thème au cœur de leur entretien. Cependant, à l'inverse, la vie de couple et/ou de famille est aussi un thème associé au développement de problèmes de santé mentale. Pour certains participants, la rupture amoureuse a été synonyme de « tout perdre » et de point de départ des problèmes de santé mentale. Pour d'autres, c'est le conflit autour de la garde des enfants nés du couple qui a constitué une expérience traumatisante qui les habite toujours. Ces expériences auraient miné leur capacité à s'engager avec confiance dans de nouvelles relations. Des participants comme Elisabeth y associent leur instabilité sur plusieurs aspects comme le logement et l'emploi.

Pour certains participants, ces expériences, rupture de couple et retrait de la garde des enfants, furent à l'origine d'une première hospitalisation psychiatrique. Elles sont aussi tenues pour avoir eu un impact négatif sur leur confiance dans les autres, notamment dans le cas d'infidélité amoureuse, et sur leur stabilité affective. Certains participants mentionnent avoir perdu leurs points de repère suite à une rupture amoureuse. D'autres affirment avoir perdu leurs motivations pour le travail, voire leurs raisons de vivre. Dans les cas de perte de garde des enfants, les conséquences négatives portent aussi sur la perte du rôle valorisant de parent. Dans la continuité de nos observations sur le thème de la « vie normale », la rupture amoureuse et la perte de la garde des enfants sont des événements qui

semblent signifier la perte des attributs de la « vie normale », de la vie de « monsieur, madame tout le monde » (David), tels que définis par certains participants.

Dans leur récit de vie, ce sentiment de perte se retrouve aussi au moment de la mort d'un être cher. Avec la rupture amoureuse et la perte de la garde d'un enfant, la mort représente une autre « perte » dans la vie des participants. Il s'agit d'un autre évènement mis en lien avec la santé mentale. Selon certains participants, la mort d'un proche cause de la confusion, des bouleversements dans la dynamique familiale, de l'isolement social. Elle signifie aussi la perte d'un soutien dans la vie, que ce soit sur le plan matériel ou psychosocial.

En suivant les lieux que les participants ont traversés dans leur trajectoire, du domicile familial au dernier logement occupé en passant par le premier appartement, il apparaît que certaines personnes ont à un moment de leur vie des conditions de logement difficiles dans des milieux insalubres et dangereux. Le fait de vivre dans ce type de milieu est identifié comme facteur négatif sur le plan de la santé mentale. Ces participants parlent de l'« ambiance » et de l'« atmosphère » néfaste des lieux où ils ont vécu : « L'ambiance pour elle c'était dur. Ces voisins-là sont arrivés à me donner de la difficulté aussi puis la difficulté pour moi, c'était devenu difficile » (Alain). Le fait de vivre dans un tel milieu serait à la source de problèmes d'anxiété, de stress et de trouble du sommeil. Deux participants mentionnent avoir quitté leur logement suite à des agressions physiques de la part de voisins.

Les participants font part de trajectoires de vie marquées par le passage par des lieux où ils ont eu des relations difficiles avec l'entourage. Le domicile familial fut souvent le lieu de traumatismes. Le premier foyer amoureux, pour ceux qui l'ont connu, pouvant aussi être un espace synonyme de désillusion et de

déchirement. Pour certains, leur dernier logement habité fut aussi dans un environnement relationnel jugé menaçant. Dans l'ensemble des récits, le sentiment d'« être chez soi » a souvent fait défaut. La perte du logement « matériel » semble précédée par la perte du sentiment d'être « chez soi », au sens relationnel et symbolique.

Un autre moment significatif de leur trajectoire est celui de leur arrivée à la rue. Certains participants parlent du « choc » qu'a constitué ce moment de leur vie et comment cet événement a affecté leur santé mentale, principalement en aggravant leur sentiment de confusion : « Se ramasser à la rue et tout perdre d'un coup, ce n'est pas évident sur le « psychologique » (Philippe). Il se ressort aussi l'impression d'arriver « sur une autre planète » selon les mots d'un participant. Les participants parlent par la même occasion du choc identitaire lié au fait de se reconnaître « itinérant ». Un participant admet résister à cette idée en évitant les ressources en itinérance, ce qui, selon lui, confirmerait son itinérance.

Suivant le choc de l'arrivée à la rue, l'expérience de la vie quotidienne sans domicile est une période où s'installent l'habitude et l'usure. Les participants évoquent des éléments de leurs conditions de vie matérielles qui affectent leur santé mentale. Il est surtout question du stress relié à leur situation de survie et des soucis de tous les instants pour couvrir leurs besoins de base. Cependant, la plupart des participants se concentrent sur la dimension relationnelle de la vie à la rue pour en expliquer les effets sur leur santé mentale. Les relations avec les pairs sont ambiguës. Elles sont source de sécurité et de méfiance à la fois. Elles restent toutefois distantes. Ceci contribue à l'isolement des personnes. Pour ce qui est des anciennes relations, les participants font part de plusieurs facteurs qui les mènent en s'en éloigner, voire à les couper; les horaires des ressources, les amis qui ont pris leur distance et la honte de se présenter à eux dans leur état. Cette situation renforcerait à son tour l'isolement. Enfin, les relations avec les intervenants sont

parfois perçues comme dévalorisantes et marquées par l'indifférence, comme cela peut être le cas avec les rapports avec les passants. Sur le plan de la santé mentale, elles contribueraient au sentiment de ne plus rien valoir. À cela, s'ajoute l'usure physique et mentale engendrée par les efforts répétés pour couvrir ses besoins les plus élémentaires. Le prolongement de la vie à la rue semble d'ailleurs aller de pair avec l'augmentation des idées noires et l'adoption d'une lecture pessimiste de l'avenir.

Que ce soit les rapports difficiles avec un parent, l'infidélité d'un conjoint, le décès d'un proche, l'harcèlement des voisins ou l'indifférence des passants dans la rue, la cause est à chercher dans une relation difficile ou dans une rupture relationnelle. Aucun participant n'a invoqué avoir éprouvé des problèmes de santé mentale sans établir un lien avec ce type d'évènement survenu au sein d'une relation sociale significative.

Mise en parallèle

Dans cette mise en parallèle, ce sont deux univers socio-symboliques aux antipodes qui se trouvent face-à-face, celui de la recherche et celui de la rue. Il s'en dégage forcément des écarts. Il apparaît que ces deux milieux n'ont pas la même définition des réalités, ni la même perspective sur celles-ci. Beaucoup plus surprenant que les différences appréhendées, des consensus semblent émerger entre ces deux mondes. Ceux-ci semblent décrire les mêmes réalités de leurs propres perspectives et avec leurs propres langages.

Définitions des réalités

La question de la définition des termes est de celle qui s'est posée dès le départ. Il y a les définitions élaborées par les chercheurs et théoriciens en santé mentale, celles des spécialistes de la santé mentale et de l'itinérance et, enfin, celles des personnes ayant vécu les deux problématiques. Qu'est-ce que la santé mentale ?

Qu'est-ce qu'un facteur social ? Qu'est-ce qui engendrent des problèmes de santé mentale ? Que ce soit l'un ou l'autre de ces termes, il n'existe pas de consensus définitif entre les auteurs. Pour ce qui est de la santé mentale, le concept est loin de n'avoir qu'une seule acception. Les auteurs consultés font part de plusieurs définitions de la santé mentale qui mettent chacune l'emphase sur des critères spécifiques. Pour certains, la santé mentale s'évalue par la capacité à bien fonctionner en société. Pour d'autres, dans le courant de la résilience, c'est la capacité de faire face aux adversités de la vie. Pour Furtos (2007), la santé mentale n'est pas seulement une habilité adaptative, mais englobe la capacité de révolte, celle de dire non.

Il n'y a pas plus de consensus entre les participants sur leur définition de la santé mentale. À travers leurs récits, les participants font état de nombreuses situations qu'ils associent à des problèmes de santé mentale. Ils utilisent leurs propres mots pour en parler. Ces problèmes prennent de multiples formes: tentative suicidaire, dépression, honte, instabilité, confusion, insécurité, agressivité et culpabilité. Littérature et récit de vie semblent toutefois coïncider sur l'importance des problématiques suicidaires. Les dernières statistiques québécoises sur la population itinérante relatent un taux de 35% sur le plan des tentatives suicidaires. Dans le récit des personnes, les idées et passages à l'acte suicidaire occupent une place importante et demeurent associés à des expériences avec le système de soins en santé mentale. Sans pouvoir généraliser, il se dégage tout de même du récit des participants une certaine définition de la santé mentale en termes de normalité, entendue comme capacité à fonctionner. Questionnés sur ce qui constituerait un rétablissement sur le plan de la santé mentale, plusieurs participants parlent d'avoir un lieu de résidence qui leur permettrait de retrouver des occupations quotidiennes et domestiques ainsi qu'un emploi.

Il reste toutefois que chaque participant élabore sa propre version de ce qui constitue ses problèmes de santé mentale. Comme des auteurs comme Massé (1998) et Kohl (2005b) l'avait remarqué, cette version n'est pas monolithique et intègre plusieurs types d'explications. Elle n'est pas le fruit d'une élaboration individuelle, en vase clos, mais d'un dialogue avec l'entourage. À l'instar de Kleinman (1980), elle se présente comme le fruit d'une négociation entre la personne, ses proches et les cliniciens. Plusieurs participants interrogent le savoir des spécialistes de la santé mentale qu'ils ont rencontrés dans leur trajectoire et proposent leur propre conception. C'est manifestement le cas de Philippe qui déclare que « les psychiatres ne savent pas toutes ». Ils initient des éléments nouveaux par rapport à la schizophrénie qui est, selon lui, trop souvent décrite comme uniquement comme un problème et très rarement comme une capacité, un état de conscience différent. Philippe conteste aussi la priorité clinique accordée à la réduction des hallucinations alors que pour lui, les hallucinations ne constituent pas nécessairement un problème. Il affirme que ce qui pose problème pour lui relève de ses rapports avec sa famille, du manque de considération qu'il reçoit de la part de sa mère et de la violence de son beau-père à son endroit.

Ça ne me dérange pas de voir des reptiles dans le ciel, ça n'a pas d'impacts sur ma vie, c'était mignon, c'était beau, ce qui me dérange c'est ce que les autres disent sur moi, ce que mon frère dit sur moi. Le fait que je ne peux pas voir ma mère puis à Noël, d'être seul. Ça, ça me rend malade. (Philippe)

Alors que certains s'opposent avec vigueur à la version psychiatrique, d'autres racontent s'y être ralliés. C'est le cas de Michel qui explique qu'après y avoir résisté longtemps, il s'est fait à l'idée qu'il est « schizo-affectif ». Cette adhésion ne l'empêche pas de laisser la porte ouverte à l'idée qu'il a véritablement été en contact avec des forces surnaturelles au moment de ses crises. De son côté, Robert affirme avoir admis récemment l'idée qu'il a un « trouble de la personnalité ». Il raconte qu'il avait toujours refusé la version des « spécialistes » et qu'il l'a accepté en raison de l'attitude chaleureuse et de l'écoute de son dernier psychiatre.

Ce dernier exemple démontre l'importance de la dimension relationnelle dans l'adhésion à un modèle explicatif donné.

En mettant en parallèle les définitions de la littérature et celles des personnes, il apparaît que l'absence de consensus est une caractéristique aussi bien des auteurs que des personnes. Formation académique oblige, les auteurs exposent des définitions plus formalisées et abstraites de la santé mentale et de ses facteurs explicatifs que les personnes. Les auteurs tendent aussi à privilégier des modèles à cause unique alors que les personnes présentent généralement des explications multicausales, plus proches de l'amalgame que du modèle théorique épuré. Ce constat avait été réalisé par Massé (1998). Cela n'est pas nécessairement pour discréditer la version des personnes. Rappelons que plusieurs auteurs comme Engels (1977) ont argué en faveur d'un modèle d'explication multidimensionnelle. La définition que font les personnes de leur problème semble aussi s'inscrire davantage dans leur expérience quotidienne et immédiate. Cela rappelle d'ailleurs le constat de Rodriguez selon lequel les personnes ayant expérimenté des problèmes de santé mentale accordent plus de place aux aspects quotidiens de leur trouble qu'aux aspects « spectaculaires » comme les épisodes de crise. La définition que donnent les personnes semble se situer à une autre échelle d'analyse que celle des auteurs. Cela nous conduit au prochain point.

Perspectives sur ces réalités

Comme nous venons de le laisser entendre, il semble que la version des personnes privilégie les dimensions du vécu quotidien et immédiat, plus proche de l'individu, mais touche assez peu les dimensions d'ordre macrosociologique et structurel. Il apparaît que les participants comprennent les causes de leurs problèmes en termes d'évènements survenus au niveau de leur vie personnelle et de leur entourage immédiat. Pour expliquer l'origine de son état mental

« assommé », Alain affirme avoir « perdu » sa « blonde », sa « mère et son appartement ».

Le point de vue des participants se rapproche en ce sens à celui des tenants des théories de la réaction, comme Meyer, qui conçoivent les problèmes de santé mentale comme des réactions à des événements extérieurs. Or, comme Bastide (1965) l'avait remarqué, ce type d'explication reste souvent dans un registre explicatif de l'ordre de l'évènement singulier et contingent et s'aventure rarement dans une compréhension du cadre social qui englobe ces événements particuliers. Règle générale, les participants eux aussi en restent à une échelle d'analyse qui ne fait aucune référence aux cadres sociaux qui auraient pu déterminer ces événements. Si les causes sont tenues pour extérieures à leur volonté, comme c'est le cas pour la mort d'un proche, elles ne sont pas conçues comme relevant de facteurs structurels et/ou sociopolitiques. Les participants font largement allusion au fait d'avoir tout perdu, mais ils n'attribuent pas cette perte au manque d'emploi, au manque de logement et à l'insuffisance des politiques sociales et des revenus d'assistance sociale. Il n'y a qu'une seule participante qui établit des liens entre des facteurs structurels comme le peu de moyens consacrés à la lutte à la pauvreté en comparaison aux importantes dépenses militaires. Peu de participants attribuent leurs situations à des structures sociales injustes ou à des décisions politiques appliquées à l'ensemble de la société.

Si les participants se réfèrent peu aux facteurs dits structurels, ces derniers n'ignorent pas pour autant la dimension sociale pour rendre compte de leurs problèmes de santé mentale. Dans leurs explications de leurs problèmes de santé mentale, l'arrivée à la rue est un événement marquant chez plusieurs participants. Ces derniers mentionnent qu'ils ont eu conscience d'arriver dans un nouveau monde. Ce passage d'un milieu social à un autre, ce déplacement social, a été vécu pour plusieurs de manière traumatique. David raconte avoir été « dépaycé »

en arrivant à la rue. Les participants racontent qu'ils ont dû s'y adapter, en apprendre les codes et les règles. Selon Sylvain, l'adaptation à la rue serait plus difficile pour « ceux qui ont eu » que pour ceux qui « n'ont jamais eu », sous-entendant ceux qui ont toujours connu la pauvreté. Les participants racontent tous à leur manière comment ils ont dû affronter un nouveau monde qui leur apparaissait hostile sous plusieurs aspects.

Certains notent avoir perdu contact avec leurs anciennes relations. James révèle avoir perdu ses amis. Ces derniers l'auraient abandonné. Du reste, il raconte qu'il s'est lui-même coupé de ses anciennes relations en raison de la honte associée au fait de leur demander constamment de l'aide sans pouvoir en donner en retour. Les participants se considèrent implicitement dans une situation d'anormalité du fait de leur itinérance, une condition qui affecte leur sentiment de valeur personnelle, engendre souvent de la honte, et les mène, dans certains cas, à s'isoler pour éviter de se présenter ainsi à leurs proches. Ces derniers ont, pour ainsi dire, une conscience douloureuse du social, fruit de leur arrivée à la rue. Les participants savent qu'ils sont renvoyés à une catégorie sociale perçue négativement. Pour plusieurs participants, c'est cette conscience liée au sentiment de ne pas pouvoir s'en sortir qui fut génératrice de souffrance.

« J'avais une vie normale » et perte des objets sociaux

Les participants font allusion à plusieurs éléments pouvant avoir affecté leur santé mentale. Les implications entre ces éléments et leurs troubles, de même que le poids relatif de ces éléments étiologiques, ne sont pas toujours explicitées dans le récit des personnes. Malgré leur diversité, voire leur caractère disparate, certains thèmes centraux se dégagent de leurs récits comme celui de la « vie normale ». Les participants produisent un récit pour expliquer les circonstances de leur arrivée à la rue, un type de récit de déclin où le participant se présente comme ayant connu une série de pertes à partir d'une situation initiale dite normale

(travail, relation amoureuse et domicilié). Comme nous l'avons plus longuement développé au chapitre cinq, les participants évoquent pour la plupart un enchaînement d'évènements les ayant conduits à perdre divers éléments d'une vie dite « normale » : perdre un logement, un travail, une relation amoureuse, un proche, un membre de la famille. Ils font référence au sentiment d'« avoir tout perdu » et établissent un lien entre sentiment de perte totale et leurs problèmes de santé mentale. Philippe mentionne à ce propos : « Ben, au début, j'en arrachais parce que c'était nouveau. **OK?** Puis, j'avais des changements de vie. Se ramasser à la rue et tout perdre d'un coup, ce n'est pas évident sur le « psychologique » ». Alain énumère ses pertes : « J'avais perdu, Josiane, j'avais perdu ma blonde, mon appartement, ma mère qui est décédée, il n'y avait pas longtemps aussi. Donc, tous ces morceaux-là, j'étais comme assommé là vraiment. » Michel explique qu'il a tout perdu suite à son divorce : « Parce que moi, j'ai, ça fait seulement trois ans que ma vie a chambardé. J'ai été 20 ans marié avec la même femme. J'ai tout perdu du jour au lendemain. Je n'aurais jamais pensé que ça m'arriverait à moi, tu sais. »

Le langage des participants, surtout en termes de pertes, rejoint les constats de Furtos (2007) sur la « perte des objets sociaux », ces objets qui peuvent être autant des relations que des biens matériels, qui permettent d'obtenir de la reconnaissance sociale et qui garantissent en somme le maintien des liens sociaux. Le fait d'avoir des « objets sociaux » peut aussi être vu comme ce qui est garant d'une « vie normale », thème cher à l'ensemble des participants. Ces derniers considèrent leur itinérance comme une situation d'anormalité, ce qui se répercute sur leur sentiment de valeur personnelle. Les récits des participants semblent confirmer les idées de Furtos à propos d'une « souffrance psychique d'origine sociale » liée à cette forme extrême d'exclusion sociale que serait l'itinérance. Cette situation d'exclusion est l'étape ultime d'un long processus marqué la plupart du temps par une succession d'évènements ayant engendré des pertes

relationnelles. C'est la perte du support d'un parent à la suite d'un décès, la perte d'un conjoint à la suite d'une rupture, enfin, c'est un cumul de pertes qui mène à l'itinérance.

Le résultat de ces successions de pertes est l'exclusion sociale, une situation où la personne a l'impression de « ne plus être personne » et qui peut mener à s'exclure soi-même pour éviter de se faire exclure. Les éléments soulevés par rapport à ce sentiment sont nombreux chez les participants. Il suggère l'idée d'une « néantisation de l'être personnel » derrière une étiquette sociale péjorative, idée émise par Memmi à propos des colonisés et reprises par Le Guillant (2006) dans le cas de différentes conditions sociales.

La souffrance psychique associée à l'itinérance est aussi à mettre en lien avec les expériences antérieures vécues par les personnes. Des participants devinent une différence dans la façon de vivre la rue entre les personnes qui ont connu un important déclassement et celles qui ont toujours vécu au « bas de l'échelle ». C'est le cas notamment de Sylvain, ayant déjà occupé un poste de direction, qui soutient que la vie à la rue est plus difficile pour « ceux qui ont eu » que pour ceux qui « n'ont jamais eu », sous-entendant ceux qui ont toujours connu la pauvreté. Cette dernière hypothèse semble aller dans le sens d'Halbwachs qui associe la détresse suicidaire au déclassement, détresse suicidaire qui est plutôt répandue chez les participants et chez la population itinérante en général (Fournier et al., 1998). Le sociologue avait émis l'idée que le suicide est toujours celui de « l'homme déclassé ». Il avait expliqué les effets mortifères de ce déclassement, c'est-à-dire du passage, des suites d'un quelconque événement, d'une situation de reconnaissance sociale à une situation d'anonymat et d'isolement. Halbwachs avait laissé entendre à la suite de cette explication que lorsqu'on meurt à la société, « on perd le plus souvent la principale raison de vivre » (Halbwachs, 2002 [1930] : 417).

La mise en parallèle de la littérature et des récits des participants ne révèle donc pas uniquement des points de divergences, mais aussi des points de convergences. Le rapprochement entre la lecture de Furtos et le récit des personnes est particulièrement frappant. La notion d' « objets sociaux » et la définition que les participants donnent de la vie normale se recourent en plusieurs points. Leurs façons d'expliquer la souffrance psychique se rejoignent aussi. C'est la perte des éléments de la vie normale qui engendre les problèmes de santé mentale. Cette perte n'est pas uniquement matérielle, mais aussi et surtout symbolique. En les perdant, on perd ce qui permet d'obtenir de la reconnaissance sociale et d'entretenir des rapports réciproques avec autrui. Considérant « avoir tout perdu », plusieurs participants aspirent à retrouver ces différents éléments d'une « vie normale ». Ils se positionnent tous par rapport à leurs chances de retrouver cette « vie normale », à leurs chances de redevenir comme « monsieur, madame tout le monde ». Comme mentionné plus haut, le rétablissement en santé mentale devient, pour certains, synonymes de retrouver sa capacité à fonctionner normalement dans la société. Ce qui permet de déduire une définition de la santé mentale fondée sur la fonctionnalité. Pour ceux qui ont vécu des périodes de « normalité » et de « fonctionnalité », l'espoir est de revivre des situations qui s'y apparentent. Pensons à Diane qui aimerait refonder le « petit nid d'amour » qu'elle a connu au moment où elle était enceinte de son premier enfant ou à Sylvain qui aimerait retrouver l'accès à des « choses qui lui donnent de la valeur ».

Conclusion : Avoir ou ne pas avoir une vie normale ?

Perçus trop souvent sous l'angle unique de leur étrangeté ou de leur pathologie, à travers leurs récits, les participants nous ont permis de saisir toute l'importance que possède pour eux l'enjeu de la normalité. Cet enjeu est fortement associé aux problèmes de santé mentale chez les participants. La perte des éléments de ce qui

est considéré comme une vie normale est souvent synonyme de basculement dans la détresse, à l'inverse, le fait de les retrouver est synonyme de rétablissement. En ultime analyse, il apparaît aussi que l'enjeu de la « vie normale » traverse la logique même de production des récits de vie. Pour Sylvain, l'entretien fut la chance de parler avec du « monde normal » et pas seulement avec « du monde qui ont des problèmes ». Ce type de commentaire sur l'exercice de production de récits de vie laisse entendre qu'il fut un moyen de renouer des liens avec le « monde commun », un peu au sens où l'entendait Kohl (2005b). En permettant un espace de dialogue, l'entretien semble avoir permis à certains participants de retrouver un sentiment d'être des « personnes normales », pas uniquement des « itinérants » ou des « malades mentaux ». Le récit aurait eu des propriétés quasi-thérapeutiques car il aurait été pour certains l'occasion de « se normaliser » aux yeux d'autrui. Ce constat rejoint celui de Declerck (2001) qui soutient entre autres que le discours des personnes remplit une fonction de normalisation. Contrairement à l'avis de ce dernier, cette fonction ne semble pas jouer nécessairement le jeu de la désocialisation et de la déresponsabilisation, mais semble plutôt démontrer un effort pour se rattacher au monde commun. Elle semble aussi par là être une façon de combattre le stigma associé à la santé mentale et à l'itinérance. Plus qu'une manière de contrer le stigma, le discours des personnes apparaît aussi comme complémentaire aux autres formes de savoir, clinique et théorique. Il impose de prendre en compte la personne dans sa totalité, et non, comme un être segmenté en fonction des disciplines d'étude et des champs d'intervention. Il joue le rôle d'un garde-fou contre la réduction des personnes à leur « maladie » ou à leur « situation sociale ».

Conclusion : L'inquiétante normalité des « itinérants malades mentaux ».

Le processus accompli depuis le début de ce mémoire nous a mené bien loin de notre image de départ, celle de la personne en lambeaux qui crie dans les rues de Montréal. C'est non sans émerveillement que les récits de vie des participants nous ont permis de découvrir des personnes à part entière derrière les lieux communs projetés sur elles. Les personnes sans domicile aux prises avec des problèmes de santé mentale n'apparaissent plus uniquement sous l'angle de leurs crises, de leur incurie et de leur détresse. Elles se révèlent dans leur histoire complexe relatée avec une réflexivité qui détone avec nos préjugés les plus ancrés. Un intervieweur avait ainsi noté sa surprise de trouver une telle lucidité chez une personne diagnostiquée « schizophrène » : « C'est la première personne schizophrène que je rencontre qui est aussi fonctionnelle et bien avec sa médication et capable de parler avec détachement de ses psychoses et de ses expériences en santé mentale. » La surprise provient aussi de l'apparence des participants en rupture avec l'image de l'itinérant en haillons. « Une belle dame avec une longue chevelure grise portée en tresse », note l'intervieweur surpris par l'apparence de la participante.

Le fait d'avoir connu la rue et d'avoir été hospitalisé et suivi en psychiatrie n'est qu'un simple élément d'une vie complexe où s'entremêlent plusieurs dimensions. Les personnes souffrent d'ailleurs d'être réduites à leur itinérance ou à leur santé mentale. Ces dernières disent parfois éprouver ce type de jugement de la part des personnes qui sont censées les aider et les comprendre, les intervenants. Les explications qu'elles donnent de leurs problèmes de santé mentale illustrent bien leur souci de sortir de ce cadre réducteur et d'inscrire leurs « problèmes » dans le cadre plus large de leurs histoires. Une dépression, c'est n'est pas seulement un trouble psychiatrique, c'est le deuil d'un parent, la rupture amoureuse qui l'a suivie et ainsi de suite. C'est une succession d'évènements qui prend son sens

dans la narration de la personne qui se raconte. Un constat fort de cette recherche est sans aucun doute celui concernant le lien entre épisodes de problèmes de santé mentale et la perte d'éléments associés à la « vie normale ». Loin de manifester des craintes délirantes, la souffrance psychique des participants concerne surtout le maintien de ce qui leur donne un sentiment de normalité et de lien avec le reste du monde.

Perçues comme étrangères et éloignées de « nous », les soi-disant personnes « normales », nous sommes les premières renversées par tout ce qu'elles partagent avec nous, à commencer par leur aspiration à la « normalité ». Il est important de rappeler que le cas des personnes à l'étude dans ce mémoire révèle l'existence d'un ordre normatif auquel l'ensemble de la société semble assujetti : celui d'avoir pour pouvoir exister et connaître des rapports de réciprocité. En parlant de ces « personnes », c'est aussi de nous qu'il est question, de nos normes implicites ou explicites, de ce qui est valorisé et de ce qui est dénigré dans notre monde social.

La réflexion amorcée ici gagnerait grandement à être poursuivie en s'inspirant d'auteurs sociologiques qui ont déjà traité de cette question. Des auteurs comme Rahnema (1991) semblent avoir bien compris un phénomène qui se laisse deviner dans ce mémoire, celui de l'inflation des besoins chez une portion croissante de la population au moment même où les anciens besoins ne parviennent pas à être totalement comblés pour une portion croissante de cette même population.

La machine économique génératrice de « ressources », dont la raison d'être est la production de « ressources » de plus en plus rares, les expose, par ailleurs, à des séries plus grandes et plus diversifiées de besoins créés et créateurs de dépendance, tout en réduisant leur pouvoir de satisfaire ces besoins. (Rahnema, 1991 :22)

Le phénomène s'apparente aussi à ceux de Boltanski sur le capitalisme connexionniste. L'auteur explique que l'enjeu des sociétés actuelles est de rester connectées dans un contexte de mobilité et changement constant. « Dans un

monde en réseau, chacun vit ainsi dans l'angoisse permanente d'être déconnecté, laissé pour compte, abandonné sur place par ceux qui se déplacent » (Boltanski et al., 1999 :449). Il faut par conséquent être capable de suivre la tendance, il faut aussi rester mobile, s'adapter, sous peine d'être laissé sur place. Or, ce ne sont pas tous les individus qui se trouvent dans des situations leur permettant de suivre la danse des changements technologiques et des mutations du marché du travail. Le phénomène engendre, par conséquent, un fort sentiment d'insécurité sociale, tel que décrit par Furtos, un sentiment allant du bon stress à la crainte la plus invalidante. Pour les personnes qui perdent pied, il devient de plus en plus problématique de se raccrocher, et cela, malgré, leur volonté de le faire. C'est ce type de phénomène que Bastide (1965) voyait déjà se profiler dans la société industrielle des années 1960 où « la qualité qui est demandée de plus en plus au patron comme à l'ouvrier, c'est la possibilité de s'adapter au changement, la « plasticité » (Bastide, 1965 :176).

L'importance de posséder les attributs de la vie normale ne semble pas être contestée par les participants. Au contraire, comme tout le monde, ils aspirent à la vie normale et aux objets qui la caractérisent. Leur souffrance semble provenir de leur incapacité d'accéder à cette « vie normale » en raison de diverses circonstances de vie. Leur souffrance leur provient de l'ostracisme porté à l'endroit de ceux qui ne peuvent plus participer à cette société. Ces derniers se trouvent dans une situation qui rend difficile le création de liens de réciprocité. Les participants font d'ailleurs état de leur tendance à s'isoler. Plus souvent à notre insu, la participation à la société passe généralement par la consommation, vecteur d'intégration sociale et de normalité. Il est reconnu depuis longtemps que les objets n'ont pas qu'une fonction utilitaire mais qu'ils ont aussi une fonction symbolique. Ils sont des signes d'intégration sociale et de statut social. Le dénuement presque complet des personnes à la rue ne doit donc pas être uniquement considéré sous l'angle matériel, mais aussi sous l'angle symbolique et

identitaire. « Ne rien avoir » tend à être considéré par les personnes interviewées comme « ne plus être personne ».

Le constat que les personnes partagent pour la plupart les grandes aspirations que la société générale, celle de la vie dite « normale », semble faciliter l'identification avec celles-ci. Or, cette identification avec les personnes peut générer un malaise profond, voire une certaine insécurité liée au fait qu'ils puissent « nous arriver la même chose ». Les personnes en situation d'itinérance et les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale constituent pour ainsi dire des « figures de l'échec » ou encore des « contre-figures de la socialité ordinaire » (Otero, 2012). Elles font trop souvent figure de repoussoir ou encore de modèle négatif pour la « majorité normale » (Otero, 2012). Elles représentent en quelque sorte ce que personne ne veut devenir. Elles peuvent même constituer même un étalon de comparaison pour se rassurer de sa position sociale et de sa santé mentale. Plus loin encore, leur exemple peut réalimenter en nous l'insécurité sociale, celle qui nous fait accepter un travail exigeant et plus ou moins satisfaisant, celle qui nous fait presser le pas pour prendre le prochain métro, celle qui nous empêche de nous arrêter pour penser de peur de perdre le pas dans cette société toujours plus rapide, bref de s'adapter aux normes sociales existantes. Et comme le souligne Furtos (2007), cette insécurité est grandissante et ce sont de plus en plus de personnes qui sont à risque de glisser lentement dans un processus d'exclusion, dont l'itinérance constitue la phase ultime. Ce type de réflexion laisse entendre que nous pourrions être comme elles, comme ces « personnes » interviewées dans ce mémoire, ce qui peut nous déstabiliser.

Dans un contexte marqué par l'« accélération du temps » (Aubert et Roux-Dufort, 2003), nous avons très peu de temps pour nous attarder aux personnes en situation d'itinérance entrevues sur le chemin du travail. Ce mémoire est presque un luxe. Il est avant tout le fruit d'un temps arraché à cette course pour entendre ces personnes et leurs histoires. Il s'agit d'un apport de la recherche qui a tout le loisir

de se lancer dans de telles analyses que les cliniciens submergés par leur tâche immédiate.

Que retenir de cette démarche? Quoi en tirer? Le lecteur sera en mesure lui-même en tirer profit selon son expérience et son rôle par rapport à la question traitée dans ce mémoire. Une idée-force doit cependant être rappelée en concluant ce mémoire sur les causes des problèmes de santé mentale selon les participants au projet *Chez soi*. Alors qu'on aurait pu s'attendre à des explications farfelues, délirantes, ou au simple déni de leurs problèmes, les participants ont produit des récits frappants de lucidité et de réflexivité. Ils ont témoigné de leurs vies, des facteurs ayant affecté leur santé mentale et de leurs aspirations. L'idée-force est que leurs témoignages prouvent qu'ils sont des interlocuteurs valides, des personnes à part entière ; que leur problème de santé mentale ou leur itinérance ne résume pas leur existence. Au contraire, ils démontrent que ces « problèmes » sont des éléments s'inscrivant dans une existence complexe où la dimension relationnelle est des plus importantes. Et qu'enfin, leurs problèmes sont aussi nos problèmes en tant que société.

Au moment où la participation des usagers en santé mentale devient de plus en plus valorisée, ce mémoire valide la pertinence d'obtenir la version de ces personnes. Ce mémoire est une pierre dans l'édifice de la reconnaissance du savoir d'expérience des personnes. Il importe d'abandonner le confort de nos idées reçues afin de percevoir les personnes derrière les étiquettes et cela, au risque de s'identifier à elles et de devoir composer avec l'insécurité sociale que cette identification peut générer en nous.

Bibliographie

- Angermeyer M.C., Klusmann, D. (1988). "The causes of functional psychoses as seen by patients and their relatives. I. The patients' point of view." For *Arch Psychiatry Neurol Sci* 238: 47 - 54
- Aubert, N. et Roux-Dufort, C. (2003). *Le culte de l'urgence : la société malade du temps*, Flammarion, Paris
- Bastide, R. (1965). *Sociologie des maladies mentales*, Flammarion, Paris.
- Bastide, R. (1950). *Sociologie et Psychanalyse*, Paris, P.U.F.
- Bardin, L. (1977), *L'analyse de contenu*, PUF, 1977.
- Barrett, R. (1999). *La traite des fous, la construction sociale de la schizophrénie*, Les empêcheurs de tourner en rond, Paris.
- Berger, P.L. (1973[1963]), « La sociologie, forme particulière de conscience », in *Comprendre la sociologie* (traduit de *Invitation to sociology*, 1963), Paris : Ed. du Centurion, 1973, pp. 44-80.
- Bibeau, G., Sabatier, C., Corin, E., Tousignant, M. et Saucier, J.-F. (1989). « La recherche sociale anglo-saxonne en santé mentale : tendances, limites et impasses », *Santé mentale au Québec*, vol. 14, n° 1, 1989, p. 103-120.
- Billiard, I. (2001) « Santé mentale et travail; l'émergence de la psychopathologie du travail. » *Cliniques méditerranéennes*, 66-2002, pp. 11-29
- Blais, L. (2006). « Savoir expert, savoirs ordinaires : qui dit vrai ? Vérité et pouvoir chez Foucault », *Sociologie et sociétés*, Volume 38, numéro 2, automne 2006, p. 151-163
- Blanc, C.-J. (2005). "Histoire des théories et des pratiques thérapeutiques dans la psychiatrie contemporaine (1950-2004). Progression des connaissances et exigence d'interdisciplinarité . » *Annales Médico Psychologiques*, 163, pp.230-239
- Boltanski, C. et Chiapello, E. (2011[1999]). *Le nouvel esprit du capitalisme*, Gallimard, Paris
- Bonin, J.P., Fournier, L., Blais, Blais, R. Perreault, M. (2005) « Utilisation des services par les personnes fréquentant les ressources pour personnes itinérantes de

- Montréal et de Québec, et atteintes de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie » *Drogues, santé et société*, vol. 4, n° 2, 2005, p. 211-248.
- Bonnafé, L., Ey, H., Follin, S., Lacan, J., Rouart, J. (1946). *Le problème de la psychogenèse des névroses et des psychoses*, Paris, Éd. Desclée De Brouwer
- Boudreau, F. (2003), *De l'asile à la santé mentale*, Montréal, Éditions Saint-Martin.
- Bourdieu, P. (1993). *La misère du monde*, Édition du seuil, Paris.
- Bourdieu, P. (1991), « Introduction à la socioanalyse », *Actes de la recherche en sciences sociales*, no 90, pp. 3-19
- Bourdieu, P. (1987). "Espace social et pouvoir symbolique" dans *Choses dites*, Paris, Éd. De minuit, pp. 147- 166
- Bourdieu, P. (1975). « La spécificité du champ scientifique et les conditions sociales du progrès de la raison », *Sociologie et sociétés*, vol.7, no 1, pp. 91-118.
- Bourdieu, P. (1972). *Esquisse d'une théorie de la pratique*, Paris, Droz, 1972.
- Bourque, G. et Duchastel, J. (1988), *Restons traditionnels et progressifs. Pour une nouvelle analyse du discours politique. Le cas du régime Duplessis au Québec*, Montréal, Boréal, 1988, 399 p.
- Bottéro, A. (1998) « Histoire de la psychiatrie : la pratique de la lobotomie », *Neuropsychiatrie : Tendances et Débats*, 1998 ; 1 : 9-14.
- Borgeat, F., Stravynski, A. (1985). "Les implications des modèles explicatifs biologiques sur les pratiques cliniques en psychiatrie », *Santé mentale au Québec*, vol.10, no 1, 1985, p. 75-80.
- Caron et al. (2007). « La création d'une nouvelle génération d'études épidémiologique en santé mentale », *Santé mental au Québec*, Vol. 32, no 2, 2007.
- Castel, R. (1986). « Nouveaux concepts en santé mentale », *Social Science and Medicine*, 22, 1986.
- Cellard, A. (1992). « Percevoir la folie : le cas du Québec, 1600-1850 », *Déviance et société*, vol.16, no. 4, pp. 369-374
- Cellard, A. (1991). *Histoire de la folie au Québec de 1600 à 1850*, Éditions Boréal, Montréal.

- Chambers, R. (1995). «Poverty and livelihoods: whose reality counts?», *Environment and Urbanization*, Vol. 7, No. 1, April 1995
- Charcot, J.-M. (1897). *La foi qui guérit*, Édition Felix Alcan, Paris.
- Clément, M. (2009) « Au cœur du face à face démocratique. La participation de l'utilisateur des services en santé mentale, l'espace public et la proximité ». *Les proximités dans l'univers du soin et de l'accompagnement*. Michèle Clément, Lucie Gélinau et Anaïs-Monica McKay (sous la direction de). Montréal : Presses de l'Université du Québec, PP. 115-137
- Clot, Y. (2006). « Clinique du travail et clinique de l'activité », *Nouvelles revues de psychosociologie*, no.1, pp.165-177
- Clough, P.T. (1993). « On the brink of deconstructing sociology: a critical reading of Dorothy Smith's standpoint epistemology ». *Sociological quarterly*, vol.34, 169-182
- Cohen, D. (1996). « Les "nouveaux" médicaments de l'esprit, marche avant vers le passé? », *Sociologie et sociétés*, vol. 28, n° 2, 1996, p. 17-33
- Commission de la santé mentale du Canada (2009), *Projet Chez soi de Montréal : version révisée*, 1 septembre 2009, 57 pages.
- Corin, E. (2009). «L'échappée de l'expérience dans la psychose», *Sociologie et sociétés*, vol.41, no 1, p.99-124
- Corin, E.E., Bibeau, G., Martin, J.-C., Laplante, R. (1990), *Comprendre pour soigner autrement*, Les Presses de l'Université de Montréal, Montréal.
- Crowe, M., (2000). « Constructing Normality : a Discours Analysis of the DSM-IV », *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol.7, p. 69-77 cité par Dorvil, H. (2007), « Les inégalités sociales en santé. Le cas spécifique de la santé mentale », dans Dorvil, H. (dir.) *Problèmes sociaux. Tome 3 : Théories et méthodologie de la recherche*, Québec, PUQ, pp.169-202
- Damon, J. (2002), *La question SDF*, Éditions PUF, Paris.
- Declerck, P. (2001) *Les naufragés, avec les clochards de paris*, Éd. PLON, Paris.
- De Gaulejac, V. (1989) «Honte et pauvreté». Dans Frédéric Millaud (dir.) *Pauvreté et santé mentale. À propos des patients agressifs* (vol.14,no2):128-137.

- Demilly L., (2005). « La psychologisation des problèmes sociaux comme question sociologique », Colloque *Y a-t-il une psychologisation de l'action sociale ?*, AISLF/GRACC, 14-15 octobre, France.
- Dohrenwend, B.P. (1990). "Socioeconomic status (SES) and psychiatric disorders", *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 25, 41-47.
- Dorvil, H. (2007), « Les inégalités sociales en santé. Le cas spécifique de la santé mentale », dans Dorvil, H. (dir.) *Problèmes sociaux. Tome 3 : Théories et méthodologie de la recherche*, Québec, PUQ, pp.169-202
- Dubreucq, J.-L. (2008), « Santé mentale des sans-abri : faut-il intervenir davantage ? », *Psychiatrie et violence*, numéro 1. Consulté le 15 avril 2013, URL : <http://www.erudit.org/revue/pv/2008/v8/n1/018663ar.html>
- Dumont, F. (1993). *Genèse de la société québécoise*, Éditions du Boréal, Montréal.
- Durkheim, Émile (1898), « Représentations individuelles et représentations collectives », *Revue de métaphysique et de morale*, 6, p. 273-302.
- Ehrenberg, A. (2004). « Souffrance psychique – santé mentale : une nouvelle idéologie? », *Esprit*, mai 2004
- Ehrenberg, A. et Lovell, A.M. (2001) "Pourquoi avons-nous besoin d'une réflexion sur la psychiatrie", dans Ehrenberg, A. et Lovell, A. M. (2001). *La maladie mentale en mutation. Psychiatrie et société*. Paris, Éditions, Odile Jacob.
- Ehrenberg, A. (1995). *L'individu incertain*, Calmann-Lévy (col. Hachette Pluriel), Paris.
- Engel, G.L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine, *Science*, New Series, vol.196, No. 4286 (Apr.8, 1977), pp. 129-136.
- Érasme (1964[1508]). *Éloge de la folie*, Garnier Frères, Paris.
- Faris, R.E.I. et H.W. Dunham (1939). *Mental Disorders in Urban Areas*, Chicago, University of Chicago Press,
- Folson D., Hawthorne W., Lindamer L., ET AL., 2005. « Prevalence and Risk Factors for Homelessness and Utilization of Mental Health Services Among 10,340 Patients With Serious Mental Illness in a Large Public Mental Health System », *American Journal of Psychiatry*, 162: 370-376
- Foucault, M., (1972[1961]). *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, Paris.

- Fournier, L. et autres (1998). *Dénombrement de la clientèle itinérante dans les centres d'hébergement, les soupes populaires et les centres de jour des villes de Montréal et de Québec*, 1996-97 Montréal : Santé Québec.
- Fournier, L., 1998-1999. *Enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes des régions de Montréal-centre et de Québec*. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, vol. 1 : 2001 et vol.2 : 2003
<http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/itinerant-v1.htm>,
<http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/itinerant-v2.htm>
- Freud, S. (2002[1914]). « Pour introduire le narcissisme », in *La Vie sexuelle*, PUF, 1969 (réédition 2002, collection « Bibliothèque de psychanalyse »).
- Freud, S. (2000[1895]). *Études sur l'hystérie*, Presses Universitaires de France, Paris.
- Furtos, J. (2007). « Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale », *Mental'idées*, no 11, L.B.F.S.M.
- Furtos J. (2005), « Introduction. Souffrir sans disparaître », in : *La santé mentale en actes*, opus cité, p. 24s.
- Furtos Jean, (1999) « Contexte de précarité et souffrance psychique : quelques particularités de la clinique psychosociale », *Soins Psychiatrie*, n.204, septembre octobre 1999, p. 11 à 15.
- Furtos J. et Laval C.(1998) « L'individu postmoderne et sa souffrance dans un contexte de précarité- Introduction à une clinique de la disparition » in *Confrontations Psychiatriques* n.39.
- Gauthier, G. et Gosselin, A. (1995). « Les arguments de causalité et de conséquence dans les débats politiques télévisés : le cas canadien », *Revue française de science politique*, Année 1997, Volume 47, Numéro 6, p. 741 – 761.
- Georget, É. J. (1821) *De la physiologie du système nerveux et spécialement du cerveau*, 2 vols, J. B. Ballière, Paris.
- Girard V, Driffin K, Musso S, Naudin J, Rowe M, Davidson L, Lovell AM. (2006) « La relation thérapeutique sans le savoir. Approche anthropologique de la rencontre entre travailleurs pairs et personnes sans chez-soi ayant une cooccurrence psychiatrique. » *Evol. Psychiatr.* ; 71.
- Goffman, E. (1973). *La mise en scène de la vie quotidienne*, Éditions de Minuit, Paris.
- Goffman, E. (1968). *Asiles. Étude sur la condition des malades mentaux*, Éditions de Minuit, Paris.

- Gouvernement du Québec (2009), *Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013*, Québec.
- Granger, G.-G. (1978). " Logique et pragmatique de la causalité dans les sciences de l'homme ", dans *Systèmes symboliques, science et philosophie*, Paris, Editions du CNRS, 1978.
- Grasser, J., Stigler, M., (2001). « Diagnostic et clinique psychiatrique au temps du DSM », dans dans Ehrenberg, A. et Lovell, A. M. (2001). *La maladie mentale en mutation. Psychiatrie et société*. Paris, Éditions, Odile Jacob. p.234
- Guasch, G. (2007). *Wilhelm Reich, Biographie d'une passion*, Paris, Sully.
- Guesdon I., Roelandt J.-L. « Enquête lilloise sur la santé mentale des personnessans domicile fixe », *L'information psychiatrique*, no. 4, avril 1998, p. 343-357.
- Halbwachs, M. (2002 [1930]). *Les causes du suicide*, Presses Universitaires de France, Paris.
- Hirschman, A. (1970). *Exit, Voice and Loyalty*, MA: Havard University Press, Cambridge.
- Holmes, T.H., et Rahe, R.H. (1967), « The Social Reajustment Rating Scale », *Journal of Psychosomatic Research*, no.11, pp. 213-218, Pergamon Press Inc, 1967
- Houle, G. (1987). « Le sens commun comme forme de connaissance : de l'analyse clinique en sociologie », *Sociologie et sociétés*, vol. 19, n° 2, 1987, p. 77-86.
- Houle, G. (1979). « L'idéologie comme mode de connaissance », Gilles Houle, "Note de recherche. L'idéologie: un mode de connaissance". *Sociologie et sociétés*, vol. XI, no 1, avril 1979, pp. 123-145. Montréal: PUM.
- Iakimova, G., Passerieux, C., Hardy-Baylem, C. (2006). « La compréhension des métaphores dans la schizophrénie et la dépression. Une approche expérimentale », *L'Encéphale*, Volume 32, Issue 6, Part 1, December 2006, Pages 995-1002
- Jaspers, K. (2000 [1913]). *Psychopathologie générale*, Tchou, Paris.
- Kirby, M.J.L., Keon, W.J. (2006). « De l'ombre à la lumière. La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada. », *Rapport final du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie*, mai 2006
- Kirk, S. et Kutchins, H. (1998). *Aimez-vous le DSM ? Le triomphe de la psychiatrie américaine*, Paris, Synthélabo.

- Kleinman, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture*, University of California Press, Berkeley.
- Knowles, C. (2000). *Bedlam on the Street*, London & New York, Routledge.
- Kohl, F.-S. (2006). *Les représentations sociales de la schizophrénie*, Masson, Paris.
- Kohl, F.-S. (2005a). *La force d'être et le tourbillon schizophrénique : Représentation étiologique, métaphore et constitution de soi*, Paris, Masson, 260 pages
- Kohl, F.-S. (2005b) Kohl FS, Pringuey D. *Représentations étiologiques et problématique identitaire dans la schizophrénie : tentatives de sortie du tourbillon psychotique*. *Evol psychiatr* 2005 ; 70.
- Kovess, V. (2001). " Chapitre 4: Revue des littératures étrangère et française" *Précarité et santé mentale*, Paris : Doin, 103 pages, pp. 41-65, p.21
- Kovess V., Mangin-Lazarus C. (2000). « Troubles psychiatriques et utilisation des soins chez les sans-abri à Paris », *Alcoologie et addictologie*,no22 (2), 2000, p. 121-129.
- Labov, W. & Fanshel, D. (1977) *Therapeutic Discourse : Psychotherapy as Conversation*. Orlando, FL : Academic Press.
- Laé, J.-F. (1996), *L'instance de la plainte. Une histoire politique et juridique de la souffrance*, Paris, Descartes et Cie.
- Laé, J.-F., et Numa, M. (1995), *Les récits du malheur*, Paris, Descartes et Cie.
- Lalonde, P., Grunberg, F. (1988). *Psychiatrie clinique, approche bio-psycho-sociale*, Montréal, G.Morin.
- Lanzarini, C. (1996). « Un exercice de santé mentale ou les pratiques de survie identitaire : pauvreté extrême et onirisme social », *Prévenir*, no 31, vol.2, 1996, pp. 77-72
- Lantéri-Laura, G. (2004). "Principales théories dans la psychiatrie contemporaine", *EMC-Psychiatrie* ,1, 2004, pp-128-149, p.130
- Lantéri-Laura, G. (1991). *Psychiatrie et connaissance*, Sciences en situation, Paris.
- Leighton, A.H. (1994). « Social sciences and psychiatric epidemiology, a difficult relationship », *Acta Psychiatrica Scandinavica* (ACTA PSYCHIATRICASCANDINAVICA): 90: 7-12

- Le Guillant, L. (2006) *Le drame humain du travail, Essais de psychopathologie du travail*, Paris, Éditions Érès, 263 pages
- Le Guillant, L. (2006[1963]) « Incidences psychopathologiques de la condition de « bonne à tout faire » », dans Le Guillant, L. (2006) *Le drame humain du travail, Essais de psychopathologie du travail*, Paris, Éditions Érès, pp.37-90
- Le Guillant, L. (2006 [1957]) « Quelques remarques méthodologiques à propos de la névrose des téléphonistes », dans Le Guillant, L. (2006) *Le drame humain du travail, Essais de psychopathologie du travail*, Paris, Éditions Érès, pp.91-129
- Le Guillant, L. (2006 [1956]) « La névrose des téléphonistes », dans Le Guillant, L. (2006) *Le drame humain du travail, Essais de psychopathologie du travail*, Paris, Éditions Érès, pp.91-129pp.131-148
- Létourneau, J. « Critique de la raison technocratique : définir une avenue à la jeune recherche québécoise », cité par Lesemann, F., (1994), « La pauvreté : aspects sociaux », Chapitre 33, dans *Traité des problèmes sociaux* ouvrage sous la direction de Fernand Dumont, Simon Langlois et Yves Martin, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, 1164 pages. p. 594
- Lovell, A. (2004). « Santé mentale et société », *Problèmes politiques et sociaux*, 29.
- Lovell, A.M. (1997). "The City Is My Mother: Narratives of Schizophrenia and Homelessness", *American Anthropologist* 99 (2), pp. 355-368
- Lovell, A. (1993) « Évaluation des interventions et estimations des besoins en santé mentale : tendance actuelles », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, No 41, pp. 274-291
- Maisondieu, J. (2000). « Un choix politique d'actualité en finir avec l'exclusion ou réhabiliter la folie? », *Pratiques en santé mentale*, Vol (1)
- Mandressi, R. (2006). « Les médecins et le diable », *Chrétiens et sociétés* [En ligne] , 13 | 2006 , mis en ligne le 15 septembre 2009, Consulté le 21 février 2011. URL : <http://chretiensocietes.revues.org/index2111.html>
- Massé, R. (2001).« Pour une ethno-épidémiologie critique de la détresse psychologique à la Martinique », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 19, no 1, mars 2001, pp. 45-74. Les Éditions John Libbey Eurotext.
- Massé, R. (1999). « Les conditions d'une anthropologie sémiotique de la détresse », *Recherche sémiotique/ Semiotic Inquiry (RSSI)*, vol19, no 1, 1999, pp.39-62. Montréal : Association canadienne de sémiotique/ Canadian Semiotic Association.

- Massé, R., Poulin, C. et Battaglini, A. (1998). *Élaboration d'un outil de mesure de la santé mentale. Tome 1- Étude ethnosémantique*. Rapport de recherche. Montréal : Direction de la santé publique. t.1
- Massé, R. (1995) «Les apports de l'anthropologie à l'épidémiologie : le cas du rôle étiologique de l'isolement social.» *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 2. no 1, 1995, pp. 102-117.
- Mauss, M. (1985 [1924]), «Rapports réels et pratiques de la psychologie et de la sociologie», extrait du *Journal de psychologie normale et pathologique*, communication présentée le 10 janvier 1924 à la Société de Psychologie, in Mauss, 1985.
- McAll, C. Lupien, P.-L., Fleury, A, Ménard, M.-A., (2012). *Chez soi: Projet de recherché et de démonstration sur la santé mentale et l'itinérance : Montreal: Premier rapport sur les recits de vie*. CREMIS, Montréal
- McAll, Christopher, Jiad Awad, Jean-Yves Desgagnés, Jean Gagné, Baptiste Godrie, Nancy Keays, Marie-Carmen Plante, Nadia Stoetzel avec la collaboration de Luc Gaudet (2011), *Au-delà des étiquettes, trajectoires de vie, pauvreté et santé*, Montréal, CREMIS.
- McAll, C. (2009). « L'individu et sa liberté », *Sociologie et sociétés*, vol. 41, n° 1, 2009, p. 177-194
- McAll, C. (2008), « L'inégalité sociale comme rapport d'appropriation », dans De Koninck, Maria et al., *Les inégalités sociales de santé au Québec*, Montréal, Les presses de l'Université de Montréal, p. 87-109
- McAll, C. (2008), « Trajectoires de vie, rapports sociaux et production de la pauvreté », dans Roy, S. et Chatel, V., *Penser la vulnérabilité*, Québec, Les Presse de l'Université du Québec.
- Memmi, A. (2002[1957]). *Le portrait du colonisé*, Éditions Gallimard, Paris.
- Molino, J. (1985a). « Pour une histoire de l'interprétation: les étapes de l'herméneutique », *Philosophiques*, vol.12, no2, p. 281-314.
- Molino, J. (1985b). « Pour une histoire de l'interprétation: les étapes de l'herméneutique », *Philosophiques*, vol.12, no1, p. 73-103
- Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public*, Paris: Presses Universitaires de France, 506 pages

- Molinier, P. (2005). « De la condition de bonne à tout faire au début du XXe siècle à la relation de service dans le monde contemporain : analyse clinique et psychopathologique », *Travailler* 2005/1, N° 13, p. 7-33.
- Mucchielli, L. et Renneville, M. (1998). *Les causes du suicide : pathologie individuelle ou sociale ? Durkheim, Halbwachs et les psychiatres de leur temps (1830-1930)*, *Déviance et société*, 1998, no 1, pp. 3-36.
- Mohr, S., Perroud, N., Gillieron G., Brandt, P-Y, Rieben I, Borrás, L., Huguelet, P. (2011) “Spirituality and religiousness as predictive factors of outcome in schizophrenia and schizo-affective disorders”, *Psychiatry Research*, 186(2011), 177-182.
- Otero, M. (2010). « Le fou social et le fou mental : amalgames théoriques, synthèses empiriques et rencontres institutionnelles », *SociologieS* [En ligne], *Théories et recherches*, mis en ligne le 29 septembre 2010. URL : <http://sociologies.revues.org/index3268.html>
- Otero, M. (2005), « Santé mentale, adaptation sociale et individualité », *Cahiers de recherche sociologique*, No 41-42, automne 2005, pp. 65-89
- Otero, M. (2003). *Les règles de l'individualité contemporaine: Santé mentale et société*, Presses de l'Université Laval, Québec.
- Otero, M. (2000), « Les stratégies d'intervention psychothérapeutique et psychosociale au Québec. La régulation des conduites », dans *Sociologie et sociétés*, Vol. 32, no 1, pp. 213-228
- Palmier, J-M (1969). *Wilhelm Reich*, Éd. 10/18, Paris.
- Pearlin, L.I.(1989). “The Sociological Study of Stress”, *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 30, No.3 (Sept, 1989), pp, 241-256
- Pearlin, L.I., Schieman, S., Fazio, E.M., Meersman, S.C., (2005) “Stress, Health, and the Life Course: Some Conceptual Perspectives”, *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 46, No. 2 (Jun., 2005), pp. 205-219 Published by: American Sociological Association Stable URL: <http://www.jstor.org/stable/4150398>
- Pirès, A. (1989). « L'analyse causale et récits de vie ». *Anthropologie et Sociétés* (vol.13, no3):37-57.
- Poirier, Mario. (2007) « Santé mentale et itinérance : analyse d'une controverse », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 19, no 2, 2007, p. 76-91

- Poirier, M. (2006). « Quelques défis de la relation d'aide avec l'itinérant », *L'intervenant*, vol. 22, n° 3, 66-69.
- Postel, J. et Quételet, P. (1994 [1983]). *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Dunod, Paris.
- Quételet, C. et Morel, P. (1985). *Médecines de la folie*, Hachette, Paris.
- Rahnema, M. (1991). « La pauvreté globale: une invention qui s'en prend aux pauvres. » *Interculture*, Vol XXIV, no 2, print. 1991, p.9
- Reich (1997[1927]), *La fonction de l'orgasme*, Éditions de L'arche, Paris.
- Reich, W. (1933). « Introduction à la première édition », *L'analyse caractérielle*, Paris, Payot
- Rhéaume, J. et Sévigny, R. (1988). *Sociologie implicite des intervenants alternatifs en santé mentale*, 2 vol., Éditions Saint-Martin, Montréal.
- Rhenter, P. (2006). « Les figures du social dans la culture professionnelle psychiatrique », *Lien social et Politiques*, no.55, 2006, pp. 89-98
- Ricoeur, P. (2004). *Parcours de la reconnaissance*, Paris, Stock.
- Ricoeur, P. (1966) « Démystification de l'accusation », in *Démystification et morale*, Montaigne, Paris.
- Ricoeur, P. (1965). *De l'interprétation*, Édition Seuil, Paris.
- Robichaud, J.-B., L. Guay, C. Colin, M. Pothier et J.-F. Saucier (1992). *Les liens entre la pauvreté et la santé mentale – De l'exclusion à l'équité*, Boucherville, Gaetan Morin et CSMQ, 247 p.
- Rodriguez del Barrio, L. et Poirel, M.-L. (2007). « Émergence d'espaces de parole et d'action autour de l'utilisation de psychotropes : la Gestion autonome des médicaments de l'âme », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 19, n° 2, 2007, p. 111-127.
- Roe, D. et Ben-Yishai, A. (1999). « Exploring the relationship between the person and the disorder among individuals hospitalized for psychosis » [Narratological analysis of patient narratives]. (with David Roe) *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes* 62(4) Winter 1999.
- Roy, S. (1995). « L'itinérance : forme exemplaire d'exclusion sociale? », *Lien social et Politiques*, no 34, p. 73-80

- Saint-Amand, N. (2006). « La spiritualité : au coeur ou en marge de l'intervention sociale? » *Reflète : revue d'intervention sociale et communautaire*, vol. 12, n° 1, 2006, p. 20-47.
- Searles, H. (1965). *L'effort pour rendre l'autre fou*. Paris: Editions Gallimard, Série Connaissance de l'inconscient.
- Sévigny, R. (2009). « Sociologie clinique et schizophrénie en Chine post-maoïste : l'expérience de Lu Lu », *Sociologie et sociétés*, vol. 41, no 1, p. 125
- Sévigny, R. (1993), « Pratiques alternatives en santé mentale et gestion du social », *Sociologie et sociétés*, vol.25. no 1, printemps 1993, pp. 111-123
- Sévigny, R.(1977) « Intervention psychosociologique : réflexion critique », *Sociologie et sociétés*, vol. 9, no 2, octobre 1977, pp. 7-33
- Shorter, E. (2005). “ The history of the biopsychosocial approach in medicine: Before and after Engel”, in White P (ed): *Biopsychosocial Medicine: An Integrated Approach to Understanding Illness*. New York, NY: Oxford University Press Inc, pp. 1–19
- Sicot, F. (2006). « La maladie mentale : objet de la sociologie? », *Déviance et Société*, 2006/2, Volume 30, p. 203-232.
- Sicot, F. (2001). *Maladie mentale et pauvreté*, Paris, L'Harmattan, 222 pages
- Simard, M. (2000). « Entre l'asile et le refuge : repères d'un parcours », *Santé Mentale au Québec*, 25, 2 : 132-152
- Simard, M. (2000) « Entre l'asile et le refuge : repères d'un parcours », *Santé mentale au Québec*, vol. 25, no 2, pp.132-152
- Sinelnikoff, C.,(1970), *L'oeuvre de Wilhelm Reich*, François Maspero, Paris.
- Snow D. A., Baaker, S.,G., Anderson, L., (1986). The myth of pervasive mental illness among the homeless, *Social Problems*, no 33 (5), 1986, p. 407-423.
- Solal, P. (2004) « La notion de causalité en psychologie », *revue l'Enseignement philosophique*, juin 2004.
- Sterlin, C. et Dutheil,F. (2000). « La pratique en contexte interculturel », *Reflète : revue d'intervention sociale et communautaire*, vol. 6, n° 1, 2000, p. 141-153.
- Swain, G. (1997) *Le Sujet de la Folie. Naissance de la Psychiatrie*, Calmann-Lévy, Paris.

- Thibaudeau, M.-F., Fortier, J., Campeau, P., (1999). « Les personnes itinérantes et les services psychiatriques à Montréal », *Cahiers de recherche du CRI* (Collectif de Recherche sur l'Itinérance), juin 1999
- Thoret, Y. (2005). "Georges Lantéri-Laura. Des paradigmes à l'étiopathogénie en psychiatrie." *Evolution psychiatrique*, vol. 70, pp. 301-309
- Tietze, C. (1950), « Epidemiology of mental disorders », Milbank Memorial Fund, 1950 cité par Bastide, R. (1965), *Sociologie des maladies mentales*, Paris, Flammarion. p. 158
- Tousignant, M. (1995). « De l'étiologie sociale aux implications politiques ? », *Santé mentale au Québec*, vol. 20, n° 2, 1995, p. 7-14.
- Tousignant, M. (1992), *Les origines sociales et culturelles des troubles psychologiques*, Paris, PUF
- Truc, G. (2005), « Une désillusion narrative? De Bourdieu à Ricoeur en sociologie », *Revue Tracés*, no 8, printemps 2005, pp.47-67
- Robichaud, J.-B., L. Guay, C. Colin, M. Pothier et J.-F. Saucier (1992). *Les liens entre la pauvreté et la santé mentale – De l'exclusion à l'équité*, Boucherville, Gaetan Morin et CSMQ
- Vaillant, G.E.(2004). « Une dimension de la santé difficile à objectiver. Des approches empiriques multiples. » dans Lovell, A.M. (dir.) (2004). « Santé mentale et société », *Problèmes politiques et sociaux*, no.899, avril 2004, pp. 31-34
- Valenzuela-Perez, A., Rojas-Viger, C., Sterlin, C., 2003, « Le Pacte avec le diable : étiologie et métaphore de la violence », *L'Autre*, IV, 3, 395-409.
- Van Den Berghe, M. (2006) « Plus d'un siècle de thérapies biologiques en psychiatrie », *Bull. Soc. Sci. Méd.* p 75-N° 1/2006
- Velpry, L. (2008). « Chapitre VII : Déplacer le regard vers le patient et son parcours » dans *Le quotidien de la psychiatrie : sociologie de la maladie mentale*, Paris, Éditions Armand Colin, 330 pages
- Verhaegen, L. (1985). "Quelques éléments pour une analyse des nouvelles carrières psychiatriques", *Sociologie et sociétés*, vol.17, no 1, p.51-60
- Vexliard, A (1957). *Le clochard*. Étude de psychologie sociale, Paris, Desclée de Brouwer, 308 pages
- Voltaire (2010 [1784]). *Dictionnaire philosophique*. Flammarion, Paris.

Wright, J.D. et B.A. Rubin (1998). « Les sans-domiciles aux États-Unis. Leçons tirées de quinze années de recherche », *Sociétés contemporaines*, n° 30, 35-66.

Wright, J.W. (1988). "The Mentally Ill Homeless: What Is Myth and What Is Fact?", *Social Problems*, Vol.35, No. 2, (Apr., 1988), pp.182-191

Annexe 1 : Guide d'entretien

GUIDE D'ENTREVUE SUR LES HISTOIRES DE VIE

pour le début du projet «Chez-soi»

2 novembre, 2009

Introduction

[Compléter formulaire de consentement]

Cette entrevue est une opportunité pour vous de raconter vos expériences de vie à la rue et dans les refuges ainsi qu'avec le système de soins en santé mentale. Nous sommes intéressés à connaître votre vie avant et après votre arrivée à la rue ou dans les refuges. Certaines de ces questions ont déjà fait l'objet d'entrevues préalables. La présente entrevue vous donne l'opportunité de partager ces expériences avec nous et de parler de votre vie dans vos propres mots. Ceci nous aidera à mieux comprendre le fonctionnement du projet afin d'améliorer les vies des personnes qui ont été sans domicile.

Prenez tout le temps dont vous avez besoin. L'entrevue prend normalement une heure et demie à peu près, mais c'est comme vous voulez. Si vous le désirez, on pourra prendre une pause à un moment donné. Votre participation est bien sûr complètement volontaire. Vous pouvez décider de ne pas participer ou de ne pas continuer l'entrevue en tout temps, ou de ne pas répondre à certaines questions. Votre décision de participer ou non n'aura pas d'effet sur les services et le soutien que vous recevez. Certaines des questions pourraient vous sembler sensibles ou dérangeantes. Nous procéderons seulement si vous vous sentez confortable.

Nous sommes intéressés à vous entendre sur votre vie. Cependant s'il vous plaît garder à l'esprit qu'il s'agit d'une entrevue à des fins de recherche en non pas une entrevue clinique ou

thérapeutique. Si vous avez des préoccupations ou des questions concernant les ressources ou le soutien, nous serons en mesure de vous fournir de l'information après l'entrevue.

Nous assurons la confidentialité de vos propos. Votre nom ne sera relié de quelque façon que ce soit à vos réponses. Vous recevrez un résumé écrit des résultats à la fin du projet. Avez-vous des questions avant de commencer? Je vais allumer l'enregistreuse maintenant – est-ce que ça va toujours pour vous?

Première partie: Histoire de vie à la rue et dans les refuges

J'aimerais vous entendre sur vos expériences de logement. Je vais vous poser quelques questions à ce sujet.

Thème 1: Chemins menant à la perte du domicile (ou à des conditions de logement précaires)

a. La vie avant la perte du domicile

Parlez-moi, si vous voulez bien, de votre vie avant d'arriver à la rue ou dans les refuges. Comment était votre vie à ce moment-là?

Parlez-moi de la première maison ou appartement dont vous vous souvenez.

(approfondir: ce qui a permis à la personne de rester dans ce logement)

b. Ce qui a contribué à la perte du domicile

J'aimerais vous entendre sur la première fois que vous vous êtes retrouvés sans domicile

(approfondir : expériences qui ont contribué au fait de se retrouver à la rue ou dans un refuge [par exemple, relations sociales, pauvreté, santé, exclusion, exigences liées à la médication, consommation, hospitalisation, etc.]

c. Être sans domicile de manière récurrente

Avez-vous été sans domicile plus d'une fois? Si oui, en pensant à ces différentes expériences, parlez-moi des obstacles qui rendent difficile le fait de trouver et de garder un logement.

d. L'expérience la plus récente d'être sans domicile

Maintenant j'aimerais que vous me parliez de votre expérience la plus récente d'être sans domicile.

(approfondir : comment le logement le plus récent a été trouvé/perdu; expériences liées au fait de vivre à la rue ou dans un refuge; ce qui rend difficile le fait de trouver un logement)

Thème 2: La vie à la rue ou dans les refuges

Maintenant, parlez-moi de votre vie depuis votre arrivée à la rue ou dans les refuges

a. Une journée typique

D'abord, racontez-moi une journée typique. Par exemple, si la journée d'hier était typique, racontez-moi ce que vous avez fait pendant la journée.

(approfondir : où la personne a dormi, endroits visités, personnes rencontrées, la nature des rencontres; etc.)

b. Services, soutiens, organismes communautaires

J'aimerais que vous me parliez des services, soutiens, organismes communautaires que vous avez utilisés depuis que vous êtes à la rue ou dans les refuges

(approfondir: nature, types de services, soutiens, organismes communautaires les plus et les moins utiles (ex, services, famille, amis, église); engagement dans la communauté tout en vivant à la rue ou dans les refuges?).

c. Expériences de logement

Maintenant, j'aimerais que vous me parliez de vos expériences de logement (en lien avec des conditions précaires de logement).

(approfondir : endroits habités (qualité sécurité, soutien); rapports avec propriétaires, gestionnaires de logement, voisins; expériences de stigmatisation ou discrimination en lien avec les services et le logement; expériences positives)

d. La vision du logement dans l'avenir

Maintenant, parlez-moi de ce que vous aimeriez avoir comme conditions de logement dans l'avenir et de comment vous pourriez y arriver.

(approfondir : la signification pour la personne d'un «chez-soi»; situation de logement idéale (occupation individuelle ou partagée, rapports au propriétaire; endroit; sécurité); défis à relever pour y arriver.)

[Pour les participants à un des groupes expérimentaux en logement:

Qu'est-ce que vous pensez du projet d'intervention «Chez-soi» dans lequel vous êtes impliqué?

(approfondir: espoirs, craintes, défis)]

e. La vie à la rue ou dans les refuges

J'aimerais vous poser quelques questions générales sur votre vie à la rue et dans les refuges

Comment votre vie a-t-elle changé depuis votre arrivée à la rue ou dans les refuges?

(approfondir: sentiments au sujet de soi-même, ses rapports avec autrui, avec la famille, les amis; santé, engagement dans la communauté, pauvreté, stigmatisation, dépendances)

Qu'est-ce qui a été le plus dur depuis l'arrivée à la rue et dans les refuges?

(approfondir: sentiments, rapports avec famille, amis; travail, santé, engagement dans la communauté, stigmatisation, dépendances);

Qu'est-ce qui permet de garder le cap?

(approfondir: ce que la personne aime faire le plus)

Thème 3: Expériences en lien avec la santé mentale et les services qui y sont associés

Dans cette partie de l'entrevue, j'aimerais vous entendre davantage sur vos expériences en lien avec la santé mentale ainsi qu'avec le système de soins en santé mentale

a. Premières expériences

D'abord, parlez-moi de la première fois que vous aviez l'impression qu'il y avait quelque chose de différent, quelque chose qui n'allait pas comme il faut.

(approfondir: comment a été la vie à ce moment-là? sentiments à l'égard de soi-même, (rapports, famille, amis, santé physique, engagement dans la communauté, pauvreté stigmatisation, dépendances)

b. Expériences en lien avec le système de soins en santé mentale

Quelles ont été vos expériences d'aide en lien avec le système de soins en santé mentale? J'aimerais vous entendre sur vos rapports avec les professionnels et intervenants en santé mentale.

(approfondir: premières expériences; expériences avec les services de santé mentale et les intervenants depuis; expériences actuelles; est-ce que les besoins ont été satisfaits? Traitements injustes ou inadéquats?; changements ou améliorations proposés).

c. Rétablissement

Que voudrait dire «rétablissement» (ou «guérison») dans votre situation?

De quel genre de soutien auriez-vous besoin afin de vous rétablir ou de vous guérir?

Deuxième partie: Un des meilleurs et pires moments de votre vie ainsi qu'un point tournant

Dans cette dernière partie de l'entrevue, j'aimerais vous entendre sur certains des moments-clé de votre vie. Je vais vous demander de raconter ce que vous considérez être un des meilleurs et pires moments de votre vie, ainsi qu'un point tournant où les choses ont changé pour vous. Où aimeriez-vous commencer : avec un des meilleurs moments, un des pires, ou un point tournant?⁸

Note pour les intervieweurs: [Faire en sorte que toutes les questions suivantes soient abordées, particulièrement celles en lien avec l'impact et ce que dit l'expérience au sujet de la personne. Ne pas interrompre la description de l'événement. Plutôt demander des informations supplémentaires au besoin, après que le participant ait complété la description initiale de l'événement].

a. Meilleur moment

J'aimerais que vous me racontiez ce que vous pensez être une des meilleurs moments de votre vie. Par exemple, un moment de votre vie où vous avez vécu des sentiments très positifs, comme la joie, l'excitation, le bonheur, la paix intérieur. Est-ce qu'un événement ou un temps en particulier vous vient à l'esprit? Décrivez-le pour moi dans le détail. Racontez-moi ce qui a mené à cet événement, afin que je puisse le comprendre dans son contexte. Qu'est-ce qui est arrivé au juste? Où et quand? Qui a été impliqué? Quels étaient vos pensées et vos sentiments? Pourquoi s'agit-il un événement important pour vous? Quel a été l'impact de cet événement sur la personne que vous êtes aujourd'hui?

⁸ Si le participant a déjà raconté une histoire en lien avec un meilleur ou pire moment de sa vie, ainsi qu'un point tournant, nul besoin de le faire répéter cette histoire à la fin de l'entrevue. Cependant, il faut être sûr que ces moments racontés sont effectivement

b. Pire moment

(note à l'intervieweur: vérifier au besoin avec la personne si elle a déjà parlé d'un pire moment, tout particulièrement si ce qu'elle a raconté à ce sujet semble traumatisant; cependant, c'est la personne qui choisit ce dont elle veut parler en lien avec ce thème)

Réfléchissez sur votre vie et essayez de vous souvenir d'une expérience spécifique ou d'un événement où ça allait vraiment mal; où il y avait peut-être des sentiments de profonde tristesse, de peur, d'angoisse, de terreur, de désespoir, de culpabilité, ou de honte. Un moment qui pourrait vous apparaître comme une des pires de votre vie. Décrivez-le pour moi dans le détail. Racontez-moi ce qui a mené à cet événement, afin que je puisse le comprendre dans son contexte. Qu'est-ce qui est arrivé au juste? Où et quand? Qui a été impliqué? Quels étaient vos pensées et vos sentiments? Pourquoi s'agit-il un événement important pour vous? Quel a été l'impact de cet événement sur la personne que vous êtes aujourd'hui?

c. Un point tournant

En réfléchissant sur votre vie, est-ce qu'il y a des «points tournants» qui vous viennent à l'esprit? Il pourrait s'agir de moments où vous avez vécu un changement important.

*Si **oui**, s'il vous plaît choisir un point tournant important. Si **non**, décrivez le moment de votre vie où il y a eu un changement qui s'approche le plus d'un point tournant.*

parmi les meilleurs et les pires moments, ou les points tournants. Il ne faut pas présumer

Décrivez-le pour moi dans le détail. Racontez-moi ce qui a mené à cet événement, afin que je puisse le comprendre dans son contexte. Qu'est-ce qui est arrivé au juste? Où et quand? Qui a été impliqué? Quels étaient vos pensées et vos sentiments? Pourquoi s'agit-il un événement important pour vous? Quel a été l'impact de cet événement sur la personne que vous êtes aujourd'hui?

Pour terminer l'entrevue

- *Comment vous sentez-vous en ce moment?*
- *Est-ce qu'il y a quelque chose que je devrais savoir concernant l'impact sur vous du fait d'être sans domicile et dont nous n'avons pas parlé?*
- *Quels sont vos plans pour l'avenir*
- *Qu'est-ce que vous avez pensé de l'entrevue?*
- *Est-ce que vous vous êtes senti à l'aise avec le déroulement de l'entrevue?*
- *Est-ce que l'entrevue pourrait être améliorée?*
- *Est-ce que vous avez des questions pour moi?*

Merci beaucoup d'avoir participé à cette entrevue. J'apprécie votre volonté de partager votre histoire avec moi – il s'agit d'une partie importante du projet.